

**Einführung in die Grundgedanken
des Pflegemodells
Roper-Logan-Tierney
unter besonderer Berücksichtigung der
Begriffe „Konzepte, Theorien und Modelle“**

NÖGUS Department für Pflegewissenschaft

erstellt von

Mag. Gabriele Gschwandtner

Krems an der Donau, März 2015

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Begriffsdefinitionen	3
3.	Das Lebens- und Pflegemodell Roper-Logan-Tierney	7
4.	Theoretischer Hintergrund	8
5.	Das Lebensmodell	9
6.	Das Pflegemodell	11
7.	Annahmen	14
8.	Konzepte des Pflegemodells	15
8.1	Lebensaktivitäten	16
8.2	Lebensspanne	18
8.3	Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum	19
8.4	Faktoren, die die Lebensaktivitäten beeinflussen	20
8.4.1	Biologische Faktoren	21
8.4.2	Psychologische Faktoren	21
8.4.3	Soziokulturelle Faktoren	22
8.4.4	Umgebungsabhängige Faktoren	22
8.4.5	Wirtschaftspolitische Faktoren	23
8.5	Individualisierung der Pflege	23
9.	Das Pflegemodell und der Pflegeprozess	24
10.	Konzeptualisierung von Pflege durch das Modell	26
10.1	Beziehung zwischen Pflege und Medizin	26
10.2	Gesundheit und Krankheit	27
10.3	Komplexität der Pflege	27
10.4	Individualität und Pflege	27
11.	Kritik zum Modell	28
12.	Literaturverzeichnis	29

1. Einleitung

Der vorliegende Text dient der Einführung in die Grundgedanken des Pflegemodells Roper-Logan-Tierney (RLT-Modell). Als Basis für diese Inhalte wurden die deutschsprachigen Publikationen zum Pflegemodell Roper et al. (1993/2009) herangezogen.

Die Entwicklung des RLT-Modells begann in Edinburgh (Schottland). Zu den Themen Entstehung und Zielgruppe schreiben die Autorinnen wie folgt: „Das RLT-Modell war primär nicht als ein Beitrag für die theoretische Literatur konzipiert worden – es sollte vorwiegend in der Ausbildung eingesetzt werden, (...). Doch auch die praktizierenden Pflegenden zeigten Interesse, und so wurde das RLT-Modell zum ersten Modell in Großbritannien, das in einer Vielzahl von Praxiseinrichtungen häufig eingesetzt wurde.“ (Roper et al. 2009, S. 15, Tierney 1998, S. 78–79) „Das RLT-Modell wurde in ganz Europa eingesetzt und ist aus dem Englischen in acht andere Sprachen übersetzt worden (...).“ (Marriner Tomey 2009, S. 12)

Veröffentlichungen zum Pflegemodell Roper-Logan-Tierney finden sich im Rahmen von Themen der wissenschaftlichen Diskussion, zu Ausbildung und Studium sowie zur Anwendung des Pflegemodells in diversen Praxisbereichen (Mischok-Kelling 2012, S. 53).

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegemodells Roper-Logan-Tierney in die Praxis betonen Brandenburg, Dorschner (2008, S. 183): „Es ist eine intensive Beschäftigung mit dem theoretischen Hintergrund und eine umfangreiche Schulung des Modells notwendig, um dem eigentlichen Anliegen der Autorinnen – nämlich einer individuellen Pflege – gerecht werden zu können.“

2. Begriffsdefinitionen

Die Beschäftigung mit Pflegemodellen erfordert Kenntnisse betreffend pflegewissenschaftlicher Fachbegriffe. In diesem Zusammenhang sind die Begriffe Konzepte, Modelle und Theorien zu nennen. Eine Herausforderung in Bezug auf diese Inhalte ist deren oft uneinheitliche Verwendung (Hallensleben 2003, S. 59). Anhand aktueller Literatur wird eine mögliche Begriffsbestimmung dargestellt.

Konzepte werden als die kleinsten Bausteine einer Theorie oder eines Modells beschrieben und werden durch Annahmen miteinander verbunden. Durch Konzepte erfolgt eine erste, meist nicht empirisch überprüfte Klassifizierung und Kategorisierung. Unter dem Begriff Konzept werden abstrakte Verallgemeinerungen verstanden (Neumann-Ponesch 2014, S. 57–58).

Klassifikation ist ein Begriff der vielfach zur Bezeichnung gliedernder terminologischer Systeme verwendet wird (Mittelstraß 2004, S. 409). „Klassifizieren im Rahmen der Pflege ist das Ordnen von Begriffen in bestimmte Kategorien, wobei die Kategorien durch Merkmale (nach Kant Merkmale der Beschaffenheit, Menge, Form, Beziehung) bestimmt werden. Die Struktur die durch das Zusammenschreiben von Merkmalen der Kategorien entsteht wird Klassifikation genannt. Das heißt, wo pflegerische Leistung stattfindet, wird klassifiziert, also geordnet. Die Begründung für ein solches Vorgehen liegt in der Vergleichbarkeit von Leistungen.“ (Kemetmüller 2012, S. 15) Eine Klassifikation kann „eine „reife“ Fachsprache ordnen und übergreifend verständlich machen.“ (Abt-Zegelin 2005, S. 128) Die systematische Verbindung von Konzepten kann zur Entwicklung von Modellen beitragen.

„Modelle sind abstrakte Systeme von globalen Konzepten. Sie sind keine Theorie, sondern helfen, eine Theorie zu entwickeln und das Denken zu strukturieren.“ (Marriner Tomey 2009, S. 12)

Durch Modelle werden Phänomene und Gegenstände leichter verstehbar, verkörpern aber keine abgeschlossenen Erklärungen oder Beschreibungen der Wirklichkeit. Vielmehr können verschiedene Modelle für ein und denselben Ausschnitt der Wirklichkeit entwickelt werden. Modelle können verschiedene Formen wie Schemata, Muster oder die Form eines Planes annehmen (Neumann-Ponesch 2014, S. 60).

Der Begriff Theorie entstammt dem Griechischen und bedeutet Schau, Betrachtung. In der neuzeitlichen Grundbedeutung ist dieser die Bezeichnung für ein (im Allgemeinen hochkomplexes) sprachliches Gebilde (Mittelstraß 2004, S. 260). „Eine Theorie beschreibt, ausgesuchte Phänomene und die Beziehungen zwi-

schen ihnen.“ (Kirkevold 2002, S. 25) „Ziel ist es, eine Erklärung, Beschreibung und Vorhersage von Situationen, Handlungen und Ereignissen zu liefern.“ (Neumann-Ponesch 2014, S. 65)

„Ein Pflegemodell (theoretischer Bezugsrahmen) bildet eine Reihe miteinander verknüpfter Begrifflichkeiten, die eine bestimmte Denkweise in Bezug auf Pflege, Klienten, Gesundheit und Umwelt darstellt. Solche Modelle werden auch als Theorien, Bezugsrahmen oder theoretische Bezugsrahmen bezeichnet.“ (Wilkinson 2012, S. 130) Die unterschiedlichen Begriffsverwendungen sind bedingt durch das Ausmaß, indem die Inhalte angewandt und erprobt werden sowie wie detailliert und strukturiert die Begriffe sind (Wilkinson 2012, S. 130).

Die klassischen Denkgebäude der Pflege, häufig als „Pflegetheorien“ bezeichnet, beschäftigen sich mehrheitlich mit der Pflege im Allgemeinen und beinhalten zudem „Soll-Aussagen“ im Sinne idealer Pflege. Aus diesem Grund werden diese daher auch als „allgemeine Theorien“ oder „Theorien großer Reichweite“ bezeichnet (Hallensleben 2003, S. 59). Im Gegensatz zu Theorien sind Modelle weniger abstrakt und näher an der Realität verortet (Meleis 2008, S. 30).

