

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR  
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)  
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

09.03.2009 bis 12.03.2010

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Ressourcenorientierte Pflegediagnostik**

vorgelegt von: Nicole Linder  
Diakonie Kärnten  
Pflegeheime DeLaTour Haus Elim

begutachtet von: Dr. Christine Fercher  
Land Kärnten  
Abteilung 13

Jänner 2010

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Nicole Linder Villach, 10.01.2010

## **Kurzzusammenfassung**

Der Paradigmenwechsel vom krankheitsorientierten zum ressourcenorientierten Pflegeverhalten stellt Pflegekräfte vor eine ungewohnte Herausforderung, wie etwa ihre Beratungsfunktion als professionelle Dienstleistung anzusehen.

Eine ressourcenorientierte Grundhaltung zeichnet sich durch Wertschätzung, Unterstützung, Einbeziehung der Bewohner und Information über Vorgehensweisen aus. Das subjektive Wahrnehmen und die Anerkennung von Sorgen und Problemen stellen für die Fachkraft dabei jedoch eine große Herausforderung dar. Die konkrete Beschreibung der Ressourcen als wichtige Aufgabe der Pflege ist indessen keine neue Aufgabe, sondern leitet sich von der Ätiologie und den Symptomen ab.

Durch das klare Aufzeigen der Ressourcen wird die professionelle Pflege transparent. Durch das Erreichen von Zielen aus eigener Kraft der Pflegeperson entsteht eine positive Einstellung zum Pflegeprozess. Dadurch wird dieser in seiner Notwendigkeit und Wichtigkeit erkannt. Natürlich sind bei der Implementierung einige Grundfaktoren zu überdenken. Sinnvoll ist es, nochmals den Pflegeprozess vorzustellen und praktisch zu üben, wobei der Schwerpunkt auf die Ressourcenorientierung gelegt wird. Ziel ist es, die Teamfähigkeit zu stärken, das Pflegeverständnis jeder einzelnen Pflegekraft zu fördern, die Pflegedokumentation zu optimieren und die Leistungen transparent zu machen.

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

<b>Nr.</b>	<b>Seite</b>	<b>Benennung (Überschrift) der Abbildungen</b>
1	14	Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier
2	21	Integratives Menschenbild

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>0</b>	<b>VORWORT</b> .....	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>DER PFLEGEPROZESS</b> .....	<b>10</b>
2.1	Historische Entwicklung.....	10
2.2	Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier .....	11
2.3	Dokumentation des Pflegeprozesses.....	15
2.3.1	Formale Kriterien.....	16
2.3.2	Genauigkeit in der Pflegedokumentation .....	16
2.4	Pflegediagnose .....	16
2.4.1	Ressourcenorientierte Pflegediagnose .....	17
2.4.2	„POP“ „PraxisOrientierte Pflegediagnostik“ .....	17
<b>3</b>	<b>RESSOURCEN, PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS AUFGABEN DER PFLEGE</b> .....	<b>19</b>
3.1	Paradigmenwechsel von Krankheit zu Gesundheit .....	19
3.2	Unterschiede zwischen Ressourcen, Prävention und Gesundheitsförderung .....	20
3.3	Gesundheitsberatung in der Pflege .....	21
3.4	Das Konzept der Salutogenese .....	21
3.5	Ressourcenorientiertes Pflegemodell.....	22
<b>4</b>	<b>RESSOURCENORIENTIERTE INTERAKTION IM PFLEGEALLTAG</b> ....	<b>24</b>
4.1	Konkrete Beschreibung von Ressourcen in der Pflegeplanung.....	24
4.2	Vorteile der ressourcenorientierten Interaktion und Planung .....	25
4.3	Rahmenbedingungen für die Implementierung einer ressourcenorientierten Pflegediagnostik.....	26
<b>5</b>	<b>VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG VON RESSOURCENORIENTIERTUNG ANHAND DER ISTSTANDANALYSE DES HAUSES ELIM</b> .....	<b>27</b>

5.1	Dokumentation im Haus Elim .....	27
5.2	Den Pflegeprozess beeinflussende Faktoren .....	27
5.3	Aspekte zur Verbesserung der Dokumentation des Pflegeprozesses .....	28
5.3.1	Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung .....	29
5.3.2	Informationsaustausch .....	29
5.3.3	Pflegestandards .....	29
5.3.4	Möglichkeiten der Dokumentation .....	30
5.3.5	Einarbeitung neuer Mitarbeiter .....	30
5.3.6	Vorschläge zur Verbesserung des Pflegeprozesses im Haus Elim .....	30
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>34</b>

## 0. VORWORT

Im Rahmen des Weiterbildungslehrgangs für basales und mittleres Management habe ich mich dazu entschlossen, in meiner Abschlussarbeit meinen täglichen Aufgabenbereich näher zu betrachten und Verbesserungsvorschläge für diesen zu erarbeiten. Mein Aufgabenbereich umfasst die Evaluierung des Pflegeprozesses, bei dem vermehrt Mängel festgestellt werden konnten. Um diese zu beheben, müssen vor allem Verbesserungsmöglichkeiten in den strukturellen Arbeitsbedingungen gefunden werden. Dabei wäre es wünschenswert, auch die Ressourcenorientierung besser im Pflegeprozess zu integrieren, um zu versuchen, die Bewohner<sup>1, 2</sup> besser zu verstehen, zumal sich bei den Evaluierungen der Pflegedokumentationen zeigt, dass viele keine Ressourcen aufweisen bzw. diese nur mangelhaft angeführt und in den Pflegeinterventionen vollkommen ignoriert werden. Diese Arbeit soll die Bedeutung des ressourcenorientierten Pflegeprozesses hervorheben, um die geleisteten professionellen Pflegeleistungen transparent zu machen. Damit ein solch professionelles Arbeiten möglich ist, müssen jedoch entsprechende Rahmenbedingungen für die Fachkräfte gegeben sein.

Mein Dank gilt der Diakonie Kärnten, dem Fachbereichsleiter, Herrn Peter Gunhold, und meinem Pflegedienstleiter, Herrn Franz Maria Hammer, die mir die Absolvierung des Weiterbildungslehrgangs für basales und mittleres Management ermöglicht haben. Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Betreuerin, Frau Dr. Christine Fercher, die mich zum kritischen Denken animiert hat. Ein spezieller Dank gilt meiner Lektorin, Frau Dr. Karin Gilmore.

Villach, im November 2009

Linder Nicole

<sup>1</sup>Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

<sup>2</sup> Da sich diese Arbeit vorwiegend auf den extramuralen Pflegebereich bezieht, wird anstelle von „Patienten“ die Bezeichnung „Bewohner“ verwendet.

