

Sorgen Sie für ein breites Angebot bei den Mahlzeiten

Im vergangenen Jahr wurde der „Expertenstandard zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ aktualisiert. Lesen Sie hier, welche Empfehlungen sich daraus ableiten lassen und was bei der erfolgreichen Implementierung des Expertenstandards in den Pflegeeinrichtungen zu beachten ist.

Text: Barbara Pews | Antje Tannen

In vielen Setting der Gesundheitsversorgung sind Pflegekräfte oftmals die erste und auch die kontinuierlichste Profession, die für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erreichbar ist. Ihnen wird daher eine koordinierende und zentrale Funktion in vielen Versorgungsabläufen zugesprochen – so auch im Ernährungsmanagement. Durch ihren kontinuierlichen und persönlichen Kontakt zu den Bewohnern – insbesondere auch bei den Mahlzeiten – können sie deren Ernährungsvorlieben und -gewohnheiten unmittelbar beobachten und erfragen und dadurch potentielle Ernährungsdefizite frühzeitig erkennen. Zudem beschreiben internationale Studien, dass Pflegekräfte einen relevanten Einfluss auf das Ernährungsverhalten von pflegeabhängigen Personen haben.

Der systematisch entwickelte und von einer breiten Fachöffentlichkeit konsentrierte Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement in allen pflegerelevanten Versorgungssettings und in jeweils interprofessioneller Zusammenarbeit. Er baut auf einer internationalen Literaturrecherche und -synthese auf und enthält neben einer lesbar aufbereiteten Literaturstudie auch die daraus abgeleiteten Qualitätskriterien für ein erfolgreiches Ernährungsmanagement, die von einer Expertenkommission formuliert wurden. Er verfolgt das Ziel, kranken und pflegebedürfti-

gen Menschen eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung sicherzustellen und diese zu fördern. Er beschreibt sowohl Aspekte zur Gesundheitsförderung, als auch zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung. Die adressierte Zielgruppe des Expertenstandards sind erwachsene pflegebedürftige Menschen. Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche sind ebenso ausgeschlossen, wie Menschen mit speziellen ernährungsbezogenen Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Anorexia Nervosa. Diese Populationen haben spezielle ernährungsrelevante Bedürfnisse, die

lich, verstehbar und umsetzbar. Zudem werden zentrale Versorgungselemente, darunter eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und interaktionsintensive pflegerische Tätigkeiten wie Information, Beratung und Anleitung berücksichtigt.

Für die neueste Aktualisierung von 2017 wurden alle Studien gesichtet, die seit der Veröffentlichung der ursprünglichen Fassung von 2009 publiziert wurden. Nach einer Sichtung und Diskussion der Studienergebnisse wurde deutlich, dass die Inhalte der ursprünglichen Fassung bestätigt werden konnten. Es wurde also inhaltlich nicht geändert,

Pflegekräfte haben einen relevanten Einfluss auf das Ernährungsverhalten von pflegeabhängigen Personen.

über die inhaltliche Reichweite des Expertenstandards hinausgehen. Der Expertenstandard fokussiert auf die orale Ernährung, andere Ernährungsformen, darunter enterale oder parenterale Ernährung werden nicht behandelt, da diese ebenfalls einen gesonderten Expertenstandard rechtfertigen.

Wie auch in den anderen Expertenstandards werden hier überprüfbare Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt, welche inhaltlich den Schritten des Pflegeprozesses folgen. Die logische und innerhalb der Pflege hinlänglich bekannte Abfolge von Assessment, Planung, Implementierung und Evaluation ist praxistaug-

sondern es gab lediglich sprachliche Anpassungen, die auf Rückmeldungen aus der Praxis und Forschung reagierten und das Ziel verfolgten, die Aussagen zu verdeutlichen.