Mittlerweile werden die klassischen „Pflegetheorien“ überwiegend als „Pflegemodelle“ ausgewiesen. „Ein Pflegemodell sagt Ihnen, was für ein Assessment Sie durchführen sollten und warum. Die zentralen Begrifflichkeiten des Bezugsrahmens liefern die Kategorien, um die Daten zu erheben und zu strukturieren.“ (Wilkinson 2012, S. 130) Der Bezugsrahmen ist die Grundlage dafür, wie eine Sache betrachtet wird. Er ist Orientierungshilfe für Pflegepersonen, um Stärken, Probleme und Risikofaktoren zu erheben und einzuschätzen (Wilkinson 2012, S. 130).

„An dieser Stelle möchten wir nochmals betonen, daß Modelle nur Werkzeuge sind, welche eine Analyse der Konzepte, die die für die Pflegepraxis erforderlichen Wissensgrundlagen verständlich machen, ermöglichen. In diesem Zusammenhang soll das Roper, Logan und Tierney-Modell präsentiert werden.“ (Roper et al. 1993, S. 34)

Das Modell Roper-Logan-Tierney leitet unter anderem Pflegende an, Daten über 12 Lebensaktivitäten, unter Berücksichtigung von vier weiteren Konzepten, die Lebensspanne, das Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, die Lebensaktivitäten beeinflussende Faktoren und die Individualität im Leben, zu sammeln. Wird dieses Modell verwendet, so richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, welche Gewohnheiten und Probleme die betreffende Person hat, um daraus abgeleitet individualisierte Ziele und Pflegemaßnahmen zu erstellen.

3. Das Lebens- und Pflegemodell Roper-Logan-Tierney

Die drei Begründerinnen des Lebens- und Pflegemodells, Nancy Roper (1918-2004), Winifried Logan und Alison Tierney, haben im Fachbereich Pflegewissenschaft an der University of Edinburgh gearbeitet und/oder studiert. Alle drei Frauen absolvierten eine Ausbildung zur Pflegeperson und Universitätsstudien. Die Idee zur Entwicklung eines Pflegemodells entsteht bei Nancy Roper zwischen den Jahren 1970–1974 im Rahmen ihrer Master-Arbeit (Roper et al. 2009, S. 23).

Das Anliegen von Nancy Roper war, zu untersuchen „(...) ob sich ein erkennbarer gemeinsamer ‚Kern‘ der Pflege in den verschiedenen Pflegefachbereichen nachweisen lasse, und falls zutreffend, ob es möglich sei, nicht nur diesen ‚Kern‘, sondern auch das Spezialwissen sowie die entsprechenden Fertigkeiten und Einstellungen zu identifizieren, die erforderlich sind, um Menschen zu pflegen, (...) Roper behauptete, dass die Bestimmung eines solchen ‚Kerns‘ das ‚Gemeinsame‘ der Pflege erklären würde.“ (Roper et al. 2009, S. 23)

Ropers Untersuchungen zeigten, dass es einen ‚Kern‘, a pivotal concept (Tierney 1998, S. 79), gab. Es waren die Alltagsaktivitäten, die für jeden Menschen unabhängig von Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind (Roper et al. 2009, S. 24). „Pflege“, „Leben“ und „Krankheit“ werden als eine Verbindung gesehen (Tierney 1998, S. 79) „Krankenschwestern und andere Berufstätige im Gesundheitswesen realisieren jedoch vermehrt, wie eng die Gesundheit und die Beschwerden mit dem Leben und den Lebensgewohnheiten der Menschen verflochten sind.“ (Roper et al. 1993, S. 37)

Mit der Absicht einen konzeptionellen Rahmen für das Verständnis von Krankenpflege zu entwickeln, wollte Roper als Initiatorin den Pflegekräften eine klar strukturierte Anleitung für die Durchführung der Pflege bereitstellen. Als notwendige Voraussetzung dafür, sah sie die Entwicklung eines logisch-theoretischen Grundgerüsts. Es wurde ein Modell des Lebens entwickelt, auf dessen Grundlage sie ihr Pflegemodell aufbaute (Newton 1997, S. 29).

Das Modell wird 1980 erstmals in „The Elements of nursing“ publiziert. In den Neuauflagen dieses Buches werden kontinuierlich aktuelle Forschungsdaten integriert und Überarbeitungen des Lebens- und Pflegemodells finden statt. Die Veröffentlichung „Das Roper-Logan-Tierney-Modell, basierend auf Lebensaktivitäten (LA) 2002/2009“ beinhaltet erstmals nur die Darstellung des Modells. Die Autorinnen verweisen darauf, dass dies ihre letzte Publikation ist und plädieren für eine Weiterentwicklung ihres Modells durch andere Personen.

4. Theoretischer Hintergrund

Als theoretische Bezugspunkte des RLT-Modells können die Bedürfnispyramide von Maslow und das Pflegemodell nach Virginia Henderson genannt werden. „Obwohl Henderson nicht wie wir die Bezeichnung ‚Lebensaktivitäten‘ (LA) verwendet, meint sie im Grunde dasselbe.“ (Roper et al. 1993, S. 70) In Abgrenzung zu Maslow halten die Autorinnen fest: „So wird angedeutet, daß die Bedürfnisse in der niedrigsten Kategorie wenigstens minimal befriedigt sein müssen, ehe die Motivation zur Erfüllung der Bedürfnisse auf der nächsten Stufe bis hin zur Spitze eintreten kann. Diese Denkweise ist bis zu einem gewissen Grade dem Konzept der Lebensaktivitäten dienlich, aber anders als Bedürfnisse haben die LA den Vorteil für ein Pflegemodell, daß man sie beobachten, klar umschreiben und in einigen Fällen objektiv messen kann. Für die Krankenschwester ist es schwierig, Bedürfnisse als solche einzuschätzen. Es ist leichter (allerdings nicht ganz einfach), das Verhalten des Patienten im Rahmen von LA zu beschreiben.“ (Roper et al. 1993, S. 70) Auf diesen Fundament basierend, versuchen Roper et al. die Grundgedanken ihres Modells zu entwickeln und zu charakterisieren.

Entwicklungspsychologische Theorien sind eine weitere Grundlage des Modells. Entwicklung und Veränderungen des Erlebens und Verhaltens während des gesamten Lebens sind Thema der Entwicklungspsychologie. „Die Aktivität ‚Leben‘ betrifft das gesamte Leben eines Menschen, und jeder hat eine Lebensspanne von der Empfängnis bis zum Tod. Während sich eine Person entlang der Lebensspanne bewegt, verändert sie sich ständig und jeder Lebensaspekt wird durch körperliche, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Umstände beeinflusst, die ein Leben lang immer wieder in Erscheinung treten.“ (Roper et al. 1993, S. 46–47) „Im Pflegemodell dient die Lebensspanne als

Erinnerung daran, daß Pflege mit Menschen aller Altersstufen zu tun hat; denn ein Individuum kann Pflege zu jedem beliebigen Zeitpunkt der Lebensspanne benötigen, von der Geburt an bis zum Tod.“ (Roper et al. 1993, S. 72–73)

5. Das Lebensmodell

Das Lebensmodell ist die Grundlage für das Pflegemodell. „Der Begriff ‚Leben‘ lässt sich heute noch nicht vollständig erklären. Die Erkenntnisse, die aus den Naturwissenschaften, den Sozialwissenschaften und den Geisteswissenschaften zur Verfügung stehen, ermöglichen jedoch einen Einblick in das Wesen des Lebens.“ (Roper et al. 2009, S. 27).

Lebensentwürfe von einzelnen Menschen haben bestimmte Gemeinsamkeiten, jedoch auch Unterschiede. Lebenskonzeptionen verändern sich während der Lebensspanne. Mit dem Lebensmodell wird versucht, wesentliche Merkmale des komplexen Phänomens „Leben“ darzustellen (Roper et al. 2009, S. 27). Grundbaustein des Lebensmodells sind fünf Konzepte, die Lebensaktivitäten, die Lebensspanne, das Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, die Lebensaktivitäten beeinflussenden Faktoren und die Individualität im Leben (Roper et al. 1993, S. 39). Im Rahmen des Lebensmodells werden die Konzepte beziehend auf das Leben eines Menschen unabhängig von Krankheit und Pflegebedürftigkeit dargestellt.