## 1. EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Pflegediagnostik in der Altenpflege unter Berücksichtigung der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Ressourcenorientierung. Bis vor Kurzem haben sich Pflege-theorien und Pflegemodelle in ihrer Anwendung überwiegend an Defiziten orientiert, während die benötigten und zur Verfügung stehenden Ressourcen vernachlässigt worden sind. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 62) Die Ressourcenorientierung ist eine Grundhaltung und Einstellung der Pflegeperson. Ohne die Defizite und Symptome aus den Augen zu verlieren, sollten sich die Fachkräfte an den kleinen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Bewohner orientieren. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 108) In diesem Sinne lauten die zentralen Fragestellungen dieser Arbeit, welchen Stellenwert die Ressourcenorientierung in der Pflegediagnostik der Altenpflege einnimmt und welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, um eine Verbesserung der gesamten Dokumentation des Pflegeprozesses zu erzielen. Mithilfe von intensiven Literatur- und Internetrecherchen sowie einer Iststandanalyse eines Altenwohn- und Pflegeheims sollen diese Fragen erörtert werden. Eingangs soll der diagnostische Prozess in der Pflege beschrieben werden, bei dem es entscheidend ist, kritisch und theoretisch zu denken. Da die Pflegediagnostik auf dem Prozess klinischer Entscheidungsfindung und damit auf Interpretationen beruht, ist es wesentlich, dass das Fachpersonal die Pflegediagnosen und deren Definitionen, Merkmale und Ursachen sowie die sie beeinflussenden Faktoren genau kennt. (vgl. Lunney, 2007, S. 15) Problematisch an Pflegediagnosen ist, dass sie „defizitorientiert“ sind, ohne das präventive Potenzial in Pflegediagnosen zu erkennen und die Möglichkeiten von Gesundheitsförderungs- und Gesundheitspflegediagnosen wahrzunehmen. (vgl. Lunney, 2007, S. 14) Weiters wird das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz behandelt, in dem auch die Erfassung des Pflegeprozesses, abgestimmt auf den Behandlungsprozess, geregelt ist. Einen weiten Schwerpunkt stellt die ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege dar. Die Pflegenden sehen immer nur einen Ausschnitt aus dem Leben der ihnen anvertrauten Menschen.

„Werden diese dann überwiegend über ihre Defizite wahrgenommen und definiert, bleibt zusätzlich ein wesentlicher Aspekt im Dunkeln: die vielen Fähigkeiten und Fertigkeiten, sprich die Ressourcen. Sich nur auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu konzentrieren, blendet wiederum die Sorge und das Schwere im Leben der Menschen aus.“

Dennoch gilt: Aus dem „Nicht-Können“ entspringt kein neues Können, ohne dass auf Fertigkeiten und Fähigkeiten zurückgegriffen oder aufgebaut wird.“ (Scheichenberger, 2009, S. 17)

Das medizinische und pflegerische Umfeld hat sich zwischenzeitlich weiterentwickelt und umfasst neben der Lehre von der Verteilung und Verbreitung von Krankheiten sowie von den Ursachen und Bedingungen, die für ihre Entstehung von Bedeutung sind, auch die Geografie des Gesundheitswesens, in der Vorsorge und Prävention eine immer bedeutendere Rolle spielen. (vgl. Dapp, 2008, S. 13f) Um den Stellenwert dieser beiden Aspekte zu unterstreichen, wird eine Recherche zu Gesundheitspflegediagnosen angeführt. Die Gesundheitspflegediagnose unterscheidet sich von problembezogenen Pflegediagnosen im Wesentlichen durch das Element des Empowerment, das in diesem Zusammenhang bedeutet, dass Menschen, Familien und Gemeinschaften auf ihren eigenen Wunsch hin in die Lage versetzt werden, in ihrer eigenen Verantwortung kompetente gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen, die zum Erhalt und zur Verbesserung ihrer Gesundheit beitragen. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 22)

Die Arbeit schließt mit der Iststandanalyse eines Altenwohn- und Pflegeheims, bei der die ressourcenorientierte Interaktion und die Verbesserung der Führung des Pflegeprozesses im Vordergrund stehen.

## **2. DER PFLEGEPROZESS**

Seit dem 14. Jahrhundert ist der Begriff „Prozess“ im deutschsprachigen Raum zu finden und bedeutete in seiner spätmittelhochdeutschen Schreibung „process“ „Erlass oder gerichtliche Entscheidung“. Abgeleitet kann der Ausdruck vom lateinischen Wort „processus“ („Fortgang, Fortschreiten“) werden, das wiederum auf „procedere“ („vorwärtsgehen, vorrücken, vortreten“) zurückgeht. (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Prozess> [07.01.2010])

In Bezug auf die Pflegesituation dient der Pflegeprozess der Strukturierung von Handlungsabläufen in der Pflege sowie der Definition von Pflegezielen und Pflegemaßnahmen auf Basis von Pflegediagnosen. Dabei handelt es sich aber nicht um ein punktuelles Vorgehen, sondern um einen stetig fortschreitenden Prozess, in dem die Handlungen laufend überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Das Ziel eines Pflegeprozesses ist die kontinuierliche und individualisierte Pflege von Bewohnern. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 9)

Der Pflegeprozess ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowohl in § 5 Pflegedokumentation als auch in § 14 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich verankert.

### **2.1 Historische Entwicklung**

Das erste Modell eines Pflegeprozesses wurde in den 1950er Jahren in den USA eingeführt und umfasste die folgenden vier wesentlichen Schritte: die Einschätzung eines vorliegenden Pflegeproblems, die Planung, die Umsetzung und die Auswertung von Pflegemaßnahmen. Erst 1975 wurde die Pflegediagnose aus der Einschätzung ausgegliedert und das Modell fünfstufig. 1980 wurde die Krankenpflege dann als Diagnose von menschlichen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme beschrieben. 1987 fand die erste internationale Pflegediagnosenkonferenz in Kanada statt, deren Ergebnis die Grundlage für den Pflegekongress im Jahr 1991 bildete, bei dem die Standards der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations festgelegt wurden. Laut diesen Standards muss sich die Pflege auf eine Pflegediagnose stützen, die von einer professionellen Pflegeperson erhoben wurde. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 11f)

Einen wesentlichen Beitrag leistete auch die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 1997, in dessen § 14 der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich verankert wurde:

„Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst: die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrative Aufgaben im Rahmen der Pflege.“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, S. 57)

Den Anforderungen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs kann indes mithilfe des Pflegeprozessmodells von Fiechter und Meier entsprochen werden.

## **2.2 Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier**

Fiechter und Meier stellen den Pflegeprozess als einen kybernetischen Regelkreislauf dar, der die folgenden sechs Stufen umfasst:

1. Informationssammlung: Die ersten wichtigen Informationen erhält die Pflegeperson in einem Aufnahmegespräch bzw. Anamnesegespräch. Von Bedeutung ist dabei die dialogische Grundhaltung. Die Pflegeperson weiß nichts über die Gewohnheiten, Ressourcen und Bedürfnisse des Bewohners. Aufgrund ihrer Erfahrungen und ihres erlernten Wissens kann sie lediglich allgemeine pflegerische und soziale Bedürfnisse ableiten, jedoch nicht auf individuelle Defizite, Ressourcen und Gewohnheiten schließen. Dies schafft eine ideale Basis zwischen gleichberechtigten Gesprächspartnern. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 38f)

Die Pflegeperson ist im ersten Schritt des Pflegeprozesses auf Informationen angewiesen, die sich in verschiedene Arten unterscheiden lassen:

- Bei *direkten Informationen* – wird der Bewohner als Informationsquelle herangezogen, da nur dieser subjektive Empfindungen, Ressourcen und Bedürfnisse präzise beschreiben kann. Eine direkte Information kann sowohl subjektive als auch objektive Empfindungen wiedergeben.

