



Maria Müller Staub
 Pflege PBS (Projekte, Beratung, Schulung)
 Stettlerstrasse 15
 CH-3006 Bern
 muellerstaub@bluewin.ch

Selbständige Pflegewissenschaftlerin in den Schwerpunkten Einführung von Pflegediagnostik, Weiterentwicklung der Pflegedokumentation als Vorbereitung für Klinische Informationssysteme, Curriculums- und Qualitätsentwicklung.

Pflegeklassifikationen im Vergleich
 Teil 2 in
 PRINTERNET 6/04

Schlüsselwörter

- Pflegeklassifikationen
- NANDA
- ICNP
- ICF
- ZEFP
- Pflegediagnostik
- Literaturreview

Pflegeklassifikationen im Vergleich

Teil 1

Maria Müller Staub

Dieser Bericht beschreibt Grundlagen der Pflegediagnostik¹ und hat zum Ziel, anhand wissenschaftlicher Kriterien Vor- und Nachteile verschiedener Klassifikationssysteme darzustellen. Er soll als Entscheidungsgrundlage zur Wahl der geeigneten Klassifikation der Pflegediagnostik für den Unterricht oder für die Einführung in die Praxis dienen.

Die Erhebung basiert auf einer Literaturreview (N=74) und auf empirischen Daten. Dabei wurden in einer Gelegenheitsstichprobe Pflegediagnostik-Verantwortliche verschiedener Institutionen zum Thema befragt (N=20).

Zuerst werden die Klassifikation der Pflegediagnosen der NANDA², die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis³, die Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich⁴ und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit⁵ vorgestellt. Eine kritische Analyse zeigt, dass die NANDA am meisten der Klassifikationskriterien erfüllt.

Der Bericht liefert Informationen zum Stand der Pflegediagnostik in der Schweiz und international und zeigt Entwicklungstendenzen auf.

Die Bedeutung von Pflegediagnose-Klassifikationen für die Pflege, für die Leistungserfassung, für Managementaufgaben, für elektronische Patientinnendossiers wie die Stellenberechnung und Kostensteuerung wird dargestellt.

Der Nutzen und die Anforderungen an Pflegediagnostik werden beschrieben und auf Grundlagen für die Einführung von Pflegediagnostik wird kurz eingegangen.

Anhand der Kriterien an eine Klassifikation, der momentanen Entwicklungstendenzen und unter Berücksichtigung von Vor- und Nachteilen der Pflegediagnostik wird die Klassifikation der Pflegediagnosen NANDA für die Einführung in die Pflegepraxis empfohlen.

Die inhaltliche Gültigkeit wurde anhand der Literatur und durch Expertengültigkeit etabliert. Die Resultate des empirischen Teils haben auf Grund der Stichprobenauswahl keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit oder Übertragbarkeit.

1. Ziele, Anforderungen und Kriterien einer Klassifikation

Ein Klassifikationssystem ordnet Gruppen von Klassen/Kategorien (Klasse), indem es die Beziehungen der Klassen untereinander und deren Charakteristika berücksichtigt. Eine Klasse besteht aus mehreren Einheiten. Wenn beobachtete Zeichen und Symptome einer Einheit mit den Charakteristika der entsprechenden Klasse korrespondieren, wird die Einheit in die Klasse eingeteilt⁶. Die Begriffe Klassifikation/Taxonomie werden oft synonym gebraucht.

Das Ziel eines Klassifikationssystems ist, durch die verschiedenen Klassen eine gesamte Domäne zu repräsentieren und die disziplinäre Kommunikation zu erleichtern.

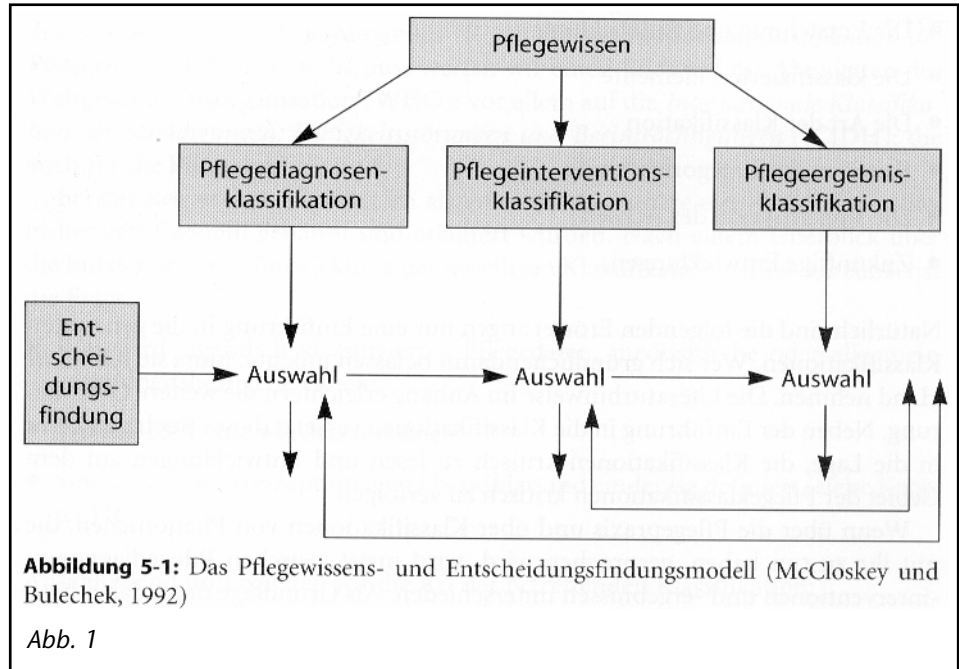
Anforderungen an eine Klassifikation: Der Zweck des Klassifikationssystems soll klar sein und eine breite Akzeptanz im Fachgebiet haben (Beispiel Medizin: ICD 10). Das Entwicklungsprozedere der Klassifikation soll transparent und die Parameter etabliert sein. Klassifikationssysteme erfordern, dass jede Klasse Teil des zentralen, übergeordneten Konzeptes ist. Der konzeptionelle Fokus und die Klassen der Phänomene sind identifiziert und haben eine genaue Bezeichnung. Jede Klasse muss mit wenigen Worten präzise bezeichnet werden können. Die Klassen sind einem Ordnungsprinzip, das logisch konsistente Beziehungen darstellt, entsprechend systematisch gegliedert. Kriterien für Klassen und Subklassen sind definiert, um den Ein- bzw. Ausschluss in die Klassen zu beschreiben. Die Abstraktionsebene auf den verschiedenen Stufen einer Klassifikation soll geeignet sein, um die von der Klassifikation verlangte Problemstellung zu beschreiben und um Interventionen zu planen.

Für die Pflege bedeutet dies, dass eine Pflegeklassifikation den Wissenskörper und den Verantwortungsbereich der Pflege umfassend darstellen soll. Jede Klasse soll zum zentralen Konzept „Pflege“ gehören und gültige, diagnostische Kriterien (Hauptcharakteristika) der Pflegeprobleme und deren Merkmale und Ätiologie aufweisen, sodass diese voneinander unterscheidbar sind.

Pflegeklassifikationen fassen Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse zusammen. Als Grundlage dient dabei häufig das Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsmodell (McCloskey & Bulechek, 1992) (siehe Abbildung 1).

Die Klassifikationen der Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse (Tryptochon) haben zum Ziel, den Wissenskörper und den Verantwortungsbereich der Pflege zusammenzufassen.

Aus: M. Müller Staub, Bern, 2003(2)



1.1. NANDA: die Klassifikation der Pflegediagnosen

1.1.1. Allgemeine Grundlagen, Ziele und Definitionen der Pflegediagnostik

Zu Beginn wird die älteste Klassifikation der Pflegediagnosen vorgestellt, welche durch die NANDA entwickelt wurde. Aus dieser Entwicklung resultierte umfassende Grundlagenliteratur, welche verschiedene Umschreibungen wie die konzeptuelle, die kontextuelle und die strukturelle Definition von Pflegediagnosen beschreibt. Die Ziele der NANDA sind umfangreich und werden in diesen Definitionen dargestellt.

Die Definition von Pflegediagnosen lautet: "Nursing diagnoses is a clinical judgement about individual, family or community responses to actual and potential health problems/life processes. Nursing diagnoses provide the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse is accountable" (Carroll-Johnson 1993). "Pflegediagnosen stellen eine klinische Urteilsbildung bezüglich aktueller oder potentieller Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse von Individuen, Familien oder Gemeinden dar. Pflegediagnosen bilden die Basis für die Wahl von Interventionen um Pflegeergebnisse zu erreichen, für welche die Pflegenden verantwortlich ist" (übersetzt durch die Autorin).

Die konzeptuelle Definition ist ein Produkt eines mehrjährigen Arbeitsprozesses der NANDA. Die Ergebnisse dieser Arbeiten gehen – nebst Veröffentlichungen in Zeitschriften – aus den Publikationen der NANDA-Konferenzen (Proceedings of the conferences) hervor (Gebbie, K.A. & Lavin, M.A., 1975; Gebbie, K.A., 1975; Kim, M.J., 1982; Loomis, M.E., 1987; Kim, M.J., McFarland, G. & McLane, A. 1984; Hurley, M., 1986; McLane, A., 1986; Carroll-Johnson, R., 1988, 1990 + 1993). Um die Anforderung an eine Klassifikation, die Domäne Pflege abzubilden, zu erfüllen, wurden die Definitionen von Pflegediagnosen im Zusammenhang mit Pflegemodellen entwickelt. In dieser Pflegegruppe arbeiteten M. Gordon, I. King, J. Fitzpatrick, M. Newman, D. Orem, M. Rogers, C. Roy, R.M. Parse und weitere Pflegeethikerinnen mit.

In der konzeptuellen Definition werden Pflegediagnosen beschrieben als individuelle Reaktionen auf gesundheitliche Probleme in Lebensprozessen. Im Begriff „Lebensprozesse“ wird der ganzheitliche, pflegerische Ansatz im Kontinuum des Lebens und der Einflüsse verschiedener Lebensphasen aufgenommen. Damit unterscheidet die Definition sich von der Medizin, in der Diagnosen Krankheitszustände beschreiben. Die Wichtigkeit der klinischen Urteilsbildung

ist in der konzeptuellen Definition festgeschrieben. Die Definition beinhaltet, dass Pflegediagnosen von Pflegenden gestellt werden. Die Definition zeigt, was Pflegediagnosen sind, durch wen Pflege angeboten wird und an wen sie sich richtet. Der Zusammenhang zu den abzuleitenden Pflegeinterventionen ist in der Definition gegeben. Diese kurze Darstellung der Definition zeigt, dass die Anforderung an eine Taxonomie, die Ziele und das Spezifische einer Domäne abzubilden, berücksichtigt wurde.

