

# „Das kann sich sehen lassen“

Pflegeprozessplanung  
nach Wiler / MDK-Qualitätskriterien  
Theorie und Praxisbeispiele

Vortrag von Marion Frings und Rita Löbach

Gerontologisches Forum 14.11.2011

# Die „Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation“ des MDS (Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. vom April 2005

In diesen Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege werden

- *allgemeine Anforderungen an die inhaltliche Gestaltung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation formuliert,*
- die unabhängig von der jeweiligen Ausrichtung der Einrichtung (Pflegemodell) gelten

## Der Pflegeprozess

- ist ein *abstraktes Problemlösungsverfahren*, welches erst durch die Anwendung in einer konkreten Pflegesituation zu einem berufsspezifischen Prozess wird
- es legt lediglich *die Abläufe des Handelns* und nicht den Inhalt fest

## Vorbemerkungen

- Es gibt keine Pflegeplanung, die über *jede Kritik* erhaben ist!
- Die individuelle Anwendung der Handlungsschritte ist u.a. abhängig vom *Erfahrungshintergrund* des professionell Pflegenden.
- Eine Pflegefachkraft mit langjähriger beruflicher Erfahrung wird mit dem Instrument des Pflegeprozesses anders umgehen, als ein Anfänger
- P. Benner unterscheidet *fünf Kompetenzstufen*: Neuling, fortgeschrittener Anfänger, kompetent Handelnder, Erfahrener, Experte

## Jede Pflegeplanung ist *genau so gut*, wie ihre *Informationssammlung (Assessment)*

- erfasst bei Aufnahme *systematisch* Grunddaten, biografische Daten, Probleme, Pflegebedürfnisse, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Ressourcen und Wünsche *des Pflegebedürftigen!*
- wird im Verlauf *ergänzt /aktualisiert* und ist *niemals* vollständig
- ist *Grundlage* für *individuelle* Pflege
- umfasst Fremdeinschätzungen und *Selbsteinschätzung* (*subjektives Erleben hat entscheidende Bedeutung für den erfolgreichen Verlauf des Pflegeprozesses*)
- dient der *rechtlichen Absicherung* der Pflegenden durch dokumentierte Daten (Name / Datum / Unterschrift !)

## Am Anfang war das Wort...

- die Informationssammlung wird im *Gespräch* erhoben, das geführt wird von der *(Bezugs)Pflegefachkraft und dem Pflegebedürftigen (Angehörigen/Bezugspersonen)*
- ermöglicht gegenseitiges Kennenlernen
- vermittelt bei *kompetenter Moderation* dem Pflegebedürftigen das Gefühl, *ernstgenommen* und *einbezogen* zu werden (aushandeln statt behandeln)
- ist als Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung *unverzichtbar* und *nicht delegierbar*
- Beobachtungen, Messungen, Sichtung d. Vorbefunde kommen hinzu

# Problem-, und Ressourcenbeschreibung im PESR-Format

- ein Pflegeproblem besteht dann, wenn die für die Bewältigung des Alltags notwendige Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen beeinträchtigt sind und diese *nicht eigenständig* kompensiert werden können
- die *PESR-Systematik* nimmt das PES-Format der Pflegediagnosen ergänzt um Ressourcen auf und ist *unabhängig* von der Anwendung von Pflegediagnosen
- **P** steht für Problem; **E** für Einflussfaktoren, **S** für Symptome und **R** für Ressourcen (Fähigkeiten)

# Die vollständige Problembeschreibung

Zunächst Zuordnung zur betroffenen Lebensaktivität

(Taxonomiebereich)

Dann folgt die Problembeschreibung (Pflegediagnosetitel)

1. **Was** ist das Problem (P-Teil), ggfs. mit Spezifizierung (Qualität / Quantität)?
2. **Warum** besteht das Problem, was sind *Einflussfaktoren/ Ursachen/Zusammenhänge* bezogen auf das Problem (E-Teil)?
3. **Wie** zeigt sich / *äußert sich* das Problem konkret, Beobachtungen oder Äußerungen des Pflegebedürftigen (S-Teil)?
4. **Welche Ressourcen** (+Fähigkeiten) sind beim Pflegebedürftigen und seiner sozialen Umgebung vorhanden (R-Teil)?



