



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 1 in
 PRINTERNET 5/04

Schlüsselwörter

- Pflegeklassifikationen
- NANDA
- ICNP
- ICF
- ZEPF
- Pflegediagnostik
- Literaturreview

Pflegeklassifikationen im Vergleich

Teil 2

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.

2. Beurteilung der Klassifikationen

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Die Matrix beinhaltet nebst der Analyse durch die Autorin Kriterien und Ergebnisse, welche von Olsen (PSO Gesundheitsinformatik), im Auftrag des Dänischen Berufspflegeverbandes zur Validierung der ICNP, vorgelegt wurden (Olsen, 2001). Die Analyse bezieht auch Kriterien und Beurteilungen der Klassifikationen NANDA, ICNP und ICF durch van der Bruggen ein. Validieren bedeutet, mit Hilfe wissenschaftlicher Studien die Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit von Klassifikationen zu beurteilen. Vor allem Pflegediagnosen der NANDA wurden qualitativ und quantitativ validiert, die Taxonomien als Ganze wurden bisher weniger erforscht. Eine Klassifikation ist nicht für immer valide. Es geht vielmehr darum, Gültigkeit (Validität), Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Vertrauenswürdigkeit (trustworthyness) ständig zu verbessern (van der Bruggen, 2002). XXX= sehr gut erfüllt XX= gut erfüllt X= teilweise erfüllt = nicht erfüllt |
| Validität Validität befasst sich mit der Frage, wieweit die Klassifikation das einordnet, was sie klassifizieren soll: die Phänomene, welche Pflegeinterventionen erfordern. Klassifikationen werden auf verschiedenen Ebenen validiert: die einzelnen Pflegediagnosen, die Klassen, die Beziehungen, die ganze Taxonomie werden auf die Gültigkeit hin untersucht. |
| Tab. 1a: aus M. Müller Staub, 2003(2) |

| Kriterien an eine Klassifikation der Pflegediagnosen | ICF | ICNP | NANDA | ZEFP |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------|------|
| Klassifikation basiert auf Pflegemodellen und -theorien | | | XXX | X |
| Relevanz der Klassifikation ist durch pflegewissenschaftliche Studien belegt | X | X | XXX | X |
| Ziele der Klassifikation sind relevant, detailliert und adäquat, die Klassifikation ordnet Phänomene, die man als pflegebezogen identifizieren kann | | X | XXX | X |
| Ziele und Anforderungen werden durch die Klassifikation erfüllt | | | XX | |
| Die Klassifikation deckt erschöpfend das ganze Fachgebiet (Domäne) der Pflege ab, alle relevanten Konzepte müssen klassifiziert und auf allen Ebenen konstant zugeordnet (Subdivisionen, PES-Format) sein | | | XXX | |
| Die Verbindung zwischen Pflegediagnosen zu Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen ist beschrieben, zugeordnet und teilweise validiert | | | XXX | |
| Reliabilität | | | | |
| Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) gibt den Grad der Konsistenz und der Genauigkeit eines Instrumentes bei Verwendung durch verschiedene Personen an. Die interne Konsistenz zeigt, wie genau Pflegediagnosen und ihre Merkmale die Klassen darstellen. Zudem zeigt sie, wie die Klassen die ganze Domäne der Pflege repräsentieren. Die Anzahl und Formulierung der Items sollten eine möglichst reliable Merkmalsmessung gewährleisten (PES-Format). | | | | |
| Die Klassen schließen sich gegenseitig aus, überlappen nicht, sind voneinander unabhängig, konsistent und eindeutig auf das Ziel der Klassifikation bezogen | XX | X | XXX | |
| Eine Klasse enthält nicht mehrere, individuell klassifizierende Konzepte (keine und/oder Beschreibungen) | | XX | XX | |
| Pflegende (als Zielgruppe) können die Klassifikation für die Erhebung und Dokumentation der Daten gebrauchen (erfordert eine detaillierte Beschreibung) | | | XX | |
| Reliabilität und Anwendbarkeit | | | | |
| Die Klassifikation ist auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Differenzierungsgraden anwendbar, um Pflegedaten zu erfassen und zu analysieren | | X | XXX | |
| Einzigartige, pflegespezifische Definitionen sind durch Codetexts und durch die Position in der Klassifikation gegeben. Der Codetext stimmt mit der spezifischen, pflegerischen Fachsprache überein und ergänzt diese. Eine Pflegediagnosenklassifikation enthält auf Diagnoseebene keine medizinischen Diagnosen. Der Text ist für die Pflegenden verständlich (elektronische Pflegedokumentation, Verordnungen, Statistiken) | | | XX | |
| Die Klassifikation bietet Kodierungsmöglichkeiten gemäß deklarerer Unterteilungskriterien | X | X | XX | |
| In einer multiaxialen Klassifikation verändert ein Code einer Achse die Bedeutung eines andern Codes nicht, Codes können sich nur ergänzen | | | XX | |
| Die Klassifikation kann mit solchen anderer Gesundheitsberufe verbunden werden (mapping) | X | X | XXX | |
| Die Codes und die Validierungsregeln sind einfach, klar und von Anfang an adäquat beschrieben | X | X | XX | |
| Anleitungen zum Gebrauch beschreiben detailliert wie die Klassifikation angewandt wird; inklusive Regeln, welche erfüllt werden (pflegediagn. Prozess, Formulierung Pflegediagnosen) | | | XXX | |
| Die Definitionen, die Struktur, der Aufbau und die Codierungs- sowie die Validierungsregeln der Klassifikation verhindern bestmöglich, dass Daten falsch eingegeben, interpretiert oder analysiert werden. Die Unterteilungskriterien (Zeichen/Merkmale, Codierungsregeln) sind einfach, systematisch und konsistent (=Datenqualität) | | | XX | |

Tab. 1b: aus M. Müller Staub, 2003(2)

3. Stand der Umsetzung und Entwicklungstendenzen in der Schweiz

Pflegediagnosen-Netzwerk

Am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WE'G) wurde im Sommer 1998 das Netzwerk „Pflegediagnosen“ gegründet, dessen Mitgliederliste zur Zeit 101 Personen umfasst.

Inhaltliche Schwerpunkte des Netzwerks sind Theorie und Praxis der Pflegediagnostik. Es werden Fragen im Zusammenhang mit der Entwicklung pflegerischer Klassifikationssysteme für Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse bearbeitet. Das Netzwerk führt Berufstätige mit gleichen Interessen und Aufgaben zusammen, bildet ein Forum für den fachlichen Austausch, für den Austausch von Informationen, Arbeitspapieren, Schulungsunterlagen, Erfahrungen, etc. Die Netzwerke sind eine Dienstleistung, mit der das WE'G, zum Teil in Kooperation mit anderen Organisationen, zur Entwicklung der Pflege in der Schweiz beitragen möchte. Mitgliederlisten geben Auskunft über Adressen, Tätigkeiten, spezifische Interessensgebiete, Projekte und Angebote der Mitglieder. Projektlisten enthalten Informationen über aktuelle Projekte, welche die Netzwerkmitglieder in ihren Betrieben durchführen.

Vier mal im Jahr (jeweils 1/2 bis 1 Tag) werden im Netzwerk aktuelle Projekte durch Kurzpräsentationen vorgestellt sowie Informationen und Erfahrungen ausgetauscht. Die Dokumentenpools der Netzwerke sind Sammlungen von nicht öffentlich zugänglichen Dokumenten (Interne Arbeitspapiere, Schulungsunterlagen, Vorträge, Literaturlisten, Praxisbeispiele), die von den Netzwerkmitgliedern zur Verfügung gestellt werden. Ein Inhaltsverzeichnis mit einer Kurzbeschreibung der Dokumente wird den Netzwerkmitgliedern vierteljährlich in aktualisierter Fassung zugestellt. Die Mitglieder des Netzwerks Pflegediagnosen haben vor allem die Funktion von Qualitätsverantwortlichen/Pflegeexpertinnen in Spitälern oder sind Lehrpersonen, welche in verschiedenen Bereichen der Aus- und Fortbildung unterrichten. Viele Mitglieder geben an, Verantwortliche für die Einführung der Pflegediagnostik zu sein oder sie wenden Pflegediagnostik vor allem in der Schulung/Beratung und bei Fallbesprechungen an.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Am Netzwerktreffen vom 20. Mai 2003 wurden die Teilnehmenden schriftlich befragt, auf welchen theoretischen Hintergrund sie die Einführung/Schulung der Pflegediagnosen abstützen und den Angaben Prioritäten zuzuordnen. Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar: | | |
| ICNP | 1. n=2 2. 3. n=2 | Psych. Klinik Pfäfers, Schulungsangebote durch freischaffende Pflegewissenschaftlerin (1. Priorität n=2) |
| Total Nennungen | 4 | |
| NANDA | 1. n=9 2. n=6 3. n=3 | Psych. Universitätsklinik Basel, Universitätsspital Genf, Spital Biel, Kantonsspitaler Luzern und Solothurn, Schulungen Grundausbildung, Weiterbildungen HöFa1, interne Fortbildungen, Pflegedokumentation Kt. Wallis (1. Priorität n=9) |
| Doenges/Moorhouse oder Stefan/Allmer | | |
| Total Nennungen | 18 | |
| ZEFP | 1. n=5 2. n=3 3. | Universitätsspital Zürich, Spitexinstitution Kt. ZH, Spitäler Thun, Männedorf, Uster und Spitalregion Olten (1. Priorität n=5) |
| Total Nennungen | 8 | |
| „Pflegekonzepte“ Käppeli | 1. n=1 2. n=6 3. | Die Bücher werden in einer Grundausbildung Kt. Zürich benutzt (n=1), sie werden vor allem in zweiter Priorität als Hintergrundliteratur eingesetzt (1. Priorität n=6) |
| Total Nennungen | 7 | |
| Hauseigene Diagnoselisten, bitte spezifizieren: | Gynäkologie-spezifisch | Regionalspital Biel (in Zusammenhang mit NANDA) |
| Total Nennungen | 1 | |
| „Transmission Ciblées“ | 1. n=2 | Universitätsspitaler Lausanne und Genf (1. Priorität n=2) |
| Total Nennungen | 2 | |

Tab. 2: aus M. Müller Staub, 2003(2)

Im Mai 2003 ergab eine Umfrage bei Pflegeexpertinnen und Bildungs-, beziehungsweise Qualitätsverantwortlichen von Universitäts- und Kantonsspitalern, ergab folgende Resultate:

Im Kantonsspital Basel wird zur Zeit in den Bereichen Medizin und Chirurgie nicht explizit mit Pflegediagnosen gearbeitet. Dort befasst man sich mit dem Thema Pflegeprozess und dabei wurde festgestellt, dass noch Vorarbeit geleistet werden müsse. Die Gesprächsführung, das Üben des analytischen Denkens und das Erlangen von Sicherheit im Prozessdenken werden geschult. Im Rahmen der Umsetzung der Bezugspflege wurden Schulungen durchgeführt, welche stark auf den Pflegeprozess und auf das Formulieren von Pflegeproblemen ausgerichtet waren. Die Pflegeexpertinnen erhoffen sich, mit dieser Auseinandersetzung die Basis erarbeitet zu haben, wenn Pflegediagnosen eingeführt werden. In der Psychiatrischen Klinik des Universitätsspitals Basel wurden Pflegediagnosen anhand der NANDA eingeführt.

