

Masterarbeit

**Der Pflegeprozess als Steuerungs- und  
Qualitätssicherungsinstrument in der Pflegepraxis**

eingereicht von

**Simone Julia Melanscheg, BSc**

Geb.Dat.: 02.08.1987

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

Dr. Rupp Bernhard, MBA &

Univ. Prof<sup>in</sup>. Dr<sup>in</sup>. Lohrmann Christa

Graz, am 23. Juli 2012



## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 23. Juli 2012

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. G. ...', written in a cursive style.

# Inhaltsverzeichnis

|       | Seite  |
|-------|--|
| 1     | Einleitung..... 9  |
| 2     | Methodik..... 11   |
| 3     | Theoretischer Hintergrund ..... 12   |
| 3.1   | Aspekte der Pflegequalität..... 12   |
| 3.1.1 | Qualitätsdimensionen in der Pflege..... 14                                   |
| 3.2   | Prozesse der Gesundheitsversorgung ..... 15                                  |
| 4     | Ergebnisse..... 18   |
| 4.1   | Der Pflegeprozess ..... 18   |
| 4.1.1 | Ursprünge ..... 18   |
| 4.1.2 | Assessment/Informationssammlung..... 22                                      |
| 4.1.3 | Pflegediagnosen ..... 24   |
| 4.1.4 | Pflegeplanung ..... 26   |
| 4.1.5 | Durchführen der Maßnahmen..... 29  |
| 4.1.6 | Evaluation ..... 31  |
| 4.2   | Der Qualitätsentwicklungsprozess ..... 35                                    |
| 4.3   | Qualitätsplanung – Definition der angestrebten Qualität..... 36              |
| 4.4   | Beurteilung des Pflegeprozesses – Erhebung der derzeitigen Qualität ..... 38 |
| 4.5   | Methoden der Qualitätsprüfung – Beurteilung der Qualität..... 40             |
| 4.5.1 | Befragung der pflegebedürftigen Personen ..... 40                            |
| 4.5.2 | Auswertung der Pflegeplanung..... 41   |
| 4.5.3 | Stufen der Pflegequalität ..... 42   |
| 4.5.4 | Auswertung des veränderten Gesundheitszustandes..... 43                      |
| 4.5.5 | Audits ..... 43  |
| 4.6   | Qualitätslenkung – Reduzierung des Unterschieds ..... 46                     |
| 4.6.1 | PDCA-Zyklus..... 46  |
| 4.6.2 | Personelle Ressourcen..... 47  |
| 4.6.3 | Fallbesprechungen ..... 49   |
| 4.6.4 | Pflegevisiten..... 49  |
| 4.6.5 | Qualitätszirkel ..... 50   |
| 4.6.6 | Verwendung von Pflegestandards..... 51                                       |
| 4.6.7 | Pflegesystem - Primary Nursing (Bezugspflege)..... 56                        |
| 4.6.8 | Pflegemodelle ..... 57   |
| 5     | Diskussion ..... 58  |
| 6     | Literaturverzeichnis ..... 61  |
| 6.1   | Internetadressen ..... 65  |
| 6.2   | Anhang..... 66   |

## Abkürzungsverzeichnis

|         |   |   |
|---------|---|---|
| Abs.    | = | Absatz  |
| ANA     | = | American Nurses Association                               |
| ANP     | = | Advanced Nurse Practitioner                               |
| bzgl.   | = | bezüglich   |
| bzw.    | = | beziehungsweise   |
| DGKP    | = | Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)      |
| d.h.    | = | das heißt   |
| DNQP    | = | Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| et al.  | = | und andere  |
| etc.    | = | et cetera (und so weiter)                                 |
| ggf.    | = | gegebenenfalls  |
| GQG     | = | Gesundheitsqualitätsgesetz                                |
| GuKG    | = | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz                      |
| Hg.     | = | Herausgeber/in  |
| HH      | = | Heimhilfe   |
| h       | = | Stunde(n)   |
| ICN     | = | International Council of Nurses                           |
| NANDA   | = | North American Nursing Diagnosis Association              |
| Nr./no. | = | Nummer  |
| PH      | = | Pflegehilfe   |
| PÄS     | = | Problem – Ätiologie – Symptom                             |
| PP      | = | Pflegeprozess   |
| z.B.    | = | zum Beispiel  |
| S./pp.  | = | Seite   |
| ISO     | = | International Organization for Standardization            |
| ÖGKV    | = | Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband     |
| ÖNORM   | = | Österreichisches Normungsinstitut                         |
| WHO     | = | Weltgesundheitsorganisatin                                |
| vol.    | = | volume (Nummer)   |

## **Abbildungsverzeichnis**

|   |       |
|---|-------|
| Abbildung 1: Qualitätsdreieck.....  | S. 14 |
| Abbildung 2: Prozesse der Gesundheitsversorgung .....                                     | S. 15 |
| Abbildung 3: Systemtheorie in Anlehnung an den Pflegeprozess .....                        | S. 19 |
| Abbildung 4: Phasenmodelle des Pflegeprozesses.....                                       | S. 20 |
| Abbildung 5: Phasen des Pflegeprozesses .....   | S. 21 |
| Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Pflegediagnose, Pflegeziel<br>und Pflegemaßnahme ..... | S. 29 |
| Abbildung 7: Verlauf des Pflegeprozesses .....  | S. 33 |
| Abbildung 8: Wirkungskette der Pflege.....  | S. 34 |
| Abbildung 9: Qualitätsentwicklungsprozess .....   | S. 35 |
| Abbildung 10: Prozessorientierte Ansatz.....  | S. 41 |
| Abbildung 11: Pflegestufen.....   | S. 43 |
| Abbildung 12: PDCA-Zyklus .....   | S. 46 |
| Abbildung 13: Die Anwendung des PDCA-Zyklus im Rahmen<br>des Pflegeprozesses .....        | S. 47 |
| Abbildung 14: Ablauf eines Qualitätszirkels.....  | S. 51 |
| Abbildung 15: Übersicht einzelner Standards.....  | S. 53 |

## **Zusammenfassung**

Der Pflegeprozess erweitert den Verantwortungsbereich und die Eigenständigkeit des Berufsstands der Pflege und ermöglicht Pflegenden erstmals eigenverantwortlich zu handeln. Er stellt einen wesentlichen Kernprozess innerhalb der Gesundheitsversorgung dar, indem Pflegende auf Basis des Assessments, pflegerische Diagnosen, Ziele und Maßnahmen planen und durchführen, mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person zu verbessern. Neben seiner Funktion als Planungs- und Organisationswerkzeug, kann der Pflegeprozess auch als wichtiges Qualitätssicherungsinstrument angesehen werden, da sich seine Ausführung direkt auf die Pflegequalität einer Organisation auswirkt. Um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch den Pflegeprozess in der Praxis zu gewährleisten, können die Phasen des Qualitätsentwicklungsprozesses angewendet werden. Dieser definiert zuerst die angestrebte Qualität (SOLL-Qualität), prüft die vorhandene Qualität (IST-Qualität) und leitet bei Diskrepanzen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ein. Dabei fungiert der Pflegeprozess als Lenkungs- und Qualitätssicherungsinstrument, da er Daten, die mögliche Schwachstellen aufdecken, bereitstellt und sich Prozessveränderungen direkt auf die Pflegequalität auswirken. Der Pflegeprozess kann daher als wichtiges Werkzeug für die Qualitätssteigerung innerhalb der Pflegepraxis betrachtet werden, da er die Basis für jegliche Art von pflegerischen Interventionen ist, das vorhandene pflegerische Fachwissen besser in der Praxis strukturiert, folglich eine effizientere und qualitativ hochwertigere Arbeitsweise gewährleistet und somit die Grundlage für eine ständige Verbesserung der Pflegequalität bereitstellt.

## **Abstract**

The care process enables nurses to act independently and enlarges their field of responsibility. It is one of the most important core competences in the field of caring, because it tends to improve the health status of caretakers by doing an assessment, nurse diagnoses, aims and actions. Beside this function, the care process can ensure and improve the quality of care, because he directly influences the outcome quality of an organisation. Together with the quality development process the care process supports a continuous quality improvement, by primarily defining the desired quality, followed by checking the present quality and finally placing actions, which should improve the quality. The care process represents the base for improvements, due to the fact that it provides informations, which are needed for changes. It is an important tool, if organisations want to improve their care quality, because it enables an efficient and a high quality work.

*„If we cannot name it, we cannot control it,  
finance it, research it, teach it, or put it into  
public policy“ (Clark & Lang 1992 in Brobst et al. 2007, S. 87)*

## **1 Einleitung**

Der Berufsstand der Pflege muss im Rahmen seiner öffentlichen Verantwortung, sowie als Profession, effiziente, transparente und qualitativ hochwertige Pflege leisten. Clark & Lang (1992) unterstreichen diese Aussage mit ihrem eingangs erwähnten Zitat, wonach sich das Feld der Pflege nur kontrollieren, finanzieren, beforschen und lehren lasse, wenn der Gegenstand der Pflege benannt wird. (Brobst et al. 2007, S. 87) Der Pflegeprozess ist eine Methode, um den Tätigkeitsbereich der Pflege aufzuzeigen, da er Pflegepersonen ermöglicht eigenverantwortlich pflegerische Tätigkeiten zu planen und durchzuführen. Er kann als Kernprozess der Pflege angesehen werden, da er pflegerische Diagnosen, Ziele und Maßnahmen benennt und den Berufsstand von anderen Disziplinen abgrenzt.

In Österreich hat sich das Modell von Fiechter und Meier (1981) etabliert, wonach der Pflegeprozess aus den Phasen der Informationssammlung (Assessment), der Pflegediagnose/n, der Pflegeplanung, der Durchführung einzelner Maßnahmen und der Evaluation besteht. (Allmer et al. 2009, S. 8) Die systematische und zielgerichtete Durchführung dieser Phasen ermöglicht Pflege nach Maß und vermeidet doppelte Durchführungen bzw. Fehler bei der täglichen Pflege. (Arets et al. 1997, S. 264) Dabei muss der Berufsstand fachlich kompetente Pflege auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der Individualität der Pflegebedürftigen erbringen. (Wöhrmann & Käppner 2002, S. 2) Die fachkundige Diagnostik, die Wahl der geeigneten Interventionen, sowie das Erreichen der geplanten Ergebnisse zeichnen die Profession der Pflege aus und tragen wesentlich zur Zufriedenheit pflegebedürftiger Personen bei.

Der Pflegeprozess steigert die Professionalisierung des Berufsstands und erleichtert die interdisziplinäre Zusammenarbeit, indem er auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und eine Methode der Problemidentifikation und -lösung darstellt. (Müller-Staub 2001, S.237) Er beruht auf der Umsetzung von klinischer Urteilskraft, Pflegewissenschaft, Erfahrung, Empathie und technischen Fähigkeiten und gilt als Kennzeichen professioneller Pflege. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 356)

Neben seiner Funktion als Betreuungsprozess, kann der Pflegeprozess auch als wichtiges Werkzeug für die Qualitätssteigerung innerhalb der Pflegepraxis betrachtet werden, da er Daten für eine ständige Verbesserung der Pflegequalität bereitstellt und direkten Einfluss auf dieselbige nimmt. Die Literatur zeigt, dass die Anforderungen an eine effiziente und theoretisch fundierte Pflege sowie an die Qualitätsentwicklung in den letzten Jahren rapide zugenommen haben und die Beurteilung der Effektivität und der Qualität von Pflege immer wichtiger wird. (Müller-Staub 2001 S. 234) Der Pflegeprozess kann die Qualitätsentwicklung einer Organisation fördern, da er das Tun im Rahmen der Patientendokumentation durch eine gemeinsame Pflegefachsprache abbildet und folglich Basisdaten für mögliche Verbesserungsmaßnahmen bereitstellt. (Brobst et al. 2007, S. 87) Darüber hinaus kann er als eine wesentliche Messgröße für die Qualität von Pflege betrachtet werden, da er sich auf die Leistung Pflegenden bezieht und sich der spezifische Beitrag der Pflege anhand von Patientenergebnissen darstellen lässt. (Wöhrmann & Käppner 2002, S. 2)

Demnach ergeben sich folgende zwei Forschungsfragen:

- *"Wie lässt sich das theoretische Konzept des Pflegeprozesses in der täglichen Praxis anwenden und wie kann er zur Qualitätssicherung beitragen?"*
- *"Welche Methoden können verwendet werden, um die Qualität in der Pflegepraxis zu verbessern?"*

## 2 Methodik

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf eine Literaturrecherche, auf die in diesem Kapitel näher eingegangen wird. Der Inhalt der Arbeit setzt sich aus Beiträgen von Büchern, Fachzeitschriften und aus dem Internet zusammen, welche anschließend für die Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen und im Ergebnisteil resümiert wurden. Ziel der Literaturrecherche war es, die unterschiedlichen Aspekte des Pflegeprozesses aufzuzeigen. Die Schwerpunktsetzung wurde dabei auf die Durchführung des Pflegeprozesses als Betreuungsprozess im pflegerischen Alltag gelegt, sowie auf die qualitätssichernde Komponente desselbigen.

Die für das Thema relevante Literatur konnte größtenteils mittels Handsuche ausfindig gemacht werden. Dazu wurde in der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz und jener der Karl Franzens Universität Graz, sowie in anderen Buchhandlungen recherchiert. Zusätzlich wurde das Internet und Referenzlisten verwendet, um weitere geeignete Quellen zu finden. Zudem wurde in den beiden Fachzeitschriften „*Pflegewissenschaft (früher: PR-InterNet)*“ und „*Pflege*“ nach geeigneter Literatur gesucht. Dabei wurde aufgrund des Titels und des Abstracts entschieden, ob die Studien zur Schwerpunktsetzung passten und folglich verwendet wurden oder nicht.

Die Literaturrecherche erfolgte von März bis Mai 2012 anhand folgender Suchbegriffe und Boolean Operators: *Pflegequalität, Qualität in der Pflege, Qualität UND Pflege, Pflegeprozess, Assessment, Pflegediagnosen, Pflegediagnostik, Evaluation, Pflegedokumentation, Qualitätsentwicklung UND Pflege, Qualitätslenkung UND Pflege, Qualitätsprüfung UND Pflege, Qualitätsmanagement UND Pflege, pflegediagnostischen Prozess, Patientenzufriedenheit, Pflegevisiten.*

Bei der Suche nach passender Literatur wurde darauf geachtet, dass diese aktuell und wenn möglich, innerhalb der letzten zehn Jahre publiziert wurde. Zur Gunsten der Vollständigkeit wurden auch ältere Werke (> 10 Jahren) akzeptiert und in die Arbeit mitaufgenommen.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

Das gesundheitspolitische Umfeld der Pflege hat sich in den letzten Jahren aufgrund neuer Ausbildungsreformen, fortschreitender Professionalisierung, sowie immer knapper werdender Finanzmittel stark verändert. (Schmid-Büchli et al. 2008, S. 309) Die demografische Entwicklung, die knappen Ressourcen und die unterdessen steigenden Kosten, stellen eine große Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem dar. Zugleich verlangen Konsumenten von Gesundheitsleistungen neben diesen finanziellen und professionellen Erfordernissen, mehr Transparenz im Leistungsgeschehen und hohe Qualität, sowie Sicherheit bei der Erbringung von Dienstleistungen. (Meijer et al. 2000, S. 554) Aufgrund dieser Tatsachen stehen immer mehr Institutionen unter Druck, die Effizienz der Pflege und die Pflegequalität zu steigern und nach außen hin transparent zu machen. (Reutlinger 2001, S. 85). *Dabei stellt sich jedoch die Frage, was Qualität in der Pflege ausmacht und wie diese gemessen und gesichert werden kann.*

#### **3.1 Aspekte der Pflegequalität**

Das Wort „Qualität“ stammt ursprünglich aus dem Lateinischen und bezieht sich auf die Art, Beschaffenheit, Brauchbarkeit, Sorte, Güte und Eigenschaft einer Sache. (Schmidt 2010, S. 7) Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1980 Pflegequalität als Maß von Übereinstimmung zwischen den gesetzten Zielen und der durchgeführten Pflege. Nach Lee & Jones zeichnet sich hochqualifizierte Pflege und somit eine hohe Pflegequalität durch die Anwendung aller relevanten Kenntnisse und Techniken, die der Pflege zur Verfügung stehen, aus.