<b>LA</b>	<b>Sich pflegen können</b>
<b>P</b>	Fr. / Hr. Mustermann hat ein <b>Selbstfürsorgedefizit</b> Körperpflege (Stufe 2)
<b>E</b>	<i>beeinflusst durch (aufgrund von)</i> ungenügende psychische Energie, um die Körperpflege auszuführen (PD: Aktivitätsintoleranz), geringes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Tätigkeit ausführen zu können (PD: Chronisch geringes Selbstwertgefühl) (bei bestehender Depression)
<b>S</b>	<i>angezeigt durch (was sich äußert durch)</i> stark beeinträchtigte Fähigkeit, aus eigenem Antrieb in das Badezimmer zu gehen, den Körper zu waschen, abzutrocknen, morgens am stärksten ausgeprägt Äußerungen über Schwäche / Müdigkeit Äußerungen, dass Körperpflege sinnlos ist, sich nicht lohnt
<b>R</b>	Am Abend fällt es Hrn. / Fr. Mustermann etwas leichter, die notwendigen Handlungen durchzuführen, er / sie zeigt sich zuversichtlicher und aktiver

# Pflegeziele

## Ein Pflegeziel

- beschreibt *grundsätzlich* das *vom Pflegebedürftigen* (u. dessen Bezugsperson) angestrebte Ergebnis der Pflege
- gibt vor, was der Pflegebedürftige in einem bestimmten Zeitraum erreichen möchte / kann
- ist das Ergebnis eines *Aushandlungsprozesses*
- **RUMBA**-Regel zur Formulierung von Pflegezielen  
relevant / **u**nderstandable / **m**easurable /  
**b**ehaviourable / **a**ttainable

## Bereiche, auf die sich Pflegeziele beziehen

- den **Zustand** z.B. hat intakte Haut
- das **Können** z.B. kann Messgerät eigenständig benutzen
- das **Wissen** z.B. kennt die Wirkung des Insulins
- das **Verhalten** z.B. äußert Gefühle / lässt Intervention zu / beteiligt sich aktiv / trifft Entscheidungen

## Pflegemaßnahmen (- interventionen)

- ...sollen das *Problem* lösen
- ...sollen *Wünsche (Selbstbestimmung!), Bedürfnisse und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen berücksichtigen* u. in die Handlung einbeziehen
- ...entsprechen *pflegerischen Anordnungen* und sind für das gesamte Pflegeteam verbindlich
- ...beschreiben *wer, was, wann, wie oft, wo und wie* durchführen soll
- ...werden als *vollständige oder teilweise Übernahme, Unterstützung, Beratung/Anleitung /Beaufsichtigung* durchgeführt
- ..werden *während der Durchführung* überprüft u. ggfs. modifiziert
- ...die Durchführung wird *zeitnah* dokumentiert

# Evaluation

- bewertet die *Wirkung* der Pflegemaßnahmen und die *Angemessenheit* der Pflegeziele des verbindlichen Pflegeplans (Erfolgskontrolle)
- wird von der (B)PFK unter Einbeziehung des Pflegebedürftigen (ggfs. der Bezugspersonen) durchgeführt
- ist Basis für notwendige Korrekturen / Neueinschätzung
- erfolgt bei unvorhersehbaren Veränderungen, bei stetiger Verschlechterung, zum Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung
- das Ergebnis der Evaluation erfolgt im Pflegebericht

## Kann „ER“ sich sehen lassen?

**Überprüfen Sie Ihren Pflegeplan selbst, bevor es  
Andere tun.....**

## Warum überprüfen von Pflegeplänen?

Der Pflegeplan ist ein **Kerninstrument** der  
Pflege,

Dennoch gibt es **häufig Schwierigkeiten** bei  
der Formulierung,

weil es **unterschiedliche Auffassung** über  
Qualität gibt

sodass eine **objektive Beurteilung** des  
Pflegeplans schwierig ist.

## „Rückwärts lesen“ Ziegler Kriterien

- Die Problembeschreibung ist eine ungesunde oder eine potentielle ungesunde Reaktion
- Die Problembeschreibung ist potentiell veränderbar
- Das PESR-Format ist konkret genug, um davon Ziele abzuleiten
- Der Entstehungsfaktor ist konkret genug, um davon Pflegemaßnahmen abzuleiten



**Durch das aufmerksame Lesen der  
Maßnahmen kann der Leser auf das Ziel  
und anschließend auf das  
Pflegeproblem schließen!**

# Überprüfung nach Dobrzyn

**Überprüfung eher der schriftlichen  
Qualität eines Pflegeplan durch  
Überprüfen des Vorhandenseins von  
z.B. PESR- Format  
oder der Einhaltung der RUMBA-Regel  
o.Ä.**

# Überprüfung nach den „Wiler Kriterien zur Beurteilung von Pflegeplänen“ (WiKriPP)

Überprüft wird die **interne** Stimmigkeit des Pflegeplans

Es gibt 23 Kriterien, die es zu bewerten gilt:

## WiKriPP

Kategorie	Kriterium	Punkte
Pflege- diag- nose	Vor der Ndx steht die korrekte Lebensaktivität als Überschrift	1
	Problembeschreibung (P) ist vorhanden	1
	Entstehungsfaktor (E) ist vorhanden	1
	Symptom(S), Auswirkung(en) sind vorhanden <sup>1</sup>	1
	Problembeschreibung und Entstehungsfaktor verbunden mit „aufgrund von“	1
	Entstehungsfaktor und Symptom sind verbunden mit „was sich äussert durch“	1
	Die Problembeschreibung steht vor dem Entstehungsfaktor	1
	Der Entstehungsfaktor steht vor dem Symptom	1
	In einer diagnostischen Aussage ist nur eine Problembeschreibung vorhanden	1
	Die Problembeschreibung ist keine medizinische (psychiatrische) Diagnose	1
	Die Problembeschreibung ist (wo empfohlen) spezifiziert mit Grad oder Stufe oder Akutheit (siehe unten)	1
	Die Pflege-diagnose ist nicht moralisch wertend und juristisch unbedenklich formuliert	1

## WiKriPP

Ressourcen	Es gibt mindestens eine Ressource je Pflegediagnose	1
	Alle Ressourcen stehen in Verbindung mit einem Element im PES	1
Pflegeziel	Alle Ziele stehen in Verbindung zur Problembeschreibung	1
	Alle Ziele sind überprüfbar	1
Massnahmen	Alle Massnahmen beziehen sich auf die Pflegediagnose	1
	Alle Massnahmen beziehen sich auf das Ziel	1
	Alle Massnahmen sind konkret	1
	Alle Massnahmen sind pflegerische Angelegenheiten und entsprechen den Berufskompetenzen	1
	Mindestens eine Massnahme ist ein aktiver Beitrag des Patienten bzw. der Patientin <sup>2</sup>	1
Evaluation	Im Verlaufsbericht gibt es mindestens einen schriftlichen Eintrag zur Pflegediagnose, die nicht länger als 14 Tage alt ist	1
	Im Verlaufsbericht wird die Pflegediagnose explizit benannt	1

## Fallbeispiel

**Fr. H. möchte nichts mehr essen.**

## ABEDL

## Essen und Trinken

### Problem

Fr. H. nimmt nicht genug Nahrung zu sich, die aktuelle Nahrungszufuhr deckt nicht den Stoffwechselbedarf (PD Mangelernährung)

### Einflussfaktoren

aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen, wie z.B. verminderte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, Apraxie und hohes Alter, sowie *mutmaßlich* Appetitreduktion bei beeinträchtigter verbaler Kommunikation, sowie möglicherweise Reizüberflutung während der Mahlzeiten im Gemeinschaftsraum

## **Symptome Merkmale**

### **was sich äußert durch**

Fr. H. öffnet bereits nach wenigen Bissen ihren Mund nicht mehr und macht bei weiteren Versuchen, das Essen anzureichen, ablehnende Gesten, sowie weist sie eine stetige Gewichtsabnahme auf aktuell 40kg (BMI 16) auf

## **Ressourcen Fähigkeiten**

Fr. H. erscheint situativ orientiert und erkennt die angebotenen Bissen als Nahrung; es besteht aktuell kein Anhalt für eine Schluckstörung bzw. Schmerzen beim Essen; sie trinkt tgl. 1L und isst gerne Süßspeisen; Sie äußert ihren Willen eindeutig

## **Ziele**

Fr. H. hält ihr aktuelles Gewicht bzw. nimmt an Gewicht innerhalb der nächsten vier Wochen zu (Datum)



## Maßnahmen Interventionen

### **BPFK innerhalb der nächsten drei Tage:**

- errechnet den Grundumsatz und ermittelt die tgl. Energiezufuhr
- informiert/ tauscht sich aus mit HA/ FA
- informiert Vorgesetzte und Sohn / Betreuer (ggfs. in FB Einschätzungen austauschen und Konsens bzgl. des Vorgehens anstreben, dokumentieren)
- erstellt mit Küchenleitung tgl. Ernährungsplan (hochkalorische Kost / Malzbier...)
- überprüft, ob Mobilisierungszeiten noch angemessen, oder inzwischen zu lang und anstrengend sind (probeweise werden die Bettzeiten um 30 Minuten verlängert, ab ... für...Tage)

## Maßnahmen Interventionen

## Pflegeteam

- tgl. Nahrungsmenge wird dokumentiert
- auf ruhige, entspannte Atmosphäre bei den Mahlzeiten achten, ggfs. im Einzelkontakt, abgeschirmt von der Gruppe anbieten
- wenn möglich feste Person zur Begleitung und Unterstützung bei den Mahlzeiten anbieten
- beim Anreichen präsent sein, positive Zuwendung geben und Frau H. nicht bedrängen, genügend Zeit pro Mahlzeit einplanen

## Maßnahmen Interventionen

## Pflegeteam

- Frau H. über den Tag verteilt (z.B. 2x vormittags / 2 x nachmittags) hochkalorische Häppchen, Kakao, Malzbier, süße Suppen, Pudding,....anbieten
- Gewicht 1 x wöchentl. überprüfen
- Evaluation in 4 Wochen

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**