Selbst stark bewusstseins- und sprachlich beeinträchtigte Bewohner können sich über Mimik und Gestik mitteilen. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 55f)

- *Indirekte Informationen* – von Vertrauenspersonen werden herangezogen, wenn eine Person aufgrund eines körperlichen, geistigen oder seelischen Befindens nur eingeschränkt Informationen mitteilen kann. Sogenannte Vertrauenspersonen sind meist die nächsten Angehörigen. Gegebenenfalls wird auch das Personal aus vorangegangenen Einrichtungen befragt. Sehr wichtige Informationsquellen können auch Kranken- bzw. Betreuungsakten über frühere Behandlungen sein. Das Pflegepersonal entscheidet aufgrund des eigenen Wissens und von Erfahrungswerten, welche Informationen in welchem Ausmaß erhoben werden sollen, und verknüpft die erhobenen Daten miteinander, um über die weitere Betreuung zu entscheiden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 57)
- *Subjektive Informationen* – sind Daten, die die Empfindungen des Bewohners widerspiegeln (z.B. Schmerzen, Schwäche und Hoffnungslosigkeit). Subjektive Informationen können nur vom Betroffenen selbst bezogen werden und nicht direkt nachgemessen bzw. beobachtet werden. Deshalb muss besonderes Augenmerk auf die Befragungstechnik, die Kommunikation und den Beziehungsaufbau zwischen dem Bewohner und der pflegerischen Person gelegt werden. Eine weitere Schwierigkeit zeigt sich in der objektiven Darstellung von subjektiven Informationen. Diese müssen so dokumentiert werden, wie sie vom Bewohner beschrieben werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 59)
- *Objektive Informationen* – sind alle messbaren und beobachtbaren Werte, wie Laborwerte, Vitalzeichen und die diagnostizierte Krankheit selbst. Die Pflegeperson ist im mitverantwortlichen wie auch im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich für die Beschaffung der objektiven Daten zuständig. Auch diese Informationen müssen objektiv dokumentiert werden, sodass jede Pflegeperson die Dokumentation nachvollziehen kann. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 58)

2. Pflegeprobleme und Ressourcen: Aus der Informationssammlung werden im zweiten Schritt die Pflegeprobleme herausgefiltert und Pflegediagnosen erstellt. Dabei ist das Feststellen der Pflegeprobleme ebenso wichtig wie das Erkennen der Ressourcen. Pflegediagnosen bieten die Basis für die Erhebung einer patientenorientierten Pflege und Kontinuität in der Pflege. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 85)

3. Festlegen der Pflegeziele: Durch die Formulierung eines Sollzustands, den der Bewohner erreichen kann, wird die Auswahl der Pflegemaßnahmen getroffen. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 108)

Durch die Definition von Pflegezielen werden eine Zustandserhaltung, eine Zustandsverbesserung und eine Zustandsbewältigung beabsichtigt. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 110)  
Dabei unterscheidet man zwischen Nah- und Fernzielen:

- *Nahziele* – beschreiben kleine Fortschritte, die in einem kurzen Zeitraum erreicht werden können. Dieser kurze Zeitraum kann sich sehr individuell gestalten. Während in der Langzeitpflege zwei bis drei Monate als kurzer Zeitraum betrachtet werden, kann in der Akutpflege ein Nahziel innerhalb von ein paar Stunden oder einigen Tagen erreicht werden.
- *Fernziele* – orientieren sich an einem Zustand, der sich auf die maximale Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität bezieht. Fernziele sollten ausschließlich in Kombination mit mehreren Nahzielen definiert werden, da bei Fernzielen eine konkrete Zeitgrenze nur sehr schwer angegeben werden kann. Jedoch ist die Angabe von konkreten Zeitgrenzen, bis wann das Ziel erreicht sein soll, für die Motivation und die Zielüberprüfung unerlässlich. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 108f)

4. Planung der Pflegemaßnahmen: Pflegemaßnahmen sind Interventionen zur Aufrechterhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung des Gesundheitszustands und des Wohlbefindens. Pflegemaßnahmen müssen immer einer Pflegediagnose zugeordnet sein, Ressourcen beinhalten bzw. berücksichtigen und zur Erreichung des formulierten Pflegeziels beitragen. Ebenso sollen die geplanten Maßnahmen auf den neuesten pflegerischen Erkenntnissen beruhen. Prinzipiell sind nur eigenverantwortliche Tätigkeiten in die Planung der Pflegemaßnahmen aufzunehmen. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 117f)

5. Durchführung der Pflegemaßnahmen: Dies hängt von den Fähigkeiten, die eine Qualifikationsvoraussetzung sind, und dem Zeitmanagement der Pflegeperson ab. Weiteres sind die Arbeitsablauforganisation, die Ressourcen, die der Pflegeperson zur Verfügung stehen, und die Bereitschaft der aktiven Mitarbeit eines Bewohners entscheidende Aspekte.

Die geleisteten Pflegemaßnahmen werden mit Datum und dem Handzeichen der durchführenden Pflegeperson am entsprechenden Formblatt dokumentiert. Weicht die Durchführung von der Planung ab, muss dazu eine Begründung im Pflegebericht angegeben werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 135f)

6. Evaluation: Die Auswertung und Überprüfung des Pflegeprozesses. In der Phase der Auswertung müssen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Ist die Ersteinschätzung noch aktuell?
2. Sind die Pflegeziele realistisch formuliert?
3. Ist der Pflegebedarf aufgrund der Zielformulierung richtig eingeschätzt?
4. Gibt es Zusammenhänge zwischen pflegerischen Maßnahmen und medizinischen oder anderen therapeutischen Maßnahmen?
5. Ist der Bewohner in die Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses involviert worden?
6. Ist das Ziel erreicht worden?
7. Sind die Pflegemaßnahmen von den Pflegekräften im angeordneten Ausmaß durchgeführt worden?

8. Hat sich der Bewohner an der Durchführung für ihn zufriedenstellend beteiligen können? (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 137f)

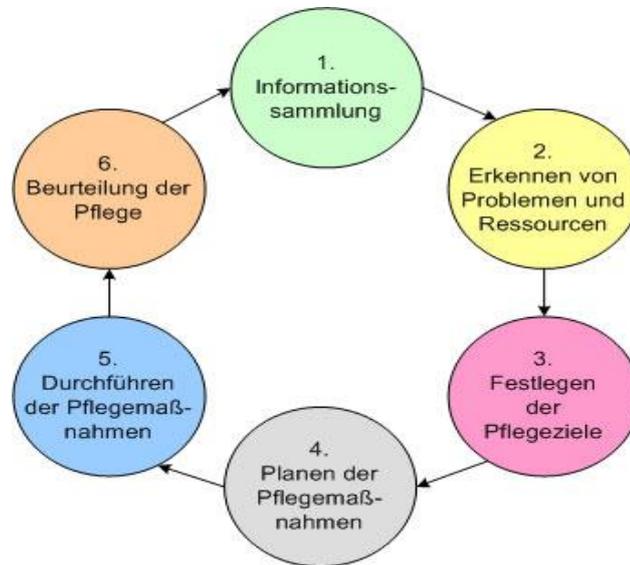


Abb. 1: Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier  
<http://hno-pflege.at/pflegeprozess.html> [20.09.2009]

Der in Abbildung 1 dargestellte Regelkreislauf findet sich in der Dokumentation wieder.

### 2.3 Dokumentation des Pflegeprozesses

Wie der Pflegeprozess selbst ist auch die Dokumentation dieses Prozesses im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 5 (1-4) geregelt:

„Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufs die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.“ (Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, S. 39)

### **2.3.1 Formale Kriterien**

Die formalen Kriterien bilden die Rahmenbedingungen für eine urkundengerechte Dokumentation. In der Pflegedokumentation muss nachvollziehbar sein, wer, was, wann, wo, wie und warum angeordnet und durchgeführt hat. Die Dokumentation muss zeitgerecht erfolgen (d.h. unmittelbar nach getaner Arbeit) und sie muss wahrheitsgetreu, vollständig, übersichtlich und in einer lesbaren Schrift sein. Ein nicht löschbares Schreibmaterial sollte für die Dokumentation verwendet werden. Jede Dokumentation hat mit einer Unterschrift (vollständiger Name oder Handzeichen) zu enden. Wird eine Korrektur vorgenommen, ist das zu korrigierende Wort mit einem einzigen waagrechten Strich so durchzustreichen, dass es noch lesbar ist. Unmittelbar neben der Korrektur werden ein Korrekturzeichen und das Datum, versehen mit dem Handzeichen, angebracht. Leer stehende Zeilen sind zu vermeiden bzw. mit einem Querstrich zu entwerten, um nachträgliche Einträge auszuschließen. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 21f)

### **2.3.2 Genauigkeit in der Pflegedokumentation**

Für viele Pflegepersonen hat das praktische Arbeiten mit den Bewohnern größere Priorität als die Dokumentation. Ungenauigkeiten in der Pflegedokumentation können jedoch nicht nur juristische Folgen nach sich ziehen, sondern beeinträchtigen die Wirtschaftlichkeit in Form von Zeitverlust, sowie den gesamten Leistungsprozess der Pflege. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 26f)

Zudem besitzt die Genauigkeit einen sehr großen Stellenwert bei der Formulierung von Pflegediagnosen, die sich aus dem zweiten Schritt, dem Erkennen von Problemen und Ressourcen, ergeben.