Aus Sicht von Pflegepersonen wird Fachwissen (zusammen mit sozialen Kompetenzen) als entscheidender Faktor für die Erzielung einer hohen Pflegequalität gesehen. Des Weiteren wird ein bewusster Umgang mit dem Pflegeprozess als äußerst förderlich erlebt. (Frei-Rhein & Hantikainen 2001, S. 396-398) Die allgemeine Zufriedenheit von Pflegebedürftigen mit der Pflege bezieht sich auf die subjektiv wahrgenommene Qualität. Daher sollten die aktuellen und potenziellen Erwartungen der zu betreuenden Personen vorab

erfasst und in den Betreuungsprozess integriert werden. (Bruhn 2011, S. 35-37) Dabei ist jedoch anzumerken, dass diese Erwartungen variieren und von Person zu Person unterschiedlich sein können. (Bruhn 2011, S. 239)

Untersuchungen zeigen, dass die Wahrung der Integrität und der Persönlichkeit, sowie ein respektvoller Umgang als besonders wichtig von pflegebedürftigen Personen empfunden wird und sich positiv auf die subjektive Wahrnehmung der Pflegequalität auswirken. Des Weiteren zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und der Qualifikation der Pflegekräfte bzw. der Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte pro Pflegling, da die Kontinuität der Pflege besser gewahrt werden kann und Pflegepersonen in der Lage sind kompetente und auf die Bedürfnisse des Pfleglings ausgerichtete Pflege zu leisten. (Reutlinger 2001, S. 99) Müller-Staub (2001) bestätigt dies, indem sie darauf hinweist, dass partizipierende Pflege und Kontinuität als wesentliche Prädiktoren für die Zufriedenheit pflegebedürftiger Personen angesehen werden können. (S. 235) Aus Unternehmenssicht, legen Standards und die eigens für die jeweilige Organisation definierten Qualitätsziele fest, was Qualität ausmacht. (Töpfer 2006, S. 102)

Bei dem Versuch Pflegequalität zu definieren, wird schnell klar, dass es sich um ein komplexes Thema handelt, da sich je nach Betrachter Vorstellungen und Anforderungen, die an die Pflege gestellt werden, ändern.

Die Definition von Pflegequalität muss daher breiter gefasst werden und neben den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen, auch jene der Angehörigen und der Mitarbeiter/innen berücksichtigen. Auch der Standpunkt der Gesellschaft ist entscheidend, da das System der Gesundheitsversorgung solidarisch finanziert wird. Je nach Betrachter, verändern sich die Blickwinkel, die Vorstellungen und die gestellten Anforderungen an die Pflegequalität. Daraus ergibt sich ein Dreieck, an dessen Ecken sich die jeweiligen Interessen der beteiligten Parteien befinden. Durch die Dominanz eines Partners wird das Dreieck verzerrt und wirkt sich dabei negativ auf die beiden anderen und deren Zufriedenheit aus. (Schmidt 2010, S. 9-10) Um eine möglichst hohe Dienstleistungsqualität gewährleisten zu können, sollten die einzelnen Blickwinkel daher nicht isoliert voneinander, sondern

komplementär zueinander betrachtet werden, denn gemeinsam spiegeln sie die Realität wider. (Reutlinger 2001, S. 86)

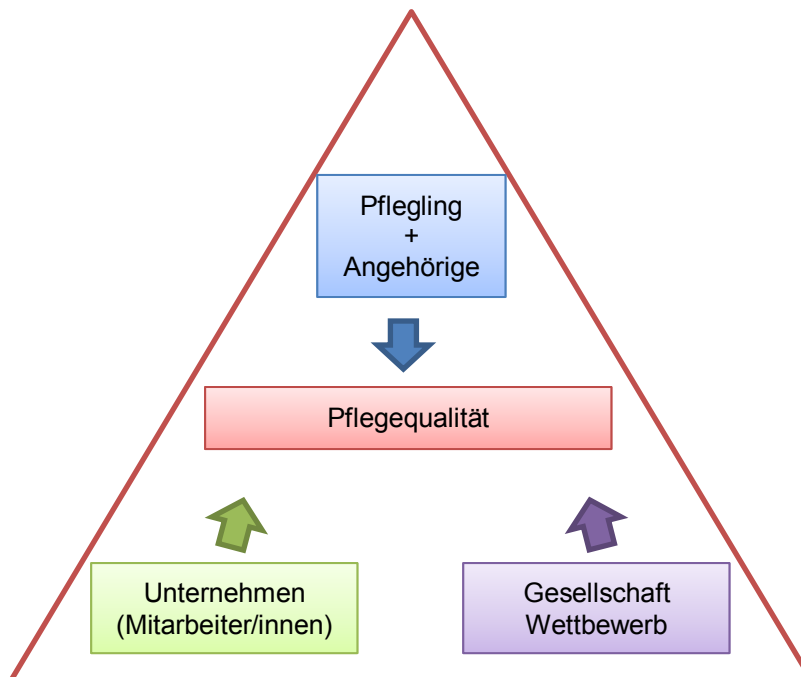


Abbildung 1: Qualitätsdreieck in Schmidt 2010, S. 10

### **3.1.1 Qualitätsdimensionen in der Pflege**

Die wohl am häufigsten verwendete Unterteilung von Qualität im Gesundheitswesen geht auf Avedis Donabedian zurück. Dieser teilt Qualität in drei Bereiche auf:

- Strukturqualität
- Prozessqualität und
- Ergebnisqualität. (Frei-Rhein & Hantikainen 2001, S. 396)

Die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität stehen in einem engen Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig. Demnach wirken sich Veränderungen auf einer Ebene direkt auf die beiden anderen aus. (Reutlinger 2001, S. 87)

Die Strukturqualität beinhaltet die Rahmenbedingungen unter denen pflegerische Tätigkeiten erbracht werden z.B. personelle und finanzielle Ressourcen, Räumlichkeiten, Geräte etc. Mithilfe der Ergebnisqualität lassen sich die Ergebnisse, welche aus der geleisteten Pflege resultieren, messen. (Schmidt 2010, S. 15) Zur Durchführung der Messung können unterschiedliche Methoden angewandt werden, auf die im späteren Teil der Arbeit noch genauer eingegangen wird.

Die Prozessqualität bezieht sich auf die Prozesse die im Rahmen der pflegerischen Versorgung durchgeführt werden. (Schmidt 2010, S. 15) Die International Organization for Standardization (ISO) definiert Prozesse als „jede Tätigkeit oder jeder Satz von Tätigkeiten, die bzw. der Ressourcen verwendet, um Eingaben in Ergebnisse umzuwandeln“. (ÖNORM 2005, S. 12)

### **3.2 Prozesse der Gesundheitsversorgung**

Die meisten Prozesse in Gesundheitseinrichtungen kennzeichnen sich durch das Zusammenspiel zwischen pflegerischen Fachpersonen und pflegebedürftigen Menschen und werden in Kern-, Unterstützungs- und Managementprozesse eingeteilt. (ÖNORM 2011, S. 9)

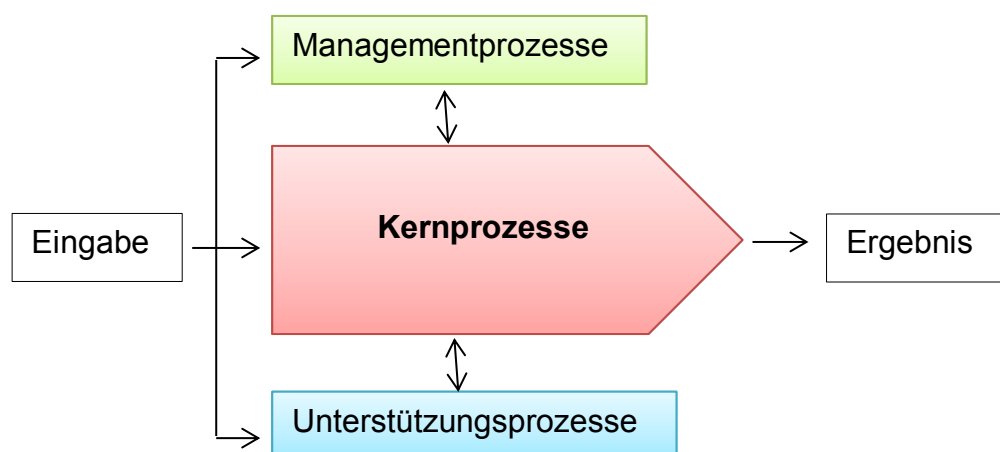


Abbildung 2: Prozesse der Gesundheitsversorgung in ÖNORM 2011, S. 9

Bezogen auf die Pflege kann als „Eingabe“, welche zugleich Startpunkt der pflegerischen Arbeit ist, der Gesundheitszustand des Pfléglings gesehen werden. Das „Ergebnis“ bezieht sich auf den veränderten Gesundheitszustand, nach Durchführung aller pflegerischen Tätigkeiten und repräsentiert die Wirkung der erbrachten pflegerischen Leistungen. Dazwischen laufen Management-, Unterstützungs- und Kernprozesse ab, die eine gezielte und bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen sollen.

Managementprozesse leiten und lenken Prozesse, und wirken sich auf allen Organisationsebenen aus. Unterstützungsprozesse befassen sich mit nichtklinischen Prozessen wie z.B. Reinigungsprozessen, logistischen Prozessen etc. und unterstützen Kernprozesse, indem sie Ressourcen bereitstellen. (ÖNORM 2011, S. 52-53)

Kernprozesse sind die wichtigsten Prozesse einer Organisation, da sie wesentlich zur Wertschöpfung beitragen und sie die eigentliche Leistung der Organisation repräsentieren.

Im Bereich der Pflege kann die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses als ein wesentlicher Kernprozess im Rahmen der Gesundheitsversorgung angesehen werden.

Das 1997 in Kraft getretene Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) bestätigt diese Aussage, indem es Angehörigen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufs erstmals ermöglicht, eigenverantwortlich und eigenständig zu handeln.

Der im §14 des GuKGs geregelte eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich beschreibt jene Aufgaben, die dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege obliegen und deren berufliche Identität stärken.

Diese sind:

- Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (**Pflegeanamnese**),
- Feststellung der Pflegebedürfnisse (**Pflegediagnosen**),
- Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidungen über zu treffende pflegerische Maßnahmen (**Pflegeplanung**),
- Durchführung der **Pflegemaßnahmen**,
- Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (**Pflegeevaluation**),
- Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
- psychosoziale Betreuung,
- Dokumentation des Pflegeprozesses,
- Organisation der Pflege,
- Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen,
- Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
- Mitwirkung an der Pflegeforschung. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 87-88)

Pflegeprozess

Darüber hinaus sind Angehörige des Pflegeberufs laut GuKG in § 5 Abs. (1) verpflichtet, jegliche von ihnen gesetzte Handlungen zu dokumentieren. Die Pflegedokumentation spiegelt in ihren Aufzeichnungen den Pflegeprozess wider und umfasst daher die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose/n, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen, welche im Rahmen der Pflegedokumentation und als Teil des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs schriftlich festzuhalten sind. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 64)

Die Schwerpunktsetzung der nachfolgenden Arbeit liegt auf der eigenverantwortlichen Planung, Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses, da dieser direkten Einfluss auf die Pflegequalität einer

Organisation nimmt. Der Pflegeprozess kann die Qualität im intra- und extramuralen Bereich verbessern und sichern und wichtige Daten für eine kontinuierliche Verbesserung bereitstellen.

Zudem kann sich die Pflege durch die eigenverantwortliche Durchführung pflegerischer Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen abgrenzen und sich zu einer eigenständigen Profession entwickeln.

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Der Pflegeprozess**

#### **4.1.1 Ursprünge**

Der Pflegeprozess leitet sich von der allgemeinen Systemtheorie, welche 1930 von Ludwig von Bertalanffy entwickelt wurde, ab. Diese geht davon aus, dass es innerhalb von Systemen, welche entweder geschlossen oder offen sein können, dynamische Prozesse gibt, die sich gegenseitig beeinflussen. Jedes System (offen oder geschlossen) besteht dabei aus mehreren Elementen, die in Beziehung zueinander stehen und durch ihr Zusammenwirken etwas Neues kreieren können.

Offene Systeme bestehen aus einem Input, Throughput und Output und unterliegen ständigen Veränderungen. Der Pflegeprozess kann als solch ein offenes System angesehen werden, da seine einzelnen Phasen (Assessment, Pflegediagnosen etc.) nicht linear verlaufen, sondern sich gegenseitig beeinflussen und dabei etwas Neues schaffen. (= Gesundheitszustand einer Person verändert sich). (Mason & Attree 1997, S. 1045-1046)

Abbildung 3 veranschaulicht dieses Wechselspiel in Anlehnung an den Pflegeprozess. Dabei stellt der Gesundheitszustand der zu pflegenden Person den Input dar. Als Throughput kann der Pflegeprozess angesehen werden. Die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses fungieren in diesem Zusammenhang als Subsystem, welche letztendlich das Output (den veränderten Gesundheitszustand) bestimmen.

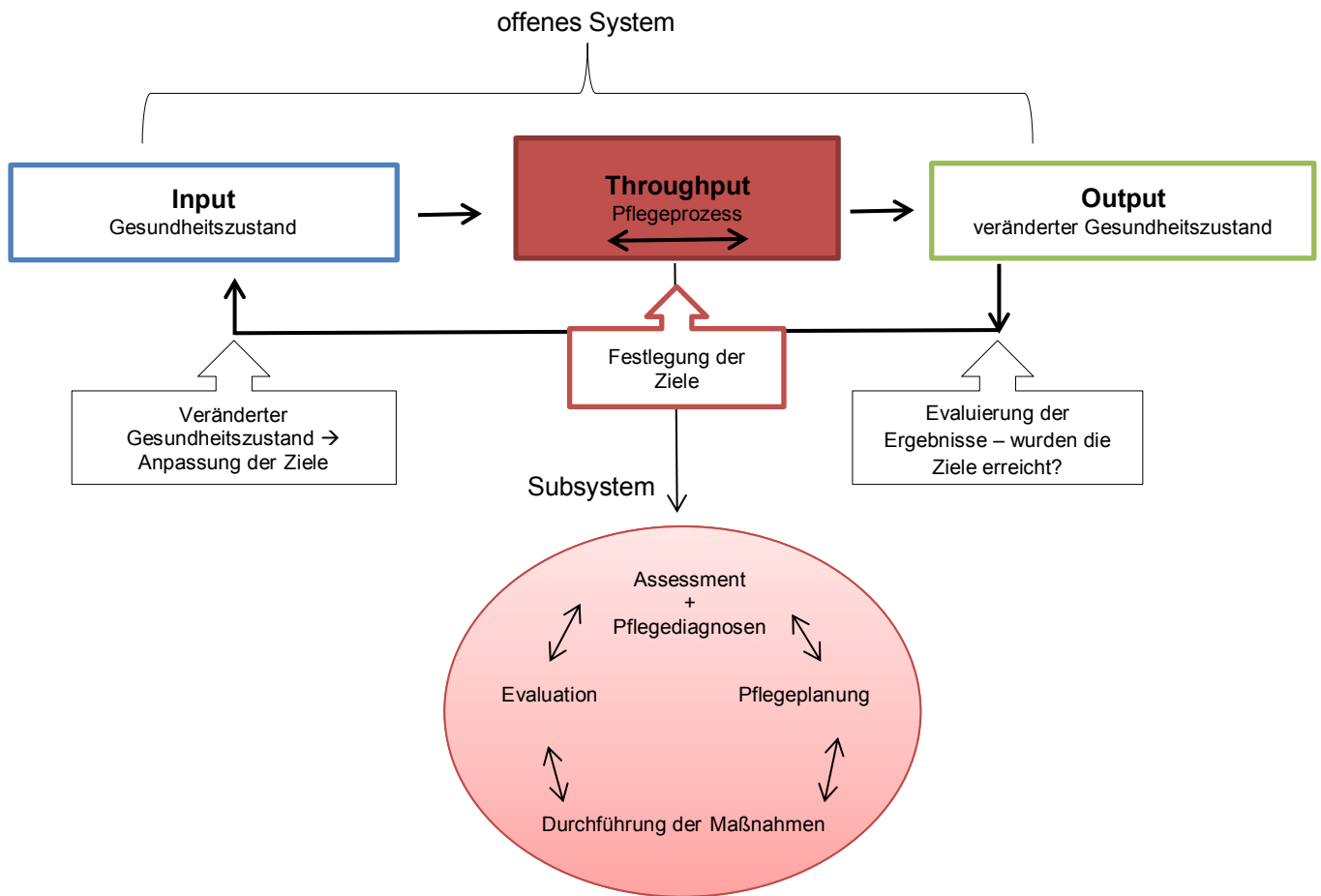


Abbildung 3: Systemtheorie in Anlehnung an den Pflegeprozess in Mason & Attree 1997, S. 1046

Arets et al. (1997) definieren den Pflegeprozess als eine systematische und zielgerichtete problemlösende Arbeitsweise, der bedrohliche und gesundheitsfördernde Effekte der Selbst- und Laienpflege berücksichtigt und eine systematische und zielgerichtete Abstimmung der Pflege auf den individuellen Patienten ermöglicht. (S. 265)

Gordon & Bartholomeyczik (2001) sehen den Pflegeprozess als eine Methode der Problemidentifikation (=Assessment + Pflegediagnose/n) und Problemlösung (=Pflegezielbestimmung + Maßnahmenbestimmung + Evaluation), sowie ein Mittel, um eine auf das Individuum abgestimmte Pflege leisten zu können. (S. 18) Die Planung der einzelnen Schritte kann als Kernaufgabe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angesehen werden und darf nicht an andere Berufsgruppen (z.B. Pflegehelfer/innen (PH) oder Heimhelfer/innen (HH)) delegiert werden.