Das Konzept der 12 Lebensaktivitäten ist laut Roper et al. ein wesentlicher und bestimmender Teil des Begriffs Leben. Ein Großteil der Menschen, unabhängig vom Alter oder sonstigen Gegebenheiten, führt diese die ganze Lebensspanne hindurch aus. Im Originaltext werden diese als „Activities of Living (AL)“ bezeichnet. In der deutschsprachigen Ausgabe der letzten Veröffentlichung wird der Begriff Lebensaktivitäten (LA) verwendet (Mischo-Kelling 2009, S. 248). Im vorliegenden Dokument wird die Formulierung Lebensaktivitäten (LA) übernommen.

Jede Aktivität setzt sich aus zahlreichen Einzelaktivitäten zusammen. Der Begriff „Lebensaktivität“ ist als Sammelbegriff zu verstehen (Roper et al. 1993, S. 41). „Der Zusammenhalt entsteht durch die enge Wechselbeziehung zwischen den

Lebensaktivitäten.“ (Roper et al. 1993, S. 41) Das bedeutet, eine Lebensaktivität mit deren Inhalten und Wechselbeziehungen ist ein an sich komplexes Konstrukt. Dennoch ermöglicht dieser Ansatz die Perspektive, „(...) dass die Konzeptualisierung des ‚Lebens‘ als eine Verschmelzung von ‚Aktivitäten‘ eine hilfreiche Möglichkeit ist, einfach und doch konstruktiv über den komplexen Prozess des Lebens nachzudenken.“ (Roper et al. 2009, S. 72)

Bezugnehmend auf das Konzept Lebensspanne werden die einzelnen Lebensabschnitte eines Menschen thematisiert. Physiologische Gegebenheiten und Lebensereignisse sind beeinflussende Faktoren. „Während sich eine Person entlang der Lebensspanne bewegt verändert sie sich ständig.“ (Roper et al. 1993, S. 47) Diese Grundgedanken sind bei der Betrachtung jeder einzelnen Lebensaktivität zu integrieren.

Zum Konzept Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum halten die Autorinnen folgende Aspekte fest: „Diese Komponente des Modells ist eng verbunden mit der Lebensspanne und den LA; denn es gibt Abschnitte in der Lebensspanne, während derer jemand noch nicht (oder aus verschiedenen Gründen nicht mehr) bestimmte Lebensaktivitäten selbständig ausführen kann.“ (Roper et al. 1993, S. 47). Zur Bedeutung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit im Leben eines Menschen ist folgende Aussage hervorzuheben: „Niemand kann vollständige Unabhängigkeit in allen Lebensaktivitäten erreichen und bewahren.“ (Roper et al. 1993, S. 49). In der Anwendung des Konzepts gilt zu bedenken, dass es im Zusammenhang mit jeder einzelnen LA betrachtet werden muss, denn sonst ist es zu allgemein gefasst, um von Bedeutung zu sein (Roper et al. 1993, S. 48).

Das vierte Konzept, die Lebensaktivitäten beeinflussenden Faktoren, nimmt Bezug auf die unterschiedliche Ausführung der Lebensaktivitäten jedes einzelnen Menschen. Die Art und Weise, wie diese ausgeführt werden, wird durch bestimmte Faktoren beeinflusst und verdeutlicht die Individualität der Lebensweisen (Roper et al. 1993, S. 50–51). Dieses Konzept beinhaltet die Elemente: biologische, psychologische (inkl. intellektuelle und emotionale), sozokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Faktoren. Im Bereich der sozokulturellen Faktoren sind laut den Autorinnen kulturelle, spirituelle, religiöse, philosophische und

ethische Aspekte einzuordnen, da Wertvorstellungen und Glaube häufig in bestimmten kulturellen Ansichten Ausdruck finden.

Die Modellkomponente „Individualität im Leben“ ist das Ergebnis des Einflusses der anderen Komponenten des Lebensmodells. „Die übrigen vier Komponenten fügen sich zur einzigartigen Verbindung zusammen, welche die Individualität kennzeichnet.“ (Roper 1993, S. 63) „Zudem muß hervorgehoben werden, daß sich die Individualität im Leben nicht nur auf den einzelnen erstreckt, obwohl sich das Modell auf den einzelnen bezieht, sondern auch auf die Einheit Familie oder größere Gruppen sowie die Gemeinschaft.“ (Roper et al. 1993, S. 64) Anhand der fünf Konzepte und deren Beziehungen zueinander versuchen die Autorinnen die Hauptmerkmale des komplexen Phänomens „Leben“ darzustellen (Roper et al. 1993, S. 39)

Zur Bedeutung des Modells schreiben die Autorinnen: „Ein konzeptionelles Modell soll nicht strikte Grenzen ziehen; es ist ein Instrument, das zum besseren Verständnis dient. Die Konzepte im Modell sind weitläufig und können überall angewendet werden. Das Roper, Logan und Tierney-Pflegemodell basiert auf diesem Modell des Lebens.“ (Roper et al. 1993, S. 64)

6. Das Pflegemodell

„Unserer Meinung nach erfasst unsere Konzeptualisierung von Pflege, die auf einem Lebensmodell beruht, den ‚Kern‘ der professionellen Pflege.“ (Roper et al. 2009, S. 95) Roper et al. (2009, S. 95) betonen, dass ein Mensch, der auf den pflegerischen Teil von Gesundheitsdienstleistungen angewiesen ist, trotzdem weiter „leben“ muss. Aus diesem Grund wird das Pflegemodell von einem Lebensmodell abgeleitet. „Der Grund dafür liegt darin, dass die ähnliche Denkweise, die beiden Modellen zugrunde liegt, dafür sorgt, dass die Lebensstrukturen nur minimal gestört werden, wenn ein Mensch professioneller Pflege bedarf, es sei denn, er benötigt Hilfe, um mit einem veränderten Lebensstil zurechtzukommen.“ (Roper et al. 2009, S. 95).

Das Ziel der Konzeptualisierung von „Leben“ und in weiterer Folge von „Pflege“ besteht darin, die Individualität jedes Menschen zu erkennen. Demnach sind individuelle Lebensmuster bestimmende Faktoren für die Pflege. „Die Individualisierung der Pflege erfolgt durch die Umsetzung des Pflegeprozesses in die Praxis (...).“ (Roper et al. 2009, S. 96)

„Dieses Pflegemodell ist nach unserer Überzeugung ausreichend weit gefasst und flexibel genug, um als Bezugsrahmen für den Pflegeprozess in jedem beliebigen Praxisbereich eingesetzt werden zu können (...).“ (Roper et al. 2009, S. 96) „Ein Modell muss nicht jeden Aspekt des Fachgebiets bis ins kleinste Detail besprechen. Wenn nämlich die Darstellung durch Details übermäßig kompliziert wird, kann die praktische Anwendung unmöglich veranschaulicht werden, so interessant und wissenschaftlich korrekt es auch sein mag.“ (Roper et al. 1993, S. 66, Roper et al. 2009, S. 96) „Unser Pflegemodell ist ein Denkmodell, welches jedem Menschen und jeder Umgebung gerecht wird, einschließlich dem Zuhause und dem Arbeitsplatz.“ (Roper et al. 1993, S. 18)

Die vier Konzepte: Lebensaktivitäten, die Lebensspanne, das Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum und die Lebensaktivitäten beeinflussenden Faktoren sind Grundlage beider Modelle. Das fünfte Konzept beinhaltet das Thema „Individualität“. Im Lebensmodell wird die Individualität im Leben dargestellt. Im Pflegemodell wird die Individualisierung der Pflege beschrieben.

Die Ziele der Pflege in Bezug auf die Lebensaktivitäten definieren die Autorinnen als: „die Unterstützung eines Menschen, um

- zu verhindern, dass erkannte potenzielle Probleme im Zusammenhang mit den LA zu aktuellen Problemen werden;
- erkannte aktuelle Probleme zu lösen;
- nach Möglichkeit jene Probleme zu lindern, die nicht gelöst werden können;
- positiv mit solchen Problemen umzugehen, die nicht gelöst oder gelindert werden können;
- das Wiederauftreten eines gelösten Problems zu verhindern;

- sich sowohl wie möglich zu fühlen, möglichst schmerzfrei zu leben und die Lebensqualität auch dann noch zu maximieren, wenn der Tod unvermeidlich ist.

