Diplomarbeit

Susanne Graudenz

Die Abbildung des Pflegeprozesses in der pflegerischen Dokumentation

Exemplarische Studie aus vier Krankenhäusern in Thüringen

Diplom.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de/ abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2007 Diplom.de
ISBN: 9783836606615

https://www.diplom.de/document/225438

Susanne Graudenz

Die Abbildung des Pflegeprozesses in der pflegerischen Dokumentation

Exemplarische Studie aus vier Krankenhäusern in Thüringen

Diplom.de

Diplomarbeit

Susanne Graudenz

Die Abbildung des Pflegeprozesses in der pflegerischen Dokumentation

Exemplarische Studie aus vier Krankenhäusern in Thüringen

Diplom.de

Susanne Graudenz
Die Abbildung des Pflegeprozesses in der pflegerischen Dokumentation
Exemplarische Studie aus vier Krankenhäusern in Thüringen

ISBN: 978-3-8366-0661-5
Druck Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2008
Zugl. Fachhochschule Jena, Jena, Deutschland, Diplomarbeit, 2007

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH
http://www.diplom.de, Hamburg 2008
Printed in Germany

Gliederung

1 Einleitung 5

2 Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen **9**

2.1 Die Qualitätskategorien für Pflege 9

2.2 Definition von Pflegequalität 9
2.2.1 Strukturqualität im Krankenhaus 10
2.2.2 Prozessqualität im Krankenhaus 10
2.2.3 Ergebnisqualität im Krankenhaus 11

3 Pflegeprozessmodelle 12

3.1 Entstehung von Pflegeprozessmodellen 12
3.1.1 4-Phasenmodelle (Yura/ Walsh; Prozessmodell der WHO) 12
3.1.2 5-Phasenmodell (nach Juchli, Brobst et al.) 13
3.1.3 6-Phasenmodell (nach Fiechter/ Meier) 14
3.1.4 Übersicht über Pflegeprozessmodelle 15

3.2 Entwicklung des Pflegeprozesses 16

3.3 Problematik des Theorie-Praxis-Transfer 16

3.4 Bedeutung der Finanzierung der Krankenversorgung für den Pflegeprozess 21

4 Grundlagen zu Pflegedokumentation und Pflegeprozess 25

4.1 Rechtsgrundlagen 25

4.2 Gesetz über Berufe in der Krankenpflege 27

4.3 Krankenhausvertragsrecht 27

4.4 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 28

4.5 Stellungnahme des MDS zu Pflegeprozess und Pflegequalität 28

4.6 Stellungnahme des MDS zu Pflegedokumentation 29

5 Methodik 36

5.1 Zeitlicher Ablauf der Studie 36

5.2 Vorgehensweise 36

5.3 Bedingungen für die Beurteilung 37

5.4 Erhebungsbogen des MDS/ Bedeutung für vorliegende Analyse 38

5.5 Bearbeitung des Erhebungsbogens des MDS 39

5.6 Definition der Beurteilungskriterien 40

5.7 Vorstellung der teilnehmenden Krankenhäuser 42

5.8 Stichprobengröße 46

5.9 Codierung der untersuchten Akten 46

5.10 Forschungsfragen 47

6 Ergebnisdarstellung 48

6.1 Auswertung 48

6.2 Grafische Darstellung 56

6.3 Interpretation der Ergebnisse 65

6.4 Beantwortung der Forschungsfragen 75

6.5 Methodenkritische Würdigung 76
6.5.1 Diskussion des Analyseverfahrens 78
6.5.2 Diskussion der Ergebnisse 80
6.5.2.1 Divergenz der Dokumentationsvordrucke 80
6.5.2.2 Ungenügende Differenzierung der Aussagen 81
6.5.2.3 Signifikanz 81
6.5.2.4 Einschränkungen 81
6.5.3 Gegenüberstellung ähnlicher Untersuchungen 81