## **2.4 Pflegediagnose**

Die Pflegediagnose hat sich aus dem Schritt des Pflegeproblems weiterentwickelt und im diagnostischen Prozess sowie im Hinblick auf die Ursachen, die beeinflussbaren Faktoren und die Ressourcen große Bedeutung erlangt. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 79f)

„Pflegediagnosen sind ein Element des Pflegeprozesses und dieser wiederum ein Teil des gesamten Behandlungsprozesses.“ (Stefan et al., 2009, S. 9)

Mit der Formulierung einer Pflegediagnose soll begründet werden, warum ein Mensch Pflege benötigt. Weiters wird in einer Pflegediagnose der Pflegebedarf beschrieben. Somit gilt sie als wichtiges Informations- und Kommunikationsmittel in der Pflege. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 14) Die meisten Pflegediagnosen sind defizitorientiert. Allerdings gewinnt eine ressourcenorientierte Pflegediagnostik immer mehr an Bedeutung, um eine ganzheitliche Sichtweise der Pflege zu gewährleisten. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 15)

#### **2.4.1 Ressourcenorientierte Pflegediagnose**

Durch diese Form der Formulierung von Pflegediagnosen wird die Erhaltung der größtmöglichen Eigenständigkeit gefördert. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 16) Bei der ressourcenorientierten Pflegediagnose wird zwischen körperlichen (Körperfunktionen), psychischen (Vertrauen, Glaube, Mut, Selbstachtung, positive Grundhaltung) und sozialen Ressourcen (Familie, Freunde, soziales Umfeld) unterschieden. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 15f)

Eine erweiterte Sichtweise der ressourcenorientierten Pflegediagnose stellt sich in der „POP“ („PraxisOrientierte Pflegediagnostik“) dar.

#### **2.4.2 „POP“ „PraxisOrientierte Pflegediagnostik“**

„In den POP-Pflegediagnosen wird davon ausgegangen, dass Gesundheit auf intakten und funktionierenden körperlich-funktionellen, psychischen und sozialen Ressourcen beruht. Bestehende intakte Ressourcen sind Voraussetzungen, dass bestimmte Lebensbereiche erfolgreich bewältigt werden können.“ (Stefan et al., 2009, S. 17)

Die Gesundheitspflegediagnosen der POP-Klassifikation wurden aus dem Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt. Sie eignen sich speziell für motivierte Menschen, sowohl für gesunde Menschen als auch für alte, schwer kranke oder sterbende Menschen, zumal bei diesen der Selbständigkeit ein hoher Stellenwert zukommt. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 22)

Die Voraussetzungen für eine Gesundheitspflegediagnose lauten:

- Die Menschen müssen bereit sein, eigene Ressourcen aktiv zu nutzen.
- Nur die pflegerelevante gesundheitliche Situation wird beschrieben.
- Das Hauptaugenmerk liegt auf der Stärkung und Entwicklung von Ressourcen, um eigenständig zu handeln und zu entscheiden.
- Ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ist gegeben.

(vgl. Stefan et al., 2009, S. 24)

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, werden folgende acht Bereiche in der POP-Klassifikation beschrieben: Luft, Nahrung, Ausscheidung, Aktivität und Ruhe, Alleinsein und soziale Interaktion, Abwendung von Gefahren, Integrität der Person und das soziale Umfeld. Zudem wird in Risiko-, Aktuelle- und Gesundheitspflegediagnosen unterschieden. (vgl. Stefan et al., 2009, S. 27-31) Die POP-Gesundheitspflegediagnosen unterscheiden sich von problembezogenen Pflegediagnosen durch das ihnen innewohnende Empowerment. Dies bedeutet, dass Menschen auf eigenen Wunsch in die Lage versetzt werden, die Verantwortung für gesundheitsrelevante Entscheidungen zu übernehmen, die zum Erhalt und zur Verbesserung ihrer Gesundheit beitragen. Dabei sind Information, Beratung, Anleiten und Motivationsarbeit wichtige gesundheitsfördernde Maßnahmen der Pflege, um Menschen in ihrem Leben zu unterstützen. (vgl. Schalek, Stefan, 2009, S. 10f)

Der Pflegeprozess befasst sich im zweiten Schritt nicht nur mit der Problemorientierung, sondern bezieht sich immer mehr auf die Ressourcenorientierung, wodurch die ressourcenorientierte Pflegediagnostik immer mehr an Bedeutung gewinnt. Ein Instrument, das sich aus dieser Art der Diagnostik ergeben hat, ist die „POP-PraxisOrientierte Pflegediagnostik“.

### **3. RESSOURCEN, PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS AUFGABEN DER PFLEGE**

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Prävention und Gesundheitsförderung thematisiert. Dabei wird zunächst auf die Unterschiede zwischen Krankheit und Gesundheit Bezug genommen.

#### **3.1 Paradigmenwechsel von Krankheit zu Gesundheit**

In der Zeit um 1990 zeichnete sich in der pflegewissenschaftlichen Forschung ein Paradigmenwechsel von einem krankheitsorientierten zu einem ressourcenorientierten Pflegeverhalten ab. (vgl. Bölicke et al., 2007, S. 9) Zudem kam es durch die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 und die dadurch geänderte Berufsbezeichnung auf Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu einer veränderten Sichtweise der Aufgaben der Pflege, bei der es nicht mehr nur um die Versorgung von kranken Menschen geht, sondern auch um präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen. (vgl. Hasseler, Meyer, 2006, S. 9)

Auch wenn zwischen Tätigkeiten, die sich auf Krankheiten beziehen (Pflege von Wunden, Verabreichung von Medikamenten, Überwachung und Kontrolle von Körperfunktionen), und jenen Tätigkeiten, die eher der Gesundheitspflege zuordenbar sind (Körperpflege, Mundpflege, Mobilisation, Ernährungshilfen, Hilfe zur Orientierung, Information und Aufklärung), unterschieden wird, sind die Dimensionen Krankheit und Gesundheit nicht immer leicht voneinander zu trennen. Wenn etwa ein Bewohner gewaschen wird, dann erfolgt dies aufgrund einer Einschränkung durch eine Erkrankung. Wird der Bewohner jedoch dabei unterstützt, sich selbst zu waschen, dann geschieht das auch im Hinblick auf seine Erkrankung, allerdings besteht zugleich die Absicht, die gesunden Funktionen zu erhalten bzw. zu aktivieren. (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 11)

Um Funktionen zu erhalten oder zu aktivieren spielt, die Tätigkeit der Beratung in der Gesundheitspflege eine wichtige Rolle.