Der Aufbau des Pflegeprozesses wurde im Laufe der Jahre immer wieder verändert und modifiziert, obgleich die zugrunde liegende Systematik die gleiche blieb. Folglich gibt es unterschiedliche Modelle, die den Pflegeprozess als drei-, vier-, fünf- oder sechsstufiges Phasenmodell beschreiben. (Allmer et al. 2009, S. 8)

| Autoren<br>Phasen | Johnson<br>(1959) | Orlando<br>(1961)                                      | Yura & Walsh<br>(1967) | <b>Fiechter &amp;<br/>Meier (1981)</b>               | Gordon<br>(1994)          |
|-------------------|-------------------|--|------------------------|--|---------------------------|
| 1                 | Untersuchung      | Verhalten<br>des<br>Patienten                          | Untersuchung           | <b>Informationen<br/>sammeln</b>                     | Assessment                |
| 2                 | Beschluss         | Reaktion der<br>Pflegerinnen                           | Planung                | <b>Probleme &amp;<br/>Ressourcen<br/>beschreiben</b> | Diagnose                  |
| 3                 | Aktion            | Aktionen der<br>Pflegerinnen<br>bzgl. des<br>Patienten | Durchführung           | <b>Ziele<br/>festlegen</b>                           | Pflegeziel-<br>bestimmung |
| 4                 |                   |  | Evaluation             | <b>Maßnahmen<br/>planen</b>                          | Intervention              |
| 5                 |                   |  |                        | <b>Maßnahmen<br/>durchführen</b>                     | Ergebnis-<br>bewertung    |
| 6                 |                   |  |                        | <b>Überprüfen &amp;<br/>Verbessern</b>               |                           |

*Abbildung 4: Phasenmodelle des Pflegeprozesses in Allmer et al. 2009, S. 8 und in Arets et al., 1997 S. 262, eigene Darstellung*

In Österreich hat sich das sechsstufige Modell von Fiechter und Meier (1981) etabliert. (Allmer et al. 2009, S. 8) Dabei werden die Phase 3 „Ziele festlegen“ und die Phase 4 „Maßnahmen planen“ als „Pflegeplanung“ zusammengefasst. Dadurch ergeben sich fünf Phasen, die sich aufeinander beziehen und zyklisch verlaufen. Diese sind:

- Assessment (*Informationen sammeln*)
- Pflegediagnose (*Probleme & Ressourcen beschreiben*)
- Pflegeplanung (*Ziele festlegen und Maßnahmen planen*)

- Durchführung der Maßnahmen und
- Evaluation (überprüfen & verbessern)

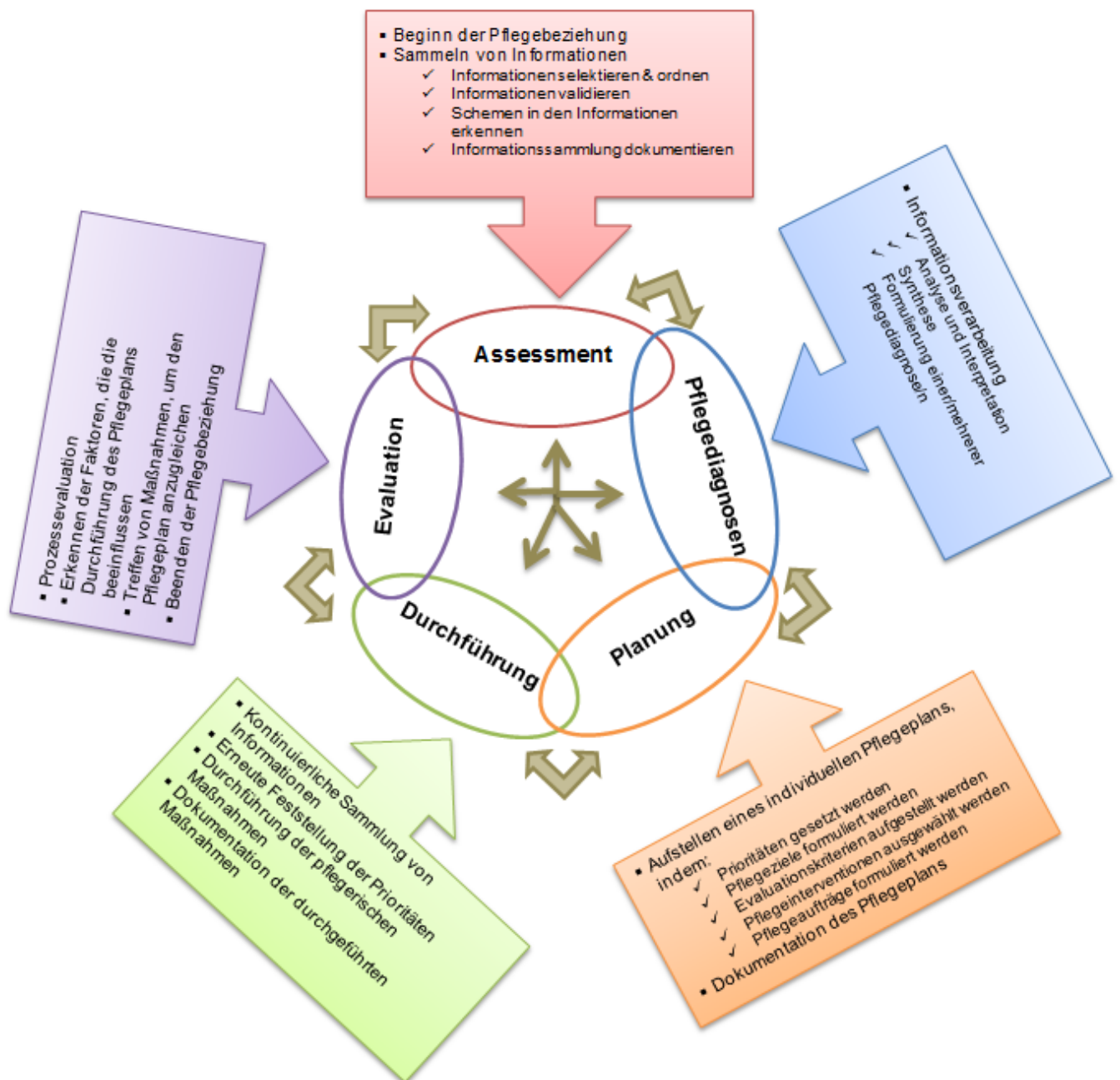


Abbildung 5: Phasen des Pflegeprozesses in Arets et al. 1997, S. 264

#### **4.1.2 Assessment/Informationssammlung**

Qualitativ gute Pflege lässt sich nur gewährleisten, wenn Pflegepersonen Zugang zu Informationen bekommen. (Müller-Staub 2001, S. 231) Das Assessment ist ein systematisches und zielgerichtetes Vorgehen um Informationen über den Gesundheitszustand von Personen zu erlangen, mit dem Ziel, die Pflegebedürfnisse erkennen zu können. (Arets et al. 1997, S. 272) Es findet meist im Rahmen des Eintritts- oder Erstgesprächs statt. (Allmer et al. 2009, S. 10) Dabei werden die Pflegevorgeschichte, der IST-Zustand, vorhandene Ressourcen, individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse, Beeinträchtigungen, Ängste, Gewohnheiten etc. des Pfleglings erhoben und schriftlich festgehalten. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 90)

Zu diesem Zweck kann sich die Pflegeperson unterschiedlichen Methoden bedienen:

- *Beobachtung* – Der/die Pflegenden selektiert und interpretiert wahrgenommene Reize.
- *Pflegeanamnese* – Der/die Pflegenden führt gemeinsam mit dem Pflegling ein systematisches Gespräch, indem alle für die Pflege relevanten Informationen erhoben werden. Dabei kann ein standardisiertes Instrument zur besseren Situationseinschätzung zur Anwendung kommen.
- *Körperliche Untersuchung*
- *Konsultation* – Der/die Pflegenden berät sich mit anderen Experten.
- *Hinzuziehen von Fachliteratur* (Arets et al. 1997, S. 273)
- *Verwendung von sekundären Daten* – z.B. Aussagen von Angehörigen, hinzuziehen von Laboruntersuchungen etc. (Allmer et al. 2009, S. 10)

Je nach Bedarf wird zudem eine Risikoeinschätzung vorgenommen, z.B. die Einschätzung des Sturzrisikos. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 91)

Während der Datensammlung stößt die Pflegekraft auf objektive Merkmale (jene Merkmale, die beobachtet, gemessen und nachgeprüft werden können) und subjektive Merkmale (jene Merkmale, die subjektiv von der pflegebedürftigen Person wahrgenommen und geäußert werden, z.B. die pflegebedürftige Person

klagt über Schmerzen). Subjektive Daten geben meist Aufschluss über das Hauptproblem einer Person und müssen daher als wichtige Datenquelle angesehen werden. (Brobst et al. 2007, S. 31-32)

Das Assessment zielt darauf ab,

- Informationen für eine anschließende angemessene Pflege und Versorgung zu erheben,
- die Wirkung des Krankseins auf die Beteiligten einschätzen zu können,
- den Wissensstand des Pflegebedürftigen zu bewerten und herauszufinden, welche Informationen und Beratungsleistungen noch benötigt werden und
- den Entlassungsbedarf des Pfleglings zu ermitteln und eine geeignete Entlassungsplanung vorzubereiten. (Brobst et al. 2007, S. 34)

Alle Informationen die während des Assessments gewonnen wurden, müssen schriftlich im Rahmen der Pflegedokumentation festgehalten werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Assessment ein fortlaufender Prozess ist d.h. Änderungen und/oder neue Erkenntnisse, die während der Betreuung auftreten können, müssen auch schriftlich dokumentiert und die Pflegeplanung angepasst werden. (Brobst et al. 2007, S. 71)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), die im Langzeitpflegebereich arbeiten, sollten alle sechs- bis zwölf Monate eine Aktualisierung des Assessments der zu betreuenden Person durchführen und die Pflegeplanung dementsprechend anpassen. Zudem muss bei veränderter Pflegesituation eine Neueinschätzung vorgenommen werden. (Allmer et al. 2009, S. 11)

Nach Beendigung der Informationssammlung muss die Pflegeperson in der Lage sein, auf Basis der gewonnenen Informationen, Muster zu erkennen um anschließend Pflegediagnosen bilden und passende Pflegeziele und -maßnahmen auswählen zu können. Die einzelnen Muster weisen auf das Gesundheitsproblem hin und lassen sich anhand von Zeichen und Symptomen erkennen. (Arets et al. 1997, S. 289-290)

### **4.1.3 Pflegediagnosen**

Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definierte 1991 den Begriff „Pflegediagnose“ wie folgt:

*„Nursing diagnosis is a clinical judgment about actual or potential individual, family, or community experiences/responses to health problems/life processes. A nursing diagnosis provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse has accountability.“* (<http://www.nanda.org/DiagnosisDevelopment/DiagnosisSubmission/PreparingYourSubmission/GlossaryofTerms.aspx>, abgerufen am 20.06.2012)

Demnach lassen sich mithilfe von Pflegediagnosen menschliche Reaktionen von Individuen, von Familien oder von Gemeinden auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme beurteilen. Darüber hinaus bilden sie die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegefachkraft verantwortlich ist. (Müller-Staub et al. 2008, S. 328)

Die aktuellen und potentiellen Gesundheitsprobleme einer Person gehen aus dem vorab durchgeführten Assessment hervor. Aktuelle Gesundheitsprobleme sind jene Umstände, die bereits eingetreten sind und pflegerische Interventionen verlangen. Potentielle Gesundheitsprobleme, die in Form von Hochrisikopflegediagnosen formuliert werden, stützen sich auf Risikofaktoren die eine Person aufweist, und dienen zur Vorbeugung eines Problems d.h. das Problem ist noch nicht eingetreten. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 30) Die Informationen des Assessments, welche zerlegt, interpretiert und gebündelt werden, bilden somit die Basis für die Formulierung von Pflegediagnosen. (Arets et al. 1997, S. 295) Für die richtige Auswahl der Pflegediagnosen sind aber nicht nur die Informationen des Assessments relevant, sondern auch die individuelle Situation des Pflégelings, das vorhandene Fachwissen und die gemachten Erfahrungen seitens der DGKP. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 19) Zudem müssen Zeichen und Symptome, die der Pflégeling während der Betreuung aufweist, berücksichtigt werden. Folglich ist anzumerken, dass eine Pflegediagnose nicht auf Grundlage einer einzelnen Beobachtung formuliert werden kann, sondern sich auf eine Reihe von Beobachtungen, die laufend

interpretiert, analysiert und beurteilt werden müssen, stützt. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 29)

### Arten von Pflegediagnosen

Eine Pflegediagnose setzt sich aus einer *Bezeichnung* (diagnostische Aussage) und einem näher bestimmenden *Wort* (Attribut) zusammen z.B. beeinträchtigte körperliche Mobilität. (Brobst et al. 2007, S. 107)

Grundsätzlich lassen sich vier unterschiedliche Formen von Pflegediagnosen unterscheiden:

- *Aktuelle Pflegediagnosen*: beschreiben ein aktuell bestehendes Problem. (Leoni-Scheiber 2004, 87)
- *Hochrisikopflegediagnosen*: beschreiben Zustände, die aufgrund von diversen Risikofaktoren vorhergesagt werden können, aber noch nicht eingetreten sind. Pflegerische Interventionen zielen darauf ab, das Risiko zu beseitigen oder zu vermindern. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 45-46)
- *Gesundheitsförderungspflegediagnosen*: beschreiben das Potenzial, das eine Person, eine Familie oder eine Gemeinde befähigt, einen verbesserten Gesundheitszustand erreichen zu können. (Leoni-Scheiber 2004, S. 87)
- *Syndrompflegediagnosen*: bündeln aktuelle und potenzielle Pflegediagnosen. (Brobst et al. 2007, S. 110)

In der Praxis finden sich häufig aktuelle und Hochrisikopflegediagnosen bei der Beschreibung von Gesundheitsproblemen wieder. Aufgrund dessen wird nachfolgend kurz auf den Aufbau bzw. die Struktur dieser beiden Arten von Pflegediagnosen eingegangen.

### Aufbau von aktuellen und Hochrisikopflegediagnosen

Der Aufbau von aktuellen Pflegediagnosen richtet sich nach dem sogenannten *dreiteiligen* PÄS-Schema.

**P** – Gesundheitliche Problem (Pflegediagnosentitel)

**Ä** – Ätiologische Faktoren/Ursachen

**S** – Symptome und Zeichen (werden durch DGKP zu einem Muster geclustert).

Die Ursache bzw. die ätiologischen Faktoren verursachen bzw. halten das Gesundheitsproblem aufrecht. Infolgedessen bilden sie die Grundlagen für die nachfolgenden Interventionen, die auf die Problemlösung abzielen. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 38-41)

Beispiel einer aktuellen Pflegediagnose und Hochrisikopflegediagnose nach NANDA:

**Problem/Pflegediagnosentitel:** Beeinträchtigte Hautintegrität, beeinflusst durch

**Ätiologische Faktoren:** Scherkräfte, angezeigt durch

**Symptome:** zerstörte Hautschichten (Berger et al. 2008, S. 111)

Hochrisikopflegediagnosen weisen eine *zweiteilige* Struktur auf:

**Problemtitlel:** Dekubitusgefahr, bedingt durch

**Risikofaktor:** lang anhaltende Druckeinwirkung (Brobst et al. 2007, S. 110)

Bei Hochrisikopflegediagnosen fehlt die Symptomatik, da lediglich ein Risiko aufgezeigt wird. In jedem Fall müssen jedoch auch hier konkrete Ziele und Maßnahmen zur Verminderung bzw. Vermeidung des Problems geplant werden.

