

Qualitätserhöhung durch Pflegediagnosen?

Maria Müller-Staub

Pflegediagnosen sind in aller Munde. In Bezug auf die Dokumentation pflegerischen Handelns in einer einheitlichen Fachsprache spielen sie sogar eine übergeordnete Rolle. Ein Schweizer Projekt zur Einführung der Pflegediagnosen ging der Frage nach, ob sich durch Pflegediagnosen – und damit durch eine einheitliche pflegerische Fachsprache – die Qualität der Pflege erhöht.

Stand der Dinge

- Pflegende nehmen eine zentrale Koordinations- und Dokumentationsfunktion ein. Die Untersuchung von 444 Patientenakten ergab, dass 62-82% der Gesamtpatientenakte durch Pflege dokumentiert wird (Müller-Staub, 2007).
- Die Dokumentation umfasst Pflegeanamnese, Pflegeprobleme bzw. -diagnosen, Pflegeziele und -maßnahmen und verschiedene ergänzende Dokumentations- und/oder Assessmentbögen, beispielsweise zur Wund- oder Schmerzdokumentation. Ebenso vielfältig wie die Anzahl der zu dokumentierenden Informationen sind auch die Arten, Informationen zu festzuhalten.
- Die (prozessorientierte) Dokumentation der Pflege ist ein hinlänglich bekanntes Problemfeld. Darin reichen die zu klärenden Punkte von fehlender Einsicht der Notwendigkeit über ungeeignete Dokumente bis hin zu der Frage: Was muss dokumentiert werden und was nicht? Selbst wenn gemäß gesetzlichen Grundlagen und/oder Standards zur Pflegeprozeßdokumentation klar ist, was und wie dokumentiert werden soll, werden diese Vorgaben oft nicht eingehalten (Ehrenberg, Ehnfors, 1999; Ehrenberg, Ehnfors, Smedby, 2001; Müller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin, van Achterberg, 2007).
- Aus all den Schwierigkeiten leitet die aktuelle Forschung ein grundsätzliches Problem ab:

Das Fachgebiet der Pflege wird in der Patientenakte unzureichend repräsentiert.

Dies gilt für Grundbedürfnisse der Patienten und pflegerische Maßnahmen genauso wie für die Ergebnisse der Pflege. Der Pflegeprozess wird häufig ungenau und unvollständig dokumentiert, sei es handschriftlich oder in elektronisch gestützten Pflegedokumentationen. Als Ursache für diesen Misstand ist vor allem fehlendes Fachwissen verantwortlich – bei den Pflegenden wie in den Reihen der IT-Anbieter und der „Pflegeinformatiker“ gleichermaßen (Bartholomeyzik, 2004; Ehrenberg, 2001; Müller Staub et al., 2007; Smith-Higuchi, 1999).

Wenn es konkret um die Formulierung von Pflegediagnosen geht, weisen Studienergebnisse ebenfalls auf ähnliche Mängel hin (Florin, Ehrenberg, Ehnfors, 2005).

Ein Beispiel: Bei der Pflegediagnose (PD) „Beeinträchtigte körperliche Mobilität“ gingen die Merkmale „Koordinationsstörung“ und „Muskelschwäche“ in über 70% der Dokumentationen nicht hervor, obwohl es sich um Patienten mit Halbseitenlähmung handelte. Auch die Ätiologie, die ursächlichen Faktoren, im oben genannten Beispiel eine Paralyse oder Parese, war meistens nicht angegeben (Delaney, Herr, Maas, Specht, 2000). Andere Studien haben gezeigt, dass bei 44-70% der gesamten Pflegediagnosen keine ursächlichen Faktoren verzeichnet waren (Müller Staub, 2002).

Pflegediagnosen

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Pflegeinterventionen auszuwählen und Pflegeergebnisse zu erreichen, für welche die Pflegenden verantwortlich sind.“ (NANDA International 2005)

Pflegediagnosen werden als Prozess und als Produkt beschrieben. Der diagnostische Prozess besteht aus vier Aktivitäten: Informationen sammeln, interpretieren, verdichten und der Essenz der Informationen eine Bezeichnung zuweisen (Gordon, 1994b). Mit Diagnosen als Prozess ist der Prozess des Analysierens von Assessmentdaten unter Berücksichtigung einer Vielfalt möglicher Pflegediagnosen gemeint. Die nach Abschluss des diagnostischen Prozesses gestellten Pflegediagnosen werden als „Produkt“ bezeichnet und sollen umfassend im PES-Format formuliert sein (Gordon, 1994a; b). Dabei steht P für die Problemformulierung, E für die Ätiologie (Etiologies) oder beeinflussende Faktoren und S für Symptome/Zeichen (bestimmte Merkmale) (Müller-Staub, Needham, Lunney, Odenbreit, Lavin, van Achterberg, 2008).