### **3.2 Unterschiede zwischen Ressourcen, Prävention und Gesundheitsförderung**

Als Ressourcen werden psychische, physische und soziale Fähigkeiten bzw. Hilfsmittel und Reserven bezeichnet, die eingesetzt werden, um Belastungen standzuhalten, Stress zu kompensieren und Krankheiten abzuwehren. (vgl. Bölicke et al., 2007, S. 9) Prävention wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt. Die Primärprävention umfasst alle Maßnahmen, die einer Krankheitsentstehung entgegenwirken. Die Sekundärprävention beinhaltet Maßnahmen zur Entdeckung von frühen Krankheitsstadien ohne Symptome, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen. Bei der Tertiärprävention werden nach dem Auftreten einer Erkrankung Maßnahmen gesetzt, um eine Verschlimmerung zu verhindern bzw. hinauszuzögern. (vgl. Hasseler, Meyer 2006, S. 37) Weiters differenziert sich die Prävention in Verhältnis- und Verhaltensprävention. Erstere soll Gesundheitsgefahren durch die entsprechende Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen verringern, während die Verhaltensprävention den Einfluss menschlichen Verhaltens auf Erkrankungswahrscheinlichkeiten verdeutlicht. (vgl. Hasseler, Meyer, 2006, S. 38)

Die Kernfragen der Gesundheitsförderung beschäftigen sich mit den gesundheitsfördernden Ressourcen – in personaler und sozialer Hinsicht, über die ein Mensch verfügen kann, soll oder muss, um sein Wohlbefinden und seine Gesundheit zu erhalten, bzw. damit, wie diese Ressourcen gefördert werden können. Dabei werden alle Bereiche, in denen Menschen leben, lieben, lernen, arbeiten, wohnen und spielen, berücksichtigt. Die „gesunde Entscheidung“ soll für den einzelnen Menschen die naheliegende Entscheidung sein, die er im Kontext mit seiner gewohnten Lebensumgebung fällt.

(<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/ressourcenorientierung>  
[14.11.09])

In diesem Sinne soll Gesundheitsförderung nicht nur den Bewohnern dienen, sondern auch dem Pflegepersonal ermöglichen, die Bewohner zu verstehen, indem der Mensch als „Ganzes“ betrachtet und gepflegt wird.

### **3.3 Gesundheitsberatung in der Pflege**

Die Beratung in der Pflege findet in erster Linie nicht als isolierte Beratung und Sonderleistung statt, sondern meistens in Kombination mit körperbezogener Arbeit in den Pflegeeinrichtungen. Da die Beratung und Anleitung durch die Pflegekräfte meist „nebenbei“ erledigt werden, wird die Pflegekraft von den Bewohnern nicht als beratendes Organ angesehen und auch nicht als kompetente Beratungskraft in Anspruch genommen. Selbst den Pflegekräften fällt es schwer, Beratungsleistungen als professionelle Dienstleistung zu sehen und als Pflegeauftrag zu planen. (vgl. Hasseler, Meyer, 2006, S. 118)

Um diese Lücke im Pflegealltag zu schließen, wurden verschiedene Konzepte entwickelt, die dabei helfen sollen, die Gesundheitsförderung in den Pflegealltag zu integrieren. Eines dieser Konzepte ist die Salutogenese.

### **3.4 Das Konzept der Salutogenese**

Im deutschsprachigen Raum hat sich die Salutogenese als einflussreichstes Konzept der Gesundheitsförderung durchgesetzt. Beruhend auf Aaron Antonovskys (amerikanisch-israelischer Medizinsoziologe) theoretischen Hintergründen zur Förderung von Gesundheit besagt dieses Konzept, dass sich Menschen vom Anbeginn ihres Lebens in krank machenden Bedingungen bewegen und stets darum bemüht sind, diesen etwas entgegenzusetzen, damit der Organismus seine Ordnung aufrechterhalten kann. Dies widerspricht dem traditionellen Paradigma der Medizin, dass Menschen von Natur aus ohne Leid und im Gleichgewicht sind. (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 76f)

Ein weiteres Kernstück dieses Konzepts sind die sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen. Antonovsky fand verschiedene Faktoren, die Spannungen erfolgreich bewältigen und dadurch Einfluss auf den Erhalt bzw. auf die Verbesserung des Gesundheitszustands haben.

Bei diesen wird zwischen körperlichen und konstitutionellen Ressourcen (beinhalten körperliche Merkmale, wie stabile Organsysteme), materiellen Ressourcen (beziehen sich auf materielle Grundlagen, wie Geld, Güter usw.), personalen und psychischen Ressourcen (diese werden unterteilt in kognitive und emotionale Ressourcen), interpersonalen Ressourcen (beziehen sich auf die soziale Umwelt) und soziokulturellen Ressourcen (religiöse Glaubensrichtung, philosophische Überzeugungen und Eingebundenheit in Kulturen) unterschieden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Widerstandsressourcen Lebenserfahrungen prägen und den Menschen ermöglichen, Lebenserfahrungen zu machen. Ebenso wirken sie als Potenziale, die aktiviert werden können, wenn sie zur Bewältigung eines Spannungszustands erforderlich ist. (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80f)

Um mögliche Spannungsfelder für die Pflege zu definieren und für die Praxis ersichtlich zu machen, wurde ein Pflegemodell, das sich mit Ressourcen auseinandersetzt und die Bedeutung ressourcenorientierter Interaktion verdeutlicht, geschaffen.

### 3.5 Ressourcenorientiertes Pflegemodell

Ein Pflegemodell, das eine Ressourcenorientierung zur Voraussetzung hat, ist das integrative Pflegekonzept (IPK) von Maria Riedl zur Betreuung von alten Menschen in Hinsicht auf die Ganzheitlichkeit. Diese Ganzheitlichkeit baut Riedl auf das integrative Menschenbild auf, das in Abbildung 2 dargestellt ist.

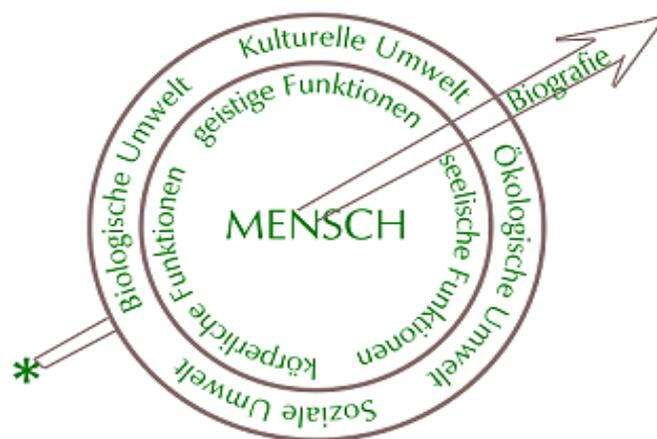


Abb. 2: Integratives Menschenbild  
(Riedl, 2006, Band 1, S. 17)

Beschrieben kann dieses integrative Menschenbild folgendermaßen werden: Jeder Mensch wird in ein soziales Netzwerk hineingeboren und kann sich durch das Zusammenwirken seiner kulturellen und ökologischen Umwelt zu einem selbstständigen erwachsenen Menschen entwickeln. Erfahrungen mit der Umwelt werden aus biologischer Sicht vom Organismus gesteuert, da er Erfahrungen wahrnehmen, speichern, verarbeiten und wieder abrufen lassen kann. (vgl. Riedl, 2006, Band 1, S. 16f)

Um die Ganzheitlichkeit in der Betreuung alter Menschen zu gewährleisten, verwendet Maria Riedl unterschiedliche Grundlagen und bezieht sich auf das integrative Menschenbild. Für die Erstellung der körperlichen Pflege zog Maria Riedl die Lebensaktivitäten mit ihren fünf Komponenten nach Nancy Roper heran: Lebensaktivität, Lebensspanne, Abhängigkeits- Unabhängigkeits- Kontinuum, Lebensaktivitäten beeinflussende Faktoren sowie die Einzigartigkeit und die Individualität des Menschen. Damit soll auf einem Blick erkannt werden, wie der Betroffene seine „Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ befriedigt und durch welche Faktoren die Lebensaktivitäten beeinflusst werden. (vgl. Riedl, 2006, Band 3, S. 24)