Die Einbettung der Pflegediagnosen in den Pflegeprozess und die klinische, ethische Urteilsbildung geht aus der kontextuellen Definition hervor. Von der kontextuellen Definition wurden Kriterien und Anforderungen an den diagnostischen Prozess abgeleitet. Der Prozess des Diagnostizierens und entsprechende Instrumente wurden im Grundlagenwerk von Marjory Gordon ausführlich beschrieben (Gordon, 1994 deutsche Übersetzung 2001). Die Patientinnenorientierung und die pflegerische Beziehung werden als Grundlagen im diagnostischen Prozess dargelegt. Während der Entwicklung fand eine breite, kritische Auseinandersetzung zur Frage der Standardisierung und um den möglichen Verlust der individuellen Einschätzung und Pflege statt. Resultat dieser Auseinandersetzungen waren Kriterien und Anforderungen an einen qualitativ guten diagnostischen Prozess. Die Thematik von falsch gestellten Diagnosen, von vorschnellem Etikettieren oder Fehlern im Diagnostizieren werden dargelegt und Hilfestellungen gegeben, um solche zu vermeiden. In der kontextuellen Definition werden der Einfluss und die Anwendung der Pflegediagnosen im Pflegealltag beschrieben. Ebenso wird die Bedeutung der Taxonomie für den Pflegealltag erläutert.

Bei der Entwicklung von Pflegediagnosen wurde induktiv vorgegangen. Aus der Praxis wurden gut begründete und belegte Vorschläge zu Pflegediagnosen gesammelt, überarbeitet, modifiziert, neue hinzugenommen und alte herausgenommen. Die Pflegediagnosen beschreiben Pflegephänomene, auf die anhand definierter Kennzeichen und Ursachen geschlossen wird. Die Begriffe sind für das Phänomen mit den Kennzeichen und der Ätiologie unverzichtbar verbunden. Die Pflegediagnosen zeigen den Anlass für pflegerische Maßnahmen und den Fokus für die Wahl von Pflegeinterventionen. Diese Annahme geht davon aus, dass Pflegeprobleme (Pflegediagnosen mit ihren spezifischen Merkmalen und Ursachen) durch pflegerische Maßnahmen gelindert oder verändert werden (McFarland and McFarlane 1997). Qualitativ gute Pflege hängt von den Informationen ab, zu denen die Pflegenden Zugang hat. Pflegenden sind Schlüsselpersonen im Sammeln von Informationen, im Beobachten der Patientinnen und im Generieren von Informationen. Damit richtet sich die Klassifikation nach theoretischen Auffassungen von Pflege (Bartolomeyczik, 2003). Die professionelle Entwicklung der Pflege führte zur Akzeptanz der Pflegediagnostik als wichtige Komponente und Schnittstelle im Pflegeprozess (McFarland and McFarlane 1997).

Kriterien an wirksames Diagnostizieren mussten definiert werden, um Pflegediagnostik einführen zu können. McFarland and McFarlane (1997) beschreiben folgende: (1) Eine Patientin, eine Familie oder eine Gemeinde muss immer ganzheitlich und als einzigartig betrachtet werden. Diese Sichtweise schließt physiologische, soziokulturelle, spirituelle, psychologische, entwicklungsbezogene und umweltbezogene Aspekte des Funktionierens ebenso mit ein wie die Einschätzung von Wohlergehen, Stärken, Mustern, Veränderungen und Risikofaktoren. (2) Die Pflegenden muss sich ihres Selbst bewusst sein, um so gut wie möglich die Perspektive der Patientin zu verstehen. Die Pflegenden sammeln Daten und unterscheidet zwischen Beobachtungen bei den Patientinnen, Familien oder einer Gemeinde und ihren eigenen Schlussfolgerungen. (3) Der Prozess der Datensammlung und die benutzten Instrumente müssen an die Situation der Patientin angepasst sein. (4) Die Umgebung, in der Pflegediagnostik durchgeführt wird, soll für die Erhebung von pflegerischen Daten förderlich sein: möglichst keine Störungen, wenig Lärm, eine ansprechende Umgebung und komfortable Sitzgelegenheiten. (5) Eine ganze Anzahl von Datenerhebungsstrategien soll zur Anwendung kommen, z.B. das pflegerische Interview, das Aufnehmen der Pflegegeschichte, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen, bestehende Pflegepläne und Pflegeberichte, medizinische Daten, Interviews mit Angehörigen, Beobachtungen der Umgebung, Interviews zum Verständnis der Kultur der Patientin sowie die Zusammenarbeit mit Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe. Wirksame Kommunikation und systematische Beobachtung sind während des gesamten Einschätzungs-Prozesses sehr wichtig (McFarland and McFarlane 1997).

Die Fähigkeit der Pflegenden, den klinischen Entscheidungsfindungsprozess zu gestalten, ist ihre Stärke die sie einsetzt, wenn sie Verantwortung für die Formulierung von Pflegediagnosen übernimmt. Pflegediagnosen, welche zu Beginn der pflegerischen Beziehung gestellt werden, sind immer als vorläufige „Arbeitsdiagnosen“ zu verstehen, welche über die Zeit spezifischer formuliert werden, nachdem sie mit der Patientin validiert sind. Der Prozess des Diagnostizierens umfasst vier Aktivitäten: Informationssammlung, Interpretation der Informationen, bündeln der Informationen und benennen der Informationen. Dieser fortwährende, zyklische Prozess schließt kognitive Fähigkeiten und eine differenzierte Wahrnehmung der Pflegenden ein. Gekonnte Informationssammlung und deren Interpretation setzen Erfahrungswissen voraus. Um ein gutes Verständnis für die Situation der Patientin zu haben ist es wichtig, jedes Pflegeproblem in seinem aktuellen Kontext und wenn möglich mit der Patientin oder ihren Angehörigen zu analysieren. Erst diese Analyse ermöglicht ein vertieftes Verständnis für die gesamte Patientinnensituation (Ehrenberg, Ehnfors et al. 1996). Die Interpretation der Pflegediagnosen muss auch die Umgebung und die Kultur

berücksichtigen. Zum Beispiel wird analysiert, wie verschiedene Aspekte zusammenhängen, ob Muster erkennbar sind, welche spezifischen Faktoren die Patientin beeinflussen und ob genügend Informationen vorhanden sind. Nach Gordon beinhaltet die Interpretation das Zuschreiben von Bedeutung und die Bestimmung von Wesentlichem. Eine erfahrene Pflegende zieht richtige Schlussfolgerungen und stützt die Diagnosen auf den Prozess klinischer Urteilsbildung.

Mit der Patientin gemeinsam formulierte Pflegediagnosen bilden die Basis für gemeinsame Planung und Zielerreichung (Erickson, Tomlin et al. 1991). Die Pflegende legt in Zusammenarbeit mit der Patientin fest, welche Pflegediagnosen sofortige Pflegeinterventionen erfordern (Gordon 1994). McFarland & McFarlane (1997) und Gordon (1994) umschreiben „Pflegediagnosen als Prozess“. Der Diagnoseprozess umfasst die Beziehungsaspekte und den Miteinbezug der Patientinnen und stellt hohe Anforderungen an Pflegende. Die Verantwortung für den diagnostischen Prozess liegt bei diplomierten Pflegenden, deren klinische Urteilsbildung Wissen, Können und Erfahrung erfordert. Das Diagnostizieren kann nicht weniger ausgebildeten Personen delegiert werden. „Pflegediagnosen als Produkt“, das Stellen von Pflegediagnosen, bedeutet weit mehr als die Zuteilung von „Etiketten“. Fortgeschrittene Pflegende sind für Pflegediagnostik und die entsprechenden Interventionen zuständig und verantwortlich. Dies schließt die Konsultation mit nichtpflegenden Berufspersonen, welche sich aus dem Fachgebiet der Pflege entwickelt haben (z.B. Physiotherapie, Sozialarbeit) nicht aus. Der Verantwortungsbereich der Pflegenden umfasst nebst Pflegediagnostik und Evaluation von Interventionen auch die Gesamtkoordination von Interventionen anderer Berufsgruppen, welche die Pflegediagnosen nötig machen.

Die strukturelle Definition (PES-Format) gibt Kriterien vor, wie eine Pflegediagnose formuliert sein muss, um in der NANDA-Taxonomie aufgenommen zu werden. Gemäß taxonomischen Kriterien muss eine Pflegediagnose das Problem genau identifizieren (das P in **PES**); und zugleich ein Ergebnis projizieren (Gesundheitsfokus). Dies bedeutet, dass der Diagnostitel die Problembeschreibung als Label zusammenfasst, eine vollständige Pflegediagnose besteht aus Titel und Problemdefinition. Jeder Pflegediagnose werden verschiedene, ursächliche oder Faktoren zugeordnet (**PE**=Etiologie). Da die Pflege von einem ganzheitlichen Fokus ausgeht, müssen die Gründe für die Pflegediagnose in der Pathophysiologie, im Verhalten und den Umgebungsfaktoren beschrieben sein. Die Ätiologie bildet die Basis der Pflegeinterventionen und deshalb wird sie für jede Pflegediagnose beschrieben. Den Pflegediagnosen werden Zeichen und Symptome (Signs/Symptoms **PES**) zugeordnet, diese werden in Haupt- und Nebenkennzeichen unterschieden. Mit dem PES-Format werden in der NANDA taxonomische Kriterien von der abstraktesten Ebene der Domänen bis zur operationalisierten Ebene der Zeichen und Symptome berücksichtigt.

1.1.2. Argumente für die Pflegediagnostik und für deren Dokumentation

Pflegende sind in der Lage, wesentliche Pflegeprobleme schnell zu identifizieren (Johnson and Hales 1989; Mize, Benteley et al. 1991; Turner 1991). Qualitativ hochstehende Pflege setzt voraus, dass die Pflegende die Pflegediagnosen und die Pflegeplanung genau kennt. In der Literatur wird Pflegediagnostik eng mit dem Pflegeprozess verknüpft dargestellt. In Anlehnung an diesen werden nun Pflegediagnosen, Interventionen und Pflegeergebnisse beschrieben. Im Pflegeprozess meint der dritte Schritt die Festlegung der Pflegeziele. Der vierte Schritt ist die Planung der Pflegemaßnahmen. Anstelle eines Pflegeziels wird nun gemeinsam mit der Patientin für jede Pflegediagnose ein Ergebnis formuliert und die Interventionen festgelegt. Die Einschätzung beim Eintritt der Patientin und die laufenden Überprüfungen und Anpassungen der Pflegediagnosen bilden die Voraussetzung, um die Verbesserungen im Ergehen der Patientin zu erfassen. Durch professionelle Urteilsbildung und Kreativität der Pflegenden können standardisierte Pflegeplanungen individualisiert werden (Turner, 1991). Pflegediagnostik hat den Anspruch, Patientinnen ganzheitlich und individuell zu betreuen (Carroll-Johnson, 1993; Gordon, 1994; McFarland & McFarlane, 1997). Die Begründerinnen der Pflegediagnostik wiesen ausführlich auf Individualität – trotz Standardisierung – hin. Individualisierung kann jedoch erst nach Standardisierung erfolgen.

Ein wesentlicher Unterschied zum Pflegeprozess besteht darin, dass Pflegediagnosen, Interventionen und Ergebnisse theoretisch begründet und inhaltlich gefüllt sind. Der Pflegeprozess wurde mehrfach als zu technisch und theoretisch nicht fundiert kritisiert. Dabei wurde argumentiert, dass die uniforme Sprache das Risiko der Fragmentation und Reduktion beinhaltet (Henderson 1982, McCormack 1993, McHugh 1986, Fonteyn & Flaig Cooper 1994 zitiert nach Ehrenberg, Ehnfors, & Thorell-Ekstrand, 1996). Die Klassifikationen der Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse hingegen haben zum Ziel, den Wissenskörper und den Verantwortungsbereich der Pflege zusammenzufassen. Die Anforderungen an eine effiziente und theoretisch fundierte Pflege sowie an die Qualitätsentwicklung haben rapide zugenommen und Pflegende wenden vermehrt computerisierte Dokumentationssysteme an. Pflegestandards, individuelle Pflegeplanung und Pflegeindikatoren schließen sich gegenseitig nicht aus und sind integrale Bestandteile von Qualitätssicherung. Pflegedokumentationen stellen die Basis für laufende Qualitätsüberprüfungen dar. Die Dokumentation ist ein wich-

tiges Instrument um Sicherheit, Kontinuität und Qualität zu gewähren (Hanson, Kennedy, Dougherty, & Bauman, 1990; Mize, Benteley, & Hubbard, 1991; Turner, 1991). Die aus der Pflegepraxis entwickelte und auf Forschung abgestützte NDC⁷, bildet eine Basis für die Dokumentation und die Leistungserfassung. Da der Fokus der Pflege durch die Einführung von Pflegediagnosen verstärkt wird, werden verschiedenste Elemente professioneller Praxis beeinflusst.