Die Anerkennung der Tatsache, dass Probleme im Zusammenhang mit den LA aktuell oder potenziell sein können, bedeutet, dass sich die Pflege nicht nur mit bestehenden Problemen, sondern nach Möglichkeit auch mit ihrer Vermeidung befasst.“ (Roper et al. 2009, S. 100)

Gründe für das Auftreten von Problemen können sein:

- Veränderungen der Umgebung und Gewohnheiten (z. B. Ortswechsel),
- Krankheit oder Behinderung, die eine Änderung von Gewohnheiten oder der Art und Weise, wie eine LA ausgeübt wird, nach sich ziehen,
- Folge einer Änderung im Abhängigkeits-/ Unabhängigkeitsstatus (Roper et al. 1993, S. 69).

„Roper et al. gehen davon aus, dass die persönlichen Besonderheiten eines Patienten in der Pflege im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten erst dann berücksichtigt werden können, wenn die Pflegekräfte Kenntnisse bzw. Wissen darüber haben, wie sich die Patienten im Alltag zurechtfinden und diesen gestalten.“ (Mischo-Kelling 2012, S. 38)

„Obwohl jedermann LA ausführt, tut es jeder auf seine Weise. (...) Die Individualität eines jeden bei der Ausführung der LA wird zum Teil durch

- dessen Standort auf der Lebensspanne und
- im Grad der Abhängigkeit/Unabhängigkeit geformt und wird zudem
- vom Einfluß verschiedener körperlicher, psychologischer, soziokultureller, umgebungsabhängiger und wirtschaftspolitischer Faktoren geprägt.“ (Roper al. 1993, S. 63)

Die fünf Konzepte des Lebens- und Pflegemodells von Roper et al. richten den Blick auf den Patienten: „(...) und bieten der Pflege die Möglichkeit, den eigenverantwortlichen Bereich aus der Perspektive des zu pflegenden Menschen zu gestalten. Wie oben erwähnt, ist ‚das Leben‘ des zu pflegenden Menschen Ausgangspunkt der Pflege. Es geht darum, zu erfahren und zu verstehen, wie er

dieses Leben im Verlauf meistert und welche Folgen die Krankheit für die tägliche Lebensbewältigung hat. Diese Herangehensweise unterscheidet sich radikal von einer, in der primär die Krankheit und die Krankheitssymptome Ausgangspunkt der Pflege sind.“ (Mischo-Kelling 2009, S. 249–250)

7. Annahmen

Roper et al. (2009, S. 96–98) beziehen sich in der Begründung für die Annahmen auf Fawcett (1995), die festhielt, dass Annahmen jene Überzeugungen und Wertvorstellungen von Autoren ausdrücken, die die philosophische Grundlage eines Modells bilden. Von folgenden Annahmen gehen die Autorinnen aus:

- „Leben kann als eine Verbindung von Lebensaktivitäten (LAs) beschrieben werden.
- Die verschiedenen Ausführungsmöglichkeiten der LAs tragen zur Individualität im Leben bei.
- Der einzelne Mensch wird in jeder Phase der Lebensspanne geachtet.
- Während der gesamten Lebensspanne bis zum Erwachsenenalter werden die meisten Menschen bei der Ausführung von LAs immer unabhängiger.
- Während auf eine Unabhängigkeit bei den LAs Wert gelegt wird, darf die Würde des Einzelnen nicht durch eine Abhängigkeit verletzt werden.
- Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen des Einzelnen bezüglich der LAs werden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst, welche im weiten Sinne als biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Faktoren kategorisiert werden können.
- Die Ausführungsweise der LAs kann in Abhängigkeit von den Möglichkeiten des einzelnen Menschen variieren.
- Ist ein Mensch ‚krank‘, kann es zu (aktuellen und potenziellen) Problemen mit den LAs kommen.
- Während ihrer Lebensspanne erleben die meisten Menschen signifikante Ereignisse, welche die Art und Weise, wie sie die LAs ausführen, prägen und zu aktuellen oder potenziellen Problemen führen können.
- Das Konzept der potenziellen Probleme bezieht sich auf die Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie auf Krankheitsverhütung; zudem bestimmt es die Rolle des professionell Pflegenden als Gesundheitserzieher, selbst in Krankheitsfällen.

- Im Kontext der Gesundheitspflege gehen Pflegende mit den Patienten/Klienten eine professionelle Beziehung ein, wobei der Patient/Klient nach Möglichkeit eine autonome, urteilsfähige Person bleibt.
- Pflegende sind Teil des multiprofessionellen Gesundheitsteams, das partnerschaftlich zum Wohle des Klienten/Patienten und zugunsten der Gesundheit aller arbeitet.
- Die spezifische Funktion der Pflege besteht darin, dem einzelnen Menschen dabei zu helfen, (aktuelle oder potenzielle) Probleme mit den LAs zu vermeiden, zu lindern, zu lösen oder aber positiv damit umzugehen.“ (Roper et al. 2009, S. 98–99)

„An dieser Stelle wird deutlich, dass mehrere Annahmen dem Lebensmodell entsprechen. Dies ist nicht weiter überraschend, da der Input, der durch die Pflegenden initiiert wird, sich teilweise damit befasst, den Patienten/Klienten dabei behilflich zu sein, sich weiterhin persönlich um die für sie relevanten LA zu kümmern.“ (Roper et al. 2009, S. 99)

8. Konzepte des Pflegemodells

„Die fünf Konzepte des Lebens- und Pflegemodells sind als Hilfsmittel zu verstehen, mit denen die Pflegepraxis inhaltlich strukturiert und pflegerische Phänomene erkundet, gedeutet und verstanden und mit anderen pflegetheoretischen Ansätzen kombiniert werden können.“ (Mischo-Kelling 2009, S. 250) „Denn erst wenn mir als Gesundheits- und Krankenpflegerin die Bedeutung dessen bewusst wird, die der Aktivität ‚Essen und Trinken‘ im Leben des Herrn Meier zukommt, kann ich mit ihm herausfinden, mit welchen pflegerischen Interventionen ich das eingangs erwähnte Ziel erreichen kann. Erst so ist es mir möglich, die Pflege von Herrn Meier ressourcenschonend und ergebnisorientiert zu gestalten.“ (Mischo-Kelling 2009, S. 251)

In diesem Zusammenhang betont Mischo-Kelling, dass von den Praktikerinnen und Praktikern Wege zu finden sind, über die diese Ansätze in das Erfahrungswissen der Pflegenden integriert werden können (Mischo-Kelling 2009, S. 250).

8.1 Lebensaktivitäten

Die Lebensaktivitäten sind Kernbestandteil des Lebens- und Pflegemodells. Es findet sich in der Literatur auch der Ausdruck „Aktivitäten des Lebens“. Die Autorinnen wollen mit diesen Begriffen zeigen, dass die Aktivitäten das ganze Leben hindurch von Bedeutung sind und dadurch der Grundgedanke des Modells verdeutlicht wird (Roper et al. 2009, S. 100–101). Ursprünglich beinhaltete das Modell neben den Aktivitäten des Lebens weitere Gruppen von Aktivitäten: Präventive Aktivitäten, Aktivitäten die ermutigen, trösten und zum Wohlbefinden beitragen und erkundende, suchende oder erforschende Aktivitäten. „Die Handlungskomplexe ‚präventive Aktivitäten‘ und die ‚zum Wohlbefinden beitragenden Aktivitäten‘ werden in den nachfolgenden Fassungen des RLT-Modells nicht mehr erwähnt. Sie werden stattdessen in die Zielsetzung der Pflege integriert.“ (Mischo-Kelling 2012, S. 35) Der Bereich „suchende Aktivitäten“ wird dem Teil der Pflege zugeordnet, wo sie in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen steht und Maßnahmen fortsetzt und überwacht (Mischo-Kelling 2012, S. 35).

In verschiedenen Übersetzungen der Lebensaktivitäten zeigen sich unterschiedliche Begriffsverwendungen. Da sich Maria Mischo-Kelling schon seit vielen Jahren mit dem RLT-Modell beschäftigt, wird bevorzugt ihre ins Deutsche übersetzte Arbeit integriert.