Im Universitätsspital Zürich ist die Weiterentwicklung der Pflegediagnostik geplant. Bevorstehend ist die Einführung/Integration des NIC in die elektronische Pflegedokumentation. Zukünftige Themen müssten gemäß Ansicht der zuständigen Pflegeexpertin die Integration von Assessmentinstrumenten/Skalen und die Weiterentwicklung der ZEFP-Pflegediagnosen sein – bevor man sich später mit dem Outcome, möglicherweise dem NOC, beschäftigt. In Genf wurde AFEDIR, die französische Übersetzung der NANDA, teilweise eingeführt (Butel, 2003). Im Universitätsspital Lausanne (CHUV) wird „transmission ciblées“ seit dem Jahr 2000 in der gesamten, interdisziplinären Patientendokumentation verwendet, die Einführung im Psychiatrischen Bereich ist im Gange. Die Pflegefachsprache „transmission ciblées“ wurde in

Quebec, Kanada, entwickelt und hat den Fokus, Pflegeprobleme und Maßnahmen auf die zu erreichenden Pflegeziele hin zu formulieren. „Transmission ciblées“ wird als eine natürliche, praxisnahe Pflegesprache bezeichnet, welche von Pflegenden gut übernommen oder hausintern erweitert werden kann. Untersuchungen zeigen, dass „transmission ciblées“ mit der NANDA verbunden werden kann (mapping). Mehrere welschschweizer Spitäler und Pflegeschulen beziehen „transmission ciblées“ mit ein. Pflegediagnostik anhand der französischen Übersetzung AFEDIR der NANDA wurde im CHUV teilweise einbezogen, das Hauptgewicht liegt jedoch auf der Pflegedokumentation anhand des Pflegeprozesses..

Im Kantonsspital Solothurn wurde im Jahr 2001 der Grundstein zur Einführung der Pflegediagnostik gelegt. Es wurden Schulungen im gesamten Spital zur Festigung des Pflegeprozesses und zur Verbesserung der Pflegedokumentation durchgeführt. Seit 2003 wird in einer zweiten Phase dieses Projektes Pflegediagnostik eingeführt. Im Kantonsspital Luzern wurde kürzlich mit der Einführung von Pflegediagnosen gestartet; seit zwei Monaten läuft ein Pilotprojekt. In den Regionalspitälern Thun und Biel wurde Pflegediagnostik seit vier Jahren teilweise umgesetzt. In den Spitälern Uster, Männedorf und der Psychiatrischen Klinik Pfäfers wird Pflegediagnostik seit Mitte der 90'er Jahre eingeführt. Im Kanton Wallis läuft ein Projekt zur Einführung eines elektronischen Patientendossiers. Pflegeprobleme werden anhand der NANDA ins System aufgenommen.

Pflegeklassifikationen werden am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel nicht explizit einbezogen. Das Hauptgewicht wird auf theoriegeleitete Assessmentverfahren und klare, eindeutige Benennungen des Pflegebedarfs sowie der entsprechenden Maßnahmen bei Pflege Themen wie beispielsweise Dekubitus- oder Sturzgefahr und Inkontinenz gelegt. Mit diesem Vorgehen werden zwar Pflegediagnosen (Titel aus NANDA/ICNP) einbezogen, ohne sie jedoch als solche zu benennen. Gründe für dieses Vorgehen werden im Kapitel Gefahren der Pflegediagnostik dargelegt.

Im Netzwerk Pflegediagnostik – welches in der Schweiz über 100 Mitglieder zählt – wird rege über aktuelle Projekte und Entwicklungen ausgetauscht. Dabei zeigt sich, dass Pflegediagnostik in manchen Spitälern/Institutionen ein wichtiges Thema ist. Die Umfrage am Netzwerk und in Universitätsspitalern ergab, dass die NANDA die meist angewandte Pflegediagnosenklassifikation (Priorität 1+2: N= 15) darstellt. Eine Befragung in vier Universitätsspitalern zeigte, dass Pflegediagnostik ganz oder teilweise eingeführt wurde. Im gesamten USZ wurde Pflegediagnostik anhand des ZEPF-Konzeptes eingeführt, die Weiterentwicklung der Diagnoseliste und die Einführung von NIC sind geplant. Im Universitätsspital Basel wurde Pflegediagnostik im Bereich Psychiatrie anhand der NANDA eingeführt. In Genf und Lausanne wird teilweise mit AFEDIR (NANDA), hauptsächlich jedoch mit „transmissions ciblées“, gearbeitet. Bei den Resultaten dieser Umfrage ist zu beachten, dass es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelte (Teilnehmende Netzwerk Bildung, Verantwortliche in vier Universitätsspitalern, N= 20), welche im Mai 2003 durchgeführt wurde. Die Befragten hoben die Wichtigkeit der Umsetzung des Pflegeprozesses als Basis vor der Einführung der Pflegediagnostik hervor.

4. Internationale Entwicklungstendenzen

An der 4. Europäische Konferenz der ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes), welche im März 2003 unter dem Titel „Pflege sichtbar machen“ stattfand, wurden internationale Entwicklungen deutlich. Auch an der 4. Internationalen Fachtagung zu Pflegediagnostik, Pflegeklassifikationssystemen und Pflegequalität im Februar 2003 in Freiburg (D) wurden aktuelle Ergebnisse und Projekte vorgestellt.

Aus der Entwicklung der ICNP wurde über verschiedene Forschungen zur Weiterentwicklung von Softwareprogrammen und Übersetzungsprojekte revidiert. Zum Beispiel wurde die ICNP in Brasilien übersetzt und Termini angepasst. Auch die Entwicklung der Beta-Version ist vorgestellt worden. Dabei wurde der neue Schwerpunkt von ICNP, sich zur Referenzklassifikation zu entwickeln, deutlich. Die geplanten Schritte dieses Projektes (2003-05) wurden aufgezeigt; zudem soll die Klassifikation (Version Beta 2) weiter validiert werden.

Verschiedene Beiträge zeigten Arbeiten in der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von EDV-gestützten Pflegedokumentationen auf (VIPS-Modell in Schweden, APLE-Anwendung in Bremen, Irland, Österreich; MEDOCS in der Steiermark, NaCa.Sol und Nancy in Deutschland). Bedarf und Nutzen elektronischer Pflegedokumentationen, um Pflegekosten zu kontrollieren, die Personalplanung durchzuführen und um die Personalkosten zu analysieren wurden beschrieben (Finnland, Deutschland, Dänemark, Slowenien).

Die Bedeutung und ein positiver Zusammenhang von Pflegediagnostik mit der Pflegeleistungserfassung kamen in Beiträgen zur Umsetzung von PRN (Genf) und von LEP (Fribourg) zum Ausdruck. Projekte bezüglich Gesundheitsstatistiken und Minimaldatensätze der Pflege (NMDS= Nursing Minimum Data Set) aus der Schweiz, Luxemburg, Frankreich und Dänemark wurden beleuchtet und ein weiterer Entwicklungsbedarf aufgezeigt.

Studien zur NANDA zeigten, dass bei dieser Klassifikation bereits spezifische Umsetzungen in der Praxis und der Schulung untersucht werden. Pflegediagnosen (Art, Häufigkeit) bei Risikoschwangerschaft, bei Neugeborenen (Türkei), bei der Pflege krebskranker Kinder, in der Pneumologie (Brasilien) oder in der primären Gesundheitsversorgung (Slowenien) waren dabei das Thema. Referiert wurde auch über eine gute bis sehr gute Qualität der Dokumentation der Pflegediagnosen (Iceland), eine hohe Übereinstimmung der Interobserver Reliabilität in der Definition von Pflegediagnosen (Italien) und bezüglich Kriterien für Einführungsprojekte (Tschechien).

In unserem Nachbarland Österreich wird Pflegediagnostik landesweit umgesetzt. Grundlage für die Einführung ist das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, welches am 1.1.1997 in Kraft getreten ist. Im GuKG, §5 steht: „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose und die Pflegemaßnahmen zu enthalten“. In einem weiteren Paragraphen (GuKG §15), welcher den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegenden festlegt, sind die Erhebung der Pflegeanamnese und die Feststellung der Pflegediagnosen gesetzlich niedergeschrieben (Stefan & Allmer, 2000). Aus Wien wurde von vier Jahren praktischer Erfahrung mit der NANDA berichtet; die 800 analysierten Pflegeplanungen zeigten, dass die pflegerischen Leistungen aufgezeigt und die Pflege transparent gemacht wurde. Die Qualität der Diagnosen wurde untersucht und weiterer Schulungsbedarf konnte ermittelt werden. Zudem wurden die Häufigkeit und die Verteilung der Pflegediagnosen analysiert.

