

Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

Der Pflegeprozess

von Heiko Fillibeck, Christine Sowinski, Klaus Besselmann

Eine unzureichende Steuerung des Pflegeprozesses ist **der** gravierendste Qualitätsmangel in der Pflege eines Menschen (direkte Pflege). Dies ist sehr erstaunlich, denn eine erfolgreiche Steuerung des Pflegeprozesses verbessert beides: die Lebensqualität der Klienten und die Arbeitssituation der Mitarbeiter.

In der Pflege eines Menschen bleibt selten etwas längere Zeit, wie es ist. Pflege ist vielmehr ein fortlaufender **Problemlösungsprozess**, in dem man immer wieder neue Lösungen für neue Situationen suchen muss. Dieser Prozess endet erst, wenn die Pflegebeziehung endet.

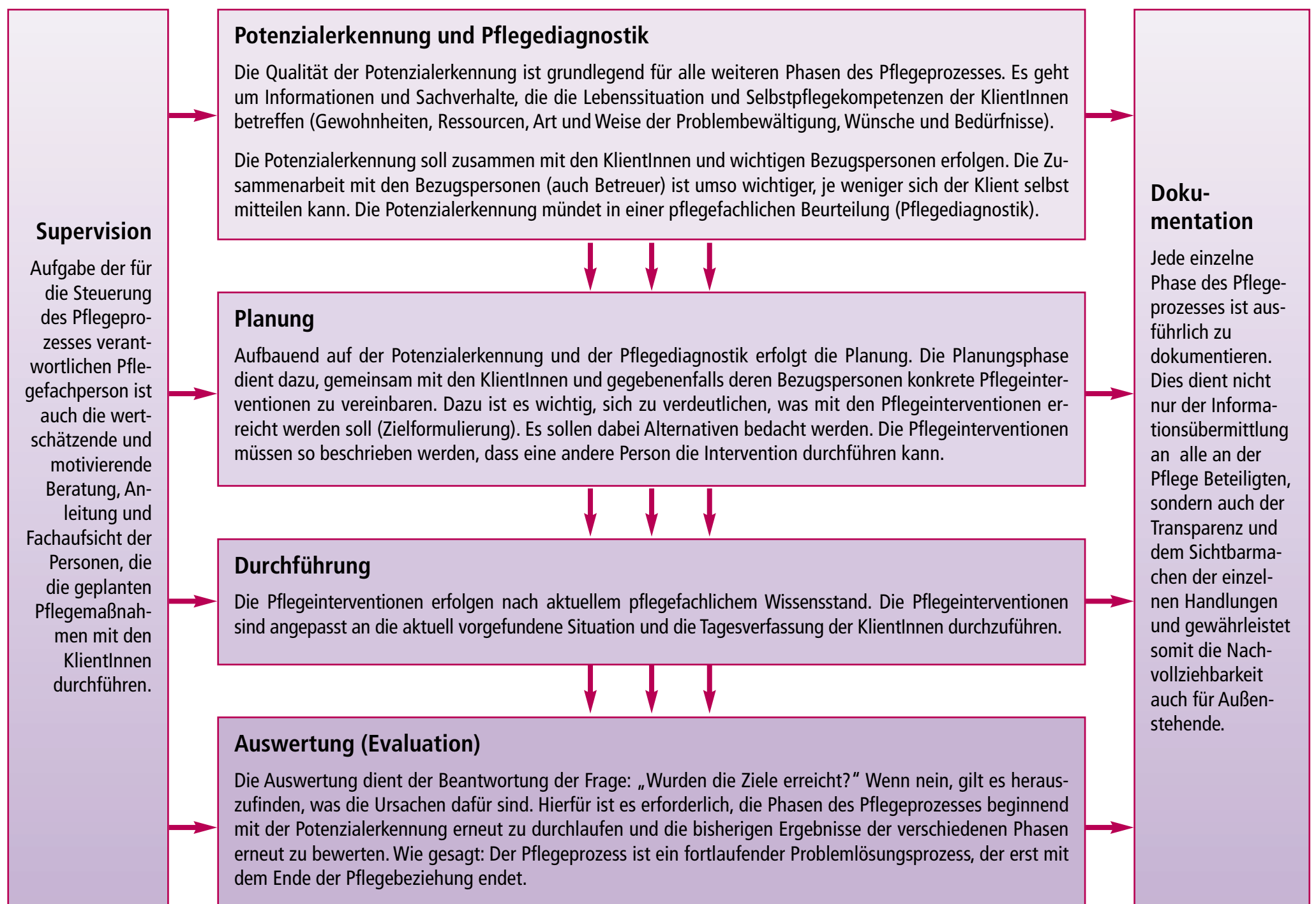
An dem Pflegeprozess sind immer mindestens zwei Personen beteiligt (Pfleger und Klient). Deshalb spielen die Beziehungen der Beteiligten und deren Kooperation eine wichtige Rolle für den Erfolg der **Pflegebeziehung**. Der **Pflegeprozess** gelingt umso leichter, je bewusster er geplant wird (**Pflegeplanung**). Ändert sich die Lebenssituation des Klienten, muss die Pflegeplanung dem Rechnung tragen und der veränderten Situation angepasst werden.