Konsequenzen solcher Ungenauigkeiten sind offensichtlich. Ungenau gestellten Pflegediagnosen, deren Ursachen nicht dokumentiert sind, folgen unspezifische oder unwirksame Pflegemaßnahmen. Ein Patient, der aufgrund von Lähmungen eine beeinträchtigte körperliche Mobilität aufweist braucht andere pflegerische Interventionen als ein Patient mit derselben Pflegediagnose, deren Ursache eine einfache Knöchelfraktur ist und der an Stöcken gehen kann.

Pflegediagnostik und Qualität

Die skizzierten Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass Qualitätsverbesserungen zwingend notwendig sind. Im Fokus der Optimierung stehen eine genauere Pflegeproblemerhebung mittels Pflegediagnostik sowie der Fokus auf die Zusammenhänge zwischen Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. Nur eine strukturierte, systematische und umfassende Pflegeproblemerhebung ermöglicht es Pflegenden, ermittelte Probleme als genaue Pflegediagnosen zu formulieren. Allein auf einer breiten Basis an Informationen lassen sich Pflegediagnosen ableiten, Pflege zielgerichtet und klientenorientiert planen, umsetzen und gute Patientenergebnisse sichern. Konsequenter muss die umfassende Problemdarstellung mit entsprechenden Zeichen/Merkmalen und ursächlichen Faktoren unter Berücksichtigung der Sichtweise des Klienten sowie seiner Angehörigen erfolgen. Kurz gesagt erhöht die Nutzung von Pflegediagnosen die Qualität des Pflegeassessments. Pflegediagnosen erfordern die ganzheitliche Betrachtung des Klienten und seiner Bezugspersonen, bei der neben physiologischen Aspekten verstärkt soziokulturelle, spirituelle, psychologische sowie entwicklungs- und umweltbezogene Aspekte berücksichtigt werden. Zudem fördert Pflegediagnostik eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klient und Pflegenden. Weiterhin kommt es – so das Ziel – zu einer bewussten Selbstwahrnehmung seitens der Pflegenden während der Datenerhebung. Die Wür-

digung der Situation des Klienten steigt (McFarland, McFarlane, 1997).

Die Folge: Wurden im Rahmen einer prozesshaften Vorgehensweise genaue Pflegediagnosen ermittelt und überprüft, lassen sich leicht spezifische, auf die Diagnosen zugeschnittene, (evidenzbasierte) Maßnahmen auswählen und anwenden. Das „Nursing Intervention Projekt Team“ entwickelte zu diesem Zweck eine Klassifikation der Pflegeinterventionen (NIC), in der die Handlungen Pflegenden definiert und beschrieben werden.

Die **NIC** stellt standardisiertes Pflegewissen über Interventionen für den Einsatz in Pflegeausbildung, -praxis und -forschung zur Verfügung. In Verbindung mit Pflegediagnosen und einer Klassifikation von Pflegeergebnissen (NOC) ermöglicht es die NIC, die Wirksamkeit von Pflege zu untersuchen (Dochterman, Bulechek, 2004; Moorhead, Johnson, Maas, 2004)

Nicht nur die Auswahl geeigneter Interventionen, sondern auch die Ergebnisüberprüfung lässt sich mittels Pflegediagnosen gezielt durchführen. Veränderungen/Verbesserungen im Gesundheitszustand des Klienten, die sich als Folge von Pflegeinterventionen entwickelten, lassen sich mit Hilfe der detaillierten Problemstellung gezielt betrachten und präzise evaluieren.

Selbstverständlich müssen Pflegediagnosen dem Prozess angeglichen und bei Veränderungen entsprechend modifiziert werden. Von Erfolg gekrönt ist die Einführung der Pflegediagnosen dann, wenn sie in einem Prozess eingeführt wird, der Transparenz fördert und genug Raum zur Auseinandersetzung mit Pflegediagnostik und Pflegediagnosen lässt.