Im Konzept der Lebensaktivitäten stellen Roper et al. die zwölf von ihnen erfassten LA dar:

1. „Für eine sichere Umgebung sorgen (Maintaining a safe environment)
2. Kommunizieren (Communicating)
3. Atmen (Breathing)
4. Essen und Trinken (Eating & drinking)
5. Ausscheiden (Eliminating)
6. Für die persönliche Hygiene sorgen und sich kleiden (Personal cleaning & dressing)
7. Die Körpertemperatur regulieren (Controlling body temperature)
8. Sich bewegen (Mobilizing)
9. Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen (Working & playing)
10. Seine Geschlechtlichkeit leben (Expressing sexuality)

11. Schlafen (Sleeping)

12. Sterben (Dying).“ (Mischo-Kelling 2012, S. 35)

Beispielhaft sollen einige inhaltliche Aspekte bezogen auf ausgewählte Lebensaktivitäten dargestellt werden. In Bezug auf die LA Sterben und dem Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum schreiben Roper et al. (2009, S. 118) unter anderem: „Pflegerische und Betreuungspersonen können den Sterbenden jedoch ermutigen, entweder zu Hause oder im Krankenhaus so unabhängig wie möglich zu bleiben. Hierbei ist es wichtig, mit in Betracht zu ziehen, dass auch die Familienangehörigen oder andere wichtige Bezugspersonen vorübergehend von pflegerischen Kompetenzen abhängig sein können, wenn sie sich vor und nach dem Tode durch den Trauerprozess arbeiten.“ (Roper et al. 2009, S. 118) Als theoretische Grundlage zur Lebensaktivität Sterben haben Roper et al. die Ergebnisse von Kübler-Ross integriert. Des Weiteren finden sich in der genannten Aussage bereits Grundlagen aus der Palliative Care, die sich zur Zeit der Entstehung des Lebens- und Pflegemodells ebenfalls in den Entwicklungsanfängen befand.

Bezugnehmend auf das Alter und die Lebensaktivität „sich bewegen“ halten Roper et al. (2009, S. 116) fest: „Selbst die geschicktesten Menschen brauchen im Allgemeinen viel Zeit, Unabhängigkeit bei den LAs zu erlangen. Der Verlust dieser Unabhängigkeit im Alter kann sich genauso allmählich vollziehen, tritt jedoch selten bei allen LAs gleichzeitig auf. Die LA Sich bewegen ist meistens zuerst betroffen; und weil die Bewegungsfähigkeit zur Ausübung vieler anderer Aktivitäten benötigt wird, kann dies zum Verlust von Unabhängigkeit bei anderen LAs führen.“ (Roper et al. 2009, S. 116)

„Obwohl jede LA als ein eigenständiges Konzept des Modells beschrieben wird, sollten sie nicht isoliert betrachtet werden, da sie durch die anderen Komponenten beeinflusst werden, (...).“ (Roper et al. 2009, S. 72)

„Die Auseinandersetzung der Pflegekräfte mit dem Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘ ermöglicht es ihnen, etwas über die jeweiligen täglichen Gewohnheiten, Verhaltens- und Handlungsmuster eines Menschen zu erfahren.“ (Mischo-Kelling 2012, S. 38)

„Zusammengefasst besteht also das Ziel des Sammelns von Informationen über die LAs darin, Folgendes zu klären:

- Frühere Routinen?
- Was kann die Person unabhängig tun?
- Was kann die Person nicht unabhängig tun?
- Frühere Formen des Copingverhaltens?
- Welche Probleme hat die Person, und zwar sowohl tatsächliche als auch potenzielle, mit den jeweiligen LAs?“ (Roper et al. 2009, S. 155)

Zur Priorisierung der LA schreiben Roper et al. (2009, S. 103): „Mit Ausnahme der LA Atmen gibt es keine feste Rangfolge unter den LAs, denn je nach den gegebenen Umständen und nach persönlichen Kriterien ändern sich die Prioritäten der LAs. Prinzipiell nehmen jedoch alle Aktivitäten, die zum Überleben und für die Sicherheit notwendig sind, bei akuten körperlichen oder geistigen Erkrankungen sowie lebensbedrohlichen Situationen einen Vorrang gegenüber anderen ein.“ Im Zusammenhang mit der Priorisierung beschreiben die Autorinnen auch Aspekte betreffend die Relevanz von LA bezogen auf einen Menschen. „Obwohl alle 12 LAs für die Pflege relevant sind, müssen sie deshalb nicht unbedingt für alle Patienten oder zu jedem Zeitpunkt von Wichtigkeit sein.“ (Roper et al. 2009, S. 103)

Das Wissen, dass verschiedene Umstände unterschiedliche Prioritäten schaffen, ist ein wesentlicher Aspekt. Der gesunde Menschenverstand und professionelles Urteilsvermögen (als Resultat aus Wissen und Erfahrung) sollen zur Entscheidung führen, welche LA bei den jeweilig zu Pflegenden relevant ist (Roper et al. 2009, S. 103).

8.2 Lebensspanne

„Im Lebensmodell wurden die verschiedenen Lebensabschnitte beschrieben. Im Pflegemodell dient die Lebensspanne (...) als Erinnerung daran, daß Pflege mit Menschen aller Altersstufen zu tun hat; denn ein Individuum kann Pflege zu jedem beliebigen Zeitpunkt der Lebensspanne benötigen, von der Geburt an bis zum Tod.“ (Roper et al. 1993, S. 73) Die wichtigsten Abschnitte der Lebensspanne sind

das pränatale Stadium, Säuglingsalter, Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter und das Alter (Roper et al. 1993, S. 72–80).

Beispielhaft soll die Lebensphase „Alter“ und die Thematik Langzeitbetreuung dargestellt werden. „Individuelle Pflege ist für alte Menschen genauso wichtig wie für Kinder und junge Erwachsene – sogar wichtiger, als manchmal behauptet wird, denn die Individualität im Leben älterer Menschen hat sich über eine viel längere Zeit hinweg entwickelt. Wenn ein älterer Mensch wegen einer körperlichen oder geistigen Behinderung nicht mehr länger zu Hause leben kann, auch nicht unter Betreuung des Gemeindepflegedienstes, ist die Aufnahme auf eine Station für Langzeitpflege in vielen Fällen die einzige Lösung. Oberstes Ziel auf diesen Stationen ist es, dem Menschen zu helfen, die Unabhängigkeit in den Lebensaktivitäten so weit wie möglich zu erhalten, aber auch eine Umgebungsatmosphäre zu schaffen, in der sich der ‚Patient‘ möglichst wie ‚zu Hause‘ fühlt.“ (...) „Die heutige Tendenz zur individuellen Krankenpflege mittels des Pflegeprozesses (eine Pflegemethode, die in diesem Modell integriert ist, bietet Langzeitpatienten einer geriatrischen Station einen Weg, ihre eigene Lebensweise fortzusetzen. Alte Menschen beschäftigen sich unweigerlich mit dem Tod. (...) Eine geschickte und einfühlsame Pflege kann einem Menschen helfen, in größtmöglicher Geborgenheit und Würde ans Ende seiner Lebensspanne, das Ereignis des Todes, zu gelangen.“ (Roper et al. 1993, S. 79)

8.3 Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum

Eine Kompetenz von Pflegenden besteht darin, professionelles Urteilsvermögen zu entwickeln. „Ein sehr bedeutender Aspekt der Pflege ist die richtige Einstufung der Unabhängigkeit für jede Lebensaktivität sowie der Art von Unterstützung, die der Patient braucht, um sich dem Kontinuum entlang zu bewegen und so die gesteckten Ziele zu erreichen, aber auch für die Bewertung seiner Fortschritte.“ (Roper et al. 1993, S. 83)

„Das Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum ist im Pflegemodell genauso wie im Lebensmodell mit Pfeilen versehen, um zu zeigen, dass eine Bewegung in beide Richtungen stattfinden kann (...). (...) So gesehen verhilft der Pflegende

dem Patienten entweder zu Unabhängigkeit bei der Ausführung von LA, oder aber er ermutigt ihn, seine Abhängigkeit zu akzeptieren.“ (Roper et al. 2009, S. 118)