Im Zusammenhang mit der NANDA wurden die NIC⁸ und die NOC⁹ entwickelt. Zusammen bilden die drei Klassifikationen das auf Seite 297 beschriebene Tryptochon (Bulechek, 1992), welches die Pflege und den Entscheidungsfindungsprozess abbildet. Diesen Prozess durchläuft die Pflegendende, wenn sie Pflegediagnosen stellt und die entsprechenden Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse individuell mit der Patientin plant.

Die Klassifikation der NANDA ist multiaxial und weist sieben Achsen auf: Diagnostisches Konzept (Diagnosetitel und Definition), Zeit (akut, chronisch, Kurz- oder Langzeit), Pflegeeinheit (Individuum, Familie, Gemeinde, Zielgruppe), Alter (von Fötus bis Hochbetagte), Gesundheitsstatus (aktuell, Risiko für, Möglichkeiten oder Ressourcen für Entwicklung/Erweiterung), Deskriptor (begrenzt oder spezifiziert die Bedeutung des diagnostischen Konzeptes) und Topologie (Ort, Teil oder Körperregion) (NANDA, 2002). Die NANDA beinhaltet 13 Domänen, 46 Klassen und 154 Pflegediagnosen. Die NIC umfasst sechs Bereiche, 26 Klassen und 486 Interventionen.

Im Anhang I ist als Beispiel die Pflegediagnose „beeinträchtigte körperliche Mobilität“ angefügt. Das Klassifikationschema der NANDA Taxonomie II findet sich in Anhang II.

Diese Zusammenfassung gilt als Ausgangslage für die beschriebenen Klassifikationen, welche diese Grundlagen nicht entwickelt haben. Weil die NANDA Grundlagen der Pflegediagnostik ausführlich beschreibt, sind sie an dieser Stelle zusammengefasst. Die NANDA Klassifikation der Pflegediagnosen bildet in einheitlicher, taxonomisch geordneter Sprache die Gesundheitsprobleme ab, auf die Pflegendende durch Pflegeinterventionen Lösungen bieten.

Damit Pflegediagnostik wirksam durchgeführt wird, müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllt sein. Die Einführung umfasst die Schulung des diagnostischen Prozesses als Beziehungsprozess, der kommunikativen Fähigkeiten, der klinischen Urteilsbildung und das Kennen der Pflegediagnosen sowie ihrer zugeordneten Merkmale und Ursachen. Pflegediagnostik ist ein wichtiger Schritt, um Pflegeprobleme und die entsprechenden Pflegeleistungen fassbar zu machen. Bei den heute knappen Ressourcen können nur deklarierte Leistungen vergütet werden, deren Wirkung nachweisbar ist. Pflegeinterventionen werden auf der Basis von pflegerischer Problemeinschätzung, respektive Pflegediagnostik, durchgeführt. Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege wurde als der wichtigste Prädiktor der Gesamt-Zufriedenheit mit der Spitalbehandlung ermittelt (Megivern, Halm et al. 1992; Bethel and Ridder 1994; Munro, Jacobsen et al. 1994; Redmond and Sorrell 1999). Wenn Patientinnen erleben, dass ihre Pflegeprobleme richtig erfasst und ernst genommen werden, trägt dies zur Patientinnenzufriedenheit bei. Zufriedenheit mit Pflegeleistungen ist zu einem Maßstab für Patientinnen, Anbietende und Versicherer geworden.

Pflegediagnostik ist richtungsweisend für die Pflegeorganisation und für Klassifikations-Systeme (Bulechek, Kraus, Wakefield, & Kowalski, 1990). Die Anforderungen an eine effiziente und theoretisch fundierte Pflege sowie an die Qualitätsentwicklung haben stark zugenommen und Pflegendende wenden vermehrt computerisierte Dokumentationssysteme an. Pflegestandards, individuelle Pflegeplanung und Pflegeindikatoren schließen sich gegenseitig nicht aus. Im Gegenteil, es sind integrale Bestandteile von Qualitätssicherung. Die Einführung von Pflegediagnosen beeinflusst alle Elemente professioneller Praxis: Pflegediagnostik hat Auswirkungen auf die Pflegephilosophie, auf die Ziele der Organisation und auf die Pflegeplanung. Ebenso die Qualitätssicherung, die Weiterbildung Pflegendender und die Pflegestandards werden durch Pflegediagnostik beeinflusst.

1.1.3. Studien zur Klassifikation der Pflegediagnosen

Um die Breite der Forschung zur NANDA zu beleuchten wird diesem Thema ein Kapitel gewidmet. Auf die Resultate wird dabei bloß zusammenfassend hingewiesen, da eine differenzierte Darstellung dieser den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Zur Validierung der Pflegediagnosen sind verschiedene Forschungsmodelle entwickelt worden. Es liegt Literatur vor zur Forschungsmethodologie für die Identifikation von Pflegediagnosen (Gordon and Sweeney 1979; Hoskins 1989; Grant, Kinney et al. 1990; Fehring 1994), zu Konzeptanalysen für einzelne Pflegediagnosen (Creason, Camilleri, & Kim, 1993; Hoskins, 1989; Hupcey, Morse, Lenz, & Tason, 1996) und zur Inhaltsvalidität von Pflegediagnosen (Fehring, 1994; Grant, Kinney, & Guzzetta, 1990; Hoskins, 1989). Gemäß den Kriterien der NANDA soll jede Pflegediagnose drei klinische Studien zur Überprüfung der Inhaltsvalidität durchlaufen, bevor sie in die Klassifikation aufgenommen wird. Die Studien müssen durch klinisch fundierte Pflegeexpertinnen (advanced practitioner, clinical nurse specialist mit Masterabschluss), welche in der Praxis tätig sind und sich durch Publikationen im Fachgebiet der zu untersuchenden Pflegediagnose auszeichnen, durchgeführt werden. Zur Entwicklung, Einführung

und Validierung der NANDA-Pflegediagnosen wurden umfangreiche Studien durchgeführt (Müller Staub, 2001).

Die Pflegedokumentation wird als Kernstück und Abbild der tatsächlich geleisteten Pflege betrachtet, weil die Pflegediagnosen darin umschrieben und die entsprechenden Interventionen aufgezeichnet werden. Viele Forscherinnen evaluierten Pflegediagnostik anhand von Dokumentenanalysen. Für Messinstrumente zur Evaluation von Pflegediagnostik anhand der Pflegedokumentation wurden Kriterien operationalisiert (Bethel & Ridder, 1994; Brown, Dunn, Ervin, & Sedlak, 1987; Eriksen, 1987; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991). Die Art und Weise der Diagnosen-Formulierung und die Frage, ob die diagnostische Aussage durch Pflegeinterventionen behandelbar ist, wurde mehrfach untersucht (Bethel & Ridder, 1994; Hanson et al., 1990; Mize et al., 1991, Müller Staub, 2002).

Die Gültigkeit von Pflegediagnosen ist vielfach untersucht worden. Die Merkmale (signs/symptoms) und Ursachen (ethiology) der Pflegediagnosen und die Richtigkeit der zuzuordnenden Interventionen sind mehrfach erforscht. Von 1986 bis 1994 wurden allein 27 Pflegediagnosen nach dem Fehring-Modell validiert, einige davon durch mehr als eine Studie (Fehring, 1994). Ebenso wurden die Häufigkeit von gestellten Pflegediagnosen (Johnson & Hales, 1989; Käppeli, 1995; Mize et al., 1991; Turner, 1991), die Neuanpassung und die Dokumentation der Lösung der Pflegeprobleme analysiert (Johnson & Hales, 1989; Müller Staub, 2002). Brown berichtet von einem Instrument das untersucht, wie Pflegende auf der Intensivstation Daten dokumentieren. Dabei wurden Einschätzungskriterien zu sechs Pflegediagnosen formuliert und überprüft (Brown, Dunn et al. 1987). Eine andere Studie erforschte die Dokumentation und die Anwendung des VIPS¹⁰ Modells (= Wohlbefinden, Integrität, Prävention und Sicherheit), das 1991 entwickelt wurde. Das Modell beinhaltet die Pflegegeschichte, den Pflegestatus, die -diagnosen, die -ziele und die -interventionen. Auch die Ergebnisse und der Austrittsbericht sollten in der Pflegedokumentation beschrieben sein. Das Modell ist eine Mischung von klinischer Alltagssprache und internationaler Fachsprache. In Schweden ist das Modell weit verbreitet und die Resultate mehrerer Studien zeigten, dass damit die Dokumentation gefördert wurde (Ehrenberg et al., 1996). Bulechek stellte eine Anleitung vor, um Pflegediagnostik zu evaluieren.

Es wurde auch überprüft, ob Pflegeplanungsinstrumente den Gebrauch von Pflegediagnosen unterstützen, ob Pflegediagnosen integraler Bestandteil des Qualitätssicherungsprogramms sind und ob die Dokumentation den Pflegeprozess reflektiert (Bulechek et al., 1990). Viele dieser Studien fokussierten auf die Pflegedokumentation und bestätigten deren Zunahme und erhöhte Genauigkeit. Es zeigte sich, dass pathophysiologische und häufig vorkommende Pflegediagnosen gezielter erfasst werden als diejenigen, die präventive Interventionen erfordern oder solche im psychosozialen Bereich (Brown et al., 1987; Hanson et al., 1990). Ehrenberg befragte 544 Pflegende; die Ergebnisse zeigten, dass 83% die Pflegegeschichte und 84% den Pflegestatus der Patientinnen erhoben. Am wenigsten häufig wurden Pflegediagnosen und Pflegeziele (40%, bzw. 43%) gestellt (Ehrenberg et al., 1996).

Die Ergebnisse einer Studie von Johnson und Hales zeigten, dass Pflegediagnostik dazu beiträgt, Patientinnen Bedürfnis gerechter zu pflegen (Johnson & Hales, 1989). Ein wesentliches Forschungsergebnis zeigt, dass Pflegepläne die auf der NANDA-Klassifikation basieren, die berufsständischen Standards erfüllen und individuelle Pflege ermöglichen. Diese Pflegepläne beinhalten die Schritte des Pflegeprozesses und können in PC-Datenbanken eingegeben werden. Dem Anspruch, die von Pflegenden geleistete Arbeit auf effiziente Weise erfass- und als Kostenfaktor ausweisbar (Turner, 1991) zu machen, wird damit entsprochen.