Maria Riedl nannte die Lebensaktivitäten nach der Erweiterung durch Elementarfunktionen in Lebensbereiche um. Damit auch psychische Auffälligkeiten leichter eingeschätzt werden können, finden die Elementarfunktionen nach Dilling und Reimer Beachtung. Zu diesen gehören: Störungen des Bewusstseins, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen, Affektivitätsstörungen, Antriebsstörungen, Störungen des Ich-erlebens und Störungen der Intelligenz. Um die Pflegeintensität bzw. die Hilfsbedürftigkeit eines Menschen zu erkennen, müssen die Lebensbereiche auf die Elementarfunktionen hin überprüft werden, damit ersichtlich wird, ob und wo der Betroffene Einschränkungen aufweist. (vgl. Riedl, 2006, Band 3, S. 24ff) Überdies werden im IPK die Regressionsstufen mit den daraus resultierenden Copings als weitere Grundlage verwendet, die Riedl als Verhalten alter Menschen zur Bewältigung der Probleme im Alter versteht. Mit diesen Grundlagen soll die Selbstständigkeit eines Menschen gefördert bzw. noch lange erhalten bleiben. (vgl. Riedl, 2006, Band 3, S. 80f) Grundsätzlich erlernt jeder Mensch schon von Kindheit an seine eigenen Bewältigungsmuster, die als Ressourcen anzusehen sind, um schwierige Situationen zu meistern. (vgl. Riedl, 2006, Band 4, S. 140)

#### **4. RESSOURCENORIENTIERTE INTERAKTION IM PFLEGEALLTAG**

Die Ressourcenorientierung kann als eine Grundhaltung und Einstellung jeder einzelnen Fachkraft beschrieben werden und stellt einen Balanceakt zwischen subjektivem Wahrnehmen und dem Anerkennen von Sorgen und Problemen dar. Dabei müssen alle subjektiven Wahrnehmungen vorsichtig hinterfragt werden, da es sich auch um eine individuelle Unterforderung, Unterschätzung und Überforderung handeln könnte. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 108)

Die ressourcenorientierte Grundhaltung einer Pflegekraft zeigt sich im Wesentlichen darin, wie sich die Fachkraft in den Begegnungen einbringt, wie die emotionale Atmosphäre gestaltet ist und wie zwischenmenschlichen Beziehungen aussehen. Dieses Einbringen auf subjektiver Ebene kommt nicht nur den Bewohnern zugute, sondern eröffnet auch den Pflegenden neue Horizonte des Verstehens, wodurch ihre Arbeit lebendiger und interessanter wird. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 110)

##### **4.1 Konkrete Beschreibung von Ressourcen in der Pflegeplanung**

Die beschriebene Ressourcenorientierung führt keine neue Thematik ein, sondern soll aus den gestellten Pflegediagnosen, der Ätiologie und den Symptomen abgeleitet werden. Um die Implementierung in der Praxis zu erleichtern, unterscheidet man zwischen körperlichen, seelischen, intellektuellen, sozialen und kreativen Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien bzw. dem Lebensmotto. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 146f)

Beispiele für körperliche Ressourcen:

- Der Bewohner meldet durch Unruhe, dass er auf die Toilette muss.
- Der Bewohner kann bei ruhiger Atmosphäre mit schrittweiser Anleitung an der Selbsthilfe aktiv mitarbeiten.

Beispiele für seelische Ressourcen:

- Der Bewohner zeigt durch Wegschieben der Pflegepersonen, dass ihm Handlungen unangenehm sind.
- Der Bewohner öffnet nach vertrauter verbaler Ansprache die Augen.

Beispiele für intellektuelle Ressourcen:

- Der Bewohner kann sich bei ruhiger Atmosphäre ca. zehn Minuten auf das Lesen der Zeitung konzentrieren.
- Der Bewohner versteht einfache kurze Sätze.

Beispiele für soziale Ressourcen:

- Der Bewohner kann seine Sorgen verbalisieren.
- Der Bewohner hat seine Tochter als Bezugsperson.

Beispiele für kreative Ressourcen/Gewohnheiten aus der Biografie:

- Der Bewohner spricht auf gezielte Fragen hin gerne über Ereignisse aus früher Zeit.
- Der Bewohner hat das Verdienstkreuz der Republik Österreich vom Bundespräsidenten erhalten.

Beispiele für Bewältigungsstrategien/Lebensmotto:

- Der Bewohner gibt an, dass er sein ganzes Leben Schwierigkeiten mit viel Arbeit bewältigt hat.
- Der Bewohner gibt an, in schwierigen Situationen sehr viel Kraft durch das Beten bekommen zu haben. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 147ff)

Wenn Ressourcen klar definiert und im Pflegeprozess beschrieben werden, ergeben sich interessante Vorteile, die im nächsten Kapitel näher erläutert werden.

## **4.2 Vorteile der ressourcenorientierten Interaktion und Planung**

Wenn sich ein Pflorgeteam dazu entscheidet, nicht den Defiziten den Vorzug zu geben, sondern sich an den Ressourcen zu orientieren, ergeben sich verschiedene Vorteile: Der Bewohner wird als Mensch mit seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten wahrgenommen. Gleichzeitig wird die Aussagekraft der Pflegedokumentation gesteigert und es wird ein konkreteres Beschreiben des Bewohners gewährleistet. Außerdem wird durch die ressourcenorientierte Interaktion in der Pflgetätigkeit die komplexe Situation des Pflegebedarfs verdeutlicht und der große Anteil der professionell Pflegenden wird sichtbar.

Diese Transparenz zeigt die angepassten und individuellen Möglichkeiten in der Pflege. Damit wird ausgesagt, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität ausschlaggebend ist. Weiters ermöglicht die Ressourcenorientierung das Erkennen der Notwendigkeit des Pflegeprozesses und den Pflegenden eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Durch die Einbeziehung des Bewohners in die ressourcenorientierte Pflegediagnostik wird die Menschenwürde gewahrt, aber auch die Autonomie jedes Bewohners gefördert und gestärkt. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 164-166)

Um von diesen Vorteile profitieren zu können, müssen bei der Implementierung in einem Altenwohn- und Pflegeheim allerdings wesentliche Rahmenbedingungen beachtet und geschaffen werden.

#### **4.3 Rahmenbedingungen für die Implementierung einer ressourcenorientierten Pflegediagnostik**

Die erste Maßnahme für die Implementierung besteht darin, den ressourcenorientierten Blick praktisch zu üben und die entsprechende Pflegeplanung vorzustellen, um die Fachkräfte neugierig zu machen und eine flächendeckende Einführung mit dem gleichen Informationsstand zu erreichen. Dabei wird der Pflegeprozess wiederholt, jedoch liegt der Schwerpunkt auf der Ressourcenorientierung. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 155f) Diese Schulung in Form eines Workshops wird getrennt nach Berufsgruppen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe durchgeführt. Die während des Workshops erarbeiteten und diskutierten Punkte werden anschließend in einer hausinternen Richtlinie festgehalten. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 161f)

Nach der Einschulung sollte eine vom Pflgeteam außenstehende Fachkraft, vorzugsweise in den Altenwohn- und Pflegeheimen die akademisch geprüfte Pflegedienstleitung, beratend agieren. Durch die nicht kontinuierlichen Tätigkeiten auf der Station hat diese Person den nötigen Abstand, um den Beratungs-, Veränderungs- und Fortbildungsbedarf wahrzunehmen. Zu ihren Aufgaben zählen die Begleitung, die Beratung und die Unterstützung der Fachkräfte und bei Bedarf ebenfalls stationsinterne Fortbildungen, um eine Stärkung der Teamfähigkeit, eine Erweiterung des Pflegeverständnisses, eine Optimierung der Pflegedokumentation, eine Transparenz der professionellen Leistungen und eine zunehmende Sicherheit zu gewährleisten. (vgl. Scheichenberger, 2009, S. 157-159)