Innovationsprojekt „Pflegeprozess und Pflegedokumentation“ fmi

In der Schweiz an den Spitälern der fmi ag erforschte das Innovationsprojekt „Pflegeprozess und Pflegedokumentation“, ob sich die Qualität der Pflege durch die Einführung einer Pflegefachsprache in Form von Pflegediagnosen verbessern lässt. Ziel dieses Projektes war es,

- *Pflegefachpersonen zu fachkompetenter Pflegediagnostik zu befähigen,*
- *Vorbereitungen für die elektronische Pflegedokumentationen zu treffen und*
- *Pflegefachwissen zu erhöhen, um die Qualität zu steigern.*

Um diese Ziele zu erreichen, verabschiedeten die Pflegedienstleitungen der verschiedenen Spitäler ein Einführungskonzept, das in der nachfolgenden Tabelle dargestellt ist.

	Projektmaßnahmen	Inhalte der Maßnahmen
2005	Initialschulungen Pflegenden (fünf ganztägige Grundschulungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Pflegediagnostik • Übung anhand realer Patientensituationen
	Mentorinnenschulung Teil I (sechs halbtägige Schulungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegediagnostik • Pflegediagnosen • Evidenz-basierte Pflegemaßnahmen • Diskussion über Vor- und Nachteile
2006	Mentorinnenschulung Teil II	<ul style="list-style-type: none"> • Assessmentinstrumente (Gordon, 2003) • Mentorinnenrolle
	Praxisphase	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des Pflegeassessments • Umsetzung des diagnostischen Prozesses
	Fallberatungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fallbesprechungen in allen Abteilungen • Geleitetes Selbststudium Mentorinnen
	Umsetzungsregeln	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Umsetzungsregeln für alle Pflegenden, Anleitung durch Mentorinnen
2007	Mentorinnenschulung Teil III	<ul style="list-style-type: none"> • Mentorinnenrolle • Qualitätskriterien zur Beurteilung von PD • Stärken/Schwächen-Analysen
	Schulung aller Pflegenden	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeassessment - Anforderungen und rechtliche Aspekte, Vertiefung Pflegediagnosen
	Evaluation des Projektes	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Evaluation (Selbst+Fremdbeurteilungen) • Qualitative Interviews, Dokumentenanalyse

Auswertung – Einführung der Pflegediagnostik

Ein Resultat der qualitativen Befragung mittels Fragebogen und schriftlicher Evaluationen ist der umfassende Kompetenzerwerb der Mentorinnen. Sie fühlten sich in die Lage versetzt, Pflegeassessments differenzierter durchzuführen und Patientensituationen gezielter zu analysieren. Sie beschrieben einen erhöhten Einbezug der Klienten und erhöhte Kommunikationsfähigkeiten. Ihre Einschätzungen des Pflegebedarfs stuften sie als fachkompetent ein. Außerdem zeigten sie sich kompetent darin, genaue NANDA-Pflege diagnosen zu stellen. Mehrfache Evaluationen von Transferaufträgen zeigten, dass sie den theoriegeleiteten Diagnoseprozess beherrschen und aus der Informationssammlung heraus hypothetische Pflegediagnosen stellen können. Diese wurden anhand der Zeichen/Symptome sowie der ursächlichen Faktoren validiert, daraufhin wurden den Patienten entsprechende, genaue Pflegediagnosen gestellt.

Die Auswertung von Pflegedokumentationen bestätigte eine Kompetenzsteigerung auf Seiten der Mentorinnen. Das Assessment sowie das Stellen der Pflegediagnosen im PES-Format war zu 66,7% vollständig korrekt und in 33,3% teilweise korrekt. Eine differenzierte Fremd-Analyse von 12 Pflegedokumentationen mit Pflegediagnosen (PES-Format) bestätigte das Ergebnis: Auf der Basis von Pflegediagnosen wurden 18 kohärente, inhaltlich übereinstimmende und theoriegeleitete Pflegeziele gestellt sowie 42 wirksame Maßnahmen geplant und umgesetzt.

Die Beurteilung schriftlicher Evaluationen bestätigte die Selbstevaluation der Mentorinnen. Sie waren unter anderem in der Lage, Pflegediagnosen zu priorisieren, pflegerisches Handeln kritisch zu hinterfragen, Mitarbeitende anzuleiten und Pflegediagnosen theoriegeleitet zu validieren. Nicht nur auf Seiten der Pflegenden zeigte das Projekt positive Effekte. Auch für die Patienten konnten Qualitätseffekte nachgewiesen werden. Der Beziehungsaufbau und die Kommunikation mit den Patienten wurde erhöht, Patienten konnten ihre

Anliegen vermehrt anbringen. Ängste und Unsicherheiten wurden vermehrt wahrgenommen und Pflegeziele aus Patientensicht gesetzt. Patienten erreichten ein gesteigertes Wohlbefinden dank genauerer Problemerkennung mittels Pflegediagnosen. Schmerz- und Mangelernährungszustände oder schlechte Hautverhältnisse zeigten erhöhte Verbesserungen und Informationsdefizite wurden vermehrt behoben. Durch laufende Evaluationen des Pflegeprozesses wurde die Qualität der Pflege erhöht.