Wie bei anderen Problemlösungsprozessen auch, kann man den Pflegeprozess in verschiedene Phasen unterteilen, die im Verlauf der Pflegebeziehung immer wieder durchlaufen werden.

1. **Potenzialerkennung und Pflegediagnostik**
Einschätzung der Fähigkeiten und der Lebenssituation eines Klienten, Pflegediagnostik
2. **Planung**
Ziele, Alternativen und Maßnahmen vereinbaren
3. **Durchführung der Pflegeinterventionen** nach aktuellem pflegfachlichem Wissensstand
4. **Auswertung (Evaluation)**
Einschätzung der Wirkungen der Pflege bzw. Beantwortung der Frage: „Wurden die Ziele erreicht?“

Wenn ja, weiter mit Phase 3 – Durchführung der Pflege

Wenn nein, weiter mit Phase 1 – Potenzialerkennung



Literatur

Besselmann, Klaus; Fillibeck, Heiko; Sowinski, Christine: Qualitätshandbuch Häusliche Pflege in Balance – Wege zu einer familienorientierten Pflege. Ein Handbuch für beruflich Pflegenden, pflegende Angehörige und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2003
 Besselmann, Klaus; Sowinski, Christine; Rückert, Willi: Qualitätshandbuch Wohnen im Heim – Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Handbuch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1998
 Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung – Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln 2002

Sowinski, Christine; Gennrich, Rolf; Schmitz, Thomas; Schwantes, Harro; Warlies, Christine: Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. Planungshilfen für ambulante Dienste, Hausgemeinschaften, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. Teil I: Fachkraftquote, vorbehaltene und Supervisions-Aufgaben von Pflegefachkräften, Aufgaben von Pflegehilfskräften. KDA-Schriftenreihe Forum 36. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999

Kuratorium Deutsche Altershilfe · An der Pauluskirche 3 · 50677 Köln ·
 Tel.: (02 21) 93 18 47-0 · Fax: (02 21) 93 18 47-6 · E-Mail: socialmanagement@kda.de · Internet: www.kda.de

Kern des pflegerischen Handelns: Begleitung des Pflegeprozesses

Erläuterungen zum Poster „Pflegeprozess“

Von Christine Sowinski

Alle Pflegeeinrichtungen haben in der Regel Schwierigkeiten, den Pflegeprozess ihrer Klienten angemessen zu begleiten und entsprechend zu dokumentieren. Laut Aussagen vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen – MDS – in Essen, der einen Überblick über die Qualitätsprüfungen im Rahmen des SGB XI hat, ist dies der häufigste Qualitätsmangel in der Pflege. Aber auch in Krankenhäusern kann die Pflegeprozessbegleitung verbessert werden.

In den Beratungen im Rahmen des Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) spielten Qualitätsfragen eine große Rolle. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat daher im Auftrag des BMGS ein Poster (siehe nächste Seite) entwickelt, in dem dargestellt wird, wie der Pflegeprozess abläuft.

Das Poster verdeutlicht auch, dass sich im Sprachgebrauch zur Beschreibung des Pflegeprozesses Veränderungen vollzogen haben.

- Die frühere Krankenbeobachtung und das Erkennen der Probleme und Ressourcen eines Klienten sind enorm aufgewertet und verwissenschaftlicht worden.
- Die Planung erfolgt bei Menschen mit Demenz, aber auch bei anderen Problemsituationen in enger Abstimmung mit der Bezugsperson und den Betreuern.
- Die Durchführung der Pflegeinterventionen nach dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand beinhaltet die Anwendung der Nationalen Expertenstandards.
- Die Auswertung (Evaluation) ist nicht nur die letzte Spalte des Pflegeplanungsblatts, sondern Teil des Qualitätsentwicklungsprozesses.

Die frühere Krankenbeobachtung und das Erkennen der Probleme und Ressourcen eines Klienten sind enorm aufgewertet und verwissenschaftlicht worden.

In alten Pflegelehrbüchern findet man noch das Kapitel „Krankenbeobachtung“. Hier werden alle möglichen Äußerungen eines Klienten oder auch körperliche Prozesse systematisch erfasst und pflegfachlich bewertet. Auch in neueren Pflegelehrbüchern, wo es um das Erkennen von Problemen und Möglichkeiten eines Klienten geht, basiert dies auf der Einschätzung einer Pflegefachperson.