## **5. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG VON RESSOURCENORIENTIERTUNG ANHAND DER ISTSTANDANALYSE DES HAUSES ELIM**

Das Haus Elim ist ein Altenwohn- und Pflegeheim der Diakonie Kärnten in Treffen bei Villach mit einer derzeitigen Kapazität von 42 Betten und 16,5 Vollzeitangestellten in der Pflege (ohne Pflegedienstleiter). Von diesen sind 5,75 diplomiertes Personal und 10,75 Pflegehilfen. Eine Besonderheit dieses Hauses ist die Betreuung geistig beeinträchtigter Menschen, bei der acht Vollzeit Fachsozialbetreuer der Behindertenhilfe das Pflegeteam unterstützen. Sowohl im pflegerischen als auch im sozialen Betreuungsbereich wird das System der Bezugspflege gelebt, bei dem den Bewohnern ein fixer Ansprechpartner vom Tag des Eintritts bis zum Austritt zur Seite gestellt wird.

### **5.1 Dokumentation im Haus Elim**

In allen Altenwohn- und Pflegeheimen der Diakonie Kärnten sollen die Bewohner nach dem Pflegekonzept von Maria Riedl betreut werden, auf das das Personal entsprechend geschult wird. Aus dieser Schulung sind bislang sieben erfolgreiche Absolventen hervorgegangen.

Die Dokumentation erfolgt derzeit noch handschriftlich in einem intern erarbeiteten Dokumentationssystem, das jedoch nicht nach dem integrativen Pflegekonzept ausgerichtet ist. Daher kann das integrative Pflegekonzept von Maria Riedl nur ansatzweise gelebt werden. Mit 2010 wird das Dokumentationssystem auf ein computerunterstütztes Dokumentationssystem umgestellt, in das das integrative Pflegekonzept nach Maria Riedl und die „POP“-PraxisOrientierte Pflegediagnostik zur Erleichterung der Ressourcenorientierung eingearbeitet wurden. Seit Oktober 2009 wird dieses Dokumentationssystem im Haus Harbach erprobt.

### **5.2 Den Pflegeprozess beeinflussende Faktoren**

Die Schwierigkeiten, den Pflegeprozess in der Praxis zu etablieren, liegen im jeweiligen Pflegeverständnis. In der Praxis wird der Pflegeprozess als „notwendiges Übel“ angesehen und in seiner Wichtigkeit verkannt.

Bei erhöhtem Arbeitsaufwand werden die Zeitressourcen für die Dokumentation angezapft, weshalb es zu lückenhaften Dokumentationen kommt. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 21f)

Doch nicht nur das fehlende Verständnis der Pflegepersonen für die Dokumentationspflicht, sondern auch das Nichtkennen des jeweilig angewandten Pflegemodells bzw. der Pflegelehre erschwert den gesamten Pflegeprozess und macht ihn unverständlich. Zudem sollte das Pflegepersonal mit dem Leitbild der jeweiligen Institution vertraut sein und sich damit identifizieren können. Leider haben viele Einrichtungen kein Leitbild und somit können auch keine entsprechenden Werte und Normen in der Praxis gelebt werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 151f)

Weiters werden sehr viele Fähigkeiten des Pflegepersonals vorausgesetzt, um die Durchführung des Pflegeprozesses zu gewährleisten. Diese beziehen sich in erster Linie auf die professionelle Haltung in der fachmännischen Berufsausübung. Jedoch bleibt die Pflegekraft auch eine individuelle Person, die ihre eigene Persönlichkeit, ihre Erfahrungen, Werte und Art der Problemlösung mitbringt, die aber die Professionalität nicht beeinträchtigen dürfen. Qualitätskriterien für die pflegerische Beziehung zum Bewohner sind: Wertschätzung, Unterstützung, Einbeziehung, Information und Fachwissen. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 153)

Ein besonders wichtiger Faktor ist, Eigenverantwortung zu übernehmen. Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des § 14 GuKG kann das diplomierte Pflegepersonal weisungsfrei entscheiden und anordnen. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 155f)

### **5.3 Aspekte zur Verbesserung der Dokumentation des Pflegeprozesses**

Zahlreiche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um die Anwendung des Pflegeprozesses zu gewährleisten. Im Speziellen sind dies die Arbeitszeiten und die Dienstplangestaltung, der Informationsaustausch, die Möglichkeiten der Dokumentation und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

### **5.3.1 Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung**

Die Arbeitszeiten stellen einen wichtigen Faktor im Pflegeprozess dar. Vorzugsweise sollte daher ein Modell zur Anwendung kommen, das keine geteilten Dienste vorsieht, da ansonsten die Kontinuität der Pflege verloren geht. Ein von den Mitarbeitern selbst erstellter Dienstplan kann die Motivation und Zufriedenheit zusätzlich steigern. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 160f) Zudem sollte im Arbeitszeitenmodell dem Informationsaustausch genügend Platz eingeräumt werden.

### **5.3.2 Informationsaustausch**

Damit wichtige Informationen nicht verloren gehen, müssen Zeiten für den Informationsaustausch bei Dienstbeginn, während des Dienstes und bei Dienstende gut durchdacht werden. Neben mündlichen Dienstübergaben eignet sich besonders ein Dienstbuch, das Informationen der Einrichtungsstruktur und von Mitarbeitern beinhaltet und für alle Mitarbeiter jederzeit zugänglich ist. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 161)

Auch Richtlinien für Handlungsweisen, sogenannte Standards, können sich positiv auf die Einhaltung des Pflegeprozesses auswirken.

### **5.3.3 Pflegestandards**

Pflegestandards bilden die Grundlage für eine systemische Pflege. Gleichzeitig machen sie erbrachte Leistungen transparent. Als zu erfüllende Vorgaben beeinflussen sie die Qualität maßgeblich. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 161) Damit Standards eine Arbeitserleichterung darstellen, müssen sie präzise formuliert werden und jederzeit für alle Mitarbeiter zugänglich sein. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 162) Bei der Umsetzung von Standards besteht allerdings die Gefahr, dass die Individualität der Bewohner, ihre Wünsche, Probleme und Ressourcen nicht mit einbezogen werden. Deshalb sollten genaue Überlegungen darüber angestellt werden, welche Handlungsabläufe als Standards definiert werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 163)

### 5.3.4 Möglichkeiten der Dokumentation

Alle Schritte des Pflegeprozesses sind in Formblättern zu dokumentieren. Eine weitere Möglichkeit bietet die auf EDV gestützte Dokumentation, die zusehends an Bedeutung gewinnt und immer öfter Anwendung findet. Die Anschaffungskosten und der Zeitaufwand der Einschulung sind zwar beträchtlich, jedoch ergeben sich daraus auch Vorteile. Mehrere Pflegekräfte könnten gleichzeitig in der Dokumentation arbeiten und je nach Software werden standardisierte Sätze, Textbausteine und Pflegediagnosen samt Pflegezielen und Pflegemaßnahmen vorgeschlagen. Weiters wird von einer erheblichen Zeitersparnis ausgegangen. Die Möglichkeit der Dokumentation, in welchem System auch immer, benötigt gewisse Zeitressourcen, die im Arbeitsablauf definiert werden müssen. Zudem müssen alle Mitarbeiter, vor allem neue, in diese Arbeitsabläufe und Dokumentationssysteme eingeschult werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 164f)