Pflegediagnosen vereinfachen die Planung der Betreuung, da sie über Art und Menge der erforderlichen Pflege bestimmen und zu einer effektiveren pflegerischen Versorgung führen. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 355)  
Mithilfe von Pflegediagnosen lassen sich Probleme klassifizieren, diagnostizieren und letztendlich behandeln, da sie die Grundlage für das zu planende Ziel und die zu treffenden Maßnahmen darstellen. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 46)

#### **4.1.4 Pflegeplanung**

Bei der Pflegeplanung steht die Zusammenarbeit zwischen DGKP und dem Pflegebedürftigen, sowie seinen Angehörigen im Mittelpunkt. (Arets et al. 1997,

S. 311) Sie dient dazu, die aus den Pflegediagnosen erkennbaren Probleme durch gezielte pflegerische Maßnahmen zu lösen bzw. zu lindern. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 91) Damit stellt sie das Bindeglied zwischen Diagnosenstellung und Durchführung einzelner Maßnahmen dar. Bei der Pflegeplanung wird ein Aktivitäten- und Maßnahmenplan erstellt, um die Pflege besser koordinieren und auf das gewünschte Ziel hin ausrichten zu können. Die Pflegeplanung setzt sich aus

- Festlegung von Pflegeprioritäten,
- Formulierung von Pflegezielen und
- Bestimmung von Pflegeinterventionen zusammen. (Arets et al. 1997, S. 310)

### Pflegeprioritäten

Häufig leiden Personen an mehreren Problemen und weisen infolgedessen mehrere Pflegediagnosen auf. Bei der Pflegezielbestimmung müssen DGKP in der Lage sein, Prioritäten zu setzen d.h. sie müssen entscheiden, welches die wichtigsten Probleme sind und folglich sofort behandelt werden müssen und welche Probleme warten können. (Brobst et al. 2007, S. 127)

Prioritäten orientieren sich an den Gesundheitsproblemen, die eine Person aufweist und können wie folgt eingeteilt werden:

- *akut lebensbedrohend* ⇒ haben die höchste Priorität;
- *weniger akut und weniger lebensbedrohend*;
- *möglicherweise lebensbedrohend* und
- *nicht lebensbedrohend* ⇒ geringere Priorität. (Arets et al. 1997, S. 313)

Die Bestimmung von Pflegeprioritäten sollte jedoch nicht allein durch die DGKP erfolgen, sondern idealerweise gemeinsam mit dem Pflegling und deren Angehörigen. (Brobst et al. 2007, S. 133) Nachdem die Pflegeprioritäten festgelegt worden sind, können Pflegeziele benannt werden.

## Pflegeziele

Pflegeziele können bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen oder Wissen, welche sich der Pflegling im Laufe seiner Betreuung aneignet, sein. Sie werden mithilfe pflegerischer Maßnahmen erreicht und können der Verbesserung, Erhaltung, Bewältigung oder der Linderungen von gesundheitlichen Problemen dienen. (Allmer et al. 2009, S. 16)

Pflegeziele müssen messbar, erreichbar und patientenbezogen sein und sich von der Pflegediagnose ableiten. (Brobst et al. 2007, S. 134) Als Hilfe zur Zielformulierung kann die sogenannte Rumba-Regel, auf die im späteren Teil der Arbeit noch genauer eingegangen wird, verwendet werden.

Besteht die pflegerische Beziehung über einen längeren Zeitraum ist eine Differenzierung in Nah- und Fernziele ratsam, da Fernziele eine gute Orientierungsmöglichkeit bieten. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 91) Fernziele charakterisiert eine eher allgemeine und vage Formulierung, Nahziele hingegen beziehen sich auf realistische Zwischenschritte und ermöglichen die Realisation der Fernziele. (Arets et al. 1997, S. 319-320)

Pflegeziele bilden die Basis für die Wahl der geeigneten Interventionen und werden für die Evaluation der pflegerischen Arbeit verwendet. (Brobst et al. 2007, S. 134)

## Pflegemaßnahmen planen

Nachdem die Pflegeziele festgelegt wurden, müssen passende Pflegeinterventionen ausgewählt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Pflegemaßnahmen auf die *beeinflussenden Faktoren (ätiologischen Faktoren)*, die sich anhand der Pflegediagnosen erkennen lassen, abzielen sollten. (Brobst et al. 2007, S. 138-139)

Das folgende Beispiel (aktuelle Pflegediagnose) veranschaulicht den Zusammenhang zwischen Pflegediagnose, Pflegeziel und Pflegemaßnahme:

| Pflegediagnose  | Pflegeziel                                   | Pflegemaßnahme   |
|---|--|--|
| <p><u>Pflegediagnosentitel:</u> Dekubitus Grad 1</p> <p><u>Ätiologische Faktoren:</u> Druckeinwirkung</p> <p><u>Symptome:</u> anhaltende, 2 €-Stück große Rötung am Os sacrum</p> | <p>Anhaltende Rötung klingt nach 48 h ab</p> | <p>Druckentlastung des Os sacrum durch rechts/links Seitenlage</p> |

*Abbildung 6: Zusammenhang zwischen Pflegediagnose, Pflegeziel und Pflegemaßnahme in Brobst et al. 2007, S. 139*

Um die Kontinuität der Behandlung zu wahren und Überschneidungen zu verhindern, muss genau schriftlich festgehalten werden, wer, wann welche Maßnahmen durchzuführen hat. (Brobst et al. 2007, S. 140) Kommt es zu Veränderungen im Behandlungsverlauf, muss der Pflegeplan angepasst und eventuell überarbeitet werden. (Brobst et al. 2007, S. 125)

Die Pflegeplanung erleichtert die Koordination der Pflege, da sich mithilfe des Pflegeplans einschätzen lässt, wie arbeitsintensiv die Pflege sein wird. Zudem sichert sie die Kontinuität der Pflege und dient als Basis für die Auswahl geeigneter Interventionen und für die nachfolgende Evaluation der Pflegeziele. (Arets et al. 1997, S. 312)

#### **4.1.5 Durchführen der Maßnahmen**

In der vierten Phase des Pflegeprozesses werden die vorab geplanten und auf die Pflegediagnosen abgestimmten Maßnahmen in die Tat umgesetzt. Dabei können Pflegeinterventionen wie folgt definiert werden:

*„Eine Pflegeintervention ist jede direkte pflegerische Maßnahme, die eine Pflegefachkraft im Interesse des Patienten durchführt. Diese Maßnahme setzt sich zusammen aus den von der Pflegefachkraft veranlassten Maßnahmen auf der Basis von Pflegediagnosen, vom Arzt auf der Basis medizinischer Diagnosen*

*veranlassten Maßnahmen und der Übernahme von Alltagsfunktionen, die der Patient nicht selbstständig ausführen kann.“ (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 371)*

Somit unterstützen pflegerische Maßnahmen pflegebedürftige Menschen bei der Ausübung ihrer Lebensaktivitäten, wenn diese aufgrund von Krankheiten, geistiger oder körperlichen Beeinträchtigungen, sozialer Umstände oder hohen Alters nicht mehr in der Lage sind, diese selbstständig auszuführen. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 89) Zudem versuchen sie den aktuellen gesundheitlichen Zustand zu verbessern, indem sie aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme heilen oder lindern. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 371) Neben diesen Tätigkeiten umfassen sie des Weiteren die kontinuierliche Beobachtung des Pflegebedürftigen, das Vermitteln von Wissen und Fertigkeiten, sowie die Koordination und Organisation von Prozessen. (Allmer et al. 2009, S. 19)

Pflegerische Handlungen werden auf der Grundlage von klinischen Beurteilungen und von pflegerischem Fachwissen ausgeübt, mit dem Ziel, das Wohlbefinden des Pfleglings zu fördern und die Unabhängigkeit desselbigen schnellstmöglich wiederherzustellen. (Brobst et al. 2007, S. 154) Sie zielen darauf ab, die Pflegebedürfnisse von Personen zu befriedigen und die vorab festgelegten Ziele zu erreichen. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 91)

Pflegepersonen benötigen für die Durchführung der Handlungen:

- *Kognitive Fähigkeiten* – Wissen über Wirkung und Nebenwirkungen von pflegerischen Maßnahmen.
- *Flexibilität & Kreativität* – um den unterschiedlichen Situationen gerecht werden zu können z.B. extramuraler Bereich → schwierige Bedingungen, keine Institutionalisierung, ständig neue Umgebungen etc.
- *Kommunikationskompetenz* – eine gute Interaktion zwischen DGKP und dem Pfegling ist die Grundvoraussetzung für die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses.
- *Empathie* (Leoni-Scheiber 2004, S. 131)

Je nach Komplexität der Maßnahme kann diese delegiert (z.B. an Pflegehelfer/in, Heimhelfer/in, Sozialbetreuer/in etc.) oder selbst durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt werden. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 92) Dabei sollte daran gedacht werden, dass die Art und Weise der Ausführung für das Ergebnis der Pflege und somit für die Ergebnis- und Pflegequalität von großer Bedeutung ist. (Leoni-Scheiber 2004, S. 130)

DGKP sind dafür verantwortlich, dass jede Pflegeintervention in der Patientenakte dokumentiert, regelmäßig überprüft und neu eingeschätzt wird, um feststellen zu können, ob sie für die Erreichung der Pflegeziele noch angemessen ist, oder ob sie abgeändert bzw. abgebrochen werden muss. (Brobst et al. 2007, S. 163) Neben der gesetzlichen Pflicht zur Dokumentation, lassen die schriftlichen Aufzeichnungen Fortschritte der pflegebedürftigen Person erkennen und bieten Informationen bzgl. Pflegequalität und –kontinuität. (Brobst et al. 2007, S. 174)

#### **4.1.6 Evaluation**

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind laut GuKG im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs dazu verpflichtet, die durchgeführten pflegerischen Interventionen zu evaluieren. Dabei überprüfen sie die Notwendigkeit, die korrekte Durchführung und die Wirksamkeit einzelner Interventionen, die innerhalb des Pflegeprozesses durchgeführt wurden, mit dem Ziel, die Pflege zu optimieren. (Fierz 2010, S. 295)

Bei der Evaluation erweist sich, ob die vorangegangenen Schritte des Pflegeprozesses effektiv waren und ob sie sich wirklich an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person orientierten. (Behrens & Langer 2006, S. 336) Die DGKP vergleicht dazu den aktuellen Zustand des Pfleglings mit der Ausgangssituation und prüft, ob das gesetzte Ziel erreicht wurde und bewertet die geleistete Pflege. (Leoni-Scheiber 2004, S. 137) Dadurch lässt sich die Effektivität der gesetzten Maßnahmen erkennen. (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 93)

Des Weiteren dient die Evaluierung der gesetzten Interventionen als

- Methode, um den gesamten Pflegeprozesses zu verbessern
- Hilfe für die Abwägung von Kosten & Nutzen
- Rechtfertigung gegenüber des Finanziers
- Grundlage für Entscheidungen, z.B. ob die Intervention weiterhin angewendet werden soll oder nicht etc.
- Kontrollfunktion, z.B. ob die Maßnahmen wie geplant durchgeführt werden? Falls nicht, welche Gründe gibt es dafür? (Fierz 2010, S.295-297)

Die Evaluation prüft die Qualität der vorangegangenen Schritte und unterstützt die Weiterentwicklung und Verbesserung der Pflege. (Leoni-Scheiber 2004, S. 138)

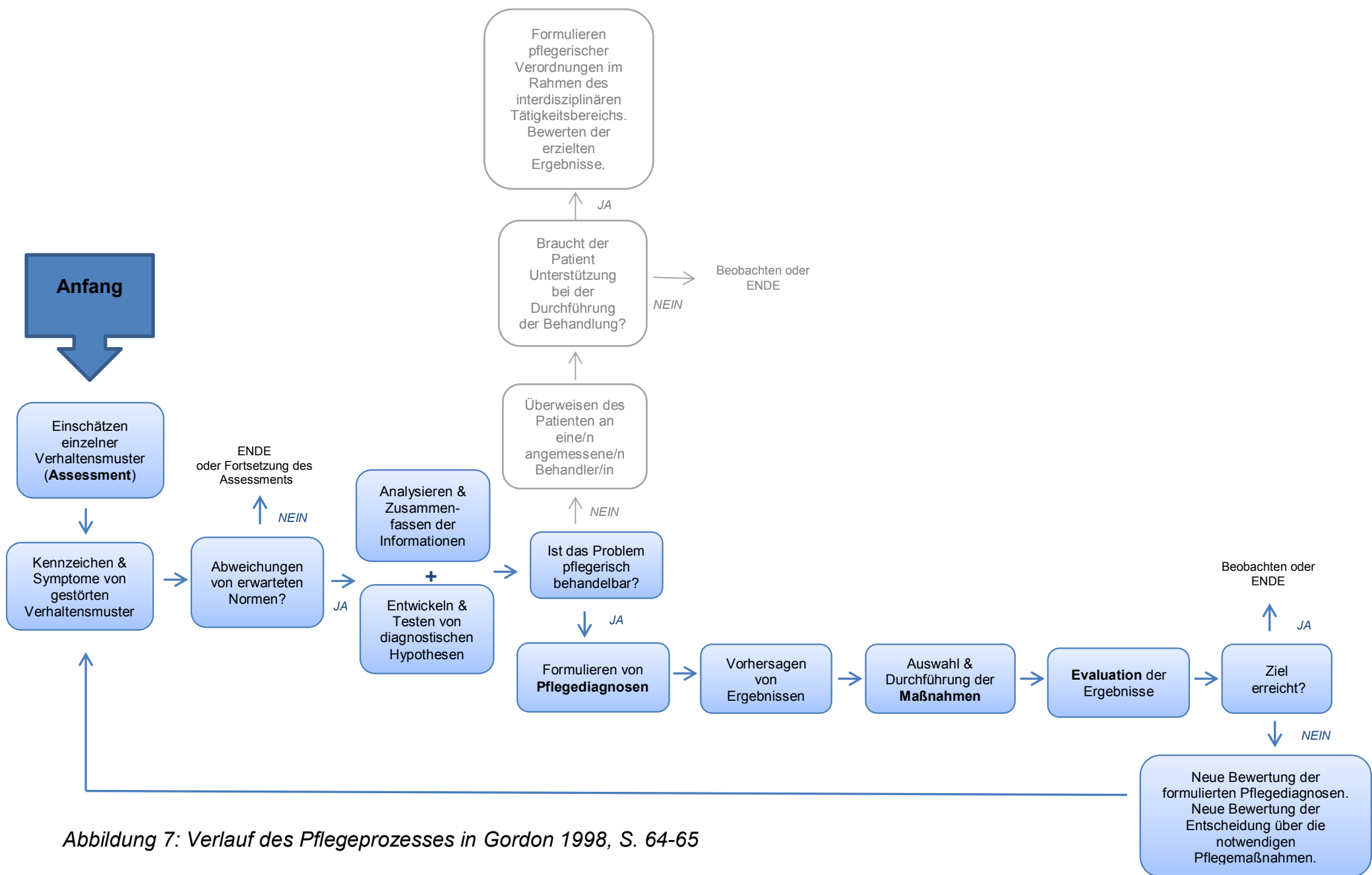


Abbildung 7: Verlauf des Pflegeprozesses in Gordon 1998, S. 64-65

Ziel des Pflegeprozesses ist es, Menschen die aufgrund von Krankheiten, Behinderungen oder Störungen in ihrer Selbstpflege eingeschränkt sind, zu unterstützen. Dabei müssen die individuellen Ressourcen der zu pflegenden Person berücksichtigt und die Individualität und Autonomie derselbigen gewahrt werden. Zudem stellt der Pflegeprozess den Ausgangspunkt für die Erreichung einer hohen Pflegequalität dar. (Arets et al. 1997, S. 265)

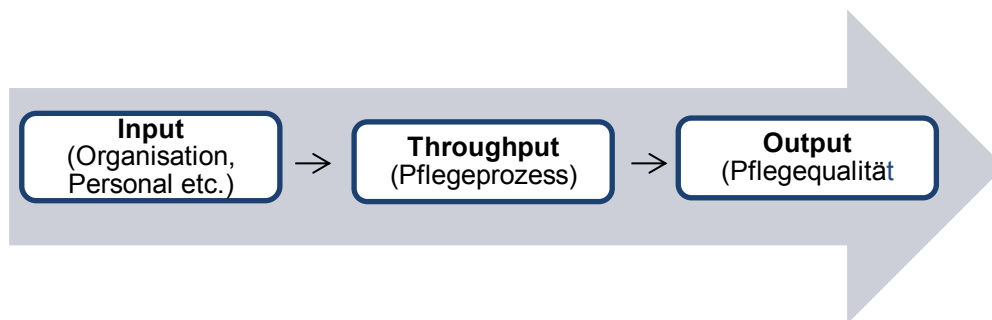


Abbildung 8: Wirkungskette der Pflege in Arets et al. 1997, S. 346

Wie aus der Abbildung hervorgeht, hat der Pflegeprozess einen starken Einfluss auf die Pflegequalität. Demnach lässt sich das angestrebte Ziel (bestimmtes Niveau an Qualität) nur erreichen, wenn vorab Prozesse (Pflegeprozess) durchgeführt wurden → Wirkungskette. Das angestrebte Ziel stellt jedoch wiederum Anforderungen an Prozesse (den Pflegeprozess), welche im Rahmen der Zielerreichung erfüllt werden müssen → Begründungskette. (Behrens & Langer 2006, S. 338) Somit lässt sich durch die Optimierung des Pflegeprozesses und infolgedessen durch Veränderungen seiner Abläufe und Inhalte, auch die Pflegequalität erhöhen, da sich beide gegenseitig beeinflussen und voneinander abhängig sind. (Töpfer 2006, S. 102) Bevor jedoch eine Organisation qualitätsfördernde Instrumente in die Praxis implementiert, sollte sie vorab das Qualitätsniveau, welches es zu erreichen gilt, bestimmen, da sich Qualität nur evaluieren lässt, wenn zuvor Ziele festgelegt wurden. (Leoni-Scheiber 2004, S. 137)

Diese Ziele müssen anschließend in die Praxis transferiert und in den täglichen Verrichtungen integriert werden. (Foussek 1999, S. 54) Der Qualitätsentwicklungsprozess unterstützt Organisationen bei diesem Vorhaben, indem er zuerst die angestrebte Qualität definiert, die derzeitige erhebt und bei Diskrepanzen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einleitet.