In der Türkei wurde die Rolle der Pflegelehrerinnen bezüglich Schulung und die Umsetzung der Pflegediagnostik Studierender untersucht. Die Studie ergab, dass die Anwendung in der Praxis einen größeren Einfluss auf die Studierenden hat, als die Rolle der Lehrerinnen und deren Schulung und Begleitung. In Brasilien wurde erhoben, wie sich die Schulungskompetenz darstellt, in Italien die Umsetzung durch Studierende der Grundausbildung und in den USA der Einsatz webbasierter, individueller Pflegepläne als Unterrichtsmittel erforscht (beide mit positivem Lernzuwachs). Forschungen bezüglich Pflegeinterventionen und -ergebnissen (NIC, NOC) zeigten Zusammenhänge zum Pflegenotstand (USA) (je weniger Pflegenden, desto weniger Pflegeinterventionen und schlechtere Pflegeergebnisse), die Entwicklung und Validierung der NOC (USA), Zeiterfordernisse um Pflegeinterventionen durchzuführen (USA) und die Verbesserung der Dokumentation der Pflegeinterventionen und Umsetzung von NIC/NOG in der Onkologie (Iceland). Positive Ergebnisse evidenzbasierter Pflegeinterventionen im Unterschied zu Ergebnissen der Medizin (USA) und Resultate von Ergebnismessungen (USA) wurden dargeboten. Eine Studie zur Anwendbarkeit von ICF in der Pflege wurde vorgestellt (Oud, 2003) und es fand ein Workshop zur Einführung der ICF statt.

Aktuelle Studien zeigen folgende Forschungsthemen:

- *die Querverbindung von Pflegediagnosen zu evidenzbasierten Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen*
- *die Umsetzung und Validierung der NANDA in speziellen Pflegesituationen*
- *die Weiterentwicklung der ICNP zur Referenzklassifikation*
- *der Einsatz von EDV-gestützten Pflegedokumentationen*

5. Mögliche Nachteile von Pflegediagnostik

Pflegediagnosen wurden im deutschsprachigen Raum seit Mitte der neunziger in der Literatur aufgenommen. Die Frage wurde gestellt, ob Pflegediagnosen aus dem amerikanischen Raum übernommen werden können. Kean (1999) diskutiert den Pflegekontext und dessen Unterschiedlichkeiten zwischen den USA und Europa und weist auf die Gefahr einer unkritischen Übernahme hin. Sie macht deutlich, dass sich die Auffassung von Pflege zwischen Deutschland und den USA gravierend unterscheiden. In Deutschland fehle eine Definition von Pflege und die Berufsverbände verträten keine gemeinsame Definition. Dies im Gegensatz zu den USA, wo die American Nurses Association (ANA) Pflege wie folgt definiert: „Pflege ist die Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen auf ein akutes oder potentielles Gesundheitsproblem“ (zitiert nach Carpenito, 1993). Diese Definition reflektiert die Unabhängigkeit und Gesamtverantwortung der amerikanischen Pflegenden im Gegensatz zur Durchführungsverantwortung der Pflegenden in Deutschland. Der gesetzliche Auftrag an eigenständig angebotene Pflege fehlt in Deutschland wie auch in der Schweiz.

Kean (1999) beschreibt den Widerstand, welcher durch den Gebrauch des Begriffs „Diagnose“ in der Pflege hervorgerufen wird. Sie begründet, weshalb „Diagnose“ nicht ausschließlich in der Medizin Verwendung finden muss, plädiert jedoch für eine genaue Definition im Pflegekontext.

Die Gefahr eines Verlustes von individueller Pflege durch eine standardisierte Fachsprache wurde mehrfach diskutiert. Das Definieren, Klassifizieren und Standardisieren von Pflegediagnosen löst Widerstand aus. Neben der Kritik am Prozess und Produkt des Definierens und Klassifizierens wird auch die grundsätzliche Frage gestellt, ob dem Pflegeberuf damit wirklich gedient ist. Unzufriedenheit äußert sich in der Kritik, dass die persönliche Geschichte eines Menschen nicht mehr zähle, das standardisierte Denken, so wird geäußert, entpersonalisiert die Pflege (van der Bruggen, 2002). Patientinnen sollen durch Pflegediagnosen nicht „schematisiert“ werden.

Wenn die Titel der Pflegediagnosen den Patientinnen vorschnell oder fachlich unbegründet zugeordnet werden, besteht die Gefahr einer Etikettierung (Kean, 1999; Kesselring, 1999). Kesselring ordnet Klassifikationssysteme im Sinne Max Schelers (1874-1924) dem Beherrschungswissen zu, welches sich dadurch auszeichnet, Phänomene oder Sachverhalte zu erklären, Zusammenhänge aufzuzeigen, Abläufe vorauszusagen und Interventionen zur Veränderung solcher Abläufe vorzugeben. Sie stellt die Frage, wie die Wissensnomenklatur der Pflegediagnosen Pflegenden helfen soll, klinische Entscheidungen zu treffen, wenn solches Wissen der Beherrschung diagnostischer Defizite dient, die Sprache technisch verkürzt und das Pflegeverständnis normativ, das heißt in der Situation sinnentleert ist. Sie betont, dass der Gebrauch von Pflegediagnosen Situationen verdunkeln und die Wahrnehmungs- und Einfühlungsarbeit von Pflegenden abstupfen kann. Der Interpretationsraum für Vieldeutigkeiten, Ambivalenzen und nicht kausale Zusammenhänge mit Krankheitsfolgen werde eingeschränkt. Klinische Entscheidungen jedoch, die den Patientinnen zugute kämen, entstammten aus einer sehr genauen Interpretation von situationsspezifischen Vieldeutigkeiten und Ambivalenzen (Kesselring, 1999). Powers untersuchte in einer Diskursanalyse Fragen der Macht und der Abgrenzung, welche durch eine einheitliche Fachsprache, die Eigenständigkeit der Pflege als Profession und durch die Bildung der Taxonomie I (NANDA) ausgedrückt werden.

Die Macht der Situationsdefinition liegt bei denen, welche diagnostizieren. Je mehr Diagnose und gelebte Realität auseinanderklaffen, desto größer wird das Machtgefälle zwischen der diagnostizierenden Pflegenden und der Patientin, bei der ein – oft vermeintliches – Defizit aufgedeckt und von der erwartet werde, dass sie sich einer Behandlung unterziehe (Kesselring, 1999; Powers, 2000). Leininger äußerte Bedenken bezüglich der individuellen Anpasstheit, der kulturellen Sensibilität und Übertragbarkeit der Pflegediagnosen (Leininger, 1990). In der NANDA wurde diese Kritik aufgenommen und berücksichtigt. Die an der Entwicklung beteiligten Pflege-theoretikerinnen J. Fitzpatrick, M. Gordon, I. King, M. Newman, D. Orem, R.M. Parse, M. Rogers und C. Roy setzten sich bereits in den Jahren 1977-82 intensiv mit diesbezüglichen Fragen auseinander. Als Resultat dieser Diskussionen wurden die Taxonomie I und die Diagnosetitel neu formuliert. Damit versuchte die NANDA, die Taxonomie für kulturelle/philosophische Unterschiede umfassend und möglichst breit anwendbar zu machen. Die Ergebnisse der Auseinandersetzungen bezüglich individueller, ganzheitlicher und kultursensitiver Pflege flossen in die Definitionen von Pflege, von Pflegediagnosen und in die Kriterien an den diagnostischen Prozess mit ein. Die Bedeutung der pflegerischen Beziehung und eines individuellen, situativ angepassten und auf der Pflegeethik basierenden Umgangs mit der Patientin als einzigartige Persönlichkeit gelten dabei als Kern qualitativ guter Pflegediagnostik (Gordon, M., 1. Auflage 1982, McFarland, G. & McFarlane, E., 1. Auflage 1993).

In den neunziger Jahren erschienen in deutscher Sprache Artikel, welche einen kritischen Standpunkt zu Pflegediagnosen einnehmen. Dabei fällt jedoch auf, dass in diesen kein Bezug zur englischsprachigen Grundlagenliteratur genommen wird (Kesselring, 1999; Pape, 1996; Schnepf, 1994; Siegenthaler, 1997). Ein Teil der Grundlagenliteratur zu Pflegediagnosen wurde erst in den letzten Jahren übersetzt (Gordon & Bartolomeyczik, 2001; NANDA, 2002; Townsend, 2000; van der Bruggen, 2002) und ein großer Teil ist nicht übersetzt worden.

Eine Literaturrecherche ergab, dass von gesamthaft 1979 Studien zur Validierung der Pflegediagnosen kaum solche auf deutsch erhältlich waren (Müller Staub, 2001). Wieweit mag diese Tatsache dazu beitragen, dass die Grundlagen des diagnostischen Prozesses, die Bedeutung der klinischen Urteilsbildung, differenzierte Assessmentverfahren und der Stand der Validierung von Pflegediagnosen im deutschsprachigen Raum noch wenig bekannt sind?

Auf Gefahren der Pflegediagnostik wird durch kritische Stellungnahmen hingewiesen. Eine mangelnde Berücksichtigung der Individualität der Patientinnen, die Standardisierung der Pflege und das Machtgefälle zwischen Pflegenden und Patientin werden dabei genannt. Die Kompatibilität der Pflegediagnosen zum europäischen Kontext und zur Eigenständigkeit Pflegenden werfen Fragen auf. Bei einer Einführung von Pflegediagnostik sind diese Punkte zu berücksichtigen, es darf nicht zu einer oberflächlichen Umsetzung und „Etikettierung“ der Patientinnen kommen. Eine fundierte Schulung in klinischer Entscheidungsfindung, in der Anwendung spezifischer Anamneseverfahren und zu pflegerischer Kommunikation gelten in der Grundlagenliteratur als Basis der Pflegediagnostik. Empirische Studien, welche die Umsetzung der Pflegediagnostik evaluieren, sollten die oben erwähnten Punkte und möglichen Nachteile überprüfen.

