

Lernfeld B: Pflegewissenschaften und Pflegeprozess

LESEPROBE

LESEPROBE

Inhaltsverzeichnis

Seite

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	6
1 Der Pflegeprozess	7
1.1 Einführung.....	7
1.2 Gesetzliche Einordnung des Pflegeprozesses.....	7
1.3 Der Pflegeprozess aus Sicht einer Führungskraft	9
1.3.1 Mögliche Qualitätsverbesserungen durch den Pflegeprozess	9
1.3.2 Der Pflegeprozess als ein Problemlösungsprozess	10
1.3.3 Die Pflegebedarfserhebung.....	14
1.3.4 Pflegeprobleme innerhalb des Pflegeprozesses.....	17
1.3.5 Pflegezielformulierungen.....	18
1.3.6 Pflegemaßnahmen und Evaluation	19
1.4 Resümee	20
2 Die Pflegeforschung	21
2.1 Einführung.....	21
2.2 Pflege und Wissenschaft	21
2.2.1 Der Wissenschaftsbegriff	21
2.2.2 Pflegeforschung als Wissenschaftsdisziplin	22
2.2.3 Geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung.....	23
2.2.4 Die Verbindung von Theorie, Ausbildung und Berufspraxis	24
2.2.5 Evidenzgrade in den Gesundheitswissenschaften	25
2.2.6 Die Finanzierung der Pflegeforschung.....	25
2.3 Der Einstieg in den Forschungsprozess.....	26
2.3.1 Die Literaturrecherche	27
2.3.2 Qualitative und quantitative Forschung.....	27
2.4 Resümee	28
3 Expertenstandards	29
3.1 Einführung.....	29
3.2 Stellenwert von Expertenstandards.....	30
3.2.1 Definition Expertenstandard	30
3.2.2 Haftungsrechtliche Dimension der Expertenstandards.....	30
3.2.3 Stellenwert der Expertenstandards im 11. Sozialgesetzbuch	30
3.3 Aufbau von Expertenstandards	33
3.4 Implementierung von Expertenstandards.....	34
3.4.1 Beispiel anhand eines Kriteriums des DNQP-Expertenstandards Dekubitusprophylaxe 2010:.....	34
3.5 Resümee	35
4 Pflegetheorien und -modelle	36
4.1 Einführung.....	36

4.2	Theoretische und methodische Grundlagen.....	37
4.2.1	Die klassische Definition von Pflege	37
4.2.2	Die Domäne von Pflege und Pflegeforschung.....	38
4.2.3	Logische Unterscheidung von Wort, Begriff und Definition.....	40
4.2.4	Der begriffliche Rahmen von Pflege und die Bedeutung von Pflegekonzepten.....	44
4.2.5	Theorie und Modell.....	45
4.3	Ausgewählte Theorien und Modelle.....	47
4.3.1	Dorothea Orem – Strukturkonzepte der Pflegepraxis	47
4.3.2	Roper/Logan/Tierney – Die Elemente der Krankenpflege	53
4.3.3	Ein Modell für das Leben und ein Modell für die Krankenpflege	55
4.3.4	Krohwinkel: Fördernde Prozesspflege als System.....	57
4.4	Resümee.....	63
5	Pflegedokumentation	65
5.1	Einführung.....	65
5.2	Organisatorische Herausforderung Pflegedokumentation.....	66
5.2.1	Umfang Pflegedokumentation.....	66
5.2.2	Gesetzliche Anforderungen.....	67
5.2.3	Dokumentation im Krankenhaus.....	70
5.3	Archivierung.....	71
5.4	Resümee.....	71
6	Pflegeüberleitung.....	72
6.1	Einführung.....	72
6.2	Entwicklungen im Bereich der Überleitung.....	73
6.2.1	Impulse durch den Expertenstandard „Entlassmanagement“	73
6.2.2	Pflegeüberleitung als Informationstransfer.....	74
6.3	Resümee.....	75
	Literaturverzeichnis.....	76
	Selbstkontrollaufgaben.....	77
	Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 1	77
	Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 2.....	77
	Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 3.....	77
	Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 4.....	77
	Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 5.....	78
	Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 6.....	78
6.1	Was wird unter Überleitungspflege verstanden?	78
	Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben	79
	Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 1.....	79
	Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 2.....	82
	Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 3.....	84
	Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 4.....	86

Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 589
Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 690

LESEPROBE

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

	<u>Seite</u>
Abbildung 1: Pflegemodell: Konzeptueller Rahmen der Pflege nach Orem.....	53
Abbildung 2: Lebensspannenmodell (in Anlehnung an die ATLS von Juchli).....	57
Abbildung 3: Fördernde Prozesspflege als System.....	58
Abbildung 4: Pflegeprozess als Basis der pflegerischen Dokumentation	67
Abbildung 5: Mängel in Zusammenhang mit der Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege (MDS Jahresbericht 2006).....	70

Tabellen

Tabelle 1: Die Pflegeprozessphasen nach Krohwinkel.....	12
Tabelle 2: Zahlreiche Studien vs. wenige Studien.....	25
Tabelle 3: Organisations- und Implementierungsbedarf.....	35

1 Der Pflegeprozess

Lernziele:

- Die Bedeutung des Pflegeprozesses für eine Führungskraft in der Pflege kennen
- Den Pflegeprozess als Arbeitsmethode beschreiben können
- Die Stufen oder Phasen des Pflegeprozessmodells von Fiechter/Meier und Krohwinkel unterscheiden können
- Einschätzen können, ob der Pflegeprozess in ihrer Pflegeeinrichtung im Sinn der Qualitätssicherung umgesetzt wird



1.1 Einführung

Die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis hat eine herausragende Bedeutung, die vom Gesetzgeber in Deutschland entsprechend gewürdigt wurde. Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts werden in der Pflege sogenannte Pflegemodelle diskutiert mit dem Ziel, eine Basis für die Pflegeforschung zu entwickeln und den Pflegepraktikern eine Orientierung bei der Umsetzung des Pflegeprozesses zu geben. In Deutschland wurden keine eigenständigen Pflegemodelle entwickelt. Es wurden Modelle aus den USA oder England modifiziert und als Grundlage für eigenständige Forschungsprojekte ausgewählt. Nach wie vor gibt es eine Kluft zwischen Pflege theoretikern und Pflegepraktikern, was das Verständnis und die Umsetzung des Pflegeprozesses betrifft. Aber es muss klar sein, dass sowohl die Pflegeforscher als auch die Pflegepraktiker das gemeinsame Ziel haben, die Qualität der Pflege nachhaltig zu verbessern. Je mehr Verantwortung Pflegefachkräfte in der Leitung einer Pflegeeinrichtung übernehmen, umso mehr müssen sie der Rolle gerecht werden, jungen Nachwuchskräften die Bedeutung und die Wichtigkeit des Pflegeprozesses klarzumachen. Wie sehr ihnen das gelingt, hängt davon ab, wie intensiv sie sich in ihrer Berufspraxis bereits mit dem Pflegeprozess und den Dokumentationssystemen der Pflegeplanung auseinandergesetzt haben. Dieser Lehrbrief ist keine Einführung in den Pflegeprozess. Dies erfolgt heute sehr ausführlich in der Berufsausbildung zur Altenpflege und Krankenpflege. Dieser Lehrbrief soll ihnen einen Ausblick auf ihre Leitungsaufgaben geben, die bei der Bewältigung der Alltagsaufgaben im Zusammenhang mit der Planung von Pflegeprozessen und der Pflegedokumentation auf sie zukommen können. In weiten Teilen bezieht sich der Lehrbrief auf die Grundsatzstellungnahme, Pflegeprozess und Dokumentation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS).



1.2 Gesetzliche Einordnung des Pflegeprozesses

Der Gesetzgeber erneuert mit der Novellierung des Altenpflegegesetzes vom 25. August 2003 und des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 seine Forderung nach einer geplanten und patientenorientierten Pflege. Beide Gesetzestexte verlangen, jeweils im §3 des Gesetzestextes, dass die Berufsausbildungen in den wichtigsten Ausbildungsberufen der Pflege dazu befähigen, den Pflegeprozess eigenverantwortlich anwenden zu können. Von allen Aufgaben der Pflege, die vom Gesetzgeber als „eigenverantwortlich“ herausgestellt werden, wird an erster Stelle die Kompetenz genannt, den Pflegebedarf zu erheben und festzustellen, die Pflege zu planen und zu organisieren, durchzuführen und zu dokumentieren und darüber hinaus die Evaluation der Pflege und eine Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege zu ermöglichen. Das gesamte Aufgabengebiet der Pflege wird im Altenpflegegesetz im §3 in zehn Unterpunkten beschrieben und im Krankenpflegegesetz in drei Aufgabengebieten mit sieben Unterpunkten. An erster Stelle wird in bei-