## 4.2 Der Qualitätsentwicklungsprozess

Die Entwicklung von Qualität im Pflegebereich beginnt mit der Formulierung der SOLL-Qualität in Form von Qualitätszielen. Die Formulierung der SOLL-Qualität ist wichtig, weil Qualität in der Pflege nur dann gemessen werden kann, wenn vorher festgelegt wurde, was Qualität ausmacht. Die Qualitätsziele werden von den Pflegepersonen gemeinsam mit der Pflegedienstleitung formuliert und bilden die Grundlage des Qualitätsentwicklungsprozesses. (Flerchinger et al. 1999, S. 79-80) Nachdem die Qualitätsziele formuliert wurden, muss die IST-Qualität mit geeigneten Methoden erhoben werden. Anschließend werden SOLL- und IST-Qualität verglichen, die Ergebnisse analysiert und bei Inkongruenz entschieden, welche weiteren Schritte eingeleitet werden müssen. (Flerchinger et al. 1999, S. 81) Demzufolge ist eine klare Erfassung der derzeitigen Qualität mit anschließender Analyse der Prozessprobleme und deren Ursachen, sowie Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung der Pflegequalität. (Töpfer 2006, S. 101)

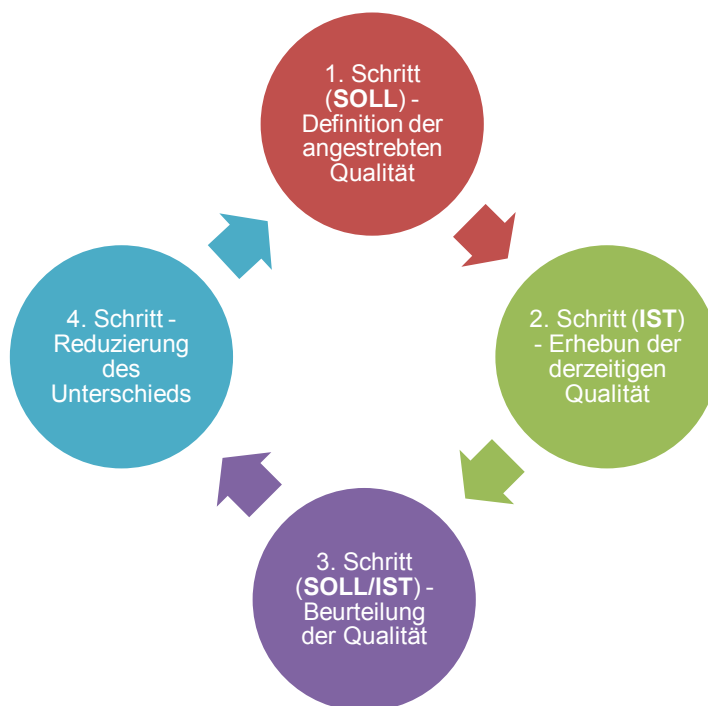


Abbildung 9: Qualitätsentwicklungsprozess in Flerchinger et al. 1999, S. 81

### **4.3 Qualitätsplanung – Definition der angestrebten Qualität**

Nach Flerchinger et al. (1999) sollten Organisationen zuerst die angestrebte Qualität, die es mithilfe unterschiedlicher Methoden zu erreichen gilt, definieren. (S. 79) Dafür müssen sie die Erfordernisse und die Erwartungen der zu betreuenden Personen kennen und den Pflegeprozess aus Sicht der Wertschöpfung betrachten. (ÖNORM 2005, S. 11)

Die Qualitätsplanung zielt auf die Festlegung von Qualitätszielen und die Ermittlung der Kundenerwartungen im Hinblick auf die Leistungsqualität ab. (Bruhn 2011, S. 306) Damit eine Organisation die Qualitätsziele erreichen kann, müssen sich die Pflegepersonen mit den Zielen der Qualitätsverbesserung identifizieren und diese in der täglichen Arbeit umsetzen. (Reutlinger 2001, S. 103)

Für die Festlegung und Spezifizierung von Qualitätszielen bieten die folgenden elf Qualitätsmerkmale aus der österreichischen Norm für Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung eine gute Orientierungsmöglichkeit.

1. *Angemessene Versorgung* – basierend auf den Daten des Assessments sollten pflegerische Maßnahmen geplant und durchgeführt werden.
2. *Verfügbarkeit* – pflegerische Interventionen müssen im Rahmen der Gesundheitsversorgung für den Pflegling erreichbar und verfügbar sein.
3. *Kontinuität der Versorgung* – Pflegefachkräfte müssen für eine Kontinuität in der Versorgung des pflegebedürftigen Menschen sorgen, indem sie die Methoden des Casemanagements beherrschen und eine nahtlose Kette von Dienstleistungen sicherstellen.
4. *Wirksamkeit* – gesetzte Tätigkeiten sollten in relativ kurzer Zeit zu einem positiven Ergebnis beim Pflegling führen.
5. *Effizienz* – das gewünschte Ergebnis sollte mit einem möglichst geringen Ressourceneinsatz erreicht werden.
6. *Gleichheit* – Personen mit gleichem pflegerischen Bedarf sollte die gleiche pflegerische Betreuung zu Gute kommen.

7. *Evidenzbasierte/wissensbasierte Versorgung* – der Pflegeprozess sollte auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und laufend aktualisiert werden.
8. *Patientenorientierte Versorgung* – der Pflegling sollte nach Möglichkeit aktiv in die Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses eingebunden werden.
9. *Ganzheitliche Versorgung* - neben den körperlichen Aspekten sollten auch psychologische und soziale Umstände der zu betreuenden Person in den Pflegeprozess einbezogen werden.
10. *Patientensicherheit* – bei der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen sollten Schäden am Pflegling vermieden und Risiken vorab mit ihm besprochen werden.
11. *Rechtzeitigkeit* – Personen, die pflegerische Maßnahmen bedürfen, sollten diese rechtzeitig und ohne unzumutbare Wartezeit erhalten. (ÖNORM 2011, S. 47-48)

Bei der Bestimmung der Qualitätsziele sollte darauf geachtet werden, dass jedes Ziel genau beschrieben und mit einem Zeitbezug (wann soll das Ziel erreicht werden?) versehen wird. (Bruhn 2011, S. 252) Des Weiteren sollten Qualitätsziele erreichbar, relevant und messbar sein. Um diesen Anforderungen erfüllen zu können, kann die bereits erwähnte RUMBA-Regel als Hilfe herangezogen werden.

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>R</b> ( <i>relevant</i> )       | Das zu erreichende Ziel muss für die Organisation Relevanz besitzen.  |
| <b>U</b> ( <i>understandable</i> ) | Das zu erreichende Ziel muss für alle beteiligten Personen verständlich und nachvollziehbar sein.                 |
| <b>M</b> ( <i>measurable</i> )     | Das zu erreichende Ziel muss messbar sein.  |
| <b>B</b> ( <i>behaviorable</i> )   | Das zu erreichende Ziel kann nur durch eine Veränderung in der Organisation erreicht werden                       |
| <b>A</b> ( <i>achievable</i> )     | Das zu erreichende Ziel muss realistisch formuliert werden, um es erreichen zu können. (Schmidt 2010, S. 118-119) |

#### **4.4 Beurteilung des Pflegeprozesses – Erhebung der derzeitigen Qualität**

Organisationen können unterschiedliche qualitätssichernde Methoden anwenden um ein bestimmtes Niveau an Dienstleistungsqualität sicherzustellen. Um die Wirksamkeit des Pflegeprozesses prüfen zu können, müssen sie Methoden zur Messung und Überwachung anwenden, die zeigen sollten, inwieweit die geplanten Ergebnisse bzw. inwieweit die Qualitätsziele erreicht werden konnten. (ÖNORM 2008, S. 21) Als Datenquellen zur Überprüfung der Pflegequalität können Pflegepersonen, Pflegebedürftige und die Pflegedokumentation herangezogen werden. (Reutlinger 2001, S. 95)

Bei der Beurteilung des Pflegeprozesses (PP) lassen sich folgende Grundüberlegungen anstellen:

- Wird der PP richtig umgesetzt, aufrechterhalten und laufend verbessert?
- Lassen sich durch Anwendung des PP die gewünschten Ergebnisse erreichen (Wirksamkeit)?
- Ist der Pflegeprozess genau festgelegt und in geeigneter Weise beschrieben?
- Sind die Verantwortlichkeiten geregelt? (ÖNORM 2005, S. 17)

Die Qualitätsprüfung sollte dabei die Prozessqualität bewerten und folglich ein objektives Bild über die geleistete Pflege und eventuelle Schwachstellen liefern. (Reutlinger 2001, S. 104) Die Organisation muss Instrumente zur Messung, Überwachung, Analyse und Verbesserung einführen, um die richtige Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses gewährleisten zu können. Dabei werden die Anforderungen, die an das Pflegepersonal im Rahmen des Pflegeprozesses gestellt werden, geprüft, sowie die Wirksamkeit und die Weiterentwicklung des Prozesses sichergestellt. (ÖNORM 2008, S. 19-20)

Ziel der Bewertungen ist die ständige Verbesserung und Optimierung des Pflegeprozesses, sowie die Erfüllung objektiver und subjektiver Erwartungen. (Töpfer 2006, S. 101)

Im Dienstleistungssektor und speziell im Bereich der Pflege sind Ergebnisse bzw. ist die Pflegequalität nicht immer eindeutig messbar und objektivierbar. Unabhängig davon sollten Organisationen regelmäßig Prozessevaluierungen durchführen um eine sichere, patientenorientierte und fachgerechte Versorgung gewährleisten zu können. (Schmidt 2010, S. 231-232) Des Weiteren sollen die Methoden zur Qualitätsprüfung das Qualitätsbewusstsein des Pflegepersonals fördern, die kontinuierliche Qualitätsentwicklung sicherstellen und die Pflegequalität möglichst objektiv und nach außen transparent darstellen. (Reutlinger 2001, S. 93)

Nachfolgend werden einige Methoden vorgestellt, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Pflegeprozesses unterstützen und dadurch die Pflegequalität bei regelmäßiger Durchführung erheblich verbessern können.

## **4.5 Methoden der Qualitätsprüfung – Beurteilung der Qualität**

### **4.5.1 Befragung der pflegebedürftigen Personen**

Der Grad der Zufriedenheit von pflegebedürftigen Personen mit der geleisteten Pflege stellt einen wesentlichen Indikator zur Messung der Pflegequalität dar. (Reutlinger 2001, S. 98) Pflegebedürftige können zwar nicht alle Aspekte des Pflegeprozesses im Rahmen der pflegerischen Betreuung beurteilen, dennoch stellen sie eine wichtige Informationsquelle dar, da sie darüber Aufschluss geben können, ob die Organisation ihre Anforderungen erfüllen konnte oder nicht und wie zufrieden sie mit den erbrachten Leistungen waren. (ÖNORM 2008, S. 20) Die subjektiv durch den Pflegling wahrgenommene Dienstleistungsqualität ergibt sich durch den Vergleich von wahrgenommener Leistung und den Erwartungen an die Leistung. Positive und negative Ereignisse, die während der Leistungsanspruchnahme auftreten, wirken sich dabei auf die Wahrnehmung und somit auf die subjektive Beurteilung des Pflegebedürftigen aus. (Bruhn 2011, S. 39-40) Daher ist es wichtig, dass die Organisation die Anforderungen ihrer Konsumenten/innen kennt und diese unter Berücksichtigung der Qualitätsziele bestmöglich erfüllt. (ÖNORM 2008, S. 23)

Befragungen können eine gute Methode sein, um die Zufriedenheit zu messen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich pflegebedürftige Menschen häufig in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden und dadurch oft in ihren Aussagen gehemmt sind bzw. einige aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht mehr in der Lage sind, realistische Einschätzungen vorzunehmen (z.B. demente Personen). (Schmidt 2010, S. 15) Darüber hinaus können die geäußerten Wünsche aus unterschiedlichsten Gründen nicht immer erfüllt werden. Trotz dieser Schwierigkeiten ist es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche von Pflegebedürftigen in der Planung und Durchführung der Pflege zu berücksichtigen und einen Mittelweg zwischen den unterschiedlichen Interessensparteien zu finden. (Schmidt 2010, S. 89)

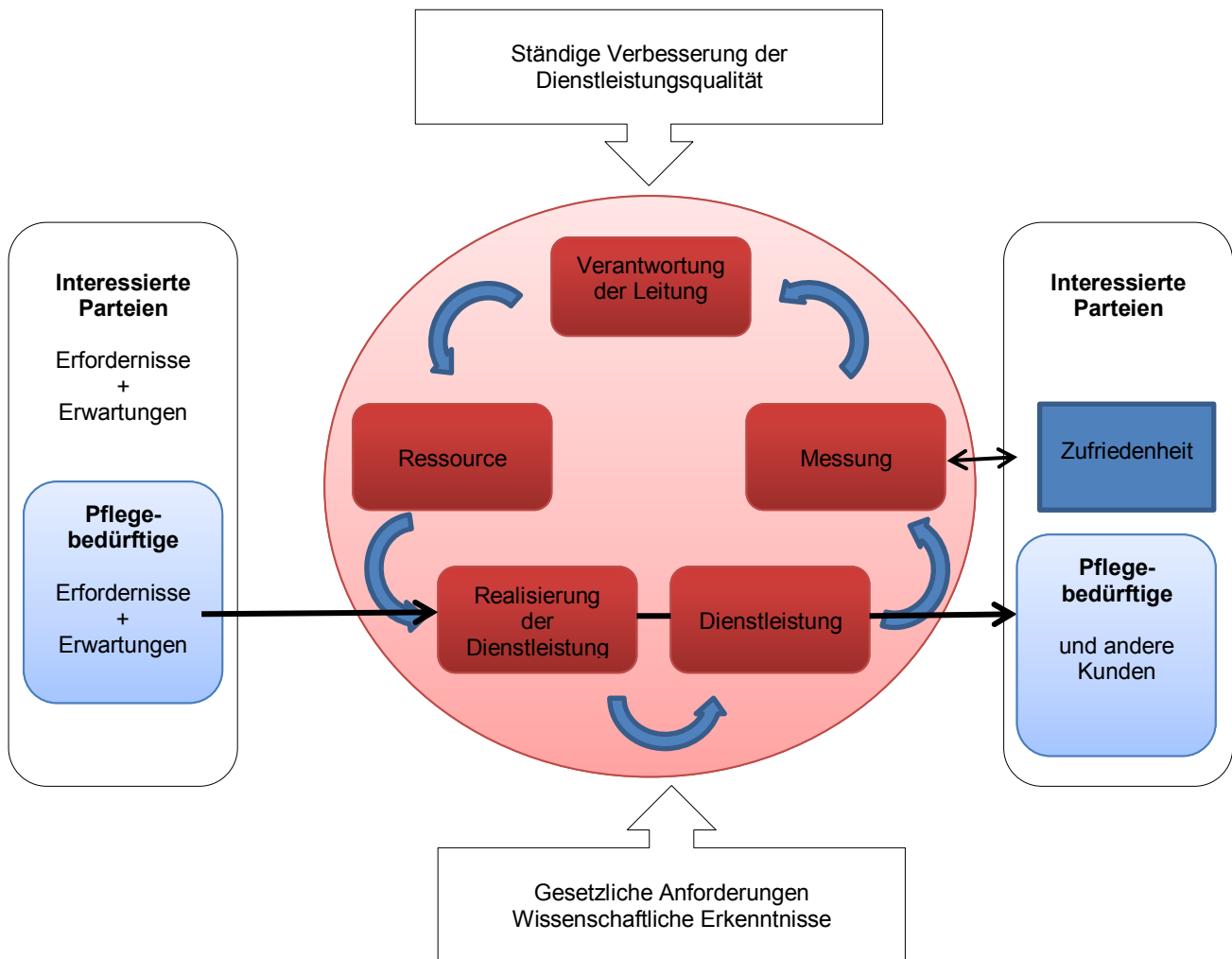


Abbildung 10: Prozessorientierte Ansatz in ÖNORM 2011, S. 11

Abbildung 10 illustriert, dass die Erwartungen und Erfordernisse von pflegebedürftigen Personen, neben den gesetzlichen Bestimmungen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den Verlauf einzelner Prozesse stark beeinflussen können. Nachdem die Dienstleistung erbracht wurde, wird die Zufriedenheit des Pflégelings gemessen. Die Ergebnisse sollten die Basis für die anschließenden Verbesserungen bilden und folglich zu einer steigenden Kundenzufriedenheit und Verbesserung der Dienstleistung führen.