„Man sollte aber nicht automatisch annehmen, daß ein Patient mit einer körperlichen Behinderung notgedrungen von der Schwester abhängig ist. Er möchte vielleicht weiterhin Bewältigungsmechanismen, Hilfsmittel oder Geräte verwenden - ‚unterstützte‘ Unabhängigkeit, die es ihm ermöglichen, auch außerhalb des Krankenhauses unabhängig LA auszuführen.“ (Roper et al. 2009, S. 81) In Bezug auf das Alter betonen Roper et al. (2009, S. 117): „Auf eine im Zusammenhang mit dem Lebensmodell gemachte Aussage, dass nämlich das Alter nicht unbedingt den Verlust der Unabhängigkeit und eine Abhängigkeit bei allen LAs bedeuten muss, soll an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hingewiesen werden.“

8.4 Faktoren, die die Lebensaktivitäten beeinflussen

Roper et al. (2009, S. 77–90) nennen fünf Faktoren, die Auswirkungen auf die Lebensaktivitäten haben. Es sind dies biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Faktoren. „Unser Modell hat durch das Konzept der Faktoren, welche die LAs beeinflussen, eine Möglichkeit geschaffen, der Vielseitigkeit und Komplexität der Individualität von Patienten, Familien und Gemeinschaften Rechnung zu tragen.“ (Roper et al. 2009, S. 181)

„Zu jedem Faktor gehören umfangreiche Kenntnisse. (...) Die Faktoren werden bewusst nur auf die LAs bezogen. Es wäre auch möglich sie in Zusammenhang mit dem einzelnen Menschen als Gesamtwesen zu bringen, um so die Auswirkungen der fünf Gruppen von Faktoren auf die Lebensweise im Allgemeinen zu behandeln, aber dies wäre zu spezifisch. Wir möchten vielmehr den Einfluss der Faktoren auf jede der 12 LAs betrachten, um die Individualität der Lebensweisen zu verdeutlichen.“ (Roper et al. 2009, S. 77)

Mit dem Konzept der beeinflussenden Faktoren wird versucht, die individuellen Unterschiede bei der Ausführung der Lebensaktivitäten zu erklären (Roper et al. 2009, S. 118). Eine Herausforderung in der Arbeit mit diesem Konzept benennen die Autorinnen folgendermaßen: „Die fünf Faktoren sind eng miteinander verflochten; dies macht es schwierig, bei der Einschätzung eines Patienten den Einfluss

der biologischen vom Einfluss der psychologischen Faktoren zu trennen bzw. der Einfluss der soziokulturellen von dem der wirtschaftspolitischen Faktoren.“ (Roper et al. 2009, S. 119)

8.4.1 Biologische Faktoren

„Pfleger müssen Kenntnisse über die biologischen Faktoren und deren Einfluss auf die LAs haben.“ (Roper et al. 2009, S. 119) „In all diesen Fällen – zur Gesundheitserhaltung, Krankheitsvorbeugung, Pflege im Krankheitsfall und während des Sterbeprozesses – ist es für die Pflegenden unerlässlich, über Grundkenntnisse in der Humanbiologie und ähnlichen Wissenschaften zu verfügen, um gesunde Strukturen und Funktionen sowie pathologische Veränderungen und Ursachen einer Dysfunktion (soweit erkennbar) verstehen zu können, aber auch um einschätzen zu können, inwieweit die Lebensaktivitäten des Einzelnen von derartigen Störungen betroffen sind.“ (Roper et. al 2009, S. 124)

8.4.2 Psychologische Faktoren

Betreffend die psychologischen Faktoren sollen hier beispielhaft Inhalte in Bezug auf Menschen im höheren Lebensalter dargestellt werden. „Ältere Menschen müssen sich emotional an viele Veränderungen anpassen, die durch die körperlichen Auswirkungen des Alterns und manchmal auch das Nachlassen der geistigen Fähigkeiten bedingt sind und die LAs, ‚Für eine sichere Umgebung sorgen‘, ‚Kommunizieren‘ und ‚Seine Geschlechtlichkeit leben‘, beeinflussen können. Die Gelegenheiten, emotionale und soziale Beziehungen einzugehen, werden immer seltener, je mehr Bezugspersonen im Familien- und Freundeskreis sterben; dies fällt unter den Bereich ‚Verlust und Trauer‘ der LA Sterben. Es bestehen natürlich erhebliche Unterschiede. Die intellektuelle Entwicklungsfähigkeit ist von Mensch zu Mensch ganz verschieden. Auch die Fähigkeit, mit den emotionalen Anforderungen von Schicksalsschlägen fertig zu werden, ist unterschiedlich ausgeprägt. Und selbstverständlich findet die intellektuelle und emotionale Entwicklung nicht nur innerhalb der Familie statt; auch die Gesellschaft und die Kultur, in der ein Mensch lebt, beeinflussen diesen Prozess.“ (Roper et al. 2009, S. 80)

8.4.3 Soziokulturelle Faktoren

Dieses Thema enthält kulturelle, spirituelle, religiöse, philosophische und ethische Aspekte, da Wertvorstellungen und Glaube häufig in bestimmten kulturellen Ansichten Ausdruck finden (Roper et al. 2009, S. 128).

„Dieser Wissensbereich ist sehr umfassend, und in den vergangenen Jahren gab es zwischen den verschiedenen kulturellen Gruppen erhebliche Vermischungen oder Anpassungen sozialer Bräuche und Überzeugungen, insbesondere aufgrund der vielen Reisen, der zunehmenden Emigration und Immigration und der Flüchtlingsbewegungen über nationale Grenzen hinweg.“ (Roper et al. 2009, S. 128)

8.4.4 Umgebungsabhängige Faktoren

„Die umgebungsabhängigen Faktoren unterscheiden sich von den anderen vier genannten Faktoren, die in diesem Modell vorgestellt werden, (...), da sie nicht eindeutig auf die Wissensgrundlage anerkannter Disziplinen wie Biologie, Psychologie, Soziologie oder Politik zurückzuführen sind. Die ‚Umgebung‘ ist ein ziemlich verschwommener Begriff. (...) In diesem Text wird mit Umgebung all das bezeichnet, was sich räumlich betrachtet außerhalb des Menschen befindet.“ (Roper et al. 2009, S. 84)

Es sollen hier beispielhaft einige von den Autorinnen bearbeitete Inhalte dargestellt werden:

- Die Atmosphäre in Bezug auf Licht und Schallwellen beinhaltet positive und negative Einflüsse betreffend das Leben von Menschen.
- Die Atmosphäre in Bezug auf organische und anorganische Partikel beinhaltet Themen wie pathogene Keime und Schutzmaßnahmen (alle relevanten Aktivitäten, die mit der Vorbeugung und Behandlung von Infektionen zu tun haben) (Roper et al. 2009, S. 135).
- Die natürliche Umgebung (Vegetation und Klima, Temperaturregulation) umfasst beispielsweise Getreide sowie lokal wachsendes Gemüse und dessen Einfluss auf Essen und Trinken.
- Gebäude: Einrichtungsgegenstände müssen funktional und sicher zu benutzen sein. Des Weiteren ist die Barrierefreiheit von Toiletten zu nennen. Die Rolle

von Blumen und Pflanzen sowie Möglichkeiten von Freizeitaktivitäten sind hier erfasst (Roper et al. 2009, S. 136–137).