6. Nutzen und Vorteile der Pflegediagnostik

Das Ziel der Pflegediagnostik besteht darin, Patientinnen individuell und richtig einzuschätzen, um ihnen die bestmögliche Pflege zu bieten. Pflegediagnostik ermöglicht ein ganzheitliches, vernetztes Verständnis der Patientinnensituation (Vogel, Kästner, & Bosshard, 1994). Pflegediagnostik trägt dazu bei, die einzigartige Lebenswelt der Patientin einzubeziehen (Steffen-Bürgi & Baldegger, 1997). Pflegediagnostik ermöglicht, Pflege fachlich fundiert und kontinuierlich umzusetzen und klar zu dokumentieren (Georg, 1994).

Pflegediagnostik trägt wesentlich zur Professionalisierung bei, indem sie Pflegenden erlaubt, ihr Handeln aus der selbständigen, pflegefachlichen Beurteilung der Gesundheitsprobleme der Patientinnen abzuleiten (Gordon, 1994; Höhmann, 1999; Mayer, 1999; McFarland & McFarlane, 1997; Wittig, 1997).

Verbesserungen der Qualität der Dokumentation der Pflege wurden mehrfach beschrieben (Bethel & Ridder, 1994; Bulechek et al., 1990; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991). Eine am USZ durchgeführte Studie untersuchte, ob ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und der von Patientinnen empfundenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik besteht. Die Resultate wiesen auf einen signifikanten, jedoch schwachen Zusammenhang hin ($r = .18, p < .03$) (Müller Staub, 2002). Dieses Resultat lieferte weitere Hinweise dafür, dass der aufmerksame, einführende Umgang im diagnostischen Prozess der wichtigste Prädiktor für Patientinnen-Zufriedenheit ist (Bethel & Ridder, 1994; Megivern et al., 1992). Patientinnen, bei denen eine qualitativ gute Pflegediagnostik durchgeführt wurde, wiesen tendenziell eine höhere Zufriedenheit auf als solche mit einer qualitativ weniger guten Pflegediagnostik (Müller Staub, 2002).

Dieses Resultat wird durch Johnson & Hales gestützt, die herausfanden, dass Pflegediagnostik die Pflegenden darin unterstützt, eine den Patientinnen-Bedürfnissen gerechte Pflege anzubieten (Johnson & Hales, 1989). Es liegen Messinstrumente und Ergebnisse zur Qualität der Pflegediagnostik vor. Diese zeigen auf, ob im Verlauf der Pflege neue Pflegediagnosen gestellt wurden und ob die gegebene Pflege kontinuierlich angepasst und als wirksam evaluiert worden ist (Bethel & Ridder, 1994; Bulechek et al., 1990; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991).

In pflegewissenschaftlich fundierten, international anerkannten Curricula, welche die Bildung eines professionellen Berufsverständnisses anstreben, bilden Pflegediagnosen -interventionen und -ergebnisse den Hauptinhalt (Gordon, 1994; Gordon & Bartolomeyczik, 2001; McCloskey & Bulechek, 1992; Mayer, 1999). Pflegediagnostik ist auch richtungsweisend für die Forschung, indem sie pflegerelevante Phänomene beschreibt und evidenzbasierte Pflegeinterventionen sowie wirksame Ergebnisse erfordert.

Anderegg-Tschudin (1999) beschreibt die Veränderungen, welche durch die Einführung von Pflegediagnostik im Pflegemanagement hervorgerufen wurden. Sie geht davon aus, dass Pflegediagnostik ein Kernprozess im komplexen System Spital ist und einen unmittelbaren Beitrag auf die Dienstleistungserstellung hat und somit die Pflege fundamental verändert. Pflegediagnostik beeinflusst Auftrag, Ziele und Produktivität. Pflegediagnostik macht den kognitiven Zusammenhang zwischen dem, was man denkt, was sei (der definierte Pflegeauftrag) und pflegerischem Handeln explizit und mit Fachwissen begründbar.

Pflege wird von den Patientinnen her geleitet und nicht von individuellen Annahmen einzelner Pflegenden. Der Prozess der Auftrags Erfüllung wird transparent und somit qualitativ messbar. Die Pflege wird planbar und teilweise kontrollierbar, die Qualität kann kritisiert werden, weil sie sichtbar wird. Das bedeutet, der Pflegeauftrag wird neu interpretiert. Für das Pflegemanagement heißt das, der Primärauftrag der Pflege lässt sich aus der Vielfalt der Pflegediagnosen ableiten, Pflege kann benannt werden und wird durchschaubar. Eine ungewohnte Denk – und Arbeitsweise für viele Pflegenden, die sich vorwiegend an Erfahrung und Intuition orientierten. Fachwissen zu den einzelnen Pflegediagnosen ist Voraussetzung, um und daraus begründete Ziele und Pflegeinterventionen abzuleiten. Damit findet ein Paradigmenwechsel im beruflichen Selbstverständnis statt (Anderegg-Tschudin, 1999) (Anderegg-Tschudin 1999). Ein weiterer, zentraler Aspekt sind die Auswirkungen der Pflegediagnostik auf das Personalmanagement, weil Pflegefachwissen und die Anforderungen an konzeptuelle Kompetenz steigen. Gemäß Schilder (in Anderegg-Tschudin, 1999) hält sich die Pflegepraxis mit Vermutungen, Versuch und Irrtum, Glück und Tradition über Wasser. Sie stellte fest, das sei mit der Einführung von Pflegediagnostik vorbei (Anderegg-Tschudin 1999) Durch die Pflegediagnostik erhält die Pflege eine neue Fachsprache. Nicht mehr die soziale, emotionale Beziehungsform „man sollte vielleicht,“, „meinen Sie nicht auch...“, „würden Sie mir zuliebetun...“ ist vordergründig. Nein, die Pflegenden verfügt über eine Fachsprache und Begriffe zur Einschätzung der beruflichen Absichten. Es kommt zum Argumentieren, Debattieren und Verhandeln innerhalb der Pflege und in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Eine Pflegedienstleiterin betonte, Pflegediagnostik hinterlasse Spuren in der Zusammenarbeit mit anderen Diensten. So sei die Pflegedokumentation zur Patientendokumentation geworden. Alle an der Behandlung Beteiligten nutzten diese zur eigenen Informationssammlung. Die Pflege übernehme mehr Verantwortung im interdisziplinären Behandlungsteam (Anderegg-Tschudin, 1999).

Nebst diesen Vorteilen für die direkte Pflege und die Pflegedokumentation hat Pflegediagnostik weitere Auswirkungen auf das Pflegemanagement. Eine standardisierte, pflegetheoretisch fundierte Fachsprache ermöglicht die Automatisierung von Pflegedaten.

Für die Qualitätssicherung in der Pflege ist bedeutsam:

- Fachwissen wird durch die Taxonomie abgebildet
- Eine standardisierte Pflegeplanung mit einheitlichen Termini
- Pflege-Standards und Protokolle können vernetzt werden
- Die Dokumentation von Prozess- und Ergebnisqualität

Zudem wird die Erhebung erleichtert von:

- Qualitativen Analysen zur Begründung von Pflegeleistungen und Pfl egetagen
- Pflegeleistungen (Pflegeinterventionen/mapping mit PRN/LEP)
- Patientenklassifikationen (Schweregrad des Pflegebedarfs, Anzahl Tage, Art der Abteilung)
- Pflegekosten pro Pflegefall, pro Kategorie der Pflegediagnose, pro Fallpauschale (Diagnoses Related Groups= DRG's)
- Berechnung des Stellenetats aufgrund der Patientenklassifikation und der Pflegeleistungen

In einer Optimierung der innerbetrieblichen Logistik in Spitälern/Pflegeinstitutionen liegt ein beträchtliches Sparpotenzial. Ein Gesamtpatientendossier, welches die Pflegedaten vollständig und fachlich fundiert abbildet, kann Abläufe aufzeigen und verkürzen (Wulbusch & Paulus, 2002) (Wulbusch and Paulus 2002).

Eine Effizienzsteigerung wird ermöglicht, indem elektronische Gesamtpatientendossiers

- schnell verfügbar und zentral abrufbar sind
- Mehrfachdokumentationen vermeiden
- intra- und interdisziplinäre Informationsdefizite verringern

Diese Daten können die Effizienz steigern für

- die Patientenverwaltung (Aufnahme, Verlegung, Entlassung)
- die Finanzbuchhaltung
- das Controlling
- den Einkauf

Momentan laufen in der Schweiz Projekte bezüglich Gesundheitsstatistiken und Patientendaten, welche für die Pflege von Bedeutung sind. In Pflege-Minimum-Datensätzen (Nursing Minimum Data Set) werden Patientendaten (demografische Angaben, Zeitpunkt, Umwelt), Ein- und Austritt in Institutionen, Art der Abteilung, Pflegedaten (Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen), Profil der Patientenpopulation und Angaben zu Institutionen erhoben (Van Gele, 1996).

Im Kanton Bern wird ein Projekt zur Einführung eines Klinikinformationssystems durchgeführt (BEKIS= Bernisches Klinik Informationssystem). Dieses hat zum Ziel

- in allen öffentlich subventionierten Spitälern eingeführt zu werden
- die Effizienz und die Qualität in Behandlung, Pflege und Therapie der Patienten zu verbessern (VAP-Maßnahmen)
- die Arbeitsbelastung der Ärzte, des Pflege- und therapeutischen Personals zu senken und dessen Arbeitszufriedenheit steigern zu helfen
- den Bedürfnissen der verschiedenen Anspruchsgruppen (Medizin, Pflege, Therapie) gerecht zu werden

In der Fachgruppe Pflege des Projekt BEKIS wurde im Mai 2003 entschieden, die Klassifikationen der NANDA, NIC und NOC in das Patientendossier zu integrieren. Eine Einführung der Pflegediagnostik bedeutet eine Vorbedingung, um ein Klinikinformationssystem, das auf NANDA, NIC und NOC basiert, anwenden zu können.