7 Zusammenfassung 85

8 Ausblick 95

9 Quellenverzeichnis 96

10 Tabellenverzeichnis 101

11 Abbildungsverzeichnis 102

12 Abkürzungsverzeichnis 103

13 Anlage 1- Angewendeter Erhebungsbogen 105

14 Anlage 2 Fehlerbewertung 120

15 Anlage 3 Liste zur Kriteriendefinition 124

16 Anlage 4 – Darstellung des gesamten Erhebungsergebnisses 152

17 Anlage 5 – Erhebungsbogen MDS mit Bedeutung für Analyse 159

18 Anlage 6 – Bereinigtes Erhebungsinstrument 165

19 Anlage 7 – Erhebungsinstrumentes mit Kriterien 167

1 Einleitung

Die Entwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft zu dienstleistungsorientierten Unternehmen fordert von allen Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen wirtschaftlich zu arbeiten und qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen: „Krankenversorgung im 21. Jahrhundert verlangt kontinuierliche, wirtschaftlich vertretbare und qualitative Versorgung.“[1] Um diese Anforderungen zu unterstützen wird seit 2003 ein neues Vergütungssystem, die German-Diagnosis-Relatead-Groups (G-DRG) angewendet. „Das neue Vergütungssystem ist der Schlüssel zu mehr Effizienz, Qualität und Wettbewerb.“[2] Doch das allein reicht nicht aus um die immer komplexer werdenden Ansprüchen zu bewältigen. Ein weiterer Bestandteil ist die Systematik einer Prozessbetrachtung, diese soll in der Krankenpflege durch die Anwendung des Pflegeprozesses gesichert werden. Mittlerweile sind pflegerische Handlungsfelder von einer hohen Komplexität gekennzeichnet.

„Die pflegerische Praxis unterliegt zahlreichen objektiven und subjektiven Einflussfaktoren, ändert sich ständig und stellt zunehmend höhere Anforderungen an die Leistungsbereitschaft und Flexibilität der Mitarbeiter. Der Pflege- und Betreuungsbereich insgesamt ist von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung, bei dem immer stärker Fragen der Kosteneffizienz, der Qualität sowie der Effektivität medizinischer und pflegerischer Leistungen diskutiert werden. Hinzu kommt der demographische Wandel - insbesondere die Zunahme älterer und sehr alter Menschen - die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und ein weiterer Anstieg von chronischen Krankheiten insgesamt.“[3]

Trotz der Verankerung im Krankenpflegegesetz, trotz der Qualitätsvorgaben im Sozialgesetzbuch (SGB) V und XI, trotz der Richtlinien zur Pflegedokumentation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und zahlreicher interner Normen und Dienstanweisungen „(...) scheint es, dass der Pflegeprozess in der Praxis nicht realisiert wird.“[4]

---

[1] http://www.bundesaerztekammer.de: Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf "Gesundheit für alle" für das 21. Jahrhundert Abschnitt C, Stand 20.12.2006
[2] http://www.mydrg.de/zeitung/drg_zeitung_05_12_2002.pdf , Stand 10.10.2006
[3] Brandenburg H. / Dorschner S.: „Einführung in die Pflegewissenschaft“, Studienbrief 2-00-010, 2. korrigierte Auflage 2000, Fernstudienagentur des Fachhochschul-Fernstudienverbundes der Länder (FVL) Berlin, S. 37
[4] vgl.: MDS Grundsatzstellungnahme zur Pflegeprozess und Dokumentation“, Essen, April 2005 unter http://www.mds-ev.org/download/P42Pflegeprozess.pdf Stand 10.01.2007

Die Abbildung des Pflegeprozesses in der pflegerischen Dokumentation ist ein wichtiger Anhaltspunkt, wie systematische Pflege geleistet wird. Ohne ein Grundgerüst, welches einen vergleichbaren Rahmen zur Durchführung und Begründung von Pflegeleistungen sowie zur Planung der Ressourcen verwendet wird, ist die Anwendung von professionellen Pflegehandlungen intuitiv bzw. beruht es auf traditionellem Handeln. Fehlt die Evaluation der Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen ist es problematisch zu prüfen, ob die angewendeten Leistungen für den Patienten zweckmäßig und angemessen sind.
Welche Schritte des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation zu finden sind soll Inhalt der vorliegenden Studie sein.

