

Pflegeplanung

Angelika Abt-Zegelin

Noch einmal: der Pflegeprozess

Nachdem der Beitrag „Hat der Pflegeprozess ausgedient?“ (Die Schwester/Der Pfleger 4/98) viele Diskussionen ausgelöst und eine Menge Leser/innen-Echo hervorgerufen hat, soll hier noch einmal eine Klärung versucht werden. Es spricht nichts dagegen, den Problemlösungsprozess weiterhin bei „Problemen“ anzuwenden – er hat sich in vielen Bereichen bewährt. In der Medizin ist er unumstritten; die Schritte Anamnese – Diagnostik – Therapie – Evaluation sind hervorragend geeignet, bestimmte Probleme anzugehen.

Problemlösungsprozess

In der Mitte der 80er Jahre erschienen viele Veröffentlichungen, die den Problemlösungsprozess auf Pflegeschwerpunkte angewendet haben, es ging um Inkontinenz, um Übelkeit, um Soor im Mund oder Bettlägerigkeit. Die Schrittfolge des Problemlösungsprozesses bewirkte ein systematisches Vorgehen: So mussten etwa bei Soor im Mund eine detaillierte Erhebung mit Befragung zu diesem Thema, Untersuchung der Mundhöhle mit Taschenlampe, Ausfüllen eines Erhebungsinstrumentes usw. geleistet werden – bei Harninkontinenz wurde die Art der Entlee-

rungsstörung durch Befragung und Untersuchung erhoben, und nach der gezielten Anamnese wurden die weiteren Schritte geplant.

Der Begriff „Informationssammlung“ deutete schon die Gewichtung an. Auch die Ziel- und Interventionsebene im Problemlösungsprozess scheint eher von der Perspektive der professionellen „Experten“ auszugehen.

Bei festgestellten „Schwierigkeiten“ scheint der Problemlösungsprozess zu „greifen“, aber diese liegen auf einer anderen Ebene als der hilfsbedürftige Mensch „in Person“.

Daher ist die Frage berechtigt, ob der „Problemlösungsprozess“ sich dazu eignet, den Menschen in seiner Situation zu begreifen, mit anderen Worten: „Ist die pflegebedürftige Person ein Problem?“

Ich glaube nicht! Der Problemlösungsprozess bewirkt eine zu starke Reduktion des Betroffenen und seiner Situation. Diese Überlegungen zeigen auch den Unterschied zwischen einem „patientenorientierten“ Anspruch der Pflege mit der Absicht, Alltagsbewältigung und Erleben des Subjektes ins Zentrum zu stellen, und auf der anderen Seite einer objektivierten Medizin, die Organfunktionen und Befunde in den Blick nimmt. Ich möchte hier einen „Erweiterten Pflegeprozess“ vorschlagen.

Erweiterter Pflegeprozess

Am Anfang steht ein Block „Verstehen und Aushandeln“. Dabei geht es darum, den anderen kennen zu lernen und die Situation gemeinsam zu definieren – dies wird Auswirkungen auf alle Problemlösungsabläufe haben.

Der Block „Verstehen und Aushandeln“ erfordert die Herstellung einer Beziehung, eventuell sollten für den Betroffenen wichtige Personen dabei sein. Das Vorgehen lässt sich durchaus systematisieren. Im Folgenden sollen sechs Schritte des Gesprächs vorgestellt werden:

■ Warum kommen sie? Wie hat das angefangen?

Situationsbeschreibung in eigenen Worten

Hintergrund: Wie erlebt der Mensch die Situation?

■ Wie sind sie bisher damit fertig geworden (bzw. mit ähnlichen Situationen umgegangen)? Was tun sie selbst, was können sie noch?

Hintergrund: Warum ist das Selbstmanagement „zusammengebrochen“?

■ Was sind nun die wichtigsten Probleme?

Welche Prioritäten gibt es für sie?

Hintergrund: Die „führenden“ Bereiche beeinflussen die anderen Felder.

Hier hilft ein Schema der wichtigsten Alltagskompetenzen „im Hinterkopf“. Falls Pflege übernommen wird, sollte nach Gewohnheiten in den Alltagsfähigkeiten gefragt werden.

■ Welche generellen Hilfsmöglichkeiten sind vorhanden? Gibt es Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, müssen andere spezialisierte Berufsgruppen eingeschaltet werden?

■ Welche Schritte sind zu planen? Welche generellen Ziele sind zu vereinbaren? Wer ist verantwortlich?

■ Auswertung und Zeitschiene In Pflegegesprächen sollte regelmäßig die Situation gemeinsam reflektiert werden.