### 5.3.5 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Wie und wie lange neue Mitarbeiter eingearbeitet werden, spielt eine entscheidende Rolle bei der Führung des Pflegeprozesses. Wird von Anfang an die Wichtigkeit der Dokumentation betont, das Pflegemodell erklärt und das Leitbild des Hauses dem neuen Mitarbeiter vorgestellt, können die Anforderungen vom diesem besser erfüllt werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 166) Zudem sollen einem neuen Mitarbeiter die Struktur des Hauses, seine Kompetenzen, seine Aufgaben und seine Verantwortungen nähergebracht werden. (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 167)

#### **Vorschläge zur Verbesserung des Pflegeprozesses im Haus Elim**

Aufgrund all dieser Aspekte ergeben sich folgende Vorschläge zur Verbesserung des Pflegeprozesses in der Altenpflege:

- Gleichzeitige Schulung und praktische Umsetzung des Pflegeprozesses mit dem Schwerpunkt Ressourcenorientierung in berufsspezifischen Gruppen (gehobener Dienst für Gesundheit- und Krankenpflege und Pflegehilfen). Die Arbeitshilfe „POP“ PraxisOrientierte Pflegediagnostik wird vorgestellt und geschult.
- Weitere Schulung der Mitarbeiter im integrativen Pflegekonzept nach Maria Riedl.

- Ernennung einer nicht direkt im Team stehenden Beratungsperson im Rahmen des Pflegeprozesses.
- Terminisierte Zeiten im Ausmaß von täglich einer Stunde für den gehobenen Dienst für Gesundheits-und Krankenpflege zur Erstellung der Pflegeplanung und der Evaluierung des Pflegeprozesses.
- Umstellung der derzeitigen geteilten Dienstzeiten auf durchgehende Dienstzeiten mit acht und zehn Stunden.
- Erstellung des Dienstplans durch die Mitarbeiter selbst.
- Vor jedem Dienstbeginn und bei Dienstende eine Dienstübergabe im Ausmaß von 15 Minuten.
- Informationsaustausch zwischen sozial betreuendem und pflegerischem Team im Ausmaß von täglich einer halben Stunde.
- Einmal im Monat ausführliche Fallbesprechungen von zwei Bewohnern innerhalb einer Teambesprechung.
- Einführung eines Dienstbuchs, in dem wichtige strukturelle Änderungen dokumentiert werden.
- Umstellung der handschriftlichen Dokumentation auf eine EDVunterstützte Pflegedokumentation mit vorangehender Einschulung aller Mitarbeiter.
- Einarbeitung neuer Mitarbeitern in der Dauer von einem Monat mit der Möglichkeit der Verlängerung. Die Einarbeitung in den Pflegeprozess wird von der Beratungsperson übernommen.

## 6. ZUSAMMENFASSUNG

Der ressourcenorientierte Pflegeprozess stellt einen strukturierten Handlungsablauf dar, der sich nicht an Krankheiten und Defiziten orientiert, sondern befasst sich auch mit den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der zu pflegenden Person. Von einem stark defizitorientierten Prozess hat sich die Pflege in den letzten Jahren immer mehr in Richtung Ressourcenorientierung entwickelt, bei der körperliche, psychische und soziale Ressourcen im Sinne der Ganzheitlichkeit Beachtung finden. Ein Instrument des Pflegeprozesses, das die Ressourcenorientierung erleichtert, ist die „POP-PraxisOrientierte Pflegediagnostik“. Diese besteht aus vordefinierten Pflegediagnosen, die sich aus dem Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt haben, sehr praxisnahe sind und in ihrer Einfachheit bei den Fachkräften großen Anklang finden. Das Hauptaugenmerk dieser Pflegediagnosen liegt auf der Stärkung und Entwicklung von Ressourcen, um ein eigenständiges Handeln und selbstständiges Entscheiden zu gewährleisten.

Im Pflegeprozess hat in letzter Zeit ein deutliches Umdenken stattgefunden und es kam zu einem Paradigmenwechsel von Krankheit zu Gesundheit. Auch durch die Novellierung des GuKG im Jahr 1997 und die Änderung der Berufsbezeichnung der Fachpflege in Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege haben sich ungewohnte Interventionen ergeben, die sich bis heute noch nicht ganz durchgesetzt haben, aber immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Diese Arbeit widmete sich in diesem Zusammenhang dem Schritt von einem defizitorientierten Pflegeprozess zu einer ressourcenorientierten Interaktion bei den Pflegetätigkeiten, die die komplexe Situation des Pflegeaufwands verdeutlicht und bei der die zahlreichen professionellen Tätigkeiten der Pflege transparent werden. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass eine ressourcenorientierte Pflegeplanung nur unter bestimmten Voraussetzungen etablierbar ist. Nicht nur die Schwierigkeit des jeweils unterschiedlichen Pflegeverständnisses der einzelnen Pflegekräfte, sondern auch nicht ausreichende Rahmenbedingungen erschweren die adäquate Durchführung des Pflegeprozesses, zu dem die Regelung der Arbeitszeiten und die Dienstplangestaltung, der Rahmen für einen ausführlichen Informationsaustausch, eine Erleichterung durch Pflegestandards und die zeitlichen wie auch strukturellen Möglichkeiten zur Dokumentation zählen.

Diese Arbeit soll das Augenmerk auf die Ressourcenorientierung in der Pflegeplanung lenken. Durch die deutliche Transparenz des geleisteten Arbeitsaufwands und die Zufriedenheit der Bewohner soll dem Pflegepersonal eine angemessene Wertschätzung vermittelt werden. Gleichzeitig soll die Motivation zur Dokumentation gefördert werden. Zudem wird diese Arbeit der Pflegedirektion vorgelegt, um die Rahmenbedingungen zu überdenken und gemeinsam konstruktive Neuerungen zu initiieren.

## 7. LITERATURVERZEICHNIS

BRIESKORN-ZINKE, Marianne (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege, 3. Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

BÖLICHE, Claus et al. (2007): Ressourcen erhalten, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

DAPP, Ulrike (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen, 1. Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

HASSELER, Martina, MEYER, Martha (2006): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

LEONI-SCHEIBER, Claudia (2004): Der angewandte Pflegeprozess, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

LUNNEY, Margaret (2007): Arbeitsbuch Pflegediagnostik, Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess: - Fallstudien und –analysen, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

RIEDL, Maria (2006): Integratives Pflegekonzept von Maria Riedl, Band 1, Grundlagen, Books on Demand GmbH, Norderstedt.

RIEDL, Maria (2006): Integratives Pflegekonzept von Maria Riedl, Band 3, Pflegeprozess, Books on Demand GmbH, Norderstedt.

RIEDL, Maria (2006): Integratives Pflegekonzept von Maria Riedl, Band 4, Pflegediagnosen, Books on Demand GmbH, Norderstedt.

SCHALEK, Kurt, STEFAN, Harald (2009): Ressourcen diagnostizieren: POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik, In Pflegenetz - Das Magazin für die Pflege, Heft 3, Medical Update, Marketing & Media GmbH, Juni 2009, S. 10f, Wien.

SCHEICHENBERGER, Sonja (2009): Ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege, Schau auf die Flügel, die dich tragen, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

STEFAN, Harald et al. (2009): POP® PraxisOrientierte Pflegediagnostik: Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen, Springer Verlag, Wien.

WEISS-FASSBINDER, Susanne, LUST, Alexandra (2006): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG, MANZ Sonderausgabe, 5., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.

#### INTERNETQUELLEN:

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/ressourcenorientierung>  
[14.11.09]

<http://hno-pflege.at/pflegeprozess.html> [20.09.2009]

<http://de.wikipedia.org/wiki/Prozess> [07.01.2010]