Studienresultate zeigen, dass die Qualität der individuellen Erfassung von Pflegeproblemen durch ein gezieltes Pflegeassessment und in der Feststellung der Pflegediagnosen verbessert wird. Pflegediagnostik basiert auf einem professionellen Beziehungsprozess, in dem Bedürfnisse und Zielsetzungen der Patientinnen und deren Angehöriger erfasst werden und ihnen fachlich kompetent entsprochen wird. Theoretisch fundierte Pflegediagnosen und –interventionen in der Pflegedokumentation tragen zur Kontinuität der Pflege bei. Die kompetente, Patientinnen orientierte Anwendung von Pflegediagnostik bedeutet einen wesentlichen Schritt der Professionalisierung der Pflege. Mit der Einordnung der Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau auf die Tertiärstufe wird Professionalität gefordert. Anforderungen an Angehörige von Professionen zeichnen sich unter anderem aus durch fachkundige Diagnostik, durch die Wahl eigenständiger, gezielter Interventionen und das Erreichen von Ergebnissen, welche zum Wohl der Patientinnen beitragen.

Ein wesentlicher Bestandteil des Patientendossiers besteht aus Pflegedaten. Diese müssen wissenschaftlich fundiert und nachvollziehbar sein. Durch das aktuelle Geschehen (Kantonales Projekt BEKIS, Schweizerisches Projekt Nursing Data, Finanzplanung) und die Erfordernisse des KVG (Eidgenossenschaft, 1994) bezüglich wissenschaftlicher Kontrollen zur Sicherung der Qualität der Leistungen (Artikel 58, Absatz 1, Artikel 77, Absatz 1) wird die Dokumentation von Pflegediagnosen, -interventionen und deren Evaluation zur Dringlichkeit. Es ist bedeutsam, dass das vorhandene Wissen und die Erfahrungen der Pflegenden in die aktuellen Entwicklungsarbeiten einfließt. Damit die Qualität der Pflege gesichert wird, ist die Pflege als Disziplin gefragt, aktiv an Projekten bezüglich Gesundheits- und Pflegedaten mitzuarbeiten.

Wenn der Status quo beibehalten wird besteht die Gefahr, dass Pflegephänomene und Pflegeleistungen durch andere Berufsgruppen definiert und gekürzt werden. Politische sowie finanzielle Interessen könnten den Anspruch der Patientinnen an eine gute Pflegequalität und den Zugang zu Pflegeleistungen begrenzen, wenn Pflege nicht ausgewiesen ist. Eine Senkung der Pflegequalität hätte langfristig eine erhebliche Kostenerhöhung zur Folge: Komplikationen, Wiedereintritte in Institutionen, schlechtere Gesundheitszustände wegen mangelnder Vermeidung von Risiken.

7. Empfehlung einer Klassifikation

Die vergleichende Analyse der Klassifikationen und der aktuelle Entwicklungsstand machen Unterschiede deutlich.

ICNP hat zum Ziel, als übergeordnetes, vereinheitlichendes System verschiedener Klassifikationen (Referenzklassifikation) zu dienen. ICNP wurde aus einer Sammlung von Begriffen entwickelt und nach linguistischen Kriterien hierarchisiert. Für die Einführung von ICNP fehlen Grundlagen- und Anwendungswerke, welche den diagnostischen Prozess und die Anwendung beschreiben. ICNP wird in der Praxis eher wenig angewendet. In der ICNP wird der Begriff Pflegediagnose viel weiter definiert als in der NANDA, daher findet man in den Kategorien und Subkategorien Elemente, die man nicht als Pflege- oder Patientinnenproblem ansehen kann. Zur Zeit sind Projekte geplant, um ICNP als strukturierendes Ordnungssystem im Hintergrund – zur Datengenerierung von Gesundheitsstatistiken – zu entwickeln.

ICF und ZEPF bezeichnen sich nicht als Pflegediagnosenklassifikationen, dementsprechend erfüllen sie eine kleine Anzahl der Klassifikationskriterien.

Die NANDA weist die höchste Anzahl der zu erfüllenden Kriterien auf und wird deshalb empfohlen. Die Pflegediagnosen wurden induktiv aus der Praxis entwickelt. Die Pflegediagnosen beschreiben Pflegephänomene, auf die anhand genau definierter Kennzeichen und Ursachen geschlossen werden kann. Die entsprechende, pflegerrelevante Ätiologie ist zugeordnet und die Pflegediagnosen zeigen den Anlass für pflegerische Maßnahmen. Damit richtet sich die Klassifikation nach theoretischen Auffassungen von Pflege (Bartolomeyczik, 2003). International ist die NANDA häufig umgesetzt und evaluiert worden, auch in der Schweiz ist sie gemäß einer Umfrage (Gelegenheitsstichprobe) die am meisten angewandte Klassifikation. Literatur zur Einführung wurde ins Deutsche übersetzt und bietet Hintergrundwissen zum diagnostischen Prozess, zur Anwendung, zur Bedeutung für die Pflegepraxis und für das Pflegemanagement sowie zur Vermeidung von Fehlern und Gefahren (Abderhalden & Ricka, 2002; Gordon & Bartolomeyczik, 2001; Stefan & Allmer, 2000). Die Bekanntheit und Praxisnähe der NANDA machen eine direkte Anwendung durch Diplomierte in einem elektronischen Klinikinformationssystem möglich.

Am ZEPF des UniversitätsSpital Zürich wurde Pflegediagnostik entwickelt, eingeführt und mehrfach evaluiert. Die Grundlagen des ZEPF zum diagnostischen Prozess, zum Erstgespräch und die Kriterien für die Pflegedokumentation sollten bei einer Einführung einbezogen werden. Die Erfahrungen aus diesem Projekt und die Ergebnisse der Evaluationen werden als wertvoll betrachtet und sind bei einer Einführung zu berücksichtigen.

8. Grundlagen für die Einführung von Pflegediagnostik

In einem Einführungsprojekt von „Pflegediagnostik als Prozess“, sind eine gezielte Schulung und Begleitung des gesamten diagnostischen Prozesses wichtig. Der klinische Entscheidungsfindungsprozess soll spezifisch unterrichtet werden. Durch Reflektieren des diagnostischen Prozesses wird theoretisches Denken (critical thinking) bewusst gemacht und gelehrt. Die Schulung der Kommunikationsfähigkeit und der aufmerksame, einfühlsame Umgang Pflegenden mit Patientinnen ist dabei ein zentrales Thema. Patientinnen wollen in Entscheidungen einbezogen werden und schätzen dabei die psychosozialen Fähigkeiten Pflegenden. Die Phänomene, mit denen Pflegenden bei einer Einführung der Pflegediagnosen konfrontiert werden, sind nicht neu. Der Pflegeprozess der als Grundlage gilt, wird in den meisten Schweizer Spitälern umgesetzt. Die diplomierten Pflegenden formulieren Pflegeprobleme und stellen implizit Pflegediagnosen. Lernbedarf besteht jedoch in der theoriegeleiteten Klassifikation und beim Kennen und Formulieren der Pflegediagnosen. Die theoretischen Grundlagen von Pflegediagnosen, deren Zeichen und Symptome sowie die Ätiologie müssen vertieft werden. Dafür bietet das PES-Format der NANDA einen hilfreichen Rahmen. Der Ätiologie ist besonderes Gewicht beizumessen, weil die entsprechenden Pflegeinterventionen darauf basieren.

Die Beobachtung und Interpretation von Zeichen und Symptomen (acquisition of cues), der pflegerischen Intuition (gefestigtes Fachwissen aus reflektierter Erfahrung) und dem Bilden von Clustern im diagnostischen Prozess sind zu gewichten. Verschiedene Formen des Pflegeassessments werden theoretisch vertieft, umgesetzt und reflektiert. Durch eine sorgfältige, fundierte Einführung der Pflegediagnostik, in der ein Hauptgewicht auf den diagnostischen Entscheidungsfindungsprozess, den Einbezug der Patientin und ihrer Angehörigen und auf die Validierung der Diagnosen gelegt wird, wird der Gefahr von Fehldiagnosen und Etikettierung entgegengewirkt.

Hilfsmittel wie Assessmentinstrumente oder ein Gesprächsleitfaden für das Erstgespräch (ZEFP) und zur Validierung von Pflegediagnosen mit Patientinnen, sollten eingesetzt werden. Die Gefahren eines qualitativ mangelhaften Diagnoseprozesses sind in der Schulung zu thematisieren. Auch ein möglicher Machtmissbrauch von Pflegenden - in der Rolle als Diagnostizierende den Patientinnen gegenüber - sind thematisch zu behandeln. Erfahrungen und kritische Begleitforschungen können zeigen, ob und welche Gefahren aus der Pflegediagnostik entstehen.

Pflegediagnosen sollen ausschließlich im Zusammenhang mit Interventionen und zu erwartenden Ergebnissen eingeführt werden. Mit diesen Maßnahmen dürfte einer Folgenlosigkeit der Diagnosen entgegengewirkt werden. Das Ziel der Pflegediagnostik - nämlich wirksame Interventionen die zu erwünschten Ergebnissen führen - kann sonst verfehlt werden.

Die Pflegedokumentation soll Raum für die Pflegediagnosen und -interventionen sowie für die konsequente Evaluation bieten und ist dementsprechend umzugestalten. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegediagnostik werden nicht nur die Pflegenden, sondern das ganze System einer Klinik einbezogen. Die Veränderung eines Kernprozesses in einem System bedarf eines systemisch gestaltungsorientierten Problemlösungsansatzes. Die Akzeptanz des Projekts durch die Klinikleitungen bedeutet eine Voraussetzung zur Einführung von Pflegediagnosen. Die Klinikleitung soll in die Projektzielsetzung und in Entscheidungen (Meilensteine) einbezogen werden. Personelle, finanzielle Ressourcen und Zeit sollen den Projektzielen entsprechend vorhanden sein. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst ist unerlässlich. Die Inhalte und die Bedeutung der Pflegediagnostik werden den Entscheidungsträgern kommuniziert. Widerstände und Fragen werden aufgenommen, damit Pflegediagnostik erfolgreich integriert werden kann. Organisatorische und strukturelle Faktoren des Klinikalltags sind zu berücksichtigen. Die Auswirkungen von Pflegediagnostik sollen durch begleitende Forschungen überprüft werden.