#### 4.5.2 Auswertung der Pflegeplanung

Die Pflegedokumentation gibt Aufschluss über die Konsistenz und über den Zweck der getätigten Maßnahmen und kann als objektiver Nachweis herangezogen werden. Zudem lassen sich mithilfe der Dokumentation Maßnahmen

rückverfolgen, da jede pflegerische Tätigkeit schriftlich dokumentiert wurde. (Müller-Staub 2001, S. 234) Des Weiteren informiert sie über die Wirksamkeit und die Eignung der getätigten Interventionen und stellt so einen Teil der Pflegequalität dar. (ÖNORM 2005, S. 16)

Bei der Auswertung der Pflegeplanung wird eine bestimmte Anzahl von Pflegedokumentationen ausgewählt, welche anschließend anhand von vorab formulierten Kriterien beurteilt werden, z.B. ob Pflegeprobleme und/oder Risiken dokumentiert wurden oder ob es zu jedem Pflegeproblem mindestens ein Pflegeziel gibt etc. (Schmidt 2010, S. 16) Im Anhang findet sich eine Checkliste zur Bewertung von Pflegeplanungen.

Die ständige Kontrolle und Evaluation der Pflegeplanung führt zu nachhaltigen Verbesserungen in der Planung und Durchführung der Pflege. Durch die ständigen Kontrollen werden Fehler aufgedeckt und besprochen. Dadurch erweitert sich das Wissen der Mitarbeiter/innen und die Akzeptanz bzgl. Pflegeplanung/-dokumentation nimmt zu. Der ständige Verbesserungsprozess führt zu einer individuelleren und patientenorientierteren Pflegeplanung, welche eine optimale Betreuung gewährleistet. (Schmidt 2010, S. 72)

#### **4.5.3 Stufen der Pflegequalität**

Die Einteilung der Pflegequalität in Stufen ist eine Methode um diese zu definieren und messbar zu machen. Dabei wird die Beschaffenheit der pflegerischen Leistung von optimal über angemessen hin zu sicher bis gefährlich kategorisiert. (Schmid-Büchli et al. 2008, S. 310)

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Stufe 0 (gefährliche Pflege)</b> | Der Pflege­ling erlei­det einen Schaden auf­grund mangel­hafter Pflege z.B. Ent­stehung eines Dekubitus auf­grund mangelnder Be­treuung oder fehlenden Wis­sens sei­tens der Pflegekraft. |
| <b>Stufe 1 (sichere Pflege)</b>     | Der Pflege­ling wird mit den Nötigsten ver­sor­gt, um Schäd­en zu ver­mei­den.  |
| <b>Stufe 2 (angemessene Pflege)</b> | Der Pflege­ling wird nach sei­nem Bedarf ge­pflegt.   |
| <b>Stufe 3 (optimale Pflege)</b>    | Der Pflege­ling ist in die Pflege und Be­treuung miteinge­bunden.   |

Abbildung 11: Pflegestufen in Vitt 2002, S. 22

#### **4.5.4 Auswertung des veränderten Gesundheitszustandes**

Bei der Bewertung des Gesundheitszustandes lässt sich erkennen, ob dieser sich gebessert oder verschlechtert hat. Diese Methode liefert jedoch nur sehr ungenaue und wenig zuverlässige Daten, da die Möglichkeit besteht, dass sich der Gesundheitszustand trotz optimaler Pflege verschlechtert hat bzw. sich der Gesundheitszustand trotz schlechter Betreuung deutlich verbessern kann. (Schmidt 2010, S. 15)

#### **4.5.5 Audits**

Audits können als übergeordnetes Qualitätsbeurteilungsinstrument angesehen werden, da sie alle Prozesse und Abläufe, die innerhalb einer Organisation stattfinden, beurteilen. Dabei wird in regelmäßigen Abständen eine IST/SOLL-Prüfung durchgeführt, um Abweichungen erkennen und korrigieren zu können. (Schmidt 2010, S. 139) Audits prüfen inwieweit die vorab gestellten Anforderungen erfüllt wurden, ermitteln die Wirksamkeit einzelner Prozesse (inklusive des Pflegeprozesses) und zeigen Verbesserungspotenziale auf. (ÖNORM 2005, S. 17)

Audits können intern oder extern durchgeführt werden:

- *Interne Audits* – werden von der Organisation selbst durchgeführt. Dabei werden einzelne Tätigkeiten und Prozesse hinsichtlich der Qualitätsziele systematisch überprüft mit dem Ziel, einen Gesamtüberblick über die Leistung der Organisation zu erlangen. (ÖNORM 2005, S. 18) Dies kann im gesamten System durchgeführt werden (=Systemaudit) oder es werden nur gezielt einzelne Bereiche einer Organisation auditiert. (Schmidt 2010, S. 142) Bei Missständen müssen die Ursachen analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. (ÖNORM 2011, S. 56)
- *Externe Audits* – werden von externen, unabhängigen, meist akkreditierten Organisationen durchgeführt. Diese prüfen, ob die zu bewertende Organisation alle Anforderungen, die z.B. ein Qualitätsmanagementsystem stellt, erfüllt und schaffen sich somit Gewissheit über die Qualität der Dienstleistungen. Bei Erfüllung wird die zu bewertende Organisation zertifiziert. (ÖNORM 2005, S. 18) Lässt sich eine Organisation durch eine externe Organisation prüfen und zertifizieren spricht man von einem Zertifizierungsaudit. (Schmidt 2010, S. 142) Die Zertifizierung gleicht einer Auszeichnung, die für Qualität, hohe Kundenzufriedenheit und permanente Bemühungen zur ständigen Qualitätsverbesserung steht.

### Durchführung eines Audits

#### 1. Vorbereitung

- Bereich, der auditiert werden soll, muss festgelegt werden
- Wer führt wann das Audit durch?
- Erstellung einer Auditcheckliste
- Informieren der beteiligten Personen

#### 2. Durchführung des Audits

- Begutachtung der entsprechenden Dokumente und Abläufe mithilfe der Auditcheckliste

### 3. Auswertung des Audits

- Bewertung der Auditcheckliste
- Identifizierung der Problembereiche und Priorisierung der Probleme
- Bestimmung von Folgemaßnahmen zur Problembeseitigung mit festgelegten Terminen und Zuständigkeiten

**Kontrollaudit** ⇒ Erneute Prüfung der Dokumente und Abläufe unter Berücksichtigung der bereits getätigten Handlungen (Waren die Maßnahmen wirksam? Besteht das Problem noch immer?)

Durch die regelmäßige Durchführung von Audits gewinnen Organisationen Daten und können dadurch Vergleiche anstellen (sogenanntes Benchmarking). Zudem lässt sich mithilfe der Daten erkennen, ob es zu einer Verbesserung, Stagnation oder gar Verschlechterung der Pflege gekommen ist und ob die gesetzten Maßnahmen wirksam waren. (Schmidt 2010, S. 142-143) Die aus der Bewertung hervorgehenden Ergebnisse verlangen Entscheidungen und Maßnahmen, die die Prozessqualität erhöhen und verbessern sollten, denn jedes Problem, das erkannt wird, kann gelöst werden, wenn Folgemaßnahmen zur Problembeseitigung gesetzt werden. (ÖNORM 2008, S. 13)

## **4.6 Qualitätslenkung – Reduzierung des Unterschieds**

Um eine kontinuierliche Verbesserung zu ermöglichen, müssen qualitätsfördernde Maßnahmen eingesetzt werden, die die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses durch unterschiedliche Methoden verbessern. (Bruhn 2011, S. 10) Im Mittelpunkt aller Bemühungen sollte immer der Nutzen des Pflegebedürftigen, sowie die kontinuierliche Verbesserung sämtlicher Aktivitäten stehen. (Vahs 2009, S. 290)

### **4.6.1 PDCA-Zyklus**

Die Anwendung des PDCA-Zyklus (*Plan-Do-Check-Act*) ist eine Methode, um Probleme aufzudecken und zu lösen und folglich Verbesserungen voranzutreiben. (ÖNORM 2008, S. 6) Der PDCA-Zyklus stellt die Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung dar, indem er in der ersten Phase (*Plan*) zunächst den IST-Zustand der Organisation erhebt, dabei auf Probleme stößt und anschließend Ziele und Maßnahmen plant. In der zweiten Phase (*Do*) werden die geplanten Maßnahmen umgesetzt, in die alltägliche Routine integriert und anschließend in der dritten Phase (*Check*) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Je nachdem wie das Ergebnis der Evaluierung ausfällt, folgt in der vierten Phase (*Act*) eine Modifizierung der eingeführten Maßnahmen oder sie bleiben aufgrund ihrer Effektivität unverändert und werden in regelmäßigen Abständen überprüft. (Schmidt 2010, S. 53-57)

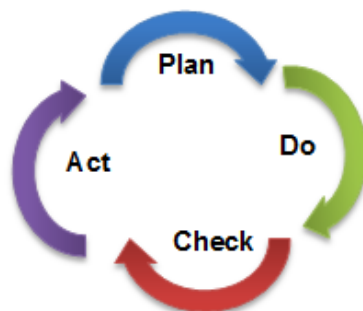


Abbildung 12: PDCA-Zyklus in ÖNORM 2008, S. 6



Abbildung 13: Die Anwendung des PDCA-Zyklus im Rahmen des Pflegeprozesses, eigene Darstellung

#### 4.6.2 Personelle Ressourcen

Damit eine Organisation sich weiterentwickeln kann, benötigt es geschultes Fachpersonal, welches sich fort- und weiterbildet. Dabei stehen der Erwerb von fachlicher Expertise und die Erhöhung der Handlungskompetenz im Vordergrund.

Grundsätzlich lassen sich vier Typen von Handlungskompetenzen unterscheiden:

- **Fach- und Sachkompetenz:** fachspezifische Kenntnisse für die jeweilige Stelle.
- **Methoden- bzw. Konzeptkompetenz:** Fähigkeit, unterschiedliche Lösungsmethoden für ein Problem zu entwickeln, sowie Selektions- und Lernfähigkeit.
- **Sozialkompetenz:** Teamfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Kommunikationsfähigkeit etc.

- *Psychologische Kompetenz*: Motivation, Einstellung, Einsatzwille etc. (Bruhn 2011, S. 335)

Das gesamte Personal sollte auf Basis seiner Ausbildung, absolvierten Schulungen, Fertigkeiten und Erfahrungen, Tätigkeiten, die Einfluss auf die Qualitätsziele haben, verrichten. Daher ist es wichtig, dass eine Organisation die Kompetenzen seiner Mitarbeiter/innen kennt, bewertet und permanent verbessert, damit die Qualitätsziele erreicht werden können. (ÖNORM 2011, S. 27)

### Die Rolle der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson

Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) nimmt bei der Planung und Durchführung des Pflegeprozesses (PP) eine bedeutende Rolle ein. Sie muss sicherstellen, dass sich der PP an den gesetzlichen, wissenschaftlichen und an den Anforderungen des Pflégings, sowie an den Qualitätszielen orientiert, die die Organisation verfolgt.

Die DGKP muss die Verantwortungen und Befugnisse einzelner Berufsgruppen kennen, damit sie Aufgaben delegieren und die pflegerische Versorgung koordinieren und planen kann. Dieses Wissen dient auch der Qualitätssicherung, da die DGKP die Verantwortung für die Qualität der pflegerischen Versorgung als Ganzes übernimmt und diese sich aus der Qualität der täglichen pflegerischen Leistungen zusammensetzt, welche größtenteils von Pflegehelfer/innen und Heimhelfer/innen ausgeübt werden. Das pflegerische Personal sollte je nach Ausbildung, Fertigkeiten, Schulungen und Erfahrungen angemessen eingesetzt werden, damit der Pflegeprozess bestmöglich umgesetzt werden kann. Die Organisation muss über die Kompetenzen seines Personals Bescheid wissen, diese bestmöglich einsetzen und wenn nötig schulen, um die Fertigkeiten, die für die Planung und Ausführung des Pflegeprozesses notwendig sind, zu erlangen. (ÖNORM 2008, S. 13)

Darüber hinaus muss sie dafür Sorge tragen, dass allen Pflegepersonen (DGKP, PH, HH) die Notwendigkeit zur Kunden- und Qualitätsorientierung bewusst wird

und eine kontinuierliche Verbesserung in der Praxis stattfindet. (Bruhn 2011, S. 233)

#### **4.6.3 Fallbesprechungen**

Um geeignete Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen auswählen zu können, benötigen Pflegepersonen Fachwissen und die Fähigkeit zur klinischen Urteilsbildung/Entscheidungsfindung. Pflegediagnostische Fallbesprechungen können als eine Methode angesehen werden dies zu erlernen und zu fördern.

Fallbesprechungen beginnen, indem die Falleinbringer/in die Situation der zu betreuenden Person aus pflegerischer Sicht schildert. Anschließend wird gemeinsam im Team der Fall analysiert und geeignete Pflegediagnosen und Interventionen erarbeitet, die in die Pflegeplanung aufgenommen und in der Praxis umgesetzt werden. Dabei gleicht eine Fallbesprechung dem diagnostischen Prozess, indem einzelne Zeichen zuerst gesammelt und analysiert werden, um danach Pflegediagnosen erstellen zu können. (Müller-Staub & Stuker-Studer 2006, S. 282-284)

Fallbesprechungen verbessern die diagnostischen Fähigkeiten der teilnehmenden Personen (des Teams), die Qualität der Pflege und des Pflegeprozesses. (Müller-Staub 2006, S.276) Sie unterstützen die Verbreitung von neuem Wissen und brechen eingefahrene Handlungsrountinen auf. Zusätzlich bieten Fallbesprechungen Pflegenden die Möglichkeit, das Verhalten von Menschen besser zu verstehen und zu lernen mit schwierigen Situationen umzugehen. (Buscher et al. 2012, S. 168-172)

#### **4.6.4 Pflegevisiten**

Pflegevisiten sind regelmäßige Besuche und Gespräche mit dem Pflegling und der Pflegedienstleitung oder mit den/der Qualitätsbeauftragten. (Schmidt 2010, S. 182) Dabei wird der Pflegeprozess mithilfe der Pflegedokumentation geprüft und mit dem Pflegling besprochen. (Görres et al. 2002, S. 26) Dieses Vorgehen fördert die aktive Einbindung des Pflegebedürftigen in den Betreuungsprozess,

sowie die Aufdeckung von Fehlern bei der Planung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen. (Schmidt 2010, S. 183) Inhaltliche Aspekte von Pflegevisiten sind dabei das aktuelle Befinden des Pfleglings und alle pflegerisch relevanten Ereignisse, die im Rahmen der Betreuung entstehen. (Görres et al. 2002, S. 30)

### Formen von Pflegevisiten

Je nach Art der Durchführung lassen sich vier Formen von Pflegevisiten unterscheiden:

- *Prozesshafte Pflegevisite*: prüft alle Phasen des Pflegeprozesses.
- *Ausschnitthafte Pflegevisite*: prüft einen Ausschnitt des Pflegeprozesses z.B. wurde die Pflegeanamnese richtig durchgeführt und stimmt diese mit dem Zustand der pflegebedürftigen Person überein?
- *Konsiliarische Pflegevisite*: Hinzuziehen eines weiteren Experten z.B. Wundmanager/in, der/die bei gravierenden Problemen unterstützend wirkt.
- *Übergabe am Bett*: prüft nur oberflächlich die Qualität der Betreuung und kann als „Blitz-Pflegevisite“ angesehen werden. (Schmidt 2010, S. 183)

Ziel von Pflegevisiten ist die aktive Einbindung des Pflegebedürftigen in den Betreuungsprozess („Kundenorientierung“), sowie die Verbesserung der Pflegequalität. (Görres et al. 2002, S. 25) Demzufolge eignet sich dieses Instrument hervorragend zur Bewertung des Pflegeprozesses und kann zur Verbesserung von pflegebezogenen Prozessen und Abläufen und somit zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess beitragen.