den Gesetzestexten die umfassende und geplante Pflege genannt und nicht die Pflegeberatung oder die Mitwirkung bei der Behandlung und Therapie der Ärzte. Warum formuliert der Gesetzgeber nur einen Gesetzesvorrang und keinen Gesetzesvorbehalt für die „geplante Pflege“?

Um zu klären, ob es möglich ist, für die wichtigsten pflegerischen Aufgaben in Deutschland einen Gesetzesvorbehalt für Pflegefachberufe durchzusetzen, hatten die Berufsverbände der wichtigsten Berufsgruppen in der Pflege 1998 vor der Novellierung des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes ein Rechtsgutachten erstellen lassen. Was bedeutet Gesetzesvorbehalt für die Pflege? In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass der Gesetzgeber die berufliche Ausübung einer bestimmten Tätigkeit, z.B. die Pflegeplanung oder die Ausführung der Körperpflege nur einer Berufsgruppe zugesteht, in diesem Fall nur den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und den Altenpflegerinnen. Im ersten Fall kann dies sicher sinnvoll sein, aber im zweiten Fall eher nicht. Das Ergebnis dieses Rechtsgutachtens zu dem Thema „Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche“ war für die Auftraggeber des Gutachtens eher ernüchternd, denn es wurde festgestellt, dass der deutsche Gesetzgeber nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen einer Berufsgruppe einen Gesetzesvorbehalt zugesteht. Ein Beispiel für einen derartigen Sonderfall ist die Anwesenheitspflicht einer Hebamme bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus. Das bedeutet, eine Hebamme muss immer bei einer Geburt hinzugezogen werden, eine Ärztin oder Gynäkologin nicht. Bei allen pflegerischen Tätigkeiten wurden aus juristischer Sicht verfassungsrechtliche Bedenken gegen einen Gesetzesvorbehalt vorgetragen. Im Grunde sind die Beweggründe einfach nachzuvollziehen. Grundlegende pflegerische Aufgaben, wie die Unterstützung bei allen Lebensaktivitäten, gehen so weit in die Privatsphäre des Patienten, dass der Gesetzgeber dem Patienten grundsätzlich die Entscheidung überlässt, wen er mit der Ausführung beispielsweise seiner Körperpflege beauftragt. Der Gesetzgeber grenzt bei der Ausführung und Übernahme der Körperpflege weder die Arzthelferin oder Ärztin noch die Physiotherapeutin oder die Laienhelferin und die Angehörigen aus. Ob die genannten Berufe oder die genannten Personen, wenn sie sich anbieten würden, die Körperpflege auszuführen, davon aus rechtlicher Sicht ausgenommen werden sollen und der Patient verpflichtet werden sollte, ausschließlich Pflegefachkräfte mit dieser Aufgabe zu beauftragen, das überlässt der Gesetzgeber der Entscheidungsfreiheit des Patienten und der Eigenverantwortung der Gesundheitsberufe.

Wenn also eine physiotherapeutische Praxis ihr Dienstleistungsangebot erweitern möchte und ihren Patienten nach einer schweißtreibenden Behandlung eine Körperpflege anbietet, verbietet der Gesetzgeber dies nicht. Umgekehrt können Physiotherapeuten auch nicht verhindern, dass eine Behandlung nach Bobath, die üblicherweise Krankengymnasten ausführen, von Pflegefachkräften angeboten und abgerechnet wird. Der Gesetzgeber überlässt es bei der aktuellen Rechtsauffassung den Berufsgruppen, sich zu einigen, wer hier den Vorrang und die Kompetenz hat, eine bestimmte Dienstleistung zu erbringen. Ebenso wenig schreibt der Gesetzgeber vor, welcher Beruf in einer Gesundheitseinrichtung das Essen kocht, wer die Betten macht und wer die Böden reinigt. Das müssen die Berufe untereinander regeln.