Eine erfolgreiche Einführung von Pflegediagnostik erfordert ein sorgfältig geplantes, mehrjähriges Projekt. Eine bloße Einführung der Klassifikation in die Pflegedokumentation könnte den Anforderungen nicht genügen. Die Theorie wird an Schulungstagen erarbeitet. Der Transfer in den Klinikalltag wird durch Fallbegleitungen und Fallbesprechungen gewährt und überwacht. Die Umsetzung in der Praxis wird kontinuierlich durch die Pflegeexpertinnen und die Projektleitung unterstützt und evaluiert. Eine erfolgreiche Einführung ist möglich, wenn die Ressourcen für das Projekt gebündelt und in derselben Zeitspanne alle Pflegenden geschult werden. Für die Abteilungen bedeutet dies eine Umwälzung und Herausforderung. Ein neues Berufsbewusstsein, Loslassen von Gewohnheiten und die Übernahme von vermehrter, sichtbar gemachter Verantwortung sind die Folge. Theorie und Praxis sollen verknüpft werden, damit erfolgreiches Lernen und direkte Umsetzung stattfindet.

Stefan formuliert zu den oben geschilderten weitere Chancen, Risiken und Probleme bei der Einführung von Pflegediagnosen in Österreich:

Um das Ziel, allen Pflegepersonen das nötige Wissen für den Umgang mit Pflegediagnosen zu vermitteln, zu erreichen, ist eine Planung, die sowohl kurz-, mittel- als auch langfristige Aspekte umfasst, notwendig. Die Arbeit mit einer allgemein verständlichen Terminologie durch Pflegediagnosen ergibt eine Reihe an Chancen für die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Dies heißt aber auch, dass eine Menge Risiken und Probleme mit der Einführung und Umsetzung verbunden sind, sowohl in der Berufsgruppe der Pflegenden als auch bei anderen im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen, welche eine kritische und oftmals abwehrende Haltung einnehmen.

1. Veränderung im Pflegemanagement durch die Pflegediagnostik: Pflegediagnostik erfordert ein anderes Pflegemanagement. Eine neu überdachte Einstellung zur Pflege und ihrem Stellenwert. Anpassung alleine reicht für diese Veränderungsschritte nicht aus. Mit Pflegediagnostik zu arbeiten erfordert Veränderungsmanagement, im Gegensatz zu Verhinderungs- oder Anpassungsmanagement.
2. Der Erwartungsdruck der Pflegenden: Die gezielte Anamneseerhebung beim Patienten, um die Pflegediagnostik einleiten zu können, erhöht bei den Pflegenden selbst den Erwartungsdruck.
3. Erwartungshaltung der Kunden: Durch die Pflegediagnostik kommt es zu einem Zurückrücken von plakativ überzogenen Meinungen, welche durch Medien und die Politik transportiert werden. Mittels Pflegediagnostik können realistische Qualitäts- und Quantitätsstandards genannt und in Kooperation mit dem Patienten erarbeitet werden. Ziele und überzogene Erwartungen können argumentiert werden.
4. Auswirkungen der Pflegediagnostik auf das Personalmanagement: Die Anforderung an das Pflegefachwissen und an die konzeptionelle Kompetenz steigt rapide. Mit Vermutungen, Versuch und Irrtum, Glück und Tradition sowie Intuition alleine kann sich die professionelle Pflege nicht mehr über Wasser halten.
5. Pflegemanagement muss Projektmanagement betreiben: Das Pflegemanagement ist aufgerufen, Entscheidungs-, Dialog- und Handlungsspielräume zu schaffen.
6. Durch die Pflegediagnostik erhält die Pflege eine eigene Fachsprache: Dies hat wiederum Auswirkung auf das Selbstverständnis und das Selbstvertrauen. Es kommt zum beruflichen Argumentieren, Diskutieren und Verhandeln innerhalb der Pflege wie auch in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.
7. Patientenbedürfnisse rücken mehr in den Mittelpunkt: Das neue berufliche Selbstverständnis und das klare und konkrete Benennen der Pflege hilft, flexibler auf das, was rund um den Patienten geschieht, einzugehen. Patientengewohnheiten finden viel mehr Berücksichtigung
8. Stellenwert des Pflegemanagements: Es muss die Frage nach den Veränderungsmotiven gestellt werden.
9. Bücher lesen muss gelernt werden: Eine professionelle Pflegeperson wird nicht dazu übergehen, die Inhalte 1:1 in die Praxis zu übertragen. Die Inhalte müssen reflektiert und für den eigenen Bereich sinnvoll umgesetzt werden.
10. Pflegediagnosen werden in Österreich eigenständig und weisungsfrei erstellt: Derzeit gibt es einen grossen Widerstand, da Pflegediagnosen für andere Berufsgruppen eine große Unbekannte darstellen, wofür professionelles Pflegefachwissen erforderlich ist und die Pflegenden einen Schritt weg von medizinisch dominiertem Wissen zu Eigenständigkeit und Weisungsfreiheit machen. Dass dies natürlich zu kontroversen Diskussionen führt, liegt auf der Hand.

(Stefan, 2001).

8.1. Grobentwurf für ein Pilotprojekt

- 3 Tage Grundlagenschulung (alle Diplomierten)
- 3 Einzel-Fallbegleitungen (2 Std.)
- Bildung von Peergruppen zur Transferunterstützung (Assessment, Dokumentation)
- Zusammenarbeit mit der Abteilungsleiterin und je einer HöFa 1 als verantwortliche Multiplikatorin pro Abteilung
- 12 Fallbesprechungen im Team (1x monatlich) mit der Projektleiterin/Pflegeexpertin
- 2 Impulstage zur Vertiefung/Problembearbeitung
- kontinuierliche Beratung durch Projektleitung und Pflegeexpertin
- laufende Evaluation und Rückkoppelung an alle beteiligten Ebenen

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 (ZAFP) am Universitäts-Spital 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)
- ¹⁰ VIPS = Schwedische Abkürzung für Wohlbefinden, Integrität, Prävention und Sicherheit

Projektphasen:

Vorphase 6 Monate

Feinplanung Projekt, Projektorganisation, Zusammenarbeit mit Beteiligten für Planung und Organisation in den Kliniken gemäß deren Strukturen, Vorbereitung der Begleitevaluation und wissenschaftlicher Begleitung, theoretische Grundlagen ausarbeiten, Sicherstellung der Ressourcen

Hauptphase 18 Monate

Erhebung des Ist-Zustandes, Festlegung der Feinziele, Vorbereitung und Durchführung der Schulungen, Fallbegleitungen und -besprechungen, Übernahme in Pflegedokumentation (Neuanpassung)
Sicherstellung der Projektkommunikation
Zwischenevaluationen/Begleitforschung, Dokumentation des Projektes

Integrations-Phase 12 Monate

Impulstage zur Vertiefung, Projektevaluation, Qualitätsprüfung und -sicherung, Einbezug neuer Mitarbeitender, Vernetzung mit Pflegeorganisation (Pflegerapport, -visite), Sicherheitsmaßnahmen der Implementation mit Abteilungsleiterinnen und je einer HöFa 1 als Verantwortliche pro Abteilung

Schätzung des Ressourcenbedarfs

- Projektleitung 80% - 100% Stelle (mit akad. Abschluss in Pflegewissenschaft), Erfahrung in Schulung, Projektmanagement und -beratung
- Sitzungen für die Zusammenarbeit/Steuerung mit den Leitungsgremien, den Klinik- und Abteilungsleitungen (alle 6 - 8 Wochen)
- 50% Pflegeexpertinnenstelle pro Einheit (Klinik)
- 10% HöFa 1 – Stelle mit Aufgabenbeschreibung im Projekt pro Abteilung
- Räumlichkeiten: Schulungs- und Sitzungsräume und ein Büro für die Projektleitung

Die minimale Dauer eines Pilotprojektes inklusive Sicherung der Integration, der Dissemination des Projektes mit Evaluation/Begleitforschung dauert 3 Jahre.

Der Pflege folgender Schnittstellen ist Beachtung zu schenken: Klinikleitungen, Pflegemanagement und Medizinischer Dienst auf Abteilungsebene, Forschungsbegleitung und zu Projekten auf Landesebene (wie in der Schweiz BEKIS und Nursing Data). Um das Projekt mit den internen und externen Entwicklungen zu vernetzen, ist eine aktive Zusammenarbeit und der gegenseitige Informationsaustausch mit den Schnittstellenträgern sehr wichtig.

Eine sequenzielle Einführung in einer gesamten Institution durch Einbezug von Mitarbeitenden des Pilotprojekts scheint sinnvoll. Dabei sind die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt zu berücksichtigen und die Detailplanung entsprechend den Ressourcen vorzunehmen. Studien und Projektberichte zeigen (USZ, Klinik Tumorbologie Freiburg i.Br, Pfäfers), dass eine Einführung in Gesamtspitäler mindestens 5 Jahre dauert, für eine vollständige Implementation ist mit 10 Jahren zu rechnen.

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.
- 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.
- Höhm, 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 in der 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.
- Schnepp, W. (1994). Pflegediagnosen: Voraussetzungen, Entwicklung und Grenzen. *Pflege aktuell* (12), 730-731.
- Schuntermann, M. (2003a). Ausbildungsmaterialien zur ICF.
- Schuntermann, M. (2003b). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Frankfurt am Main: Deutsche Rentenversicherung.
- 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 Doeland, M., Benham, C., & Sykes, C. (2002). The Internationals Classification of Functioning, Disability and Health as a framework for comparing dependency measures used in community aged care programs in Australia. Brisbane: WHO.
- Van Gele, P. (1996). Ist eine Standardisierung und Klassifizierung der Pflgetätigkeit 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.