Exemplarisch wird in vier Krankenhäusern Thüringens mit unterschiedlichen Trägerschaften eine quantitative Studie durchgeführt. Eine Erhebung mittels eines kriteriengeleiteten Fragebogens soll zeigen, welche Phasen des Pflegeprozesses sich in der Dokumentation finden lassen.
In jedem Krankenhaus wird eine Stichprobe von ca. 10 Pflegedokumentationen genommen. Zur Bearbeitung des Themas wird aufgrund der Prüfkriterien des Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) ein Analysebogen erstellt, welcher sich an der Anwendung in stationären oder teilstationären Pflegeeinrichtungen orientiert.
Die Anwendung des Pflegeprozesses – seit 1985 im Krankenpflegegesetz[5] fest verankert, in der Theorie folgerichtig und nachvollziehbar, in der Praxis ein ungeliebter Aufwand.
So schreibt der MDS in seiner Grundsatz-Erklärung 2005: „In den deutschen Pflegeeinrichtungen wurde der Pflegeprozess überwiegend "verkürzt" und ohne die notwendige Anpassung organisatorischer und personeller Rahmenbedingen eingeführt. So wurden beispielsweise viele Mitarbeiter lediglich im Ausfüllen der Pflegedokumentationsformulare geschult, die vorgaben, den Pflegeprozess vollständig abzubilden. „Der Pflegeprozess wird in der Praxis als „...ungeliebt, ... zögernd angenommen, zu zeitraubend und als wenig hilfreich“ angesehen. Er wird nicht von vornherein als analyse- und handlungsleitendes Instrument des pflegerischen Handelns verstanden. (In) Einer vorwiegend auf mündliche Kommunikation fixierten Kultur, war die Notwendigkeit schriftliche Notizen anzulegen, nichts als ein Ärgernis. Als wirkungslos

[5] Bundesgesetzblatt Jahrgang 1985 Teil I Nr. 26, ausgegeben zu Bonn am 11. Juni 1985

empfundene Kommunikationssysteme werden mit der Zeit, wenn überhaupt, nur noch pro forma weitergeführt."[6]

Die Abbildung des Pflegeprozesses in der pflegerischen Dokumentation ist ein wichtiger Anhaltspunkt, wie systematische und prozessorientierte Pflege geleistet wird.

Zur Pflegedokumentation wird von den Medizinischen Diensten der Spitzenverbände (MDS) wie folgt geschrieben: „Die Pflegedokumentation ist das Kommunikationsmittel von Pflegenden und allen Berufsgruppen, die an der Betreuung von Patienten beteiligt sind. Gleichzeitig findet damit eine Leistungsbeschreibung statt. Aus der Pflegedokumentation lässt sich die Qualität der Leistungen ablesen und nachvollziehen.“ [7]

Zahlreiche Richtlinien, Qualitätsstandards oder Anweisungen versuchen den gesetzlichen Bestimmungen im SGB XI, dem Krankenpflegegesetz, dem Krankenhausvertragsrecht Vorschub zu leisten und den Theorie-Praxis-Transfer zu erleichtern. In Deutschland erfolgen kaum Sanktionen falls der Pflegeprozess nicht wie verlangt in der Dokumentation zu finden ist. Lediglich bei Rechtstreitigkeiten in denen auf der Grundlage der Dokumentation erbrachte oder nicht erbrachte Leistungen zu Urteilen führen, wird die Pflegeprozessdokumentation relevant.

In einem Projekt, welches die Thüringer Landesregierung an das Georg-Streiter-Institut, einem In-Institut der Fachhochschule Jena vergeben hat, soll geklärt werden wie sich der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation Thüringer Pflegedienste und/ oder Thüringer Pflegeeinrichtungen widerspiegelt.