Diese Rechtsauffassung könnte sich aber sehr bald ändern, nämlich dann, wenn tatsächlich vermehrt ärztliche Tätigkeiten an unterschiedliche Gesundheitsberufe delegiert werden. Hier hat die Pflege keine Sonderstellung. Aktuell wird diskutiert, um die Kosten im Gesundheitssystem zu senken, dass Arzthelferinnen, Rettungsassistenten, Medizinisch-Technische-Assistenzberufe und die Pflegeberufe vermehrt ärztliche Tätigkeiten wie Blutentnahmen, das Verabreichen von Infusionen, kleinere diagnostische und therapeutische Prozeduren oder die Verordnung von Pflegehilfsmitteln übernehmen. Hier sind die Berufsverbände gefordert, klare Vorgaben zu entwickeln. In welcher Form dies geschehen wird, ist noch unklar. Dies können Empfehlungen oder Expertenstandards sein. Was davon am Ende in Verordnungen oder Gesetzestexten stehen wird, muss abgewartet werden.

Bei der Feststellung und Ermittlung des Pflegebedarfes sieht die rechtliche Situation anders aus. Hier war der Gesetzgeber dann auch bereit, einen Fachvorrang der Pflege anzuerkennen. In der Pflegeversicherung nach dem SGB XI gibt es Strukturvorgaben, die Anhaltspunkte über Steuerungsaufgaben geben, nämlich hinsichtlich der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft. Hier haben wir Konkretisierungen in den Qualitätsmaßstäben nach §112 SGB XI (Qualitätsverantwortung)¹. Nach diesen Qualitätsmaßstäben ist die pflegerische Gesamtverantwortung in folgende Verantwortungsbereiche untergliedert:

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes

Aus diesen Verantwortungsbereichen können jetzt Einzelaufgaben mehr oder weniger umfangreich an verantwortliche Pflegefachkräfte in der mittleren Führungsebene an Stationsleitungen, Abteilungsleitungen oder Wohnbereichsleitungen übertragen werden. Insoweit nehmen dann Stationsleitungen aus der pflegerischen Gesamtverantwortung übertragene, delegierte Arbeitgeberfunktionen wahr.

Die Umsetzung des Pflegeprozesses ist also auf keinen Fall nur eine notwendige oder lästige Schreibarbeit, sondern eine der wichtigsten den Beruf kennzeichnende Tätigkeiten. Das spiegelt sich auch in der juristischen Sichtweise wider. Dies müssen sie sich vergegenwärtigen, wenn sie als Führungskraft ihre Mitarbeiter beraten, den jeweiligen Pflegebedarf zu erfassen, überprüfbare Pflegeziele festzulegen und davon konkrete Pflegemaßnahmen abzuleiten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen den Pflegeprozess nicht aus der Sicht einer Berufseinsteigerin vorstellen, sondern die damit verbundenen Aufgaben einer Führungskraft ansprechen.

1.3 Der Pflegeprozess aus Sicht einer Führungskraft

1.3.1 Mögliche Qualitätsverbesserungen durch den Pflegeprozess

Heute ist die Mehrzahl der Pflegefachkräfte von der Notwendigkeit, die Pflege systematisch und zielgerichtet auszuführen, überzeugt, da auf diese Weise die Qualität der Pflege erhöht und die Pflege am besten individuell auf den Patienten abgestimmt werden kann. Es ist insbesondere der Erfolg von Nancy Roper, den Aspekt der Patientenorientierung den beruflich Pflegenden in Deutschland durch die Veröffentlichungen ihrer Forschungsarbeiten nahegebracht zu haben. Betrachtet man die Pflege aus der Sichtweise von Roper, dann ist es das wichtigste Kriterium, nach dem die Pflege beurteilt werden soll, ob die Individualität des Patienten berücksichtigt wurde. Die Pflegeforscherin Krohwinkel erbrachte im deutschen Gesundheitssystem den wissenschaftlichen Nachweis, dass die Umsetzung des Pflegeprozesses nach einem Pflegemodell von Pflegepraktikern zu einer Verbesserung der Pflegequalität führen kann.