1.1.4. Fragen und Probleme zur NANDA

Die NANDA wurde im amerikanischen Pflegekontext entwickelt. Das schweizerische Pflegeverständnis deckt sich in vielen Hinsichten mit demjenigen der amerikanischen Literatur. Die Übersetzungen verschiedener Pflegemodelle, zu den Themen Pflegeexpertise, Caring und Empowerment stießen auf breites Interesse und haben die Auffassung und Beschreibung von Pflege in der Schweiz seit Jahren beeinflusst. Es wurde öfters kritisiert, die amerikanisch geprägte NANDA sei „kulturell nicht kompatibel“ mit Europa. Begriffe, welche aus dem Fokus der Pflege formuliert werden, erscheinen hierzulande oft fremd. Ob es sich dabei wirklich um kulturspezifische Unterschiede in den Pflegeproblemen handelt? Wenn unter Kultur das Rollenverständnis der Pflegenden gemeint ist, ist diese Kritik berechtigt. Die Unterschiedlichkeiten müssten jedoch benannt werden. Dabei könnte sich zeigen, ob sie sich eher auf die Pflegenden, als auf die Reaktionen von Menschen auf gesundheitliche Probleme (Pflegediagnosen) beziehen. Unterschiede zwischen dem amerikanischen und dem europäischen Kontext bestehen bezüglich der Anerkennung und Rolle der Pflege als Profession.

Ein wichtiger Unterschied zur Schweiz besteht darin, dass der eigenständige Verantwortungsbereich der Pflege in den USA klarer definiert ist. Da der pflegerische Auftrag in Europa (außer Österreich) kaum gesetzlich verankert ist und die Eigenständigkeit der Pflege „informell“ wahrgenommen wird, scheint der pflegerische Verantwortungsbereich hier kleiner als in den USA. Die länger zurückliegende Akademisierung und Professionalisierung in den USA ermöglichten ein selbstbewussteres, fachliches Verständnis von Pflege. Dies hat sich

im Gebrauch der pflegerischen, disziplinären Fachsprache niedergeschlagen. Die Anzahl der selbständig angebotenen Pflegeleistungen, vor allem für „advanced practitioners“ mit Masterabschluss, mag zwar größer sein. Beispielsweise verordnen sie Medikamente und erheben den pathophysiologischen Status. Ob gerade dieses Mehr an Pflegeinterventionen jedoch Pflege ausmacht? Erst wenn die Pflegenden beginnen, ihre Rolle aus dem Fokus der Pflege zu formulieren, wird die Eigenständigkeit und Unterschiedlichkeit zu andern Gesundheitsberufen deutlich.

Um im interdisziplinären Kontext Verständigung zu erlangen, braucht es die Benutzung der disziplinären Fachsprache, um die individuellen Reaktionen der unterschiedlichen Personen (Patientinnen) auf gesundheitliche Probleme und den daraus resultierenden Pflegebedarf (Pflegediagnosen) sicht- und vertretbar zu machen. Unter dem Kostendruck werden Pflegenden in Zukunft wohl nicht weniger gefragt sein, die Anliegen der Patientinnen und deren Pflegebedarf zu vertreten. Andererseits muss diese Fachsprache verstanden werden. Pflegenden leisten ihren Beitrag zum interdisziplinären Verständnis, indem sie die Fachausdrücke anderer Disziplinen verstehen und kontextangepasst gebrauchen (medizinisch mit dem Mediziner, alltagsnah mit der Patientin). Dürfte dieser Anspruch nicht auch für Angehörige anderer Berufsgruppen gelten? Könnte eine einheitliche, konzisere Pflegesprache für Angehörige anderer Berufsgruppen nicht sogar verständlicher sein, als die oft unspezifischen Formulierungen von Pflegenden?

1.2. ICNP: die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis

Die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP) wurde 1989 vom International Council of Nurses (ICN) mit dem Ziel initiiert, die Pflegepraxis zu umschreiben und eine gemeinsame Sprache für die Kommunikation zwischen Pflegenden zu bieten. Das Dänische Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung unter der Leitung von Randi Mortensen und Gunnar Nielsen nahm diese Anregung auf. Es entwickelte daraus das EU-Projekt Telenurse, in welchem von 1992-2000 in einer gemeinsamen Arbeit von Pflegewissenschaft, Praxis und Informatik aus 12 Ländern die ICNP Alpha Version (1996) entwickelt wurde (Coenen & Wake, 1996; Nielsen, 2000; Nielsen & Mortensen, 1996). Die ICNP ist eine auf internationaler Ebene entwickelte Klassifikation von Pflegephänomenen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen. Mit dieser Struktur lehnt sie sich an das von McCloskey & Bulechek entwickelte und breit akzeptierte Tryptochon an (McCloskey & Bulechek, 1992). Als Rahmenklassifikation soll die ICNP die Zuordnung bestehender Vokabularen und Klassifikationen und den Vergleich von Pflegedaten ermöglichen. Entsprechende Verweisstrukturen (Mappings) sollen die internationale Vergleichbarkeit pflegerischer Dokumente sichern (Dörre, Hinz, & König, 1998). Die jetzt vorliegende Beta-Version umfasst insgesamt 2563 Begriffe für Pflegephänomene und Pflegehandlungen (Hinz, Dörre, König, & Tackenberg, 2003). Dabei kann die ICNP als Referenzklassifikation dienen, damit Pflegenden ihre regionalen oder einrichtungsspezifischen Begriffe weiter verwenden können.

1.2.1. Ziele der ICNP

- Etablierung einer gemeinsamen Sprache zur Beschreibung der Pflegepraxis, um die Kommunikation innerhalb der Pflege und zwischen der Pflege und anderen zu verbessern.
- Beschreibung der Pflege von Menschen (Individuen, Familien, Gruppen) in unterschiedlichen Settings, in- und außerhalb von Institutionen.
- Ermöglichen des Vergleichs von Pflegedaten über verschiedene klinische Populationen, Settings, geografische Räume und Zeiträume hinweg.
- Nachweis oder Planung von Entwicklungen pflegerischer Leistungen und Ressourcenzuteilung aufgrund von Patientinnenbedürfnissen, welche durch Pflegediagnosen beschrieben sind.
- Anregung der Pflegeforschung, durch das Verknüpfen von Daten aus Pflege- und Gesundheitssystemen.
- Gewinnen von Daten über die Pflegepraxis zur Beeinflussung der Gesundheitspolitik.

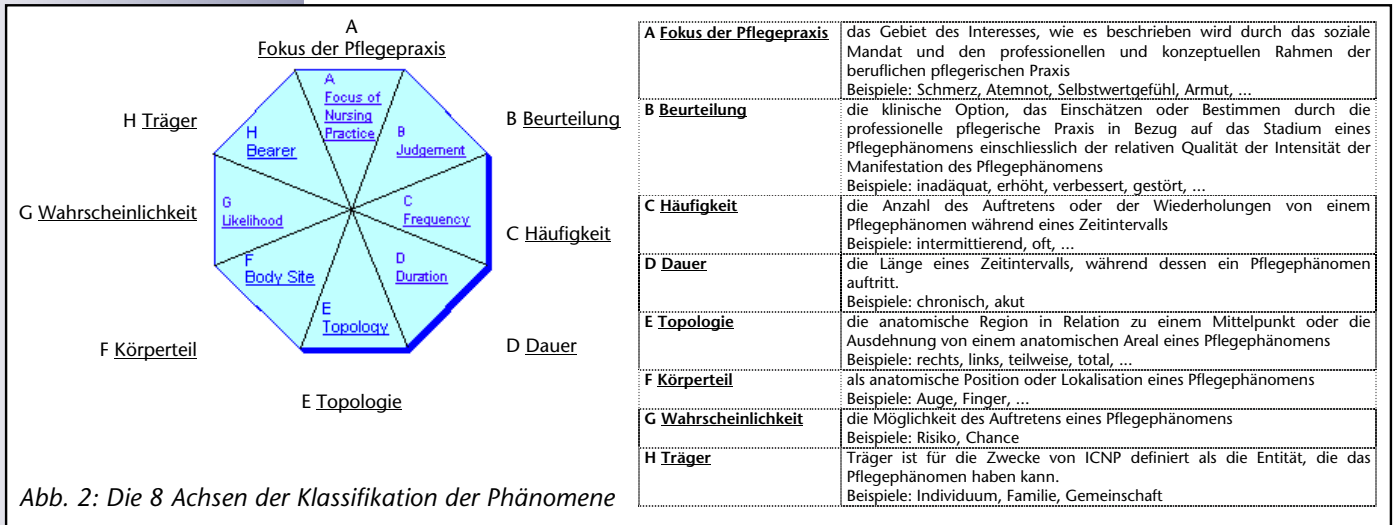
Verständnis von Pflege

Für die Pflege relevante gesundheitliche Phänomene sind Reaktionen von Individuen, Familien und Gruppen auf vorhandene oder potentielle Gesundheitsprobleme.

Pflege, als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung, umfasst Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheit, Sorge für Kranke und Behinderte aller Altersgruppen in unterschiedlichsten Settings. Für die Pflege relevante gesundheitliche Phänomene sind Reaktionen von Individuen, Familien und Gruppen auf vorhandene oder potentielle Gesundheitsprobleme. Was das konkret bedeutet, wird lokal je nach soziokulturellem Kontext unterschiedlich definiert. Die ICNP soll so umfassend sein, dass sie in unterschiedliche Kulturen und Ländern verwendet werden kann.

1.2.2. Klassifikation der Pflegephänomene

Definition von Pflegephänomenen: Für die pflegerische Praxis relevante Aspekte der Gesundheit.



Beschreibungen

Die Achsen enthalten *Benennungen* (terms) und *Definitionen* der Begriffe (Concepts). Die Benennungen (terms, Terme; Namen für die Konzepte) können unterschiedlich sein (Synonyme), sofern sie immer noch für das in der Definition charakterisierte Konzept stehen. Die in der ICNP enthaltenen Begriffe sind also folgendermaßen beschrieben (Beispiele aus dem Entwurf zur deutschen Übersetzung Version 0.3):

Nummer in Klassifikation	Benennung/ Term	Definition
1A.1.1.1.1.2	Atemstörung, Dyspnoe	<i>Dyspnoe ist ein Typ der Atmung mit den spezifischen Merkmalen: Mühsames Bewegen von Luft in die Lunge und aus der Lunge mit Beschwerden und gesteigerter Anstrengung, Kurzatmigkeit, verbunden mit insuffizientem Sauerstoff im Kreislauf, Nasenflügelatmung, Veränderungen der Atemtiefe, zusätzliche Atemgeräusche, Keuchen, Rasseln, Rhonchi (Rasselgeräusche d. Ü.), abklopfbare Resonanzgeräusche, Nutzung von zusätzlichen Muskeln, Beklemmung, Lippenatmung, Fremitus (dunkles Rauschen d. Ü.) und Unwohlsein.</i>

Tab. 1

Definition von Pflegediagnosen: Eine Bezeichnung für die Beurteilung eines Phänomens, welches der Fokus von Pflegeinterventionen ist. Eine Pflegediagnose ist zusammengesetzt aus Konzepten, die in den Achsen der Klassifikation der Pflegephänomene enthalten ist.