8.4.5 Wirtschaftspolitische Faktoren

Gesundheit und wirtschaftspolitische Einflüsse stehen in engem Zusammenhang. „Immer deutlicher wird erkannt, dass die wichtigsten Voraussetzungen für die Gesundheit fest in den vorherrschenden politischen, ökonomischen und sozialen Gegebenheiten verwurzelt sind und dass Gesundheit nicht nur Thema für die Gesundheitsdienstleistungen ist, sondern auch für alle Bereiche der öffentlichen Politik. Beispielsweise bestimmt der ökonomische Status der meisten Menschen eines Landes zweifellos die Lebensbedingungen und die LAs, die wiederum unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit und Krankheiten haben.“ (Roper et al. 2009, S. 138)

„Natürlich sind den Zuschüssen an das Gesundheitswesen Grenzen gesetzt; doch der technologische Fortschritt, der die Heilung von immer komplizierteren Krankheiten ermöglicht, lässt die Nachfrage nach entsprechend teuren Behandlungen wachsen. Dieser gewaltigen Nachfrage gerecht zu werden, ist nicht immer möglich.“ (Roper et al. 2009, S. 141–142)

8.5 Individualisierung der Pflege

„Die Individualität eines jeden Menschen bei der Ausführung seiner LAs wird zum Teil durch die erreichte Stufe in seiner Lebensspanne und durch den Grad der Abhängigkeit-/Unabhängigkeit geformt und ist zudem vom Einfluss verschiedener biologischer, psychologischer, soziokultureller, umgebungsabhängiger und wirtschaftspolitischer Faktoren abhängig. Die Individualität eines Menschen kann sich auf verschiedene Weise äußern, zum Beispiel dadurch:

wie der Mensch eine bestimmte LA ausführt,

wie oft der Mensch die LA ausführt,

wo der Mensch die LA ausführt,

wann der Mensch die LA ausführt,

warum der Mensch die LA auf eine bestimmte Weise ausführt,

was der Mensch über die LA weiß,

was der Mensch in Bezug auf die LA glaubt,

welche Haltung der Mensch gegenüber der LA hat.“ (Roper et al. 2009, S. 92)

„Der Einsatz der LAs beim Assessment steht in unserem Pflegemodell an zentraler Stelle, und jede der relevanten LAs der Person wird in Verbindung mit anderen Begrifflichkeiten des Modells – Lebensspanne, Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsstatus, den fünf Einflussfaktoren und der Individualität im Leben – beurteilt.“ (Roper et al. 2009, S. 150–151)

9. Das Pflegemodell und der Pflegeprozess

Zur Handhabung des Pflegeprozesses halten die Autorinnen folgendes fest: „Die interaktive Natur des Pflegeprozesses. Für den Pflegenden ist es wichtig, dies von Anfang an richtig zu verstehen, damit er sich kein starres Kategoriedenken aneignet; denn in der Praxis ist der Prozess ein dynamischer und interaktiver Vorgang mit einem kontinuierlichen Feedback.“ (Roper et al. 2009, S. 143) Die Inhalte der Pflegeplanung ermöglichen laut Roper et al. (2009, S. 160) eine systematische und individualisierte Pflege.

„Das Assessment ist keine starre Routine, die zu einer bestimmten Zeit und nach festgelegtem Muster erfolgt, sondern vielmehr eine fortlaufende Aktivität (...), die auf die jeweiligen Umstände der/des Betreffenden individuell zugeschnitten sein muss.“ (Roper et al. 2009, S. 154)

„Unabhängig vom Gesundheits- oder Krankheitszustand berücksichtigt die Pflegeperson beim Sammeln von Informationen über die LA des Klienten/Patienten natürlich auch das Stadium der Lebensspanne, eine der Komponenten des Modells. In unserem Formular (...) findet sich ein Hinweis darauf, ‚frühere Routinen‘ der/des Betreffenden zu berücksichtigen, und man muss daran denken, dass diese Routinen von biologischen, psychologischen, soziokulturellen und politisch-ökonomischen Faktoren – einer weiteren Komponente unseres Modells – geformt wurden. Die Überschrift ‚Was kann bzw. kann nicht unabhängig getan werden?‘ erinnert die Pflegeperson an das Kontinuum von Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Und es gibt einen Punkt ‚Frühere Copingmechanismen‘, um die Pflegeperson daran zu erinnern, dass bei Problemen oder Beschwerden in Bezug

auf irgendeine der LA hinterfragt werden sollte, wie der/die Betreffende damit zurechtgekommen ist.“ (Roper et al. 2009, S. 154)

Mit Hilfe der Anamnese, des Assessments werden die individuellen Gewohnheiten und Probleme identifiziert. „Die Darstellung der erkannten Patientenprobleme mittels Pflegeeinschätzung wird immer häufiger mit dem Begriff ‚Pflegediagnose‘ bezeichnet (Roper et al. 2009, S. 155) Eine Pflegediagnose ist: „(...) die Beschreibung jener Probleme, die Patienten bei der Ausführung der LAs haben, wohingegen eine medizinische Diagnose meistens pathologische Veränderungen beinhaltet.“ (Roper et al. 2009, S. 155)

„Der zweite Schritt des Pflegeprozesses lautet Planen (Pflegeplanung) und spiegelt unsere Definition der Pflege wider. Die Ziele eines Plans bestehen darin:

- zu verhindern, dass erkannte potenzielle Probleme bei der Ausführung der LA zu aktuellen werden;
- dafür zu sorgen, dass die aktuellen Probleme gelöst werden;
- die nicht lösbaren Probleme nach Möglichkeit zu lindern;
- dem Patienten zu helfen, positiv mit den Problemen umzugehen, die weder gelindert noch gelöst werden können;
- das Wiederauftreten eines gelösten Problems zu verhindern;
- einem Patienten zu helfen, sich so wohl wie möglich zu fühlen und weitgehend schmerzfrei zu leben, wenn in absehbarer Zeit mit seinem Tod gerechnet werden muss.“ (Roper et al. 2009, S. 156–157)

Dem Bereich des Planens ordnen die Autorinnen das Erstellen von Pflegezielen und Maßnahmen zu. In Bezug auf die Pflegeziele ist folgende Aussage hervorzuheben: „Die Ziele sollten innerhalb der individuellen Grenzen des Patienten realisierbar sein, da sonst das Risiko einer Entmutigung besteht. Die Ziele sollten nach Möglichkeit in Form von Ergebnissen bestimmt werden, die sich beobachten, messen oder testen lassen, so dass sie später auch entsprechend bewertet werden können.“ (Roper et al. 2009, S. 157) „Die Durchführung des Pflegeplans (Pflegeimplementation) ist der dritte Schritt des Pflegeprozesses.“ (Roper et al. 2009, S. 160)

„Der vierte Schritt des Pflegeprozesses, das Bewerten (Pflegeevaluation), stellt eine besondere Schwierigkeit für die Pflegenden dar. (...) Einfach ausgedrückt soll mit der Bewertung ergründet werden, ob (und in welchem Ausmaß) die angestrebten Ziele erreicht wurden (noch erreicht werden) oder nicht. In diesem Sinne ist die vierte Phase eine ‚Ergebnisbewertung‘.“ (Roper et al. 2009, S. 161)

„Während des gesamten Prozesses sollte der Patient, wann immer möglich, aktiv teilnehmen, zum Beispiel sollten Entscheidungen über die Weiterführung bestimmter LAs oder eine Umstellung der LAs zugunsten der Gesundheit und der Genesung nur mit Zustimmung getroffen werden. Die Ermutigung zur Eigenverantwortung für die Gesundheit und das Recht auf Selbstbestimmung auch während einer Krankheit werden immer stärker als wichtige Prinzipien der modernen Gesundheitsversorgung angesehen, daher auch die Betrachtung eines Patienten als ‚Konsument‘ (...). Die Patientenbeteiligung hat Auswirkungen auf die professionelle Pflege, (...). (...) Er wird zum Lehrer oder Supervisor (...).“ (Roper et al. 2009, S. 143)

10. Konzeptualisierung von Pflege durch das Modell

Roper et al. (2009, S. 179) stellen durch die eigene Bewertung des RLT-Modells, dessen Beitrag für die Theorie und Praxis dar. In diesem Zusammenhang schreiben sie, dass die Themen zur Zeit der ersten Veröffentlichung des Modells innovativ waren, aber auch für die Zukunft berechnete Relevanz haben.

10.1 Beziehung zwischen Pflege und Medizin

Die Verbindung zwischen Pflege und Medizin und die Einordnung des RLT-Modells wird dahingehend beschrieben, wonach: „(...) die unabhängigen (d. h. vom Pflegenden initiierten) gegenüber der abhängigen (d. h. vom Arzt angeordneten) Aspekte der Praxis eine vorrangige Bedeutung haben.“ (Roper et al. 2009, S. 180) Dennoch ist in den LAs zu sehen, dass eine enge Beziehung zu den Körpersystemen besteht. Das Verbindende zwischen zwei Disziplinen wird bestätigt.