Neu ist, dass – bedingt durch die vom BMGS geförderten Nationalen Expertenstandards – der aktuelle pflegewissenschaftliche Stand besagt, dass zu bestimmten Themen, z. B. zum Thema Schmerzmanagement, bei akuten, zu erwartenden und chronisch-tumorbedingten Schmerzen ein Einschätzungs-/ Assessmentinstrument angewendet werden sollte. Dies kannte man vor einigen Jahren noch nicht in diesem Ausmaß, und es bedeutete in der Regel eine große Umstellung für die Pflegeeinrichtungen. Die Einrichtungen, die dies in den Alltag des pflegerischen Handelns implementiert haben, erleben den Einsatz von Instrumenten, Skalen oder Assessmentinstrumenten als sehr erleichternd und bereichernd.

Neu ist auch, dass die Pflege ähnlich wie die Medizin versucht, sich weltweit auf eine einheitliche Pflegesprache zu einigen. Hilfreich ist auch der Einsatz von Pflegediagnosen (z. B. NANDA-Pflegediagnosen). Dort findet man einen bestimmten Zustand eines Klienten beschrieben mit einer entsprechenden Bezeichnung. Die Pflegediagnosen sind differenziert aufgelistet, so dass die einzelne Pflegefachkraft auf diese Beschreibung zurückgreifen und dadurch das Phänomen genauer beschreiben kann, wie z. B. „Selbstversorgungsdefizit: Körperpflege“. Auch wenn man keine Pflegediagnose verwendet, ist die Beurteilung der Situation eines Klienten ein diagnostischer Prozess. Manche Pflegefachpersonen scheuen das und schreiben lieber nichts auf, als dass sie eine Einschätzung geben und darunter ihr Handzeichen setzen.

Ebenfalls neu ist das Wort „Potenzialerkennung“, das insbesondere durch die KDA-Handbücher (Besselmann et al. 2003 und 1998) Verbreitung gefunden hat.

Die Planung erfolgt bei Menschen mit Demenz, aber auch bei anderen Problemsituationen in enger Abstimmung mit der Bezugsperson und den Betreuern.

Durch die Zunahme von Menschen mit demenziellen Veränderungen ist ein pflegerisches Abstimmungsgespräch mit dem Betroffenen manchmal nur eingeschränkt möglich. Insofern ist die Pflegefachperson auf die Informationen der Bezugsperson der Klienten bzw. auf die Informationen des Betreuers angewiesen. Sind diese nicht greifbar, müssen die Pflegenden nach bestem Wissen und Gewissen eine Planung für ihre Klienten machen. Oft zeigt es sich aber, dass man in einer längeren Begleitung von Menschen mit Demenz schon sehen kann, was sie bevorzugen und was sie nicht mögen. Gerade die Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel, die das System der fördernden Prozesspflege entwickelt hat, hat sich sehr dafür eingesetzt, die Bezugspersonen der Klienten einzubeziehen.

Die Durchführung der Pflegeinterventionen nach dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand beinhaltet die Anwendung der Nationalen Expertenstandards.

Der aktuelle pflegewissenschaftliche Stand wird zurzeit überwiegend durch die Nationalen Expertenstandards in der Pflege, die vom BMGS gefördert wurden, definiert. Es handelt sich dabei um die Standards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, „Entlassungsmanagement in der Pflege“, „Schmerzmanagement in der Pflege“ (Stand: November 2004). Im Frühjahr 2005 erscheint der Standard zur Sturzprophylaxe in der Pflege. An den Standards kann man wunderbar sehen, wie der Pflegeprozess zu einem bestimmten Thema dargestellt wird. Das KDA rät allen Einrichtungen, diese Standards zu implementieren, wobei sich der Standard Entlassungsmanagement auf so genannte „abgebende Einrichtungen“ wie Kurzzeitpflege, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen bezieht. Die Veröffentlichungen zu den Standards sind eine Fundgrube zum aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand. Sie machen nicht nur Aussagen zu einem speziellen Thema, sondern greifen auch andere, benachbarte Themen auf. Altenpflegeschulen oder auch Fort- und Weiterbildungseinrichtungen sollten die Vermittlung des Wissens der Expertenstandards in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen. Natürlich kann man von Pflegefachpersonen erwarten, dass sie sich auch selber fortbilden, indem sie die Standards bestellen und sich damit beschäftigen. Vielfach besteht aber ein großer Bedarf, mit den Kollegen und dem entsprechenden Management einer Einrichtung darüber zu diskutieren, wie in der Einrichtung selbst dieser Standard eingeführt und am Leben erhalten werden kann. Jeder Standard hat auch ein Audit-Instrument, das man anwenden kann, um zu sehen, wie der Grad der Standardeinhaltung in einer bestimmten Einrichtung ist (weitere Informationen unter www.dnqp.de).