Regeln für das Formulieren von Pflegediagnosen: Eine Pflegediagnose

- muss eine Bezeichnung aus der Achse Fokus der Pflegepraxis enthalten
- muss eine Bezeichnung aus den Achsen Beurteilung oder Wahrscheinlichkeit enthalten
- Bezeichnungen aus anderen Achsen sind optional zur Erweiterung oder Klärung der Diagnose
- aus jeder Achse darf nur eine Bezeichnung gewählt werden

Wahl der Achsen Fokus der Pflegepraxis Beurteilung Häufigkeit Topologie Körperteil	Wahl der Benennungen Schmerz Extrem (ja, zu einem sehr hohen Grad) Intermittierend Rechts Fuß
Pflegediagnose	↓ Extremer intermittierender Schmerz im rechten Fuß

Tab. 2: Beispiel

Definition von Pflegeergebnissen: Das Ausmaß oder der Status von Pflegediagnosen zu einem Zeitpunkt nach Pflegeinterventionen.

Dieselben Regeln wie für das Formulieren von Pflegediagnosen gelten für das Formulieren von Pflegeergebnissen. Ein Pflegeergebnis:

- muss eine Bezeichnung aus der Achse Fokus der Pflegepraxis enthalten
- muss eine Bezeichnung aus den Achsen Beurteilung oder Wahrscheinlichkeit enthalten
- Bezeichnungen aus anderen Achsen sind optional zur Erweiterung oder Klärung der Pflegediagnose
- aus jeder Achse darf nur eine Bezeichnung gewählt werden

1.2.3. Klassifikation der Pflegehandlungen (Interventionen)

Definition von Pflegehandlungen: Verhalten von Pflegenden in der Praxis.

A Handlungstypen	die Tat, die bei einer Pflegehandlung ausgeführt wird. Beispiele: Unterrichten, überwachen, einführen, drehen, ...
B Ziele	die Entität, die angestrebt wird durch eine Pflegehandlung oder die den Inhalt einer Pflegehandlung ausmacht. Beispiele: Schmerz, Atemnot, Kind, Haushilfe, ...
C Mittel	eine Einheit, die bei der Durchführung einer Pflegehandlung verwendet wird. Mittel beinhaltet beides: Instrumente, definiert als Werkzeuge, die bei der Durchführung von Pflegehandlungen verwendet werden, und Dienste, die als eine spezifische Arbeit oder einen Plan bei der Durchführung einer Pflegehandlung definiert sind. Beispiele: Verband, Techniken des Blasentrainings, Austrittsvorbereitung, ...
D Zeit	die zeitliche Orientierung einer Pflegehandlung. Zeit beinhaltet beides: Zeitpunkte (Ereignisse), definiert als definite Momente in der Zeit, und Zeitintervalle (Episoden), definiert als die Dauer zwischen zwei Ereignissen Beispiele: beim Austritt, intraoperativ, pränatal, ...
E Topologie	die anatomische Region in Bezug auf einen mittleren Punkt oder die Ausdehnung eines anatomischen Bereichs, die in eine Pflegehandlung einbezogen sind. Beispiele: links, total, ...
F Ort	die anatomische und räumliche Orientierung einer Pflegehandlung. Ort beinhaltet sowohl die Körperseite, definiert als anatomische Position oder der Pfad einer Pflegehandlung, als auch die Stelle, definiert als der räumliche Ort, an dem die Pflegehandlung auftritt Beispiele: Kopf, Arm, Zuhause, am Arbeitsplatz
G Route	der Pfad, durch welchen eine Pflegehandlung ausgeführt wird. Beispiele: oral, subkutan, ...
H Nutzniesser	die Entität, für deren Vorteil eine Pflegehandlung ausgeführt wird Beispiele: Individuum, Gruppe, ...

Abb. 3: Die 8 Achsen der Klassifikation der Pflegehandlungen

Beschreibungen

Die Achsen enthalten Benennungen (terms) und Definitionen der Begriffe (Concepts). Die Benennungen (terms, Terme; Namen für die Konzepte) können unterschiedlich sein (Synonyme), sofern sie immer noch für das in der Definition charakterisierte Konzept stehen. Die in der ICNP enthaltenen Begriffe sind also folgendermaßen beschrieben (Beispiele aus dem Entwurf zur deutschen Übersetzung Version 0.3):

Nummer in Klassifikation	Benennung/ Term	Definition
2 A.1.4	Einschätzen	Einschätzen ist ein Typ, mit den folgenden spezifischen Merkmalen zu bemerken: Das Schätzen der Größe, Qualität oder Bedeutung von etwas.
2 A.1.4.1	Interpretieren	Interpretieren ist ein Typ von Einschätzen mit den folgenden spezifischen Merkmalen: Etwas verstehen oder erklären.
2 A.2	Managen	Managen ist ein Typ der Pflegehandlung mit den folgenden spezifischen Merkmalen: Das Verantwortlichsein und das Erstellen einer Ordnung für jemanden oder etwas.
2 A.2.1	Organisieren	Organisieren ist ein Typ von Managen mit den folgenden spezifischen Merkmalen: Etwas eine ordentliche Struktur geben, z. B. etwas in Ordnung bringen.

Tab. 3

Definition von Pflegeintervention: Eine als Antwort auf eine Pflegediagnose durchgeführte Handlung, mit der ein Pflegeergebnis produziert werden soll. Im Rahmen der ICNP setzt sich eine Pflegeintervention aus Begriffen zusammen, die in den Achsen der Klassifikation der Pflegehandlungen enthalten sind.

Regeln für das Formulieren von Pflegeinterventionen: Eine Pflegeintervention

- muss eine Bezeichnung aus der Achse A Handlungstypen enthalten
- Bezeichnungen aus anderen Achsen sind optional zur Erweiterung oder Klärung der Intervention
- aus jeder Achse darf nur eine Bezeichnung gewählt werden

Wahl der Achsen	Wahl der Benennungen			
	Beispiel 1	Beispiel 2	Beispiel 3	Beispiel 4
Handlungstypen	Lindern	Reduzieren	Lehren	Testen
Ziele	Schmerz	Angst	Sportaktivitäten	Wasserversorgung
Mittel	Cold-Pack	Geführte Imagination	Instruktionsmaterial	Protokoll
Nutznieser	Individuum	Individuum	Gruppe	Gemeinde
	↓	↓	↓	↓
Pflegeintervention	Schmerzlindern durch Applikation eines Cold-Packs	Angstreduktion mit geführter Imagination	Sportaktivitäten Lehren mit Instruktionsmaterial	Wasserversorgung einer Gemeinde anhand eines Protokolls testen

Tab. 4: Beispiele

Innerhalb der einzelnen Achsen sind die Begriffe geordnet:

- zum Teil alphabetisch (z.B. Körperteile; Beurteilung)
- zum Teil hierarchisch (z.B. Fokus der Pflegepraxis)

1.2.4. Fragen und Probleme zur ICNP

- Die Klassifikation ist sehr umfangreich, die Verbindungen sind nicht durch die Klassifikation gegeben, sondern sollen für jeden Patienten multikombinatorisch durch die Pflegenden zusammengestellt werden.
- In der Entwicklung der ICNP wurden Bezeichnungen und Begriffe gesammelt und nach sprachlichen – also nicht nach pflegeinhalten – Regeln hierarchisiert (Bartolomeyczik, 2003).
- Zeichen und Symptome und die Ätiologie sind den Diagnosetiteln nicht theoriegeleitet zugeordnet.
- Die Sprache/Struktur ist sehr technisch (z.B. Art der Definitionen).
- Es gibt wenig praktische Erfahrungen mit der Anwendung in der direkten Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Ist das der Grund dafür, dass kaum wissenschaftliche Studien zur Umsetzung vorliegen?
- Verschiedene Softwarefirmen verwenden ICNP für Pflegedokumentationssoftware, Testversuche mit Teilen der ICNP (Pflegephänomene) sind am Laufen.

Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die ICNP eher als Referenzklassifikation (im Hintergrund, z.B. automatisches Generieren der Leistungserfassung, zentrale Häufigkeitsbestimmungen) als für den direkten Gebrauch in einer elektronischen Pflegedokumentation zur Darstellung des Pflegeprozesses einsetzbar ist (Abderhalden, 2000; Dörre et al., 1998).

1.3. ZEFZ: Pflegediagnostik am Zentrum für Entwicklung und Forschung des UniversitätsSpital Zürich

Pflegediagnostik wurde im UniversitätsSpital Zürich (USZ) seit 1995 eingeführt. Das Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege ZEFZ des USZ definiert Pflegediagnostik wie folgt:

- Die Erhebung der Pflegeanamnese
- Die Schritte der Analyse der gesammelten Informationen
- Die Beurteilung/Diagnosestellung
- Die Überprüfung der Relevanz und Richtigkeit der identifizierten Pflegediagnosen
- Der Prozess der Prioritätensetzung

1.3.1. Ziele der Pflegediagnostik am ZEFZ

- Der Pflegebedarf eines jeden Patienten wird diagnostiziert, damit jeder Patient die Pflege erhält, die er braucht.
- Durch die Pflegediagnostik wird der Einbezug von Patienten und Angehörigen in den Pflegeprozess gewährleistet.
- Die Pflegediagnostik wird dokumentiert, damit eine kontinuierliche Pflege gewährleistet und die Leistungen der Pflege und deren Wirkung überprüft werden können.
- Bei der Diagnostik geht es um die Spezifizierung des Pflegebedarfs und dadurch auch der Leistungen der Pflege durch eine möglichst optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in fachlicher, personeller und wirtschaftlicher Hinsicht.

- Das wird durch die klare, nachvollziehbare, sachlich und theoretisch abgestützte Beurteilung von Pflegesituationen ermöglicht, durch eine transparente und sachlich begründete Prioritätensetzung und die Planung und Anpassung der pflegerischen Leistungen an den effektiven Pflegebedarf (Steffen-Bürgi et al., 1995).

Pflegediagnostik am USZ basiert auf dem Integrierten Pflegemodell von Käppeli (Käppeli, 1990). Der Leitfaden Pflegediagnostik (Steffen-Bürgi et al., 1995), der am USZ entwickelt wobei ist, bezieht NANDA-Diagnosen teilweise mit ein. Basierend auf den inhaltlichen Schwerpunkten des erwähnten Modells wurde die Vorgehensweise im diagnostischen Prozess abgeleitet, die Pflegenden geschult und die Pflegedokumentation angepasst. Entsprechend dem integrierten Pflegemodell geht es bei der Pflegediagnostik sowohl um das Erfassen des subjektiven Leidens der Patientin als auch um eine gezielte Information über deren Hilfsbedürftigkeit, den Umgang mit der Erkrankung, den Wissensstand der Patientin und die Bedeutung der Erkrankung für die Angehörigen der Patientin. Es wurde ein Leitfaden für das Erstgespräch entwickelt. Dieser bildet ein wichtiges Hilfsmittel für die Umsetzung der Pflegediagnostik am USZ. Zudem wurde eine Liste von Pflegediagnosen erstellt, welche angewendet wird.

Eine Untersuchung zeigt, dass die Pflegenden am USZ sich durch eine individuelle Problemerkennung auszeichneten und die Patientinnen ganzheitlich einschätzten. Angaben zur Pflegegeschichte und zur subjektiven Betroffenheit wurden aufgenommen, ebenso wurden Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens aufgezeichnet. Aus vielen Pflegedokumentationen war die gesamte Patientinnen-Situation ersichtlich: physiologische, soziokulturelle und psychologische Angaben lagen vor. Zur Krankheitsbewältigung hingegen konnten kaum Einträge gefunden werden (Müller Staub, 2001). Auch Brune & Budde berichteten, dass die Patientinnen die Kontaktaufnahme und die menschliche Zuwendung der Pflegenden als besonders wichtig und gut einschätzten (Brune & Budde, 2000). Der Beitrag von Moers & Schiemann in der Evaluation der Pflegediagnostik am USZ unterstützt dieses Resultat. Die Autoren halten fest, dass es durch die Pflegediagnostik zu einer verbesserten Interaktion zwischen Pflegenden und Patientinnen und zu einem erhöhten Verständnis für Patientinnen-Situationen kam (Moers & Schiemann, 2000).