Reports on classification system development (NANDA)

- Gebbie KA, Lavin MA, editors: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the first national conference, St Louis, 1975, Mosby. Reports the first organized effort to classify diagnoses at the First National Conference on Classification of Nursing Diagnoses (1973) and the diagnoses that resulted. Includes papers on various classification systems in medicine; the nature of classification; and its implications for practice, education, and research. Contains diagnoses identified in 1973.
- Gebbie KA, editor: Summary of the second national conference: classification of nursing diagnoses, St Louis, 1976. National Group for Classification of Nursing Diagnoses. Contains accepted nursing diagnoses, 1975.
- Kim MJ, Moritz DA, editors: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the third and fourth national conference, New York, 1982, McGraw-Hill. Contains accepted nursing diagnoses, 1980. Includes papers on various subjects related to nursing diagnosis, issues in implementation, and research.

Loomis ME, et al: Development of a classification system for psychiatric/mental health nursing: individual response class, Arch Psychiatr Nurs 1:16, 1987.

Kim MJ, McFarland G, McLane A, editors: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the fifth conference, St Louis, 1984, Mosby. Contains new nursing diagnoses accepted in 1982 and papers on classification development and issues, research, implementation, and use in related areas of practice. First bylaws of the newly designated North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Hurley M, editor: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference, St Louis, 1986, Mosby. Contains accepted nursing diagnoses, 1984. Includes papers on classification, taxonomic structure, quality assurance, DRGs. implementation, and computerization. Includes research papers on specific nursing diagnoses, their use in practice, diagnostic process, and research methodology.

McLane A, editor: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the seventh conference, St. Louis, 1987, Mosby. Includes major papers presented, developments in diagnosis and taxonomy, research paper abstracts, and current listing~ of nursing diagnoses, 1986.

Carroll-Johnson R, editor: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference, St Louis, 1990, Mosby. Includes major papers presented, developments in diagnosis and taxonomy, research papers and abstracts, and current listing of nursing diagnoses, 1988.

Carroll-Johnson R, editor: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference, Philadelphia, 1992. Lippincott. Includes major papers presented, developments in diagnosis and taxonomy, research papers and abstracts, and current listing of nursing diagnoses, 1990.

Carroll-Johnson R, editor: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference, Philadelphia, 1993, Lippincott. Includes major papers, developments in diagnosis and taxonomy, research papers and abstracts, and current listing of nursing diagnoses, 1993.

Visiting Nurse Service of Omaha, Client management information system for community health nursing agencies, Washington, DC, 1986, US Department of Health and Human Services. Classification of problems in community health nursing. There is an overlap with NANDA diagnostic categories.

Anhang I:

Pflegediagnose Beeinträchtigte körperliche Mobilität

Beeinträchtigte körperliche Mobilität (Grad/Stufe angeben)

Taxonomie 1 R Sich bewegen (6.1.1.1/1973; R 1998)

Taxonomie 2: Aktivität/Ruhe, Aktivität/Bewegung (00085/1973, R 1998)

NANDA-Originalbezeichnung: «Impaired Physical Mobility» (Thematische Gliederung: Sicherheit)

Definition: Eine Einschränkung der unabhängigen, zielgerichteten physischen Bewegung des Körpers oder einer oder mehrerer Extremitäten..

Diagnostischer Hinweis der Übersetzergruppe: taxonomisch ist diese Diagnose eine übergeordnete Kategorie, die genauere/detailliertere Diagnosen umfasst. Wenn die Ersteinschätzung zu dieser Diagnose führt, sind weitere Abklärungen nötig, um die spezifischen Bedürfnisse des Patienten festzustellen und wenn möglich sollte eine genauere Diagnose gestellt werden (hier z.B.: Gefahr einer peripheren neurovaskulären Störung, Gefahr eines perioperativen Lagerungsschadens, beeinträchtigte Bettmobilität, beeinträchtigte Transferfähigkeit, beeinträchtigte Rollstuhlmobilität).

Mögliche ursächliche oder beeinflussende Faktoren

- Sitzende Lebensweise, Inaktivität oder Immobilität; begrenzte kardiovaskuläre Ausdauer
- Verminderte Muskelkraft, -kontrolle und/oder -masse; Gelenksteifigkeit oder Kontraktur; verminderte Knochenfestigkeit und -stabilität
- Aktivitätsintoleranz/verminderte Kraft und Ausdauer
- Schmerz/Missbehagen
- Neuromuskuläre/muskuloskeletale Beeinträchtigung
- Wahrnehmungsstörung oder kognitive Beeinträchtigung; Entwicklungsverzögerung
- Depressive Stimmung oder Angstgefühle
- Teilweise oder generalisierte Mangelernährung; veränderter Zellstoffwechsel; Body Mass Index 75% über der altersgemäßen Norm
- Fehlendes Wissen über die Bedeutung körperlicher Bewegung, kulturelle Vorstellungen über altersentsprechende Bewegung; fehlende physische oder soziale Unterstützung durch die Umgebung
- Verordnete Bewegungseinschränkung; Medikamentenwirkung [z.B. Neuroleptika, Muskelrelaxanzien]
- Widerwille, sich freiwillig zu bewegen

Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen

subjektive

- [Klagen über Schmerzen/Missbehagen bei Bewegung]

objektive

- Begrenzte Bewegungsfähigkeit/Beweglichkeit; begrenzte Fähigkeit grob-/feinmotorische Bewegungen auszuführen; beeinträchtigte Bewegungskoordination, Schwierigkeiten sich zu drehen
- Verlangsamte Bewegungen, unkontrollierte oder ruckartige/holprige Bewegungen, verminderte Reaktionsfähigkeit
- Gangveränderungen (z.B. verminderte Gehgeschwindigkeit, Schwierigkeiten bei den ersten Schritten; kleinschrittiger, schlurfender Gang, deutliche Seitenneigung beim Gehen)
- Posturale Instabilität während der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Bewegungsbedingte/r Kurzatmigkeit/Tremor
- Findet Ersatz für eigene Bewegung (z.B. vermehrte Aufmerksamkeit gegenüber Aktivitäten anderer, Kontrollverhalten, Konzentration auf Aktivitäten, die vor der Krankheit/Behinderung ausgeführt werden konnten)
- Unfähigkeit, sich zielgerichtet zu bewegen, einschließlich Mobilität im Bett, Transfer und Gehen

Empfohlene Klassifikation des Funktionsniveaus*:

- 0 Vollständige Unabhängigkeit
- 1 Braucht Hilfsmittel oder Gerät
- 2 Braucht Hilfe, Überwachung oder Anleitung einer Person
- 3 Braucht Hilfe einer Person und Hilfsmittel oder Geräte
- 4 Abhängigkeit, macht nicht aktiv mit

Patientenbezogene Pflegeziele oder Evaluationskriterien

Der Patient

- zeigt Bereitschaft zu Aktivitäten und beteiligt sich daran
- äußert, die Situation/Risikofaktoren sowie Therapie und Sicherheitsmaßnahmen zu verstehen
- zeigt Techniken/Verhaltensweisen, die eine Wiederaufnahme von Aktivitäten ermöglichen
- bewahrt Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates und Unversehrtheit der Haut, was durch das Fehlen von Kontrakturen, Spitzfuß, Dekubitus usw. überprüfbar ist
- bewahrt oder erhöht die Kraft oder Funktionsfähigkeit des betroffenen und/oder kompensierenden Körperteils Maßnahmen oder Pflegeinterventionen

1. Pflegepriorität: Erkennen ursächlicher/beeinflussender Faktoren:

- Erkennen von Diagnosen, welche die Bewegungsfähigkeit beeinträchtigen (z. B. Multiple Sklerose, Arthritis, Parkinson-Krankheit, Hemiparese/Paraplegie usw.)
- Beachten der Umstände, wie Operationen, Frakturen, Amputationen, Drainagen und Infusionen, welche die Bewegung einschränken
- Erfassen des Ausmaßes der Schmerzen aufgrund der Beschreibungen des Patienten
- Feststellen der Wahrnehmung des Patienten bezüglich notwendiger Aktivität/Bewegung
- Beachten der verminderten Mobilität im Zusammenhang mit dem Alter
- Bestimmen des Ausmaßes der kognitiven Wahrnehmungsfähigkeiten und der Fähigkeit, Anweisungen zu befolgen
- Einschätzen des Ernährungszustandes und Energieniveaus

2. Pflegepriorität: Ermitteln der aktuellen Funktionsfähigkeit:

- Ermitteln des Ausmaßes der Bewegungseinschränkung mit Hilfe der oben empfohlenen Klassifikation
- Beobachten der Bewegungen des Patienten, wenn sich dieser nicht bewusst ist, dass er beobachtet wird, um Unstimmigkeiten zwischen Aussagen und Realität zu erkennen

- Beobachten der psychischen Reaktion(en)/des Verhaltens bei Problemen der Bewegungseinschränkung (Gefahr der Frustration/ Machtlosigkeit können das Erreichen der gesteckten Ziele behindern)
- Achten auf Komplikationen, die durch Immobilität hervorgerufen werden (z. B. Pneumonie, Ausscheidungsprobleme, Kontrakturen, Dekubitus, Angst). Vgl. PD: Gefahr eines Immobilitätssyndroms

