

Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Prozesspflege

(Auszüge aus der Studie „Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken“, Band 16 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag Baden Baden: 1993)

1. Pflegeprozessdokumentation

- ⇒ Pflegepersonal ist nach entsprechender Schulung i.d. Lage, systematisch pflegerische Bedürfnisse zu dokumentieren, Pflegeziele schriftlich zu formulieren und einen schriftlichen Pflegeplan bedürfnisorientiert aufzustellen.
- ⇒ Die Häufigkeit der dokumentierten Pflegebedürfnisse und Pflegemaßnahmen erhöht sich signifikant¹ nach Abschluss entsprechender Schulungen. Die dokumentierten Pflegebedürfnisse und Pflegemaßnahmen bleiben aber schwerpunktmäßig im physisch- funktionalen Bereich der Pflege. Die Ursachen hierfür konnten (noch?, Anm. d. Verf.) nicht geklärt werden.
- ⇒ Das Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von bestimmten Problemen bzw. Maßnahmen, sowie ihre (...) Häufigkeitsverteilungen in der Pflegedokumentation lassen Rückschlüsse auf die durch die Implementierung² des Pflegeprozesses veränderte Pflegequalität und auf eine Neuorientierung der Pflegenden zu.
- ⇒ Verschiedene Studien zeigen, daß eine Pflegedokumentationsanalyse für sich noch keine Aussage über die tatsächlich geleistete Pflege macht.

2. Zusammenhänge zwischen der Effektivität des Pflegeprozesses und der pflegerischen Arbeitsorganisation

- ⇒ Bereichs- oder Zimmerpflege ist nicht unbedingt der primäre Faktor für Pflegeeffizienz und Ausbildungsqualität. Bei unterschiedlichen Organisationsformen sind die Persönlichkeit der Pflegenden und ihre Fachkenntnisse von größerer Bedeutung, als die Organisationsform selbst. Trotz sich widersprechender Ergebnisse zeigen jedoch zunehmend Studien die positiven Auswirkungen einer Pflegeorganisation auf.
- ⇒ Hegevary (1982) unterstreicht die Notwendigkeit, den Pflegeprozeß als interpersonellen Beziehungs- und Problemlösungsprozeß zu sehen und durch eine entsprechende patientenorientierte Organisationsform zu ergänzen, damit die Effektivität pflegerischen Handelns zu stützen.
- ⇒ Myöhänen (1986) und Peräläs (1984) Untersuchungen verdeutlichen die signifikant positiven Veränderungen im Wissen des Pflegepersonals über die individuelle Pflegesituation der Patienten und bringen die inhaltliche Verbesserung der Pflegeprozeßdokumentation in Zusammenhang mit der primären Bezugspflege.

¹ Signifikant= deutlich messbar

² implementieren = in die Tat umsetzen

- ⇒ Millers (1987) Studie legt dar, daß sich eine tätigkeitsorientierte (funktionelle) Organisation im Gegensatz zu einer patientenorientierten Organisation nachhaltig negativ auf die Selbständigkeit (Unabhängigkeit) der Patienten auswirkt. Die Forscherin veröffentlicht Zahlen, die ein signifikant häufigeres Auftreten von Komplikationen (Kontrakturen, Immobilität, Decubiti, Inkontinenz) auf den tätigkeitsorientierten Stationen nachweisen. Diese Komplikationen trugen u.a. zu einem längeren Krankenhausaufenthalt bei. Die Verlängerung der Verweildauer wurde mit durchschnittlich 32 (!) Tagen angegeben.
- ⇒ Taubert et al (1985, „Von der krankheitsorientierten zur patientenorientierten Krankenpflege“) kommen zu der Einschätzung, daß bei der funktionellen Pflege eine individuelle ganzheitliche Betreuung erschwert ist, eine umfassende Information über alle zu betreuenden Patienten für den Pflegenden nicht möglich ist und auf individuelle Bedürfnisse des Patienten nicht systematisch eingegangen werden kann. Für das an der Studie beteiligte Pflegepersonal bedeutete dies, daß es in der funktionalen Pflege weder sein Wissensspektrum noch seine Handlungskompetenzen in ausreichendem Maße einsetzen konnte. Die VerfasserInnen propagieren deshalb eine ganzheitliche und patientenorientierte Pflegeorganisation als Voraussetzung zur Realisierung einer geplanten, umfassenden und systematische Pflege, damit der Patient nicht als anonymes Objekt, sondern als individuelle Persönlichkeit wahrgenommen wird. Eine solche Veränderung erfordert aber auch ein entsprechend verändertes Wissen und veränderte Werthaltungen

3. Zusammenhänge zwischen Werten, Wissen und Handeln in ihren Auswirkungen auf den Pflegeprozeß

- ⇒ Eine einseitige Einführung des Pflegeprozesses in Form von Pflegeprozeßdokumentation zieht nicht unmittelbar eine Verbesserung pflegerischer Leistungen im direkten Pflegebereich nach sich!
- ⇒ Pflegende stimmen ihre Einschätzung der pflegerischen Bedürfnisse und Fähigkeiten von Patienten nicht mit denen ab und lassen dadurch oft die Fähigkeiten der Patienten zur Entwicklung einer unabhängigen Selbstpflege im pflegerischen Handeln außer acht.
- ⇒ Die Sichtweise des Patienten zu seinen Bedürfnissen, Problemen, Fähigkeiten und Prioritäten, bezogen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden deckt sich nur teilweise (und dann nur oberflächlich) mit den Vorstellungen und dem Wissen der Pflegenden. Sie stimmt darüber hinaus nur selten mit den in der Pflegedokumentation zu findenden Daten überein!
Dieses Phänomen der „**Unsichtbarkeit**“ verdient besondere Beachtung. Als unsichtbar wird bezeichnet, was weder als Verhalten des Pflegepersonals dem Patientengegenüber beobachtet wurde, noch in den pflegerischen Übergaben erwähnt oder in der Pflegedokumentation wiederzufinden war. Neben den unsichtbaren Sichtweisen der Patienten, bezogen auf ihre Probleme und Fähigkeiten, war auch feststellbar, daß das eigene Verhalten in seinen Auswirkungen auf den Patienten unsichtbar blieb.