„Die Tatsache, dass unser Modell zumindest von einigen als Rahmenwerk verstanden wird, das mit dem medizinischen Modell koexistieren kann, kann demgegenüber aber auch als eine seiner besonderen Stärken betrachtet werden,

da Ärzte und Pflegende und alle anderen im Gesundheitswesen Tätigen immer mehr gefordert sind, in der alltäglichen Pflege und Betreuung von Patienten, Familien und Gemeinschaften enger zusammenarbeiten.“ (Roper et al. 2009, S. 180)

10.2 Gesundheit und Krankheit

Roper et al. (2009, S. 181) sind davon überzeugt: „(...), dass unser Modell voll und ganz der zunehmenden Betonung eines gesunden Lebensstils und der öffentlichen Gesundheitspolitik entspricht und dass diese Entwicklungen, die sich immer mehr durchsetzen, wahrscheinlich nicht mehr umgekehrt werden können.“

In Bezug auf die inhaltliche Beschreibung der LA wird aufgezeigt: „(...) dass der Fokus unseres Modells auf die Lebensaktivitäten auch eine Möglichkeit bietet, die Konzentration der Pflege weg von den Krankheiten auf die Gesundheit zu verlagern.“ (Roper et al. 2009, S. 180) Die Autorinnen nennen im Zusammenhang mit der Definition von Gesundheit folgende Beschreibung: „Gesundheit und Krankheit sind Produkte eines komplexen Spektrums sowie der Interaktion von internen und externen Faktoren.“ (Roper et al. 2009, S. 181)

10.3 Komplexität der Pflege

Um der Vielseitigkeit und Komplexität der Individualität von Patienten, Familien und Gemeinschaften gerecht zu werden, wurde das Konzept der Faktoren, welche die LA beeinflussen, in das Modell integriert (Roper et al. 2009, S. 180). Jede LA ist unter Berücksichtigung dieser Faktoren einzuschätzen.

10.4 Individualität und Pflege

Das Konzept der „Individualität“ und die Integration des Pflegeprozesses mit dem Ziel der individualisierten Pflege sind ein Grundbestandteil des RLT-Modells. „Und tatsächlich gibt es im Modell keine Aspekte, die mit den aktuellen Interessen inkompatibel wären, die sich in der Pflege um die Vorstellung der ‚Fürsorge‘ und die Ideale des Empowerment entwickelt haben.“ (Roper et al. 2009, S. 182)

11. Kritik zum Modell

Zur Diskussion des Modells in Fachkreisen schreiben die Autorinnen: „Im Allgemeinen scheinen die Ansichten über das RLT-Modell positiv ausgewogen zu sein, zumindest auf der Basis der vorhandenen Beweise. Das Modell ist bisher selten vehement abgelehnt worden, zumindest nicht in öffentlicher Form.“ (Roper et al. 2009, S. 183)

In der Veröffentlichung von Roper et al. 2009 (S. 183–186) und auch im Buchbeitrag von Brandenburg, Dorschner (2008, S. 180–184) sind Kritiken zum Modell kompakt zusammengefasst dargestellt. Brandenburg, Dorschner (2008) stellen dieses Kapitel beispielsweise unter Berücksichtigung der Kategorien Klarheit, Allgemeingültigkeit und empirische Überprüfbarkeit dar.

In der Literatur aufgezeigte Kritikpunkte sind unter anderem die Einfachheit des Modells, ein Mangel an neuen Aspekten und dass es zu physisch-physiologisch orientiert sei (Roper et al. 2009, S. 187). Von Seiten der Praktikerinnen und Praktiker wird laut Roper et al. (2009, S. 183–184) beispielsweise die Herausforderung, Themen zu Lebensaktivitäten zuzuordnen, angesprochen. Exemplarisch sei es in diesem Kontext schwierig zu entscheiden, in welche Lebensaktivität Schmerzen einzuordnen seien. Zusammengefasst dargestellt, lautet eine ausgewählte Antwort der Autorinnen auf die Kritik folgendermaßen: Das Modell soll in erster Linie einen theoretischen Rahmen darstellen, der für Pflegende in der Praxis akzeptabel und zugänglich sein soll (Roper et al. 2009, S. 182–183).

Brandenburg, Dorschner (2008, S. 184) weisen darauf hin, dass sich die pflegerische Praxis in Deutschland in hohem Maß am RLT-Modell orientiert. Als Begründung nennen sie: „Unseres Erachtens ist es vor allem die Orientierung an der konkreten Alltagsgestaltung der Patienten, die enge Beziehung zur klinischen Pflegepraxis und die Nutzung des Modells als Instrument im Rahmen des Pflegeprozesses (...).“ Erwähnenswert ist des Weiteren, dass sowohl Juliane Juchli als auch Monika Krohwinkel das Roper-Logan-Tierney Modell als Grundlage für ihre Arbeiten herangezogen haben.

12. Literaturverzeichnis

Brandenburg Hermann, Dorschner Stephan: Das Roper-Logan-Tierney-Modell – Ein Modell für die Krankenpflege. In: Brandenburg Hermann, Dorschner Stephan (Hg.) (2008): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber. S. 178–184.

Brandenburg Hermann, Dorschner Stephan (2008): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.

Fawcett Jacqueline (1995): Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3rd edn. FA Davis. Philadelphia. In: Roper Nancy, Logan Winifried, W., Tierney Alison, J. (2009): Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber. S. 96–98.

Gschwandtner Gabriele, Maier Nicola (2012): Entscheidungshilfe Pflegeklassifikationssysteme. Unveröffentlichter Projektbericht. Krems: Department Pflegewissenschaft.

Hallensleben Jörg (2003): Typologien von Pflegemodellen. Diskussion ihrer Nützlichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Typologie von A. I. Meleis. In: Pflege & Gesellschaft. Nr. 2. Jg. 8. S. 59–67.

Kemetmüller Eleonore: Begriffsbestimmung: Klassifizieren. In: Gschwandtner Gabriele, Maier Nicola (2012): Entscheidungshilfe Pflegeklassifikationssysteme. Unveröffentlichter Projektbericht. Krems: Department Pflegewissenschaft.

Kirkevoid Marit (2002): Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Huber.

Marriner Tomey Ann: Geleitwort. In: Roper Nancy, Logan Winifried, W., Tierney Alison, J. (2009): Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber.

Meleis Afaf (2008): Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA. In: Schaeffer Doris, Moers Martin, Steppe Hilde, Meleis Afaf (2008): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber. S. 17–37.

Mittelstraß Jürgen (Hg.) (2004): *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Band 4. Stuttgart Weimar: J. B. Metzler.

Mischo-Kelling Maria: Nachwort zur 2. Auflage. In: Roper Nancy, Logan Winifried W., Tierney Alison J. (2009): *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA)*. 2., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber. S. 249–250.

Mischo-Kelling Maria (2012): *Zur Theorie des Pflegehandelns. Eine explorative Studie zur Bedeutung des Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds für die Transformation des Pflegemodells von Roper, Logan & Tierney. Eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns*. Dissertation. Universität Bremen.

Neumann-Ponesch Silvia (2014): *Modelle und Theorien in der Pflege*. 3. Auflage. Wien: Facultas WUV.

Neumann-Ponesch Silvia (2011): *Modelle und Theorien in der Pflege*. 2. Auflage. Wien: Facultas WUV.

Newton Charleen (1997): *Pflege nach Roper, Logan, Tierney*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Roper Nancy, Logan Winifred W., Tierney Alison J. (1993): *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. 4., überarbeitete Auflage. Basel: RECOM.

Roper Nancy, Logan Winifred W., Tierney Alison J. (2009): *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten*. 2., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber.

Tierney Allison J. (1998): Nursing models: extant or extinct? In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 28. No. 1. p. 77–85.

Wilkinson Judith M. (2012): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg und Jörn Fischer. Bern: Huber.