Hinweise, dass Patientinnen jedoch nicht gemäß den Zielen einbezogen wurden, macht eine andere Studie. Es war nur teilweise festgehalten, was aus Sicht der Patientin das Hauptproblem war und ihre Erwartungen an die Pflege wurden kaum explizit beschrieben. Dies bedeutet, dass Pflegediagnosen kaum gemeinsam mit den Patientinnen validiert wurden (Müller Staub, 2002). Andere kamen zum selben Ergebnis und beschrieben den fehlenden Einbezug der Patientinnen in die Validierung der Pflegediagnosen (Brune & Budde, 2000). Es war nur in sehr seltenen Fällen aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass die Zielrichtung der Pflege gemeinsam mit der Patientin festgelegt wurde. Insgesamt wurden Pflegediagnosen gemäß Diagnoseliste des USZ formuliert. Hingegen waren die Ätiologie, die Art und das Ausmaß der Beeinträchtigung oft gar nicht oder ungenügend beschrieben. Pflegediagnosen wurden im Verlauf des Spitalaufenthaltes nicht aktualisiert.

Die inhaltliche Analyse der Pflegeberichte zeigte nur teilweise Bezüge zu den gestellten Pflegediagnosen, die Aktualisierung fehlte oft (Müller Staub, 2002). Wittwer kam in seinem Beitrag zur Evaluation der Pflegediagnostik zu einem ähnlichen Ergebnis. Er stellte fest, dass sich bei der Formulierung der Diagnosen erhebliche Defizite zeigten, dass Pflegediagnosen nicht aktualisiert wurden und der Wissensstand der Pflegenden ungenügend sei (Wittwer, 2000). Den Pflegenden steht für das Erstgespräch ein wertvoller Leitfaden zur Verfügung. Auf die Beziehungsgestaltung und auf die Kontaktaufnahme wurde laut Aussagen der Pflegenden in der Schulung und Begleitung auch viel Wert gelegt. Es scheint hingegen ein Bruch zwischen Diagnosestellung und den entsprechenden Folgemaßnahmen zu Einbezug, Kontinuität und Evaluation zu bestehen. Für das Subkonzept Einbezug liegen zwar im Leitfaden Ziele und einige Hinweise vor, jedoch fehlt eine entsprechende Anleitung für Gespräche zur Validierung der Pflegediagnosen mit den Patientinnen. Das Wissen der Pflegenden zu Pflegediagnosen schien lückenhaft. Ein Standard für die Dokumentation ist zwar vorhanden, jedoch wurde gemäß Aussagen der Expertinnen und Pflegenden auf die Schulung der Dokumentation nicht viel Gewicht gelegt. Insbesondere Begleitung und Kontrolle wurden als fehlend bezeichnet. Der Zusammenhang zwischen Diagnosestellung und Interventionen wurde in der Praxis oft nicht gebildet (Müller Staub, 2003). Andere Studien bestärken diese Ergebnisse. Insbesondere in den Anfängen der Pflegediagnostik war das Wissen zu Pflegediagnosen und deren ätiologischen Faktoren gering und entsprechende Pflegeinterventionen fehlten oft (Ehrenberg et al., 1996; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Turner, 1991).

Moers und Schiemann halten in ihrem Bericht zur Evaluation der Pflegediagnostik am USZ fest, dass Pflegeinterventionen und die Überprüfung der Pflegeergebnisse vielfach ausstehen (Moers & Schiemann, 2000). Die Resultate einer weiteren Schweizer Studie von Settelen-Strub (1997) weisen auf den fehlenden, analytischen Umgang mit Pflegediagnosen hin.

1.3.2. Fragen und Probleme zur Pflegediagnostik des ZEPF

Am ZEPF wurde die Diagnoseliste nicht nach taxonomischen Kriterien aufgebaut. Die Pflegediagnosentitel werden nicht definiert. Zeichen, Symptome und die Ätiologie sind den Diagnosetiteln nicht zugeordnet. Wie können Pflegende das Wissen erwerben, wenn Pflegediagnosen gemäß der ZEPF-Diagnoseliste geschult werden, welche ätiologische Faktoren und Merkmale nicht beschreibt? Käppeli stellte in einer am USZ durchgeführten Untersuchung fest, dass die Gesamtliste Überlappungen aufweist und zu unspezifisch ist (Käppeli, 1995). Studien zeigen, dass Pflegediagnostik am USZ bis zur Diagnosestellung gut umgesetzt wird. Hingegen zeigt sich ein Bruch zwischen Diagnosestellung und Durchführung der Pflegemaßnahmen und der Evaluation. Ein Grund dafür mag sein, dass bei der praktischen Einführung von Pflegediagnostik am USZ nicht besonderes Gewicht auf den Zusammenhang zwischen gestellten Diagnosen und den entsprechenden Interventionen gelegt wurde. Dieser Begrenzung ist jedoch anzufügen, dass die Bände „Pflegekonzepte“ (Käppeli, 1998-2000) herausgegeben und für den ergänzenden Gebrauch zur Pflegediagnostik des ZEPF empfohlen werden.

Eine mündliche Umfrage im Netzwerk Bildung (2002) ergab, dass Pflegekonzepte zwar geschult werden, sich in der Praxis aber kaum durchsetzen. In verschiedenen deutschschweizerischen Institutionen wird mit dem Pflegediagnostik-Konzept des ZEPF gearbeitet. Zudem wird oft zusätzliche Literatur verwendet, um die Brücke zu den Pflegezielen und Maßnahmen und die theoretischen Hintergründe theoretisch fundiert formulieren zu können. Die Evaluationen im USZ (Käppeli, 2000; Müller Staub, 2001) weisen für die Einführung von Pflegediagnostik auf die Wichtigkeit der Einbettung in die Gesamtstrukturen des Spitals und auf die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst hin.

1.4. ICF: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zum Ziel, als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person zu dienen (Schuntermann, 2003a, 2003b; WHO, 2001). In Deutschland wurde die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB), Neuntes Buch (IX), „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst. Den Gesetzestext und Weiteres findet sich sie beim Bundesministerium für Arbeit oder beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Die Schweiz will bis etwa 2004 in der praktischen Anwendung, der Entwicklung von Instrumenten und durch konzeptuelle Vergleiche mit bisherigen Systemen Erfahrungen sammeln. Diese Erfahrungen sollen dann die Entscheidung ermöglichen, ob die ICF in den Bereichen Sozialversicherungen, Sozialplanung und Statistik der Behinderungen als obligatorisch zu erklären ist. Die englischsprachige Originalausgabe wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht als International Classification of Functioning, Disability and Health. Ausgangspunkt der offiziellen deutschsprachigen Fassung ist die Übersetzung eines Arbeitskreises aus ehrenamtlichen Mitarbeitern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die bereits deutsche Übersetzungen der Vorgänger-Klassifikation, ICIDH-2 beta1 und beta2, sowie die Anpassung und Ergänzung zur Endfassung der ICF vorgenommen haben. Der Arbeitskreis wird geleitet von PD Dr. Schuntermann vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und wird durch das BMG, das BMA und den VDR gefördert. Da die ICF als Ergänzung zur ICD entwickelt wurde, stellt sie keine pflegetheoretisch basierte Klassifikation dar.

Geschichtliche Entwicklung

Die Medizin beruft sich bei der Betrachtung des Phänomens Kranksein gewöhnlich auf das Konzept der Krankheit. Dieses Konzept und seine Ableitungen, wie die Internationale Klassifikation der Krankheiten und gesundheitsbezogener Probleme ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) betrachten pathologische Erscheinungen, als ob sie keine Beziehung zu den einzelnen Menschen hätten, bei denen sie auftreten. Die ICD sucht Gesundheitsstörungen als Einheiten gleicher Ätiologie, Pathogenese und Manifestation zu erfassen. Das der ICD zu Grunde liegende Krankheitsmodell kann durch die Sequenz «Ätiologie – Pathologie – Manifestation» beschrieben werden und sieht im Wesentlichen die Konsequenzen Heilung oder Tod vor. Diese Betrachtungsweise stößt jedoch offensichtlich auf Grenzen. Man erkannte schon früh, dass für die Systematisierung der Folgeerscheinungen der Krankheit – vor allem für die chronischen, progressiven und irreversiblen Störungen – folgende Erweiterung nötig ist: «Krankheit – Schädigung – Fähigkeitsstörung – Beeinträchtigung». In der Folge wurde in den siebziger Jahren von der WHO die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) als Instrument zur Klassifikation der Folgeerscheinungen von Krankheit und ihrer Auswirkungen auf das Leben der Menschen entwickelt und 1980 veröffentlicht (Deutsch: 1990, 1995). Die ICIDH sprengt den engen, kausal orientierten konzeptionellen Rahmen der ICD. Sie beschreibt Manifestationen einer Gesundheitsstörung auf drei Ebenen:

1. auf der Ebene der Störung der biologischen und/oder psychischen Struktur und Funktion (Schädigung)
2. auf der Ebene der Störung der Fähigkeiten der betroffenen Person zur Ausführung zweckgerichteter Handlungen (Fähigkeitsstörung)
3. auf der Ebene der Störung der sozialen Stellung oder Rolle der betroffenen Person und ihrer Fähigkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (soziale Beeinträchtigung).

Die ICDH wurde in viele Sprachen übersetzt und fand eine weite Verbreitung. In den Niederlanden wird an verschiedenen Projekten gearbeitet. So wurde bei der Entwicklung der Klassifikation diagnostischer Begriffe für die Pflege (CDV) die ICDH einbezogen. Die diagnostischen Termini der ICDH, welche für die Pflege relevant waren, wurden selektiert und in eines der elf funktionellen Verhaltensmuster nach Gordon eingeordnet. Die Entwicklung der CDV ließ Fragen offen wie: Können alle Pflegediagnosen untergebracht werden? Ist die Klassifikation nicht zu umfangreich? Vielsagend war ein Vergleich zwischen ICDH-Begriffen und Pflegediagnosen der NANDA. Der Vergleich stellte zahlreiche Überlappungen fest, aber einige Pflegediagnosen wie spirituelle Probleme, Stillprobleme, Erlernen und Umgang mit Gesundheit waren in der ICDH nicht zu finden (van der Bruggen, 2002). Der 1993 eingeleitete Revisionsprozess der ICDH führte zu einer Erweiterung und grundlegenden Weiterentwicklung des der Klassifikation zugrunde liegenden biopsychosozialen Modells und zu einer neutralen – d.h. zu einer nicht defizitorientierten – Formulierung der klassifizierten Merkmale. Diese Weiterentwicklung ließ es auch angebracht erscheinen, der Klassifikation einen neuen Namen zu geben: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. Die ICF gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten «Familie» von Klassifikationen zur Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Die WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen stellt die Sprache zur Kodierung eines weiten Bereichs von Informationen zur Gesundheit zur Verfügung (z.B. Diagnosen, Funktionsfähigkeit und Behinderung, Gründe für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung) und verwendet eine standardisierte, allgemeine Sprache, die die Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften weltweit ermöglicht. Die beiden Klassifikationen ICD und ICF ergänzen einander. Sie bilden die beiden Kern- oder Mutterklassifikationen innerhalb der Familie der WHO-Klassifikationen. Anwendern wird empfohlen wann immer sinnvoll, beide Klassifikationen zu verwenden.