Doch die Untersuchung in Pflegeeinrichtungen reicht nicht aus, um auf Krankenhäuser Rückschlüsse zuzulassen. In einer Zeit, in der Rahmenbedingungen die Qualitätsansprüche von Versorgungseinrichtungen maßgeblich bestimmen, können sich Krankenhäuser ihrer Verantwortung nicht mehr entziehen, welche sie mit dem Versorgungsauftrag eingehen. Teil der Verantwortung sollte es sein, dass Kriterien der MDS-Anforderungen erfüllt werden und dementsprechend abruf- und überprüfbar werden.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegeprozess und Pflegedokumentation beruht auf meiner Erfahrung in der Praxis, dass der Pflegeprozess nicht als handlungsleitendes Instrument, sondern als notwendiges Übel gesehen wird. Entsprechend wäre zu erwarten, dass sich Schritte des Pflegeprozesses nicht in der Ausprägung in der Pflegedokumentation finden lassen wie es erforderlich wäre. Der Teufelskreis schließt

[6] vgl. http://www.mds-ev.org/download/P42Pflegeprozess.pdf , Stand 04.01.2006
[7] vgl. ebenda, Stand 04.01.2006

sich: Schlechte Dokumentation der Schritte des Pflegeprozesses ergibt keine positiven Effekte, aber ohne Abbildung des Pflegeprozesses in der Dokumentation lässt sich keine Akzeptanz erreichen. Hinzu kommt das vielfach diskutierte Thema der nicht vorhandenen Fort- und Weiterbildungspflicht von Pflegekräften und damit die Begründung: „Das habe ich in der Ausbildung 1972 nicht gelernt.“[8] Dass das Thema Pflegeprozess nicht in der Ausbildung der DDR enthalten war widerlegt Prof. Dr. Dorschner in seinem Vortrag „Der Pflegeprozess - Eine Einführung aus pflegewissenschaftlicher Sicht.“ Er zitiert ein Lehrbuch der Medizinischen Fachschulausbildung aus dem Jahr 1987: „Krankenpflege ist als ein Prozess zu betrachten, da die Bedingungen (Pflegenotwendigkeiten), die zur Pflege führen, ständigen Veränderungen unterzogen sind. Es ist notwendig, die Krankenpflege ebenso zu planen wie jede andere Betreuungs- und Behandlungsmaßnahme."[9] Die Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegeprozess verlangt in der Praxis eine argumentative Sicherheit. Diese Sicherheit soll mit vorliegender exemplarischer Studie erarbeitet werden.

[8] Zitat anonyme Krankenschwester
[9] Knoch, H.-G. et al. „Allgemeine Krankenpflege - Lehrbuch der Medizinischen Fachschulausbildung“, Fachbuchverlag, 1987

2 Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen

2.1 Die Qualitätskategorien für Pflege

Qualität wird immer auf unterschiedlichen Ebenen beurteilt. Zur Strukturierung der Beurteilung von Qualität in der Krankenversorgung wird ein praktikabler Ansatz benötigt. Ein inzwischen weit verbreiteter Ansatz zur Beschreibung der betriebsinternen Qualität im Krankenhaus ist die Unterscheidung der drei Qualitätskategorien oder Qualitätsdimensionen in Struktur, Prozess und Ergebnis. Sie geht zurück auf den amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian(1980). Es handelt sich dabei genau genommen nicht um eine Definition von Qualität, sondern um den Versuch, ein praktisch verwendbares Konzept zur Qualitätsmessung zu entwickeln. [10]

2.2 Definition von Pflegequalität

Donabedian definiert Pflegequalität als „Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege im Rahmen eines nachgeprüften Prozesses."[11]