3. Pflegepriorität: Fördern eines optimalen Funktionsniveaus und des Verhüten von Komplikationen:

- Lagern des Patienten möglichst bequem, nach einem regelmäßigen Zeitplan, wie es die individuelle Situation erfordert (einschließlich häufiger Gewichtsverlagerung, wenn der Patient rollstuhlabhängig ist), um die Atmung zu erleichtern und einen Dekubitus zu vermeiden
- Instruieren des Gebrauchs von Bettgittern, Haltegriffen, Bettleitern, Aufrichtebügeln, Hilfsmitteln für Lagewechsel/Transfers
- Unterstützen der betroffenen Körperteile/Gelenke durch den Gebrauch von Kissen/Rollen, Fußstützen/Schuhen, Luftmatratze, Wasserbett usw.
- Unterstützen der Behandlung des Zustandes, welcher die Schmerzen und/oder die Funktionsstörung verursacht
- Sorgen für eine Schmerzmittelgabe vor Aktivitäten, bei Bedarf, um eine maximale Leistung/Beteiligung zu ermöglichen
- Sorgen für die tägliche Hautpflege, insbesondere in Bereichen, die Druck ausgesetzt sind
- Zwischen Aktivitäten und Besuchen angemessene Ruhepausen einplanen, um die Erschöpfung zu reduzieren. Dem Patienten genügend Zeit einräumen, um bewegungsbezogene Aufgaben auszuführen
- Fördern der Teilnahme an persönlicher Pflege/Selbstversorgung, Freizeitaktivitäten. Fördert Selbstwertgefühl und Gefahr der Unabhängigkeit
- Erkennen von Energie sparenden Bewegungsmustern zur Selbstversorgung. Begrenzt Erschöpfung, maximiert Teilnahme
- Besprechen von Abweichungen im Bewegungsmuster, zusammen mit dem Patienten, die auftreten können, wenn sich der Patient beobachtet/nicht beobachtet fühlt. Besprechen der Methodik, mit den erkannten Problemen umzugehen
- Entsprechend der individuellen Situation für Sicherheitsmaßnahmen sorgen, inklusive Veränderungen der Umgebung/Sturzprävention
- Eventuell Physio-/Ergotherapeuten hinzuziehen, um ein individuelles Trainingsprogramm zu entwickeln und um passende Hilfsmittel zu finden
- Ermutigen zu ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Fördert Wohlbefinden und maximiert Energieproduktion

4. Pflegepriorität: Fördern des Wohlbefindens (Beratung, Patientenedukation und Entlassungsplanung):

- Ermutigen von Patienten/Bezugsperson(en), sich so oft wie möglich an Entscheidungen zu beteiligen. Fördert Akzeptanz des Plans und verbessert die Ergebnisse
- Instruieren von Sicherheitsmaßnahmen entsprechend der individuellen Situation (z. B. Gebrauch von Handläufen, Rollstuhlarretierung vor Transfer, Entfernen oder Sichern von Teppichen, Wohnraumanpassung usw.)
- Demonstrieren der Anwendung von Gehhilfen (z.B. Gebstock, Rollator, Unterarmgehstützen). Identifizieren geeigneter Ressourcen, um Hilfsmittel/Prothesen zu erhalten und zu warten. Ermitteln des Bedarfs an Hilfsmitteln (z.B. Gehhilfen, Schienen, Prothesen) Fördert Unabhängigkeit und Sicherheit
- Einbeziehen des Patienten und der Bezugsperson(en) in die Pflege, ihnen dabei helfen, Probleme der Bewegungseinschränkung zu meistern
- Überprüfen des Ernährungsbedarfs. Erkennen von angemessenen Nahrungsergänzungen (Vitamine, Spurenelemente, Mineralien, Kräuter)

Schwerpunkte der Pflegedokumentation

Pflegeassessment oder Neueinschätzung

- Ergebnisse der Einschätzung, inklusive Funktionsniveau/Fähigkeit, sich an spezifischen/erwünschten Aktivitäten zu beteiligen

Planung

- Pflegeplan/-interventionen und beteiligte Personen
- Plan für die Patientenanleitung, -schulung und -beratung

Durchführung/Evaluation

- Reaktionen auf Interventionen/Anleitung und ausgeführte Pfl egetätigkeiten
- Zielerreichung/Fortschritte in Richtung Zielerreichung
- Veränderungen des Plans

Entlassungs- oder Austrittsplanung

- Langfristige Bedürfnisse nach Entlassung und Austritt sowie die Verantwortlichkeit für die notwendigen Maßnahmen
- Vermitteln an andere Gesundheitsberufe
- Bezugsquellen für Hilfsmittel/Unterhalt

Pflegeinterventionen (NIC)

Bereich: Körperfunktionen: grundlegende (physiological: basic). Interventionen zur Unterstützung körperlicher Funktionen.

Klasse: Aktivitäts- und Bewegungsmanagement (activity and exercise management). Interventionen zur Unterstützung oder Organisation von (Energie sparenden oder verbrauchenden) körperlichen Aktivitäten.

Empfohlene Pflegeinterventionen: Bewegungstherapie: Muskelkontrolle u.a. (siehe McCloskey/Bulecheck, 2003)

Pflegeergebnisklassifikation (NOC)

Empfohlenes Pflegeergebnis: Mobilitätsniveau (mobility level), (siehe Johnson/Maas/Moorhead, 2003).

Literatur

Fitzgerald-Miller, J.: Chronisch Kranksein bewältigen – Machtlosigkeit überwinden. Huber, Bern 2003 (Plan)

Georg, J.: beeinträchtigte körperliche Mobilität bei alten Menschen – Pflegeassessment, -diagnose und -interventionen. Nova 33 (2002)

Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S.: Pflegeergebnisklassifikation (NOC) Huber, Bern 2003 (Plan)

King, C. R.; Hinds, R S.: Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Huber, Bern 2001: 363f.

McCloskey, J.C.; Bulecheck, G.M.: Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Huber, Bern 2003 (Plan)

Morof-Lubkin, I.: Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Huber, Bern 2002

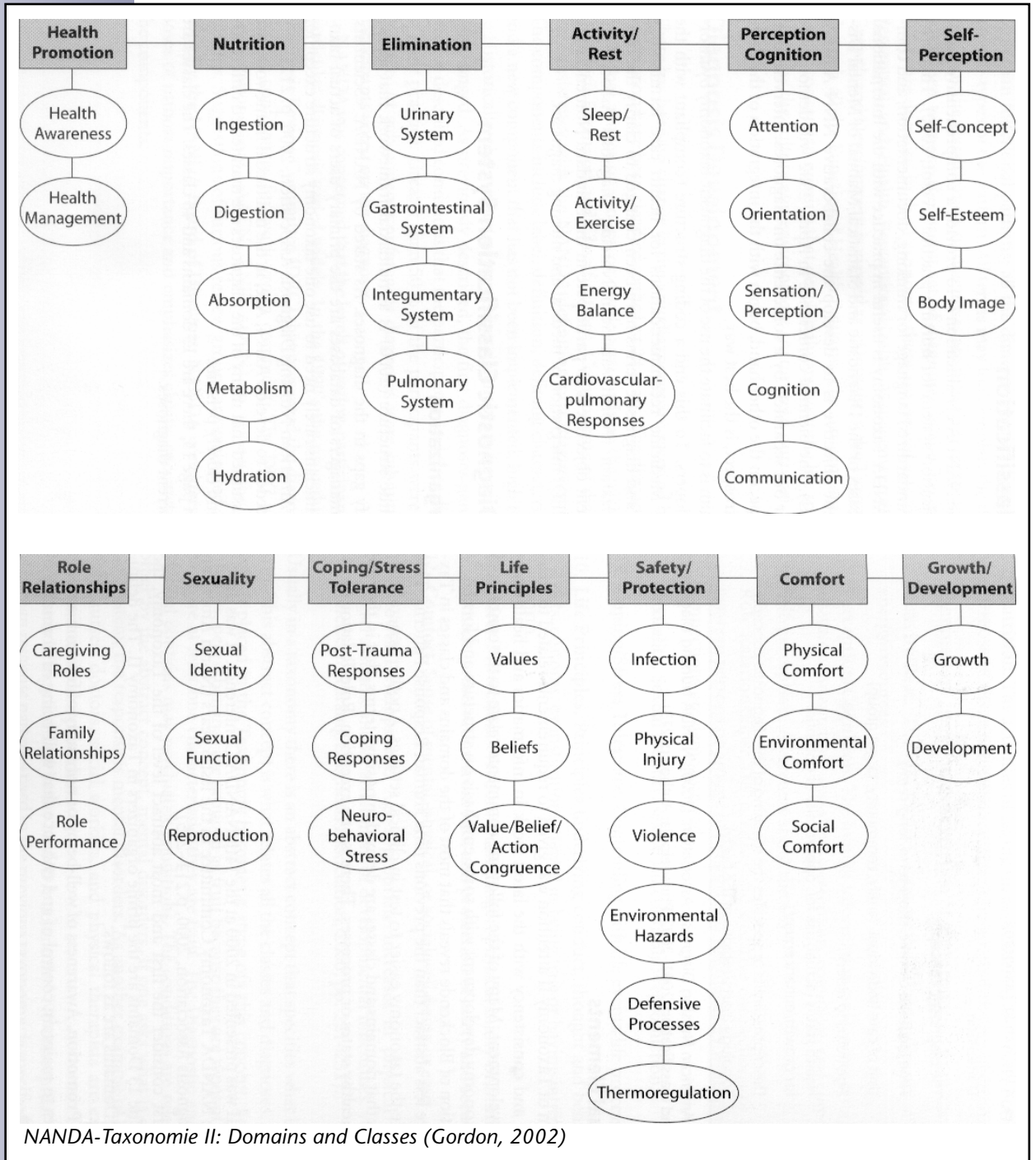
Runge, M.; Rehfeld, G.: Mobil bleiben – Pflege bei Gehstörungen und Sturzgefahr. Schlüthersche, Hannover 2001

Tideiksaar, R.: Stürze und Sturzprävention. Huber, Bern 1999

Urbas, L.: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath-Konzept. Thieme, Stuttgart 1996

Quelle: Abderhalden & Ricka, (Hrsg. der deutschen Übersetzung). Pflegediagnosen und Maßnahmen von Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Geissler-Murr, F.

Anhang II: NANDA-Taxonomie II



**Pflegeklassifikationen
im Vergleich**

Teil 1 in
PRINTERNET 5/04

PrinterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu
diesem Artikel unter

<http://www.printernet.info/artikel.asp?id=478>