Dieses Verhalten wurde in einzelnen pflegerischen Handlungen beobachtet und in zwei Dimensionen kategorisiert und analysiert:

1. Die physisch- funktionale Dimension pflegerischen Verhaltens, > das technisch- instrumentelle Handeln in den einzelnen Pflegemaßnahmen, bezogen auf die vorher erhobenen Bedürfnisse / Probleme des Patienten
2. Die willentlich- emotionale Dimension, > die pädagogisch- psychologischen Aspekte pflegerischen Verhaltens im Hinblick auf Motivierungs- und Entscheidungsförderung des Patienten

In der physisch- funktionalen Dimension wurde ein großes Ausmaß an unabhängigkeitsförderndem Verhalten beobachtet. In der willentlich- emotionalen Dimension war dagegen das Verhalten des Pflegepersonals weitgehend abhängigkeitsfördernd! Dieses Verhalten war den Pflegenden selbst nicht bewusst. Zusammenhänge zwischen konkretem Pflegeverhalten und negativen Entwicklungen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der Patienten wurden von den Pflegenden selbst nicht erkannt.

Darüber hinaus wurden Interdependenzen³ zwischen Prioritäten traditioneller Pflegeausbildung, welche -trotz anderer Vorgaben, hauptsächlich die Entwicklung physisch- funktionaler Handlungskompetenz fördert, und der beobachteten Praxis festgestellt.

⇒ Käppeli untersuchte 1984 Interdependenzen zwischen pflegerischen geriatrischer Patienten und der Pflege, die sie tatsächlich erhielten. Die Studie zeigt, daß Patientenbedürfnisse, auch wenn sie vom Patienten selbst geäußert wurden, nur in der weise berücksichtigt wurden, wie jede der Pflegenden diese individuell und unabhängig voneinander interpretierten. Dabei wurden große Unterschiede deutlich.

Die professionelle Orientierung hatte einerseits zur Folge, daß Pflegeleistungen effektiv waren, d.h. daß sie zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten beitrugen. Diese Einschätzung wurde in Zusammenhang gebracht mit einer positiven Haltung der Pflegenden älteren Menschen gegenüber und mit patientenorientierten Zielen der Pflegenden sowie mit den Fähigkeiten der Pflegenden, mit Unsicherheiten fertig zu werden, die in klinischen Situationen immer wieder vorzufinden sind.

Die Studie zeigt, wie im Gegensatz zu den positiven Einstellungs- und Verhaltensmustern dieser Pflegenden, andere ineffizient pflegten. Sie beeinflussten durch ihr pflegerisches Verhalten die Lebensqualität von Patienten negativ und erzeugten darüber hinaus zusätzliche Probleme für die Patienten. Die beobachteten Handlungsmuster korrelierten⁴ mit einer negativen Einschätzung der Patienten durch die Pflegenden, mit Indifferenz⁵ oder Gleichgültigkeit. Dieses Verhalten wur-

³ Interdependenz = gegenseitige Abhängigkeit

⁴ Korrelat = Gegenstück, Wechselbegriff

⁵ Indifferenz = Gleichgültigkeit, Unbestimmtheit

de mitverursacht durch institutions- bzw. medizindiagnostisch orientierte Ziele und durch die mangelnde Fähigkeit der Pflegenden, strukturbedingte Unsicherheiten im klinischen Alltag zu verarbeiten.

4. Schlußfolgerungen

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zeigten insgesamt, daß:

- ⇒ über die pflegerischen Bedürfnisse, Probleme, Fähigkeiten der ausgewählten Patientengruppe (Apoplexikerkrankte) erst vereinzelt Erkenntnisse vorlagen
- ⇒ das Erfassen und Berücksichtigen der pflegerischen Bedürfnisse, Probleme und vor allem der Fähigkeiten der Patienten (und ihrer persönlichen Bezugspersonen) abhängig ist vom Wissen und Können, aber auch von den Werten und Sichtweisen der Pflegenden (und der Patienten)
- ⇒ die o.g. Determinanten⁶ mit darüber entscheiden, welche Pflege der Patient erhält (d.h. wie effektiv der Pflegeprozeß ist)
- ⇒ die Pflegedokumentation eine stützende Funktion im Pflegeprozeß hat, die Pflegedokumentation allein aber den Pflegeprozeß nicht verbessern kann,
- ⇒ ohne eine patientenbezogene Arbeitsweise (Pflegeorganisation) Pflege als individueller Problemlösungs- und Beziehungsprozess nicht wirksam werden kann, d.h. fragmentiert und damit ineffizient bleiben muß;

⁶ Determinanten = lat. „Bestimmende“