#### **4.6.5 Qualitätszirkel**

Im Rahmen eines Qualitätszirkels analysiert eine kleine Gruppe eines Arbeitsbereiches regelmäßig Probleme und Themen der täglichen Arbeit. Zu Beginn eines Qualitätszirkels werden zuerst Probleme der täglichen Arbeit gesammelt. Anschließend wird ein Problem, welches als besonders wichtig erachtet wird, ausgewählt und analysiert. Danach werden Lösungsvorschläge

erarbeitet, in den Alltag implementiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Diese freiwilligen Zusammenkünfte werden in regelmäßigen Abständen und mithilfe eines geschulten Moderators abgehalten. (Schmidt 2010, S. 145) Qualitätszirkel zielen auf eine ständige Verbesserung der Dienstleistungsqualität ab und steigern zugleich die Motivation der Mitarbeiter/innen. Des Weiteren fördern sie das Qualitätsbewusstsein und die Qualitätsverantwortung der Mitarbeiter/innen, sowie die interne Kommunikation. (Bruhn 2011, S. 353-354)

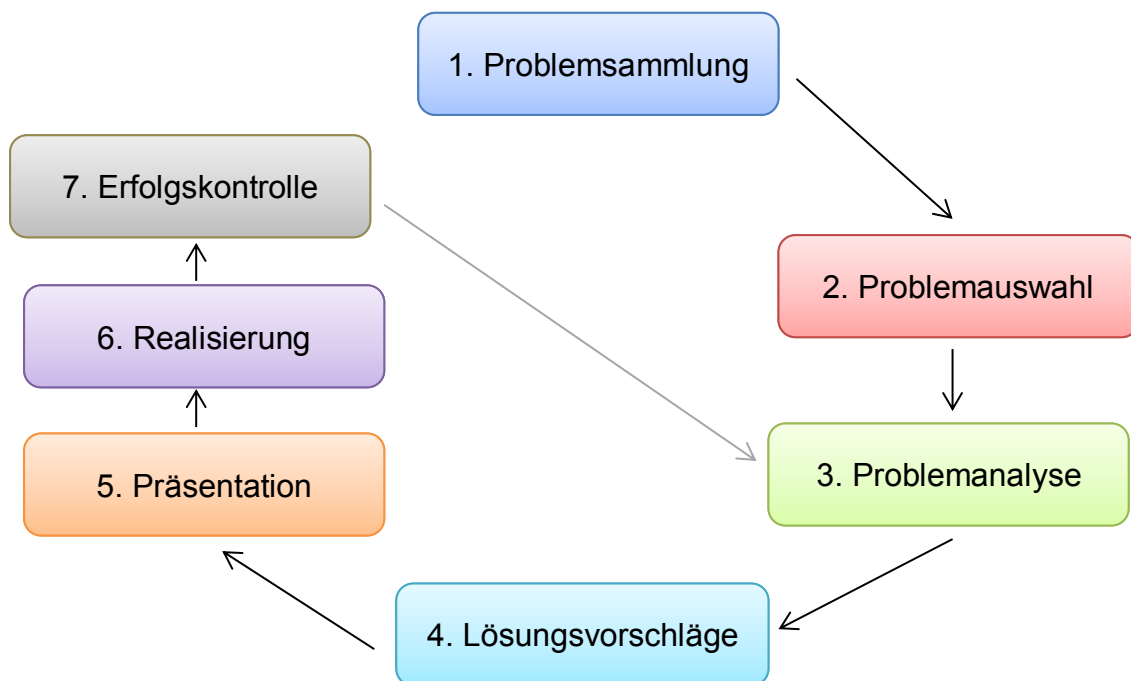


Abbildung 14: Ablauf eines Qualitätszirkels in Schmidt 2010, S. 145

#### **4.6.6 Verwendung von Pflegestandards**

Die WHO definiert Standards als ein erreichbares und professionelles Leistungsniveau, die ein festgelegtes Soll der Pflegequalität wiedergeben, an dem die tatsächliche Leistung gemessen werden kann. Standards leisten einen wesentlichen Beitrag zu Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege, da sie Handlungen vereinheitlichen, die Dokumentation standardisieren und als Entscheidungshilfe für die Auswahl pflegerischer Maßnahmen herangezogen werden können. (Bölicke 2007, S. 1-3) Sie schaffen Klarheit bzgl. Aufgaben und Rollen von Pflegepersonen und grenzen den beruflichen Verantwortungsbereich,

innerhalb dessen die Qualität der Pflege garantiert werden kann, ab. (Schmid-Büchli et al. 2008, S. 310)

Standards finden sich in unterschiedlichsten Formen in der Praxis wieder. Demnach lassen sich folgende Arten unterscheiden:

- *Handlungsanweisungen*: beschreiben einzelne pflegerische Handlungen z.B. wie hat eine Ganzkörperwaschung zu erfolgen. Handlungsanweisungen werden meist von einem/r internen Pflegeexperten/in erstellt und besitzen demnach nur lokale Gültigkeit.
- *Standardpflegepläne*: beschreiben typische Pflegemaßnahmen bei speziellen Pflegeproblemen z.B. wie sollte eine Wundversorgung durchgeführt werden. Standardpflegepläne werden meist auch von Mitarbeitern/innen einer Organisation entwickelt und besitzen daher auch nur lokale Gültigkeit.
- *Normen, Richtlinien*: bei Normen und Richtlinien handelt es sich um gesetzliche, berufsrechtliche, standesrechtliche oder satzungsrechtliche Handlungsregeln. Sie besitzen nationale Gültigkeit und ein Nichtbeachten dieser wird in der Regel mit Sanktionen bestraft z.B. die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses obliegt dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und darf nicht delegiert werden.
- *Qualitätsstandards*: beinhalten Qualitätsziele und definieren den Level an Qualität, den eine Einrichtung erreichen möchte. Mithilfe von Kriterien wird anschließend geprüft, ob das Qualitätsziel erreicht werden konnte, oder nicht z.B. bestimmte Häufigkeitsrate an Druckgeschwüren pro Jahr.
- *Expertenstandards*: stützen sich auf eine umfassende Literaturanalyse und repräsentieren den aktuellen Stand der Wissenschaft.
- *Leitlinien*: bearbeiten klinische Probleme und geben Handlungsempfehlungen an Praktiker. (Bölicke 2007, S. 5-10)

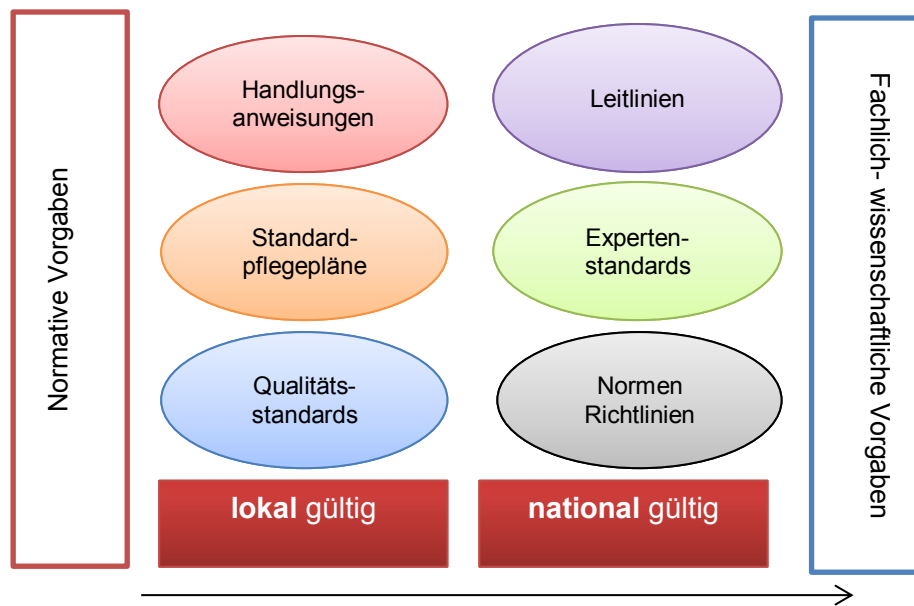


Abbildung 15: Übersicht einzelner Standards in Bölicke 2007, S. 5

Folgend wird der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, welcher vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erarbeitet wurde, vorgestellt. Dieser kann als Hilfsmittel in der Praxis verwendet werden, da er nationale Gültigkeit besitzt und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

**Standardaussage:** Jede/r dekubitusgefährdete Patient/in erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.

**Begründung:** Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/innen. Angesichts des vorhandenen Wissens über die weitgehenden Möglichkeiten der Verhinderung eines Dekubitus, ist die Reduzierung auf ein Minimum anzustreben. Von herausragender Bedeutung ist, dass das Pflegefachpersonal systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/innen, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.

| <b>Struktur</b>   | <b>Prozess</b>   | <b>Ergebnis</b>   |
|---|--|---|
| <p><i>Die Pflegefachkraft...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung, sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos.</li> </ul>  | <p><i>Die Pflegefachkraft...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- beurteilt das Dekubitusrisiko aller Patient/innen, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen, sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u.a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala z. B. nach Braden.</li> </ul> | Eine aktuelle und systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- gewährleistet auf der Basis eines individuellen Bewegungsplanes sofortige Druckentlastung durch die regelmäßige Bewegung der Patienten/innen, z.B. 30" Lagerung, Mikrobewegung, reibungs- und scherkräftearmer Transfer und fördert soweit als möglich die Eigenbewegung der Patienten/innen.</li> </ul>  | Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- verfügt über die Kompetenz, geeignete druckreduzierende Hilfsmittel auszuwählen (z.B. Weichlagerungskissen und -matratzen) sind sofort zugänglich, Spezialbetten (z.B. Luftkissenbetten) innerhalb von 12 Stunden.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- wendet die geeigneten druckreduzierenden Hilfsmittel an, wenn der Zustand der Patient/innen eine ausreichende Bewegungsförderung bzw. Druckentlastung nicht zulässt.</li> </ul>   | Die Patienten/innen befinden sich unverzüglich auf einer für sie geeigneten druckreduzierenden Unterlage, druckreduzierende Hilfsmittel werden unverzüglich angewendet.                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- leitet auf Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die beispielsweise die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz betreffen.</li> </ul>   | Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- verfügt über Fähigkeiten, Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung der Patienten/innen und deren Angehörigen zur Förderung der Eigenbewegung der Patienten/innen und zur Druckreduktion.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen, plant diese individuell mit den Patienten/innen und deren Angehörigen.</li> </ul>   | Die Patienten/innen und deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtung stellt sicher, dass alle an der Versorgung der Patienten/innen Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- informiert die an der Versorgung der dekubitusgefährdeten Patienten/innen Beteiligten über die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung der Interventionen (z.B. Personal in Arztpraxen, OP- und Röntgenabteilungen oder Transportdiensten).</li> </ul>   | Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung der Patienten/innen Beteiligten bekannt.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- begutachtet den Hautzustand der gefährdeten Patienten/innen zu bestimmenden Zeitabständen.</li> </ul>   | Die Patienten/innen haben keinen Dekubitus.   |

(Bölicke 2007, S. 26-28)

Pflegestandards können außerdem für die Beurteilung direkter Pflegehandlungen herangezogen werden, da sie Kriterien für die Bewertung pflegerischer Leistungen und deren Qualität bereitstellen. (Frei-Rhein & Hantikainen 2001, S. 396-397) Sie prüfen, ob die Arbeit in angemessener Weise erbracht wurde, beschreiben das anerkannte Qualitätsniveau und erleichtern die Lenkung und Beurteilung der Praxis. Darüber hinaus lassen sich Tätigkeiten mithilfe von Standards besser rechtfertigen. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 359-360) Somit lassen sich die Prozess- und Ergebnisqualität anhand von Standards und deren richtige Verwendung besser evaluieren. (Gordon 1998, S. 63-64)

Pflegestandards beruhen auf dem gegenwärtigen Stand des Wissens und der Erfahrung bzgl. der Effektivität und Effizienz von pflegerischen Maßnahmen und zeichnen sich durch Transparenz und eine starke Patienten/innenorientierung aus. (<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True>, abgerufen am 26.05.2012)

### Beispiel des Praxisstandards „Assessment“ von ANA

Die ANA (American Nurses Association) veröffentlichte zur Sicherung der Pflegequalität zahlreiche Praxisstandards. Dabei wurden Kriterien definiert, deren Einhaltung zur Verbesserung der Qualität führen kann. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 359)

#### **Standard: Assessment**

Die Pflegefachkraft sammelt Daten über den Gesundheitszustand des Patienten.

#### **Kriterien:**

- Die Prioritäten der Datensammlung werden durch den aktuellen Zustand bzw. die Bedürfnisse des Patienten bestimmt.
- Die relevanten Daten werden mit Hilfe angemessener Assessmentmethoden gesammelt.
- Die Datensammlung bezieht ggf. den Patienten, seine Bezugspersonen und andere an der Betreuung Beteiligte mitein.

- Der Datensammlungsprozess wird systematisch und kontinuierlich durchgeführt.
- Die relevanten Daten werden auf nachvollziehbare Weise dokumentiert. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 360)

Die Verwendung von Expertenstandards verhilft Pflegefachkräften zu mehr Sicherheit und zugleich zu weniger Fehlern und Komplikationen bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten. (Schmidt 2010, S. 72) Sie bringen evidenzbasiertes Wissen in die Pflegepraxis und gewährleisten Einheitlichkeit bei der Durchführung von Maßnahmen, sowie eine hohe Pflegequalität. (Schmidt 2010, S. 181) Dennoch müssen DGKP im Rahmen ihrer Verantwortung, die individuelle Situation des Pflégelings berücksichtigen und Standards (= empfohlene pflegerische Tätigkeiten) vor Ort und an die Person anpassen, denn professionelles Handeln charakterisiert sich durch die nicht vollständige Standardisierbarkeit von pflegerischen Handlungen. (Wöhrmann & Käppner 2002, S. 4-5)

#### **4.6.7 Pflegesystem - Primary Nursing (Bezugspflege)**

Pflegesysteme strukturieren die Arbeitsabläufe der Pflege und bieten handlungsanleitende Konzepte. Grundsätzlich lassen sich vier Typen von Pflegesystemen unterscheiden:

- *Funktionspflege* – eine Pflegeperson führt einen bestimmten Pflegeschritt z.B. Mundhygiene bei mehreren Pflegebedürftigen durch
- *Zimmerpflege* – eine Pflegeperson ist für ein Zimmer verantwortlich
- *Gruppenpflege* – eine Pflegeperson ist für eine Gruppe von Pflegebedürftigen verantwortlich und
- *Primary Nursing/Bezugspflege* – eine Hauptverantwortliche übernimmt die Durchführung aller Pflegeprozessschritte

Das Konzept der Bezugspflege gilt derzeit als modernstes Pflegesystem. (Riess et al. 2007, S. 44-45) Bei der Anwendung des Konzepts wird einer Pflegeperson die gesamte Verantwortung für eine Gruppe von Pflegebedürftigen übergeben. Diese Pflegeperson ist damit für den gesamten Pflege- und Betreuungsprozess

verantwortlich und trifft alle für die Betreuung notwendigen Entscheidungen. (Brobst et al. 2007, S. 173) Dadurch kann die DGKP ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Gesundheitsverläufe der ihr zugeteilten Personen richten und erlebt dadurch eine andere Ebene der Pflege. (Frei-Rhein & Hantikainen 2001, S. 399) Durch den direkten und häufigen Kontakt verbessert sich die Kommunikation zwischen der Pflegeperson, dem Pflegling und anderen Berufsgruppen und das Vertrauen und Wissen über die pflegebedürftige Person nimmt zu. (Brobst et al. 2007, S. 173)

#### **4.6.8 Pflegemodelle**

Pflegemodelle helfen die Praxis zu steuern, indem sie auftretende Phänomene erklären. (Burns & Grove 2005, S. 156) Sie unterstützen das Durchführen einer umfassenden und ganzheitlichen Pflege, indem sie wichtige Aspekte, die es bei der Pflege zu berücksichtigen gibt, aufzeigen. (Schmidt 2010, S. 172) Die Art und Weise wie die Wirklichkeit der Pflege betrachtet wird, hängt von der Wahl des Pflegemodells ab. Dabei entscheidet das Modell welchen Elementen und welchen Beziehungen besondere Aufmerksamkeit bei der täglichen Pflege geschenkt werden soll. Gängige Pflegemodelle sind beispielsweise die 14 Grundbedürfnisse des Menschen von Virginia Henderson, die 12 Lebensaktivitäten von Nancy Roper und die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens von Liliane Juchli etc. (Messer 2004, S.77)

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Pflege-theorien/-modellen. Grundsätzlich kann jede Organisation selbst festlegen, welches Modell sie anwenden möchte bzw. wird die Wahl auf jenes Modell fallen, welches am besten mit den Werten der Organisation übereinstimmt. (Schmidt 2010, S. 172) Hat sich eine Organisation für ein bestimmtes Pflegemodell entschieden, muss sich die Pflege danach ausrichten d.h. das Modell muss sich in der täglichen Arbeit wiederfinden z.B. in den Phasen des Pflegeprozesses.