1.4.1. Ziel und Anwendung der ICF

Die ICF wurde als Mehrzweckklassifikation entwickelt. Ihr wichtigstes Ziel ist eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zu Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Funktionsfähigkeit zu verbessern.

Die ICF ist für die Anwendung zu verschiedenen Zwecken gedacht:

- als statistisches Instrument für die Sammlung und Dokumentation von Daten (z.B. in Bevölkerungsstudien und anderen Erhebungen oder in Management Informationssystemen)
- als Forschungsinstrument für die Messung von Ergebnissen, Lebensqualität oder Umweltfaktoren
- als klinisches Instrument für die Beurteilung des Bedarfs, die Anpassung von Behandlungen an spezifische Bedingungen, die Beurteilung berufsbezogener Sachverhalte, die Rehabilitation und für die Ergebnisevaluation
- als sozialpolitisches Instrument für die Planung der sozialen Sicherheit, für Entschädigungssysteme sowie für die Politikgestaltung und -umsetzung
- als pädagogisches Instrument für die Curriculumsentwicklung, für die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln.

Die ICF ist eine Klassifikation, mit der mögliche Beeinträchtigungen in den Bereichen der:

1. Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus,
2. Tätigkeiten (Aktivitäten) aller Art einer Person und
3. Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben)

einer Person vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt (Umweltfaktoren) beschrieben werden können. Die drei genannten Bereiche bilden die wichtigsten Aspekte der Funktionsfähigkeit. Insbesondere die Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Mobilität, Kommunikation, Bildung, Erwerbsleben, Selbstversorgung) kann durch Umweltfaktoren (z.B. Einstellungen, Werte und Überzeugungen der Menschen in der Gesellschaft, das politische

und Rechtssystem eines Landes mit seinen Vorschriften, Verfahrensweisen und Standards, die Art des Gesundheits- und Bildungswesens sowie des Wirtschafts- und Verkehrswesens und die Art der zur Verfügung stehenden Güter und Technologien) beeinträchtigt oder unterstützt werden. Unter «Behinderung» versteht die WHO die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit (insbesondere die Teilhabe an einem oder mehreren Lebensbereichen).

1.4.2. Struktur der ICF

Die ICF liefert eine Beschreibung von Situationen bezüglich der Funktionsfähigkeit und ihrer möglichen Beeinträchtigung. Sie stellt ein Schema zur Verfügung, um diese Informationen auf sinnvolle Weise und leicht zugängliche Art darzustellen.

Die ICF organisiert die Information in zwei Teilen:

1. Funktionsfähigkeit und Fähigkeitsstörung sowie
2. Umgebungsfaktoren.

Jeder Teil umfasst zwei Komponenten:

1. Die Komponenten Funktionsfähigkeit und Fähigkeitsstörung

- Die Körperkomponente umfasst zwei Klassifikationen, eine für Körperfunktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und eine für Körperstrukturen.
- Die Komponente Aktivitäten und Partizipation deckt den gesamten Lebensbereich ab, sowohl aus der Sicht einer Person als auch aus einer sozialen Sicht.

2. Kontextfaktoren

- Eine Liste von Umweltfaktoren ist Bestandteil der Kontextfaktoren. Umweltfaktoren haben Bedeutung für alle Dimensionen von Funktionsfähigkeit und Fähigkeitsstörung. Die Umweltfaktoren sind organisiert von der unmittelbarsten Umwelt bis zur allgemeinen Umwelt einer Person.
- Die persönlichen Faktoren sind Bestandteil der Kontextfaktoren.

Wegen der weiten sozialen und kulturellen Bandbreite, die ihnen zugeordnet ist, werden sie in der ICF nicht klassifiziert.

Die ICF Dimensionen der Funktionsfähigkeit und der Fähigkeitsstörung können auf zwei Arten dargestellt werden. Auf der einen Seite können sie verwendet werden, um Probleme zu bezeichnen (z.B. Schädigungen, Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigung der Partizipation), zusammengefasst unter dem Oberbegriff Behinderung andererseits können sie unproblematische (d.h. neutrale) Dimensionen der Gesundheit und gesundheitsbezogener Zustände bezeichnen unter dem Oberbegriff Funktionsfähigkeit.

Die Dimensionen der Funktionsfähigkeit und der Fähigkeitsstörung werden durch drei unterschiedliche, aber zusammengehörende Konstrukte wiedergegeben. Diese Konstrukte werden durch Qualifikatoren charakterisiert. Körperfunktionen und Körperstrukturen können als Veränderung im physiologischen System oder in der anatomischen Struktur interpretiert werden. Für die Dimensionen der Aktivitäten und der Partizipation sind zwei Konstrukte verfügbar:

- die Performanz (Wie wird eine bestimmte Aktivität durchgeführt? Gibt es Probleme dabei?)
- die Kapazität (Wie hoch ist das Leistungsvermögen bezüglich der betreffenden Aktivität?).

Funktionsfähigkeit und Behinderung einer Person sind als dynamische Interaktion zwischen der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung (Krankheit, Störung, Verletzung, Trauma, Schwangerschaft, Altern, andere gesundheitsbezogene Zustände) und den Kontextfaktoren zu begreifen. Kontextfaktoren umfassen persönliche Faktoren und Umweltfaktoren. Die ICF hält als eine wesentliche Dimension der Klassifikation eine umfassende Liste von Umweltfaktoren vor. Umweltfaktoren stehen in Wechselbeziehung zu allen Dimensionen der Funktionsfähigkeit und der Behinderung. Das Grundkonstrukt der Umgebungsfaktoren ist die fördernde oder hindernde Wirkung der physikalischen und sozialen Umwelt sowie der Einstellungen und Werte (siehe Abbildung nächste Seite).

Anmerkungen

¹ Pflegediagnostik = umfasst den Prozess des Diagnostizierens von der pflegerischen Einschätzung (Assessment) bis zur Diagnosestellung. Als Pflegediagnose werden einzelne Diagnosen (Titel und Beschreibung) bezeichnet.

² NANDA = North American Nursing Diagnoses Association (Nordamerikanische Vereinigung für Pflegediagnosen) wird neu als Markenname für die Klassifikation der Pflegediagnosen gebraucht

³ Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (International Classification of Nursing Practice = ICNP)

⁴ Pflegediagnostik des Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege (ZEFP) am Universitätsspital Zürich

⁵ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health = ICF)

⁶ Klassifikation: Ein System von Begriffen, geordnet nach Beziehungen zwischen allgemeineren Begriffen und dazugehörigen spezielleren Begriffen. Ein System von Begriffen, die miteinander durch generische Beziehungen verbunden sind. Eine Klassifikation ist das Ergebnis des Klassifizierens. Klassifizieren meint das Ordnen von Begriffen nach generischen Beziehungen. Durch klassieren wird festgestellt, ob ein Individuum oder Objekt alle Merkmale einer Klasse besitzt.

Taxonomie: Die wissenschaftliche Theorie vom Klassifizieren und von dessen Systematik.

⁷ NDC = Nursing Diagnoses Classification (Klassifikation der Pflegediagnosen)

⁸ NIC = Nursing Interventions Classification (Klassifikation der Pflegeinterventionen)

⁹ NOC = Nursing Outcomes Classification (Klassifikation der Pflegeergebnisse)

¹⁰VIPS = Schwedische Abkürzung für Wohlbefinden, Integrität, Prävention und Sicherheit

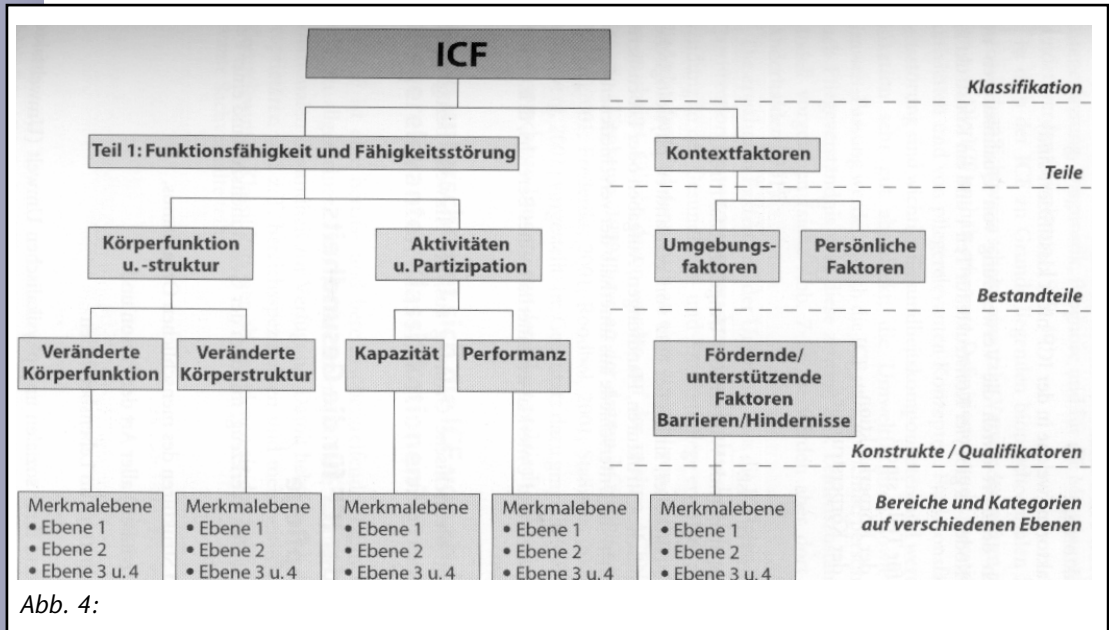


Abb. 4:

1.4.3. Fragen und Probleme zur ICF

Das Ziel der ICF besteht darin, Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit zu beschreiben. Im Bereich veränderter Körperfunktionen bildet sie pflegerelevante Phänomene ab, jedoch in begrenztem Ausmaß. Im Bereich persönlicher Faktoren werden keine fördernden/unterstützenden Faktoren und keine Merkmalsebenen beschreiben. Dies steht im Widerspruch zu schweizerischen Pflegeauffassungen, welche durch ganzheitliche Modelle – z.B. ATL bei Juchli, Poletti oder Roper – geprägt sind. Diese Modelle beziehen persönliche, spirituelle und soziale Bedürfnisse ein.

In der ICF werden die Gesundheitsprobleme nicht aus dem Fokus der Pflege definiert. Somit kann die ICF nicht als Datenbank des Pflegewissens bezeichnet werden und sie trägt auch nicht zu dessen Entwicklung bei. Die ICF ist ausschließlich eine Diagnoseklassifikation, eine entsprechende, zugeordnete Interventionsklassifikation liegt nicht vor. Verschiedene Pflegefachpersonen favorisieren eine interdisziplinär einheitliche Klassifikation, um Pflege sichtbar, verständlich und integriert zu machen. Gemäß Studien (Australian-Institute-of-Health-and-Welfare, 2002; Van Doeland, Benham, & Sykes, 2002) sind mehrere Pflegediagnosen mit der ICF kompatibel. Die ICF beschreibt in den Bereichen der körperlichen Funktionen zwar sehr differenzierte Diagnosen (zum Beispiel Einschränkungen beim Gehen), die oft mit Pflegeproblemen, respektive einem Pflegebedarf, einhergehen. Um die Einschränkungen für den Patienten zu Handen der Sozialhilfeversicherer fassbar zu machen, ist dies sinnvoll. Wie sollen jedoch die Leistungen verschiedener Disziplinen inklusive die der Pflege zu derselben Diagnose begründet werden, wenn nicht eine entsprechende, fachspezifische Diagnosen und Interventionsliste besteht?