An dieser Stelle möchte ich den Begriff „Pflegevisite“ problematisieren. Es ist auffällig, dass immer mehr Begriffe aus der Medizin entlehnt werden, sei es Pflegediagnose, Pflegekonsil oder evidenzbasierte Pflege. Durch die Nähe der Medizin fällt scheinbar niemandem etwas anderes ein. „Visite“ als Besuch erscheint besonders unsinnig, da die Pflegeberufe sich ja gerade durch ständige Präsenz und auch durch häufige Interaktion mit den Patienten auszeichnen sollten.

Nach dem Einstieg „Verstehen und Aushandeln“ sind durchaus eine Vielzahl von Problemlösungsabläufen denkbar (Abb. 1).

Die Einheit „Verstehen und Aushandeln“ ist durchaus lehr- und lernbar. Sie sollte den Beginn der Pflegebeziehung darstellen.

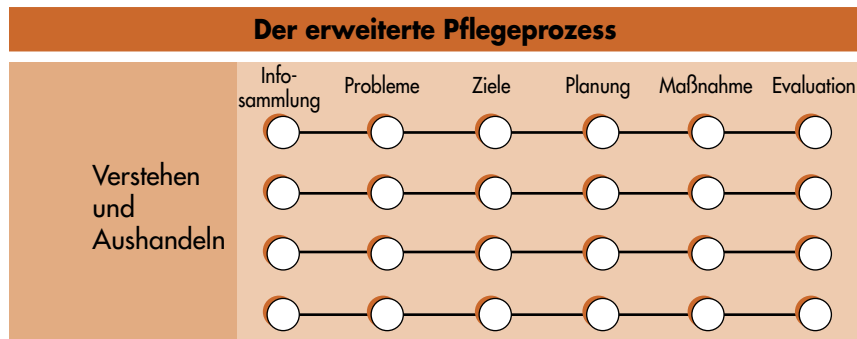


Abb. 1 Der erweiterte Pflegeprozess am Beispiel „Verstehen und Aushandeln“

Fazit

Es fehlt noch an Verfahren, auch an Untersuchungskonzepten und Einschätzungsinstrumenten, um Pflegebedarf und geeignete Interventionen festzustellen. Dabei ist es wichtig, dass Pflegenden Bereiche fokussieren, die nicht auch von anderen Berufsgruppen zentriert werden.

Weiter ist es ein Versäumnis, dass bisher keine Differenzierung in Art und Dauer der Pflegebeziehung vorgenommen wurde. Der „erweiterte Pflegeprozess“ sollte sich im Umfang nach den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen richten. Manche Menschen, die ins Krankenhaus kommen, sind überhaupt nicht „pflegebedürftig“. Es besteht ein großer Unterschied, ob ein Mensch für wenige Tage in die Einrichtung kommt, selbstständig bleibt oder ob eine monate-, jahre- oder lebenslange Pflegebeziehung begründet wird, bei der eine Vielzahl von persönlichen Tätigkeiten übernommen werden muss.

Allerdings scheint die Zeitdauer allein als Indikator nicht ausreichend zu sein. Menschen, die nach einem Selbsttötungsversuch, zur Diagnostik einer möglichen Krebskrankheit oder aber zur Herzkatheteruntersuchung vor einer großen Operation kommen, bleiben nur kurz im Krankenhaus, haben aber eventuell einen hohen Pflegebedarf. Andere Menschen, etwa im Bereich betreutes Wohnen, brauchen nur in einem Feld

hochprofessionelle Hilfe, Behinderte benötigen abgestufte Pflege, eventuell nicht-berufliche Hilfen zur Alltagsgestaltung. Hier ist noch viel Denkarbeit erforderlich.

Erleichtert werden sollte die prozesshafte Arbeitsweise auch durch eine Dokumentation, in der viel Offenheit durch „freie Formulare“ gegeben ist. Im Bereich „Verstehen und Aushandeln“ oder im Bereich des täglichen Berichtes sollte Platz sein, um Verhalten und Handeln beschreiben zu können. Andererseits sollten „Formulare zum Ankreuzen“ die üblichen Pflegeinterventionen abbilden, so dass nicht immer wieder „alle Maßnahmen aufgeschrieben werden müssen“.

Sich „selbst zu pflegen“ und noch viel mehr „Pflege zu geben“ ist doch komplexer, als Probleme abzuarbeiten.

Anschrift der Verfasserin:

Angelika Abt-Zegelin
 Institut für Pflegewissenschaft
 Uni Witten-Herdecke
 Stockumer Straße 10
 58453 Witten