Mit den genannten Maßnahmen soll einer drohenden oder bereits bestehenden Mangelernährung bei pflegebedürftigen Menschen entgegengewirkt werden. Die Empfehlungen sind Setting übergreifend und generalisiert, so dass sie für die lokalen Gegebenheiten in den jeweiligen Institutionen angepasst werden müssen. In der jeweiligen Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen sollten außerdem die Bedürfnisse und Bedarfe des Bewohners erfasst und ex-



Foto: Werner Krüper

Die Pflegefachkräfte sollten die Bewohner zur Nahrungsaufnahme motivieren und sie beim Essen unterstützen.

plizit berücksichtigt werden. Über die präventiven und kompensierenden Pflegeziele hinaus soll außerdem mittels der Gestaltung der Mahlzeiten ein Stück Lebensqualität der Bewohner erhalten oder wiederhergestellt werden. Dazu gehören Aspekte wie zum Beispiel Mitsprache bei der Menüauswahl, Qualität der Speisen und Getränke bis hin zur Gestaltung der Speiseräume und der Begleitung bei den Mahlzeiten. Denn: „Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität und sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität.“

Erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards

Die Implementierung des Expertenstandards ist ein Erfolgsfaktor sowohl für die pflegerische Beeinflussbarkeit einer drohenden oder manifesten Mangelernährung als auch für die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen. Umso wichtiger ist es, dass der fachliche Standard das pflegerische Handeln wirklich durchdringt und ein achtsamer Umgang mit dem Thema Ernährung daraus folgt. Einrichtungen, die den Expertenstandard in allen Dimensionen in die pflegerischen Prozesse übersetzen, erreichen eine deutliche Verbesserung nicht nur des Ernährungszustands der betroffe-

nen Personen, sondern eine subjektive und objektive Verbesserung der individuellen Lebensqualität für sie.

Aus der Perspektive des Qualitätsmanagements lassen sich entlang häufiger Befunde folgende Problembereiche bei der Anwendung des Expertenstandards Ernährungsmanagement extrahieren:

Fehler bei der Risikoidentifikation

- Risikoeinschätzung fehlt
- Individuelles Risiko wird nicht erkannt oder nicht richtig bewertet
- Risiko wird erkannt, aber keine passende pflegerische Intervention initiiert und verplant

Bei der Ursachenforschung für diese Ergebnisse sind immer wieder diese Punkte erkenntnisleitend:

- Wissenstransfer zur Methodik einer kriteriengeleiteten Risikoidentifikation ist nicht ausreichend oder nicht gelungen
- Unsicherheiten bei der Anwendung der Risikomatrix insbesondere im Sinne pflegfachlicher Einschätzung mittels vertikaler Betrachtung des Ernährungsrisikos (Begründung des Risikos entlang der in den Themenfeldern beschriebenen Phänomenen)
- „Räume“ zur Reflektion, Anwendung und Erprobung von Wissen fehlen

- Detailwissen aus der individuellen Pflegesituation im Sinne eines Fallverstehens fehlt

Fehler bei der Konzeption der pflegerischen Unterstützung

- Unterstützungsangebot passt nicht zur vorhandenen Ressource oder Einschränkung des Pflegebedürftigen
- Pflegerische Interaktion gelingt nicht
- Relevanz, Wirksamkeit und Fachlichkeit der angewendeten Pflegeinterventionen wird nicht oder unzureichend überprüft

Die Ursachen hierfür können in einem fehlerhaften pflegerisch-diagnostischen Prozess oder einem unzureichenden pflegerischen Fallverstehen begründet sein.

Unzureichende Rahmenbedingungen: Ablauforganisation

- Personalausstattung/-präsenz passt nicht zu den Hilfebedarfsspitzenzeiten (dazu gehören die Mahlzeitenzeiten)
- Ablauforganisation unterscheidet nicht in ausreichendem Maße nach Helfer- und Pflegefachkraftqualifikation mit der Folge, dass der Adressat der Pflegeintervention nicht das passende Unterstützungsangebot erhält

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PFLEGE

Folgende Empfehlungen zum pflegerischen Beitrag am Ernährungsmanagement können der aktualisierten Fassung des Expertenstandards von 2017 entnommen werden:

1. Jeder Patient/jeder Bewohner sollte bei Aufnahme einem standardisierten Screening und ggf. einem tiefergehenden Assessment unterzogen werden, damit potentielle Ernährungsrisiken frühzeitig entdeckt werden. Die Einrichtung muss dafür geeignete Instrumente und Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Dazu gehören standardisierte Screeninginstrumente (z. B. das Nutritional Risk Screening (NRS-2000) für den Krankenhausbereich oder das Mini Nutritional Assessment (MNA) für geriatrische Einrichtungen) aber auch geeichte Waagen zur Bestimmung des Körpergewichts und Hilfsmittel zur Bestimmung der Körpergröße.
2. Im Rahmen einer verbindlichen Verfahrensregel sollte die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit beschrieben werden, so dass die Pflegefachkraft alle im Einzelfall notwendigen Maßnahmen koordinieren kann.
3. Unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen sollte eine individuelle Mahlzeiten- und Interaktionsplanung erfolgen. Diese umfasst das Nahrungsangebot sowie die zeitliche und räumlich-atmosphärische Gestaltung der Mahlzeiten. Jede Einrichtung sollte zudem über ein geeignetes Ernährungskonzept verfügen.
4. Basierend auf den Bedarfen und Bedürfnissen des Patienten/des Bewohners sollte eine adäquate Motivation zur und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme durch Pflegefachkräfte gewährleistet werden. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende personelle Ausstattung.
5. Patienten/Bewohner und ggf. ihre Angehörigen sollten, sofern notwendig, über Entstehung und Folgen von Ernährungsdefiziten beraten werden und Möglichkeiten der Vorbeugung und Behebung (z. B. individuelle Ernährungskonzepte, Ernährung mit Supplementen, Strategien zur Erhöhung der Nahrungsaufnahme bei dementenkranken Menschen) sollten aufgezeigt werden.
6. In sinnvollen Zeitabständen sollte die Wirksamkeit der eingeleiteten Interventionen überprüft werden. Die Zeitintervalle der Überprüfung richten sich nach den bestehenden Ernährungsproblemen, den eingeleiteten Interventionen und nach Art und Schwere der Erkrankung.

- o Es mangelt an Arbeitsplanung und Engpassmanagement mit der Folge, dass die bestmögliche Personalpräsenz am Bewohner/Patienten nicht erreicht wird
- o Begrenzung der pflegerischen Reichweite durch Prozesse zentraler Dienste (z.B. Bereitstellung & Abholungszeiten der Mahlzeitenversorgung)

Dieser Befund ist häufig zurückzuführen auf fehlende (auch berufsgruppenübergreifende) Verknüpfung zwischen Personaleinsatz und Arbeitsablauforganisation und darauf, dass die Bedeutung von Arbeitsplanung und Engpassmanagement als Managementaufgabe vom Pflegemanagement unterschätzt wird.

Angebote und Mahlzeitenqualität

Die Individualität der Nahrungsangebote und die Mahlzeitenqualität (Zusammensetzung, Menge und Geschmack) sind ausschlaggebend dafür, dass Verzehrmenen überhaupt positiv beeinflusst werden können. Hauseigene Küchen werden von vielen Pflegeeinrichtungen vorgehalten und zunehmend

wieder als Qualitätsmerkmal wahrgenommen. Eine Verpflegung, wie sie darüber hinaus in einer funktionierenden Pflegeorganisation nach dem Hausgemeinschaftsmodell angeboten werden kann, erreichte erfahrungsgemäß eine annähernd optimale Reichweite für den Kunden.

Grundsätzlich ist die Entscheidung für die eine oder andere Organisationsidee der Verpflegungsprozesse in voll- und teilstationären Pflegeorganisationen von vielen Faktoren abhängig. Wichtig erscheint jedoch die Notwendigkeit eines flexiblen, hochwertigen und nah an den Kundenvorstellungen orientierten Mahlzeitenangebotes, das auf vielen Wegen erreichbar und organisierbar ist.

Fazit und Empfehlung

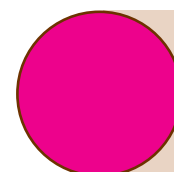
Die Lösung für die meisten Ernährungsprobleme liegt in einem individuellen Fallverstehen flankiert durch optimierte Rahmenbedingungen. Pflegerische Interventionen gehören hinsichtlich Relevanz, Wirksamkeit und Fachlichkeit evaluiert. Dazu muss das Pflegema-

nagement die Pflegefachkräfte ermutigen, beraten und begleiten. Der geringe Anpassungsbedarf und -aufwand, den die Evaluation des Expertenstandards gebracht hat, könnten Einrichtungen nutzen, um die Prozesse im Zusammenhang mit dem Thema Ernährung auf den Prüfstand zu stellen – der Nutzen für die Kunden wird spürbar sein.

MEHR ZUM THEMA

Weitere Informationen zum Expertenstandard unter www.dnqp.de

Barbara Pews, Teamleitung Pflege, Management- und Organisationsberaterin, Contec GmbH.



PD Dr. Antje Tannen MPH, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité Berlin.