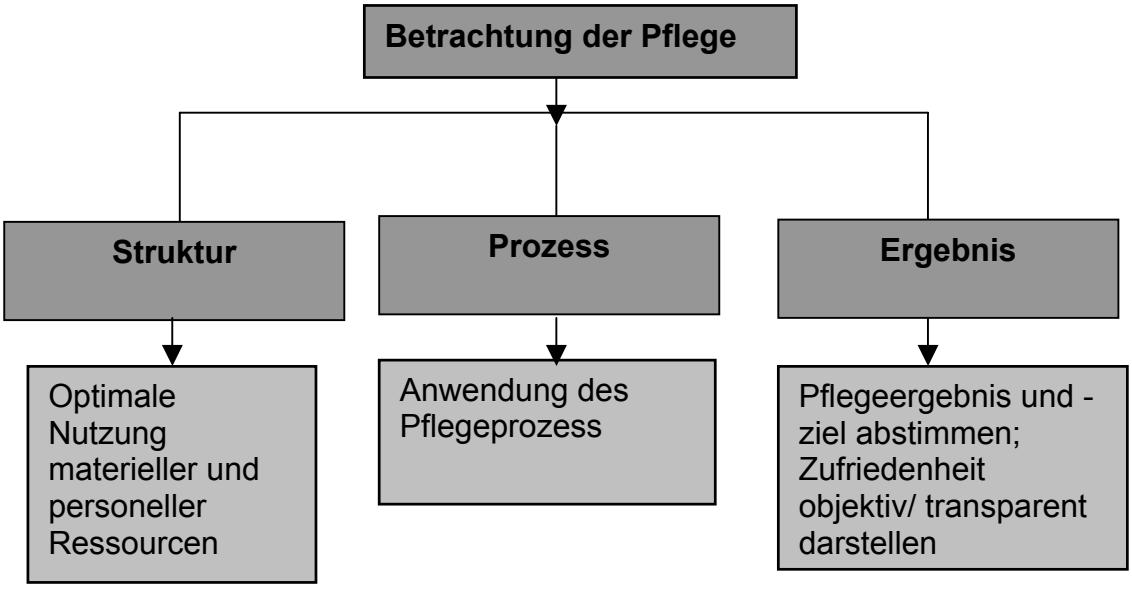

Abbildung 2-1 Qualitätsmodell nach Donabedian

[10] Kaltenbach T: „Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management, (2. Aufl.), Melsungen, Bibliomed, 1993, S. 92

[11] vgl.: Donabedian, A: „The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I", Ann Arbor, 1980

2.2.1 Strukturqualität im Krankenhaus

„Mit Strukturqualität sind die strukturellen betrieblichen Bedingungen gemeint, unter denen die Leistung erbracht wird. Diese Betriebsbedingungen können sowohl hemmend als auch förderlich für den Prozess der Leistungserbringung sein. Betriebsbedingungen sind im Gesundheitsbetrieb unter anderem die Belastung der Pflegenden durch berufsfremde Tätigkeiten, administrative Tätigkeiten, Hol- und Bringedienste oder die Unklarheit der Zuordnung einzelner Tätigkeiten in das Verantwortungsfeld einer Berufsgruppe.
Weiterhin zu Betriebsbedingungen zählen die räumliche und materielle Ausstattung der Einrichtung und die personelle Besetzung, sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht sowie das Wissen und die Kompetenz der Pflegenden. Schwächen in der betrieblichen Strukturierung behindern die unmittelbare Pflegedurchführung und müssen bei der Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen deshalb mit im Blickfeld sein.“ [12]
Die Sicherung der Strukturqualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens kann unter aktuellen Rahmenbedingungen erfolgen, indem zum Beispiel:

- Personalmixanpassung zur Nutzung der Qualifikation nach Tätigkeiten, folglich wirtschaftliche Nutzung des Personalbudgets erfolgt
- Nutzen der individuellen Möglichkeiten der Mitarbeiter durch Einsetzen und Schulen der Kompetenzen stattfindet

2.2.2 Prozessqualität im Krankenhaus

Die Prozessqualität beinhaltet alle Maßnahmen, die im Laufe der Behandlung eines Patienten ergriffen worden sind. In Dienstleistungsunternehmen finden alle entscheidenden Merkmale der Leistungserbringung auf der Prozessebene statt.
„Auf der Ebene der Prozessqualität findet auch der eigentliche pflegerische Handlungsablauf statt und setzen alle Maßnahmen an, die zur Herstellung pflegerischer Qualität eingesetzt werden. Dabei ist es Ziel den Prozess pflegerischen Handelns in die Richtung der gewünschten pflegerischen Versorgung anhand vereinbarter Gütekriterien zu optimieren.“ [13]
Die Sicherung der Prozessqualität erfolgt zum Beispiel durch:

- Umsetzung des Pflegeprozesses entsprechend der gesetzlichen Forderungen

[12] vgl.: Donabedian, A., Ann Arbor, 1980
[13] vgl. Kaltenbach, 1993, S. 90

- Prozessidentifikation, Prozessoptimierung, Verringerung von Wartezeiten, Optimierung von Bettenbelegungen, Einhalten der Verweildauer (VWD)
- Einsetzen von Prozessverantwortlichen Pflegekräften (Bezugspflege)

2.2.3 Ergebnisqualität im Krankenhaus

„Mit der Ergebnisqualität wird das Endergebnis beurteilt. In der medizinischen Behandlung stellt das die eindeutigste Bezugsbasis für eine Qualitätsbeurteilung dar.
Für die Pflege ist es jedoch in der Regel schwierig, das Endergebnis der Pflegeversorgung durch Festlegung qualitativer Kriterien im Voraus zu bestimmen.
Grund hierfür ist, dass das Endergebnis der Versorgung des Patienten nicht ausschließlich von den pflegerischen Interventionen abhängig ist. In welcher Verfassung der Patient schließlich das Krankenhaus verlässt, ist neben der pflegerischen Versorgung wesentlich eine Frage der medizinischen Betreuung und auch eine Frage der Bedingungen, die der Patient mitgebracht hat. Solche Bedingungen, die das Pflegeergebnis stark mitbestimmen können, sind etwa das Lebensalter des Patienten, die Erkrankung, die Compliance oder die Lebensperspektive im Anschluss an die Krankenhausbehandlung.“[14] Wird der Zustand, in welchem der Patient das Krankenhaus betritt strukturiert, differenziert und objektiv messbar erfasst und dokumentiert ist die Beurteilung der Ergebnisqualität substantieller.
Basis dafür ist das Einsetzen eines Pflegeprozessmodells sowie Pflegeassessments zur Strukturierung der Fähigkeiten und Einschränkungen.
Ergebnisqualität kann Erfolge zeigen, indem zum Beispiel:

- Risikopatienten identifiziert und individuell durch die Einrichtungen gelenkt werden
- Pflegebedürftigkeit bei Aufnahme und Entlassung dargestellt wird
- Pflegeleistungen durch Einsetzen von Pflegeassessments begründet werden können

Die voraus gehenden Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

[14] vgl. Kaltenbach, 1993, S. 91

3 Pflegeprozessmodelle

3.1 Entstehung von Pflegeprozessmodellen

Als Denkmodell und Methode der patientenorientierten Pflege entwickelte sich der Pflegeprozessgedanke vor mehr als 50 Jahren in den USA.
Durch unterschiedliche historische Entwicklungen und individuelle regionale Bedingungen entstand eine Reihe von Modellen zur Anwendung des Pflegeprozesses. Gemeinsamkeit war die Auslegung des Charakters des Pflegeprozesses. Die Modelle unterschieden sich lediglich in der Interpretation der Phasen. „Die Anwendung des Pflegeprozesses wird ausführlich begründet, unter anderem damit, dass die Pflege „patientenbezogen und nicht krankheitsbezogen" sein muss. Definiert wird der Krankenpflegeprozess als Geschehensablauf zwischen Patient und Schwester.“[15]
In der Vergangenheit wurde der Prozesscharakter der Pflege eher als eine Reihe von Tätigkeiten wahrgenommen. So konnte der komplexe Charakter der Pflege kaum gewürdigt werden.