Literaturverzeichnis

Aberhalden, C. (2000). Die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis: Arbeitsunterlagen. Aarau: Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.

Aberhalden, C., & Ricka, R. (Eds.). (2002). Pflegediagnosen und Massnahmen. Bern: Huber.

Anderegg-Tschudin, H. (1999). Vom komplexen Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Pflegemanagement. *Pflege*(12), 216-222.

Bartolomeyczik, S. (2003). Zur Formalisierung der Sprache. In M. Hinz, F. Dörre, P. König, & P. Tackenberg (Eds.), *ICNP: Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis*. Bern: Huber.

Bethel, S., & Ridder, J. (1994). Evaluating Nursing Practice: Satisfaction at What Cost? *Nursing Management*, 25(9), 41-48.

Brown, K. G., Dunn, K., Ervin, D., & Sedlak, C. (1987). Nursing Diagnoses and Process Evaluation: Implications for Continuing Education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 18(5), 172-177.

Brune, A., & Budde, A. (2000). Ergebnisse aus zwei empirischen Studien zum Stand der Einführung aus Sicht der Patienten und der Pflegenden. In S. Käppeli (Ed.), *Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich*. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.

Bulechek, G. M., Kraus, V. L., Wakefield, B., & Kowalski, D. K. (1990). An Evaluation Guide to Assist with Implementation of Nursing Diagnosis. *Nursing Diagnoses*, 1(1), 18-23.

Pflegeklassifikationen im Vergleich

Teil 2 in

PRINTERNET 6/04

- Butel, J. (2003). Pratique des nomenclatures dans le dossier infirmier informatisé. In N. Oud (Ed.), ACENDIO 2003. Bern: Huber.
- Carpenito, L. J. (1993). Handbook of nursing diagnoses. Philadelphia: Lippincott.
- Carroll-Johnson, R. (Ed.). (1993). Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: Lippincott.
- Coenen, A., & Wake, M. (1996). Developing a Database for an International Classification for Nursing Practice (ICNP). *Int.Nurs.Rev.*, 43(6), 183-187.
- Creason, N. S., Camilleri, D. D., & Kim, M. J. (Eds.). (1993). Concept development in nursing diagnosis. Philadelphia: Saunders.
- Dörre, F., Hinz, M., & König, P. (1998). Konzepte der Deutschsprachigen Nutzergruppe zur Weiterentwicklung der ICNP. Available: www.health-informatics.de [2003, 5. Mai].
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 853-867.
- Eidgenossenschaft, Schweiz. (1994). Krankenversicherungsgesetz und Verordnungen über die Inkraftsetzung.
- Eriksen, L. R. (1987). Patient Satisfaction: An Indicator of Nursing Care Quality? *Nursing Management*, 18, 31-35.
- Eriksen, L. R. (1995). Patient Satisfaction With Nursing Care: Concept Clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59-76.
- Fehring, R. J. (Ed.). (1994). The Fehring Model. Philadelphia: Lippincott.
- Georg, J. (1994). Erkennen, Benennen – Beurteilen: Eine Einführung in ein neues Konzept. *Pflege aktuell*(10), 586-588.
- Gordon, M. (1994). Nursing Diagnoses-Process and Application. (3 ed.). St. Louis: Mosby.
- Gordon, M. (2002). The NANDA Taxonomy II. In N. Oud (Ed.), ACENDIO 2002. Bern: Huber.
- Gordon, M., & Bartolomeyczik, S. (2001). Pflegediagnosen: Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer.
- Gordon, M., & Sweeney, M. A. (1979). Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 2(1), 1-15.
- Grant, J., Kinney, M., & Guzzetta, C. (1990). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), 65-74.
- Hanson, M. H., Kennedy, F. T., Dougherty, L. L., & Bauman, L. J. (1990). Education in Nursing Diagnoses: Evaluating Clinical Outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 21(2), 79-85.
- Hinz, M., Dörre, F., König, P., & Tackenberg, P. (Eds.). (2003). ICNP: Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Huber.
- Höhmann, U. (1999). Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*(1), 8-13.
- Hoskins, L. M. (Ed.). (1989). Clinical validation methodologies for nursing diagnoses research. Philadelphia: Lippincott.
- Hupcey, J. E., Morse, J. M., Lenz, E. R., & Tason, M. C. (1996). Wilsonian methods of concept analysis. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 10(3), 185-210.
- Johnson, C. F., & Hales, L. W. (1989). Nursing Diagnoses Anyone? Do Staff Nurses Use Nursing Diagnosis Effectively? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 20(1), 30-35.
- Käppeli, S. (1990). Bio-medizinisches Modell oder Patienten-Pflegemodell. *Krankenpflegeschule Aktuell*, 2(3).
- Käppeli, S. (1995). Pflegediagnosen in der Akutpflege. *Pflege*, 8(2), 113-120.
- Käppeli, S. (Ed.). (1998-2000). Pflegekonzepte 1-3. Bern: Huber.
- Käppeli, S. (Ed.). (2000). Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projekts Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege.
- Kean, S. (1999). Pflegediagnosen: Fragen und Kontroversen. *Pflege*(12), 209-215.
- Kesselring, A. (1999). Psychosoziale Pflegediagnostik: Eine interpretativ-phänomenologische Perspektive. *Pflege*(12), 223-228.
- La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.
- Leininger, M. (1990). Issues, questions, and concerns related to the nursing diagnosis cultural movement from a transcultural nursing perspective. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(1), 23-32.
- Mayer, H. (1999). Pflegediagnosen: Begriffe, Klassifizierungen und kritische Auseinandersetzungen. *Österr. Krankenpflegezeitschrift*(3), 28-33.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. M. (1992). Nursing Interventions Classification. St. Louis: Mosby.
- McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). Nursing Diagnoses & Interventions. (3 ed.). St. Louis: Mosby.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 9-24.
- Mize, C. P., Benteley, G., & Hubbard, S. (1991). Standards of Care: Integrating Nursing Care Plans and Quality Assurance Activities. *Clinical Issues*, 2(1), 63-68.
- Moers, M., & Schiemann, D. (2000). Bericht der externen Evaluation zur Projekteinführung, -durchführung und -steuerung. In S. Käppeli (Ed.), *Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich*. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- Müller Staub, M. (2001). Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit: Eine Literaturübersicht. *Pflege*(14), 230-238.
- Müller Staub, M. (2002). Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. *Pflege*(15), 113-121.

- Müller Staub, M. (2003). Entwicklung eines Instruments zur Messung pflegediagnostischer Qualität. PR-Internet(5), 21-33.
- Müller Staub, M. (2003)(2) Wahl einer Klassifikation bei der Einführung von Pflegediagnostik: Ein Expertenbericht. Unveröffentlichte Arbeit im Auftrag der Direktion Pflege/MTT, Universitätsspital Insel, Bern.
- Munro, B. H., Jacobsen, B. S., & Brooten, D. A. (1994). Re-examination of the Psychometric Characteristics of the La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale. Research in Nursing & Health, 17, 119-125.
- NANDA. (2002). Klassifikation und Pflegediagnosen 2001-2002. Bern: Huber.
- Nielsen, G. H. (2000). Die ICNP: Von der Alpha- zur Beta-Version. PR-Internet(5), 85-99.
- Nielsen, G. H., & Mortensen, R. A. (1996). The Architecture for an International Classification for Nursing Practice (ICNP). Int.Nurs.Rev., 43(6), 175-182.
- Olsen, P. S. (2001). Classificatory review of ICNP : Danish Nurses' Organisation.
- Oud, N. (Ed.). (2003). ACENDIO 2003. Bern: Huber.
- Pape, R. (1996). Ein Trojanisches Pferd in der Pflege? Pflege(9), 216-220.
- Powers, P. (2000). A Discourse Analysis of Nursing Diagnosis. Paper presented at the Vorlesung im Masterprogramm des WE'G/Universität Maastricht, WE'G, Aarau.
- Redmond, G. M., & Sorrell, J. M. (1999). Studying Patient Satisfaction: Patient Voices of Quality. Outcomes Management for Nursing Practice, 3(2), 67-72.
- Schnepf, W. (1994). Pflegediagnosen: Voraussetzungen, Entwicklung und Grenzen. Pflege aktuell(12), 730-731.
- Settelen-Strub, C. (1997). Der Diagnostische Prozess in der Pflege. Pflege, 10, 35-42.
- Siegenthaler, M. (1997). Pflegediagnosen- auf unsere Verhältnisse anpassen. Krankenpflege(2), 14-19.
- Stefan, H. (2001). Chancen, Risiken und Probleme bei der Umsetzung von Pflegediagnosen. In N. Oud (Ed.), ACENDIO 2001. Bern: Huber.
- Stefan, H., & Allmer, F. (2000). Praxis der Pflegediagnosen. Wien: Springer.
- Steffen-Bürgi, B., & Baldegger, E. (1997). Die Lebenswelt des Patienten einbeziehen. Krankenpflege(11), 10-15.
- Steffen-Bürgi, B., Baldegger, E., Bühlmann, J., Holzer-Pruss, C., Käppeli, S., Ruckstuhl, R., Siegwart, H., & Schürpf Stingel, M. (1995). Pflegediagnostik. Zürich: Zentrum für Entwicklung, Forschung und Fortbildung in der Pflege.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). Health Measurement Scales: A practical Guide to their Development and Use. New York: Oxford University Press.
- Townsend, M. C. (2000). Pflegediagnosen und Massnahmen für die psychiatrische Krankenpflege. Bern: Huber.
- Turner, S. J. (1991). Nursing Process, Nursing Diagnoses, and Care Plans in a Clinical Setting. Journal of Nursing Staff Development, September/October 1990, 239-243.
- van der Bruggen, H. (2002). Pflegeklassifikationen. Bern: Huber.
- Van Gele, P. (1996). Ist eine Standardisierung und Klassifizierung der Pflegetätigkeit notwendig? PCS News(23), 30-36.
- Vogel, R., Kästner, B., & Bosshard, S. (1994). Pflegediagnosen bei beatmeten Patienten. Pflege aktuell(10), 589-592.
- Widmer, R., Wehrle, B., & Krempels, J. (2002). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF- Eine Rahmenklassifikation für den multiprofessionellen Gebrauch in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens. In N. Oud (Ed.), ACENDIO 2002. Bern: Huber.
- Wittig, O. (1997). Pflegediagnosen in der deutschen Krankenpflege? Die Schwester/Der Pfleger(12), 1029-1034.
- Wittwer, M. (2000). Veränderungsprozesse in Organisationen. In S. Käppeli (Ed.), Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- Wulbusch, U., & Paulus, M. (2002). Pflegeinformationssysteme in der Praxis – Einsatzgebiete, Anwendung, Zufriedenheit. Pr-Internet(7-8), 61-76.

PrinterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

<http://www.printernet.info/artikel.asp?id=470>