Die Auswertung (Evaluation) ist nicht nur die letzte Spalte des Pflegeplanungsblatts, sondern Teil des Qualitätsentwicklungsprozesses.

In den meisten Einrichtungen wird die Spalte „Auswertung“ in dem Pflegeplanungsblatt nicht gut geführt. Maßnahmen werden nicht hinterfragt oder abgesetzt. Die Reaktion des Klienten auf eine bestimmte Maßnahme fehlt oft. Diese so genannte Ergebniskontrolle gilt bei vielen eher als lästiges Übel. Dabei ist sie aber Teil des Qualitätsentwicklungsprozesses. Bei dem demnächst veröffentlichten Standard zur Sturzprophylaxe in der Pflege kann man gerade diesen dauerhaften zirkulären Prozess der pflegerischen Begleitung und Qualitätsentwicklung sehr gut ablesen. Das KDA rät auch davon ab, feste Zeiten in größeren Abständen (zum Beispiel alle drei Wochen) zur Evaluation des Pflegeverlaufs in der Einrichtung einzuführen, da die Auswertung kontinuierlich und zeitnah erfolgen muss. Die Übergabegesprä-

che oder die letzte Phase eines pflegerischen Tagesablaufs sollte dazu dienen, zu überlegen: Müssen wir bei dem Klienten irgendetwas verändern, kommt er mit der Pflege gut zurecht, haben wir etwas nicht bedacht?

Gute Prozessbegleitung und -dokumentation hilft und ist keine unnötige Bürokratie

In Einrichtungen, in denen besser dokumentiert und der Pflegeprozess begleitet wird, sinkt die Arbeitsbelastung. Am Anfang erscheint eine bessere Dokumentation und Prozessbegleitung als ein Riesenaufwand, der sich aber erheblich reduziert, je länger die Einrichtung dokumentiert und die Klienten entsprechend den neueren Erkenntnissen begleitet. Viele Probleme treten gar nicht auf, wenn man in intensiver Absprache mit seinen Kollegen überlegt: Wie geht es dem Klienten? Was müssen wir tun? Wie kommt er mit der Situation zurecht? Auch die Betroffenen und ihre Angehörigen erleben die Dienstleistung als individueller und weniger ritualisiert und fühlen sich wertgeschätzt, wenn man intensiv auf sie eingeht. Das früher oft zitierte Motto „Wir haben keine Zeit für Pflegeplanung, wir müssen pflegen, sollen wir die Leute denn in ihrem Urin liegen lassen?“ ist nicht mehr zeitgemäß. Pflege wird effizienter, man spart Zeit, indem man vernünftig dokumentiert und den Klienten entsprechend den Phasen des Pflegeprozesses unterstützt. Wer einmal so gearbeitet hat, möchte nie wieder anders arbeiten. Für Pflegefachpersonen, aber auch für nicht ausgebildete Mitarbeiter ist es ein furchtbarer Stress, wenn sie wenig über ihre Klienten wissen.

Die meisten Menschen, die nicht einer Schreibtischtätigkeit nachgehen, scheuen sich davor, Dinge aufzuschreiben. Auch Mediziner drücken sich vor den so genannten Arztbriefen, aber ohne OP-Berichte und Laborwerte würden viele von uns nicht mehr leben. Das, was wir an der Medizin schätzen, die Ausrichtung an neueren Forschungserkenntnissen und eine knappe und präzise Dokumentation, hilft auch in der Pflege, Menschenleben zu retten und die für die Klienten und ihre Angehörigen oft schwierigen Situationen besser zu bewältigen. International und in Übereinstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Begleitung des Pflegeprozesses als Kern des pflegerischen Handelns gesehen. Wer das nicht kann, kann auch nicht professionell pflegen.

Literatur:

- Doenges, Marilyn, E. (2001): Pflegediagnosen und Maßnahmen. Huber, Bern
- Georg, Jürgen (Hrsg.) (2005): NANDA-Pflegediagnosen. Huber, Bern (noch nicht erschienen)
- Jaffe, M.; Skidmore-Roth, L. (2000): Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Huber, Bern
- Krohwinkel, Monika (1998): Modell der fördernden Prozesspflege – Konzept, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink, Jürgen (Hrsg.): Erster Internationaler Pflege-theorienkongress in Nürnberg. Huber, Bern, S. 134–154