Mit Hilfe der Methode des Pflegeprozesses wird die Pflege individualisiert, die Pflegequalität kann dadurch erhöht, Komplikationen und Folgeerkrankungen können vermindert werden. Während der unterschiedlichen Phasen des Pflegeprozesses kann eine sinnvolle Pflegebeziehung konstruktiv geplant, eingeleitet, aufrechterhalten und beendet werden. Konstruktives pflegeri-

¹ Zuvor § 80a SGB XI, der durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) mit Wirkung zum 01.07.2008 gestrichen wurde, während §112 ff SGB XI komplett neu gefasst wurde (vgl. BGBl. I S. 74).

sches Handeln oder problemlösendes Pflegen heißt, dass Pflegefachkräfte die nachfolgenden Schritte ausführen:

- Sammeln aller pflegerelevanten Informationen
- Auswerten dieser Informationen,
- Formulieren von Pflegeproblemen,
- Feststellen von Pflegediagnosen,
- Festlegung von Prioritäten,
- Formulierung von Pflegezielen,
- Planung von pflegerischen Interventionen,
- Ausführung und Auswertung der pflegerischen Interventionen
- Pflegerische Dienstleistungen dokumentieren

Dabei bildet die Dokumentation den Pflegeprozess nur ab, sie ist nicht der Pflegeprozess. Diese Abbildung kann zutreffend oder täuschend sein, ebenso wie eine Abbildung von einem Auto, das in einem Katalog präsentiert wird. Die Abbildung des Autos soll zum Kauf animieren. Die Anforderung an qualitativ hochwertige Pflegeprozesse kann nicht einseitig erfüllt werden durch gut geschriebene Pflegeplanungen. Die Pflegedokumentation soll die tatsächlichen Prozesse und die tatsächliche Qualität der pflegerischen Dienstleistung abbilden. Ihre Pflegedokumentation ist das Aushängeschild und ein wichtiger Werbeträger ihrer Einrichtung, vergleichbar mit ansprechenden Präsentationen, die in der Automobilindustrie selbstverständlich sind.

Der Pflegeprozess wird erst durch die Anwendung in der konkreten Pflegesituation zu einem berufsspezifischen Prozess. Es ist die Aufgabe der Leitung, dafür zu sorgen, dass die individuellen Vorstellungen der Pflegepraktiker über ein zunächst abstraktes Problemlösungsverfahren so beeinflusst werden, dass der Pflegeprozess zu einem Qualitätssicherungsinstrument wird, das von allen Mitarbeitern akzeptiert wird.

1.3.2 Der Pflegeprozess als ein Problemlösungsprozess

Pflegende wenden sehr unterschiedliche Ansätze an, um Entscheidungen zu treffen, die dann zur Lösung von Pflegeproblemen führen können. Man kann zwischen verstandesmäßigen (rationalen) und weniger verstandesmäßigen problemlösenden Ansätzen unterscheiden. Bei den weniger verstandesmäßigen Ansätzen wird eher unsystematisch vorgegangen und vorzugsweise nach dem Gefühl entschieden. Die Problemlösungen können dann von Kollegen nicht immer nachvollzogen werden. Beispiele für weniger rationale Ansätze sind das Handeln nach Versuch und Irrtum, Handeln überwiegend aus Beweggründen, die durch Tradition („das haben wir immer schon so gemacht“) und durch Intuition („aus dem Bauch heraus“) begründet werden.

Bei den stärker rationalen Problemlösungsansätzen kann erklärt und begründet werden, warum man sich für diesen Ansatz oder diese Pflegehandlung entschieden hat. Bei einem rationalen problemlösenden Ansatz wird nach einer Zielsetzung systematisch an der Lösung eines Problems gearbeitet. Damit ist die Lösung des Problems nicht immer garantiert, aber die Pflegehandlungen sind nachvollziehbar und beruhen auf:

- der Berücksichtigung von Fakten, die im Zusammenhang mit dem Problem stehen
- der Beurteilung von Alternativen für die Problemlösung
- der Einschätzung möglicher Konsequenzen, die sich aus der Problemlösung ergeben.

Professionelle Arbeit sollte überwiegend auf rationalen Problemlösungsstrategien basieren, keinesfalls darf sie sich nur auf Tradition und Intuition stützen. Ebenso wenig kann man auf den