## **5 Diskussion**

Der Pflegeprozess stellt durch seine Vielseitigkeit und aufgrund seiner gesetzlichen Verankerung ein geeignetes Mittel zur Qualitätssicherung dar. Gemeinsam mit dem Qualitätsentwicklungsprozess können Defizite in der Pflege erkannt und durch Verbesserungsmaßnahmen verringert werden. Für die Beurteilung der Qualität können pflegebedürftige Personen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit den pflegerischen Leistungen befragt, die Pflegeplanung bzw. der Gesundheitszustand des Pflégelings ausgewertet oder die Qualität im Rahmen eines Audits erhoben werden. Bei auftretenden Mängeln ist es wichtig, dass diese nicht ignoriert, sondern mithilfe von effektiven Interventionen behoben werden z.B. durch Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Qualitätszirkel etc. Des Weiteren können Fort- und Weiterbildungen des Personals, die Verwendung von Pflegestandards, das Anwenden des PDCA-Zyklus oder der Gebrauch des Pflegesystems „Primary Nursing“ die Qualität in der Pflege wesentlich verbessern.

Pflegenden muss die Wichtigkeit ihrer täglichen Arbeit bewusst werden, und sie müssen erkennen, dass eine qualitativ hochwertige Pflege ihre Profession festigt und ein wesentliches Ziel, welches es zu verfolgen gilt, darstellt. Aus dem österreichischen Qualitätsbericht von 2007 geht hervor, dass sich dieser Gedanke noch nicht ganz in der Praxis manifestiert hat. Demnach scheinen Kompetenzübertretungen (PH oder HH übernehmen Tätigkeiten der DGKP) die gängige Praxis zu sein. Diese Überschreitungen zeigen sich auch im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, wonach das Assessment, die Pflegediagnosen, die Pflegeplanung und die Pflegeevaluation häufig von Hilfskräften übernommen werden (PH oder HH). Diese Tatsache gefährdet nicht nur die Qualität der Pflege und infolgedessen die Gesundheit Pflegebedürftiger, sondern auch jene der Pfleger/innen, da das subjektive Belastungsgefühl und die emotionale Überforderung durch die Überschreitung ihrer Kompetenzen signifikant zunehmen. (Riess et al. 2007, S. 24-35)

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) reagierte auf diese Missstände und versuchte anhand des Projektes „Pfleger neu denken“ die Kompetenzen von Pflegepersonen effektiver in der Praxis einzusetzen. Dabei wurde das österreichische Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Anlehnung an das Modell des International Council of Nurses (ICN) entwickelt. Das Modell gliedert die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Pflegenden in fünf Stufen:

- *Unterstützungskraft* – erste Stufe, nonformale, innerbetriebliche Ausbildung
- *Pflegeassistenz* – Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeschule bzw. Abschluss einer berufsbildenden höheren Schule
- *Generalist/in in der Gesundheits- und Krankenpflege* – Bachelorabschluss in der Pflege
- *Spezialist/in* – Bachelorabschluss und weitere postgraduate Ausbildungen
- *Advanced Nurse Practitioner (ANP)* – Master in der Pflege  
(Brandstätter et al. 2011, S. 15-16)

Gemäß dem Kompetenzmodell dürften erst Generalisten/innen gemeinsam mit Spezialisten/innen den Pflegeprozess planen und Entscheidungen darüber treffen. Die Pflegeassistenz und die Unterstützungskräfte nehmen dabei eine unterstützende Funktion ein, indem sie allgemeine oder offensichtliche Gesundheitsprobleme des Pflégelings identifizieren und mit ihren Informationen die Basis für Entscheidungen schaffen. Die Aufgabe der ANP ist es dafür zu sorgen, dass sich die Pflege kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt. (Brandstätter et al. 2011, S. 27-29)

Die Anwendung des Kompetenzmodells in der Pflegepraxis würde eine professionelle und qualitative Pflege ermöglichen. Zudem würden die Kompetenzen und Fähigkeiten klar aufgezeigt werden. Dies würde mögliche Kompetenzübertretungen möglicherweise verhindern und eine sichere Pflege gewährleisten.

Die richtige Anwendung des Pflegeprozesses erlaubt Pflegenden, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu lenken und zu sichern. Qualitätsfördernde Maßnahmen können Pflegenden helfen, den Pflegeprozess besser handzuhaben

und ihn optimal in der Praxis umzusetzen. Die Dokumentation des Pflegeprozesses gilt als Beweis der erbrachten Pflege und zugleich als Merkmal für die Qualität der Leistungen. Folglich sollte dem Pflegeprozess ein wichtiger Stellenwert bei der täglichen Arbeit und im Rahmen der Qualitätsentwicklung zugeschrieben werden.

## 6 Literaturverzeichnis

Allmer F., Burger V., Chukwuma-Lutz S., Oswald M., Rappold E., Rottenhofer I., Stauer D., Musil J., Weißenbacher M., Wild M. (2009) Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. (*abrufbar unter: [http://www.oebai.at/cms/wb/media/news/Pflege\\_Arbeitshilfe\\_Druck20-20Letztfassung.pdf](http://www.oebai.at/cms/wb/media/news/Pflege_Arbeitshilfe_Druck20-20Letztfassung.pdf)*)

Arets J., Obex F., Vaessen J., Wagner F. (1997) Professionelle Pflege – theoretische und praktische Grundlagen. 2. Auflage, Eicanos Verlag, Bochholt.

Behrens J., Langer G. (2006) Evidence-based Nursing and Caring – Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für die tägliche Pflegeentscheidungen – Vertrauensbildende Entzauberung der <Wissenschaft>. 2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.

Berger S., Mosebach H., Wieteck P. (2008) NANDA-I-Pflegediagnosen – Definitionen & Klassifikation 2007-2008. 1. Auflage, Recom Verlag, Bad Emstal.

Bölicke C. (2007) Standards in der Pflege entwickeln – einführen – überprüfen. A. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, Jena.

Brandstätter E., Gstettner I., Hierzer A., Klampf-Kenny M., Koller W., Kratzer-Toth I., Kroboth G., Kulmer M., Maitz H., Perhab F., Petek C., Pux C., Raiger M., Rappold E., Rottenhofer I., Stampfer N., Steiniger H., Stelzl E., Trummer A., Uhl C., Zischmeier-Lux C. (2011) Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband Steiermark, Graz. (*abrufbar unter: [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Steiermark/Kompetenzmodell/OEGKV\\_Handbuch\\_Abgabeversion.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Steiermark/Kompetenzmodell/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf)*)

Brobst R., Coughlin A., Cunningham D., Feldman J., Hess R., Mason J., McBride L., Perkins R., Romano C., Warren J., Wright W. (2007) Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.

Bruhn M. (2011) Qualitätsmanagement für Dienstleistungen – Grundlagen, Konzepte, Methoden. 8. Auflage, Springer Verlag, Berlin.

Burns N., Grove S. (2005) Pflegeforschung verstehen und anwenden. 1. Auflage, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München.

Buscher I., Reuther S., Holle D., Bartholomeyczik S., Vollmar H., Halek M. (2012) Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen – Theoretische Ansätze zur Reduktion herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz im Rahmen des Projektes FallDem. Pflegewissenschaft, Nr. 3, S. 168-178.

Fierz K. (2010) Evaluiert doch einfach mal...die Kunst, eine gute (Evaluations-) Frage zu stellen. Pflege. Nr. 23 (5), S. 295-298.

Flerchinger C., Pranke H., Baartmans P., Geng V. (1999) Qualitätsentwicklung in der Pflege – zwei Beispiele. PR-InterNet, Nr. 3, S. 79-82.

Foussek C. (1999) Von der Philosophie des Qualitätsmanagements bis zur Umsetzung in der Praxis. In: Gruber E., Kuss S. (Hg.) (1999) Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich – Neue Dimensionen der Pflege und Qualitätsmanagement im Gesundheitsbereich. Eigenverlag Graz, S. 52-60.

Frei-Rhein G., Hantikainen V. (2001) Wie erleben und beschreiben Pflegende Qualität in der Pflege im Alltag? Pflege, Nr. 14, S. 395-405.

Gordon M. (1998) Handbuch Pflegediagnosen. 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Gordon M., Bartholomeyczik S. (2001) Pflegediagnosen – Theoretische Grundlagen. 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Görres S., Hinz I., Reif K. (2002) Pflegevisiten: Möglichkeiten und Grenzen. Pflege, Nr. 15, S. 25-32.

Leoni-Scheiber C. (2004) Der angewandte Pflegeprozess. Facultas Verlag, Wien.

Mason G., Attree M. (1997) The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, no. 5, pp. 1045-1049.

Meijer A., Campen C., Kerkstra A. (2000) A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 3, pp. 554-561.

Messer B. (2004) Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege – Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung. 2. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

Müller-Staub M. (2006) Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. *Pflege*, Nr. 19, S. 275-279.

Müller-Staub M. (2001) Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. *Pflege*, Nr. 14, S. 230-238.

Müller-Staub M., Needham I., Lunney M., Odenbreit M., Lavin M., Achterberg T. (2008) Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Messinstruments Q-DIO. *Pflege*, Nr. 21, S. 327-338.

Müller-Staub M., Stuker-Studer U. (2006) Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen. *Pflege*, Nr. 19, S. 281-286.

Österreichisches Normungsinstitut (ÖNORM) (2008) Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen ISO 9001:2008, Wien.

Österreichisches Normungsinstitut (ÖNORM) (2011) Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008, Wien.

Österreichisches Normungsinstitut (ÖNORM) (2005) Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe ISO 9000:2005, Wien.

Reutlinger B. (2001) Pflegequalität: Forderungen, Zusammenhänge, Wege der Sicherung. PR-InterNet, Nr. 5, S. 85-107.

Riess G., Rottenhofer I., Winkler P., Busch M., Stangl P. (2007) Österreichischer Pflegebericht 2007. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. (*abrufbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/endbericht\\_publicationsfassung\\_aktuell.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/endbericht_publicationsfassung_aktuell.pdf)*)

Schmidt S. (2010) Das QM-Handbuch – Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. 2. Auflage, Springer Verlag GmbH, Berlin.

Vahs D. (2009) Organisation – Ein Lehr- und Managementbuch. 7. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart.

Schmid-Büchli S., Rettke H., Horvath E., Marfurt-Russenberger K., Schwendimann R. (2008) Das auf Basis des >Quality of Health Outcome Model< (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung der Pflegequalität. Pflege, Nr. 21, S. 309-317.

Töpfer A. (2006) Medizinische und ökonomische Bedeutung von Qualität im Krankenhaus: Vermeidung von Fehlerkosten. In: Töpfer A. & Albrecht M. (Hg.) (2006) Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus – 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Springer Verlag, Heidelberg, S.99-111.

Vitt G. (2002) Pflegequalität ist messbar – Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2010) Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. 6. Auflage, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien.

Wöhrmann E., Käppner B. (2002) Kann die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in ambulanten Pflegeeinrichtungen zur Professionalisierung beitragen? PR-InterNet, Nr. 1, S. 1-11.

## **6.1 Internetadressen**

[www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at)

[www.nanda.org](http://www.nanda.org)

[www.oebai.at](http://www.oebai.at)

[www.oegkv.at](http://www.oegkv.at)

[www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at)

## 6.2 Anhang

### Checkliste Pflegeplanung

#### 1. Vollständigkeit der Pflegeplanung

|   | ja | nein | Anmerkung |
|---|----|------|-----------|
| Wurde eine Informationssammlung erstellt?   |    |      |           |
| Wenn ja: Ist jedes Feld ausgefüllt?   |    |      |           |
| Wurden Ressourcen dokumentiert?   |    |      | Anzahl:   |
| Wurden Pflegeprobleme oder Risiken dokumentiert?                                      |    |      | Anzahl:   |
| Wurden Pflegeziele dokumentiert?  |    |      | Anzahl:   |
| Gibt es zu jedem Pflegeproblem mindestens ein Pflegeziel?                             |    |      |           |
| Wurde eine Maßnahmenplanung erstellt?   |    |      | Anzahl:   |
| Wurde zu jedem Ziel mindestens eine Maßnahme geplant?                                 |    |      |           |
| Wurde eine Maßnahmendokumentation erstellt?   |    |      |           |
| Ist in jeder Schicht mindestens die Durchführung einer Maßnahme dokumentiert?         |    |      |           |
| Wurden alle geplanten Maßnahmen mindestens einmal durchgeführt?                       |    |      |           |
| Erfolgt bei nicht durchgeführten Maßnahmen eine Begründung für die Nichtdurchführung? |    |      |           |
| Wie viele der geplanten Maßnahmen wurden nie durchgeführt?                            |    |      | Anzahl:   |
| Wurde ein Pflegebericht erstellt?   |    |      |           |
| Ist im Pflegebericht täglich mindestens ein Eintrag vorhanden?                        |    |      |           |
| Wurde eine Evaluation der Pflege, zumindest teilweise, durchgeführt?                  |    |      |           |
| Wurde jede Maßnahme evaluiert?  |    |      |           |
| Wie viele zusammenhängende Problem-Ziel-Maßnahmenplanungen finden sich?               |    |      | Anzahl:   |
| Sind alle Phasen des Pflegeprozesses dokumentiert?                                    |    |      |           |

## 2. Eindeutigkeit der Pflegedokumentation

|   | ja | nein | Anmerkung |
|---|----|------|-----------|
| Wurden an der Pflegedokumentation Korrekturen durchgeführt?                           |    |      |           |
| Wenn ja: Ist immer eindeutig erkennbar, welcher Eintrag gültig ist?                   |    |      |           |
| Wenn ja: Sind alle Korrekturen mit einem Handzeichen versehen?                        |    |      |           |
| Werden in der Dokumentation Abkürzungen verwendet?                                    |    |      |           |
| Wenn ja: Sind diese allgemein verständlich?   |    |      |           |
| Ist jede Formulierung in der Pflegedokumentation eindeutig, verständlich und erklärt? |    |      |           |
| Wenn nein: Wie viele Formulierungen sind unverständlich?                              |    |      | Anzahl:   |
| Wurden Pflegestandards bei der Dokumentation verwendet?                               |    |      | Anzahl:   |
| Sind die Inhalte der Standards verständlich und eindeutig?                            |    |      |           |
| Ist eindeutig nachvollziehbar, welcher Standard verwendet wurde?                      |    |      |           |
| Sind alle Einträge in der Pflegeplanung mit Handzeichen versehen?                     |    |      |           |
| Sind alle Maßnahmen mit Handzeichen versehen?   |    |      |           |

## 3. Übersichtlichkeit

|   | ja | nein | Anmerkung |
|---|----|------|-----------|
| Wie viele Formulare wurden für die Pflegedokumentation verwendet? |    |      | Anzahl:   |
| Sind die Formulare übersichtlich gegliedert?                      |    |      |           |

## 4. Lesbarkeit

|   | ja | nein | Anmerkung |
|---|----|------|-----------|
| Ist die Schrift der Pflegedokumentation gut |    |      |           |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| lesbar?   |  |  |  |
| Ist die Schrift der Pflegedokumentation ausreichend groß? |  |  |  |
| Ist die Handschrift der Eintragungen gut lesbar?          |  |  |  |

### 5. Plausibilität

|   | ja | nein | Anmerkung |
|---|----|------|-----------|
| Stehen Informationssammlung und Pflegeprobleme/Ressourcen in einem sinnvollen Zusammenhang? |    |      |           |
| Stehen Pflegeprobleme und Pflegeziele in einem sinnvollen Zusammenhang?                     |    |      |           |
| Stehen Pflegeziele und geplante Maßnahmen in einem sinnvollen Zusammenhang?                 |    |      |           |
| Stehen durchgeführte Maßnahmen und Pflegebericht in einem sinnvollen Zusammenhang?          |    |      |           |
| Ist die Pflegedokumentation im Wesentlichen widerspruchsfrei und nachvollziehbar?           |    |      |           |

*Zusammenfassende Beurteilung der Qualität der vorliegenden*

*Pflegedokumentation:*

*Anmerkung:*

(Schmidt 2010, S. 247-249)

---