Zusammenfassend verdeutlichen die Aussagen einiger Mentorinnen den Erfolg des Projektes: „Pflegediagnostik erhöht mein Berufsverständnis“ und „Ohne Pflegeanamnese keine Pflegediagnosen, ohne beides keine gezielte Pflege.“

Schlussfolgerungen

Das Projekt hat gezeigt, dass es bei der Implementation von Pflegediagnosen von Vorteil ist, zunächst mit einer Wissenserweiterung zu beginnen und Pflegediagnostik einzuführen, um dann mit Hilfe der Erfahrungen eine elektronische Dokumentation zu entwickeln. Um Pflegediagnostik qualitativ gut umzusetzen, muss der Prozess des Verstehens im Vordergrund stehen (Schrems, 2003). Wie auch andere Studien (Björvell, Wredling, Thorell-Ekstrand, 2002; Müller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin, van Achterberg, 2008; Thoroddsen, Ehnfors, 2007) zeigt die Projektevaluation, dass durch die Einführung der Pflegediagnostik die Wahl entsprechender, wirksamer Pflegemaßnahmen verbessert wird, was wiederum zu erhöhten Patientenergebnissen führt. Vor diesem Hintergrund ist es zu empfehlen, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen nach NANDA, NIC und NOC (Doenges, Moorhouse, Murr, 2008) einzusetzen, anstatt „Eigenkreationen“ von Assessmenttools und Pflegediagnoselisten zu entwickeln, die wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalten.

Literatur

- Björvell, C.; Wredling, R.; Thorell-Ekstrand, I.: Long-term increase in quality of nursing documentation: Effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002, **16**: 34-42.
- Delaney, C.; Herr, K.; Maas, M.; Specht, J.: Reliability of nursing diagnoses documented in a computerized nursing information system. *Nursing Diagnosis*, 2000, **11**: 121-134.
- Dochterman, J.; Bulechek, G.M. (Hrsg.): *Nursing Interventions Classification NIC*. Mosby, St. Louis, 2004.
- Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F.; Murr, A.C.: *Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales*. F.A. Davis, Philadelphia, 2008.
- Ehrenberg, A.; Ehnfors, M.: Patient records in nursing homes: Effects of training on content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1999, **13**: 72-82.
- Ehrenberg, A.; Ehnfors, M.; Smedby, B.: Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2001, **15**: 133-141.
- Florin, J.; Ehrenberg, A.; Ehnfors, M.: Measuring the quality of nursing diagnoses. In: Oud, N. (Hrsg.): *ACENDIO 2005*. Huber, Bern, 2005.
- Gordon, M.: Clinical judgment: An integrated model. *Advances in Nursing Science*, 1994a, **16**: 55-70.
- Gordon, M.: *Nursing diagnosis: Process and application*. Mosby, St. Louis, 1994b.
- McFarland, G.K.; McFarlane, E.A.: *Nursing diagnosis & interventions*. Mosby, St. Louis, 1997.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.: *Nursing Outcomes Classification*. Mosby, St. Louis, 2004.
- Müller Staub, M.: Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit: Eine Studie zur Frage nach dem Zusammenhang. *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 2002, **15**: 113-121.
- Müller-Staub, M.: Evaluation of the implementation of nursing diagnostics: A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation. Ponsen & Looijen, Wageningen, 2007.
- Müller-Staub, M.; Needham, I.; Lunney, M.; Odenbreit, M.; Lavin, M.A.; van Achterberg, T.: Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Meßinstruments Q-DIO. *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 2008, **21**: 327-338.
- Müller-Staub, M.; Needham, I.; Odenbreit, M.; Lavin, M.A.; van Achterberg, T.: Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse:

Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 2007, **20**: 352-371.

Müller-Staub, M.; Needham, I.; Odenbreit, M.; Lavin, M.A.; van Achterberg, T.: Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, **63**: 291-301.

Thoroddsen, A.; Ehnfors, M.: Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, **16**: 1820-36.