3.1.1 4-Phasenmodelle (Yura/ Walsh; Prozessmodell der WHO)

Der Pflegeprozess, wie er durch die WHO-Arbeitsgruppe beschrieben wurde, orientiert sich stark an den Ideen von Yura & Walsh. Auch er besteht aus den Schritten Assessment, Planning, Implementing und Evaluation. Der Beziehungsaspekt zwischen Pflegekraft und Klient wird ebenso betont.

[15] Hölzel – Seipp: „Der praktische Krankenpflegeprozess.“ Die Schwester Der Krankenpfleger, 23. Jg. Nr. 5, 1969, S. 202

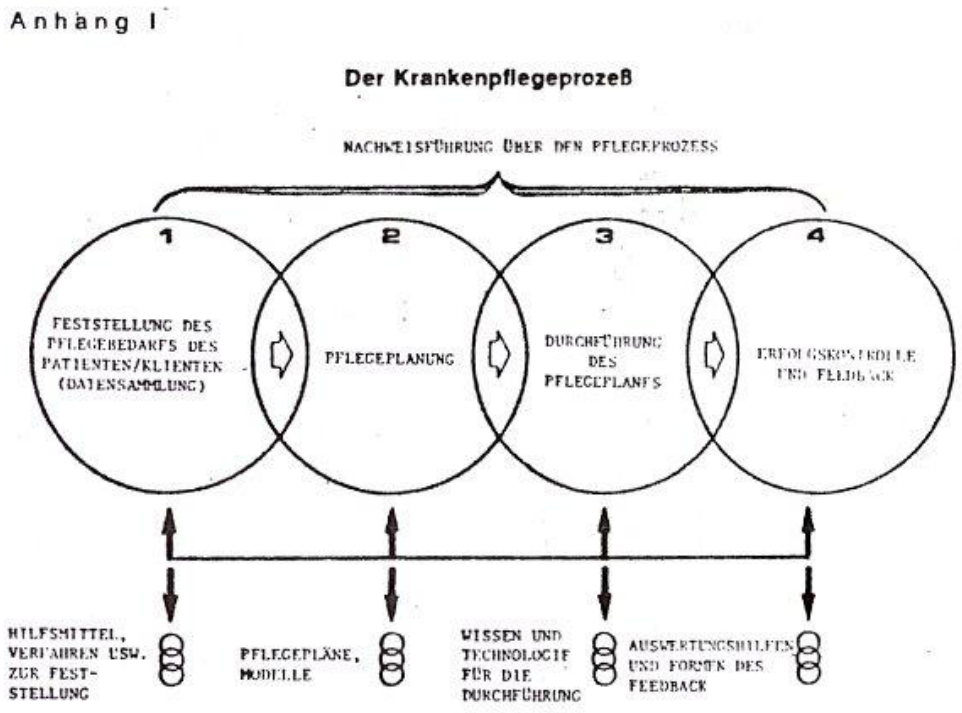

Tabelle 3-1 Der Krankenpflegeprozess[16]

3.1.2 5-Phasenmodell (nach Juchli, Brobst et al.)

Brobst et al. weisen darauf hin, dass sich die Phasen oder Schritte des Pflegeprozesses oft überschneiden. Insgesamt werden fünf Schritte wie folgt beschrieben:

- „Einschätzung: Die subjektiven und objektiven Daten über das Gesundheitsproblem des Patienten werden gesammelt und analysiert.
- Diagnose: Das aktuelle oder potentielle Gesundheitsproblem wird festgestellt.
- Planung: Die Ziele werden benannt. Es wird ein Pflegeplan erstellt, in dem die Pflegemaßnahmen benannt werden, die zum Erreichen des Ziels notwendig sind.
- Umsetzung: Der Pflegeplan wird ausgeführt. Die Pflegehandlungen und ihr Ergebnis werden dokumentiert.
- Auswertung: Die Resultate werden mit den gesteckten Zielen verglichen.

Der Pflegeplan wird überprüft und gegebenenfalls verändert." [17]

[16] Deutsche Krankenpflegezeitschrift 1979, S. 8
[17] Brobst, R. et al.: „Der Pflegeprozeß in der Praxis“. Bern: Hans Huber, 1996, S. 18