

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

24. November 2008 bis 27. November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Pflegediagnosen im Intensivbereich

vorgelegt von: Valentina Pezer
 LKH Villach
 Medizinische Intensivstation

begutachtet von: OSR Christine Schaller-Maitz
 LKH Villach
 Qualitätssicherung

12. Oktober/2009

Ehrenwörtliche Erklärung

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

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

Villach, 12. Oktober 2009

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Pflegediagnosen im Intensivbereich. Im genauen handelt es sich um mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung der Pflegediagnosen und um Faktoren, welche die Arbeit mit ihnen erschweren. Die Arbeit geht vor allem nach dem Klassifikationssystem nach NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Zusätzlich wurde eine Befragung zum Thema vorgenommen. Der Fragebogen wurde via Mail mit dem Begleitschreiben an die jeweiligen Krankenhäuser versandt. Es wurden zehn Intensivstationen in Österreich und zehn in Deutschland befragt. Dabei handelt es sich sowohl um internistische und chirurgische, als auch um interdisziplinäre Stationen. Ziel der Datenerhebung war es herauszufinden, wie in der Praxis mit Pflegediagnosen gearbeitet wird. Bis zum Stichtag sind sechs gültige Fragebögen eingetroffen. Dabei handelt es sich nur um österreichische Krankenhäuser. Aus Deutschland gab es keine Antworten.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Pflegeprozessmodell	7
Abb. 2: Hierarchie der Pflegemodelle	16
Abb. 3: Hierarchie pflegerischer Tätigkeiten	16
Abb. 4: Pflegemodelle	18

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	6
1. EINLEITUNG	7
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN	8
2.1 Definition der Pflegediagnosen	8
2.2 Geschichte der Pflegediagnosen	10
2.3 Gesetzliche Bestimmungen zu Pflegediagnosen	10
2.4 Zielsetzung der Pflegediagnosen	12
3. EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE PFLEGEDIAGNOSEN	14
3.1 Verschiedene Pflegemodelle	14
3.2 Kompetenz und Verantwortung	20
3.3 Gemeinsame Fachsprache der Pflege	24
4. PFLEGEDIAGNOSEN AUF DER INTENSIVSTATION	27
5. RESÜMEE	30
6. LITERATURVERZEICHNIS	31
7. ANHANG 1: Fragebogen	32

0. VORWORT

Ich arbeite seit zwei Jahren auf einer internistischen Intensivstation. Seit ca. einem Jahr beschäftige ich mich mit Pflegediagnosen im Intensivbereich. Oft wird das Einsetzen der Pflegediagnosen im Intensivbereich von Pflegefachpersonen in Frage gestellt.

Die Arbeit mit Pflegediagnosen sehe ich zu einem Teil sinnvoll, vor allem für die pflegerische Leistungserfassung. Auf der anderen Seite denke ich, dass die Art und Weise wie sie derzeit angewendet werden, nicht für die Intensivpflege geeignet sind. Aus diesem Grund möchte ich versuchen in der Arbeit verschiedene Faktoren näher zu erläutern, welche diesen Gedanken rechtfertigen könnten.

Ein besonderer Dank für die wertvollen Informationen gilt meiner Betreuerin Frau Schaller Maitz und Frau MMag. Dr. Warmuth für die Hilfe bei der Erstellung des Fragebogens.

Ebenso einen herzlichen Dank allen Teilnehmern der Befragung für ihre Bereitschaft.

Villach, 12. Oktober 2009

Pezer Valentina

1. EINLEITUNG

In Österreich arbeitet das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz seit 1997 mit Pflegediagnosen. Sie sind ein Teil der Pflegeplanung.

In der Praxis gibt es verschiedene Auffassungen zum Thema Pflegediagnosen im Intensivbereich. Ein Teil des Pflegepersonals erkennt keinen Sinn in der Erstellung eines Pflegeproblems bei Patienten. Andererseits sind aber viele Pflegedienstleitungen von der Pflegediagnostik überzeugt. In der Praxis treten Schwierigkeiten in der Umsetzung der Pflegediagnosen im Intensivbereich auf. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die möglichen Ursachen für diese aufzuzeigen. Die Forschungsfragen lauten: Warum sind Pflegediagnosen im Intensivbereich umstritten? Wie erfolgt die Umsetzung in der Praxis?

In dieser Arbeit werden allgemeine Informationen betreffend Pflegediagnosen beschrieben. Im folgenden Kapitel werden mögliche Einflussfaktoren auf die Umsetzungsproblematik genauer erläutert. Diese sind: verschiedene Pflegemodelle, Kompetenz und Verantwortung sowie die gemeinsame Fachsprache. Anschließend werden Pflegediagnosen aus der Praxis beispielhaft angeführt.

2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Theorie der Pflegediagnosen beschäftigt sich mit dem was Pflegediagnosen sind und wozu sie dienen. Zusätzlich wird das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz dargestellt, welches die Pflegeplanung und somit die Pflegediagnosen vorschreibt.

2.1 Definition der Pflegediagnosen

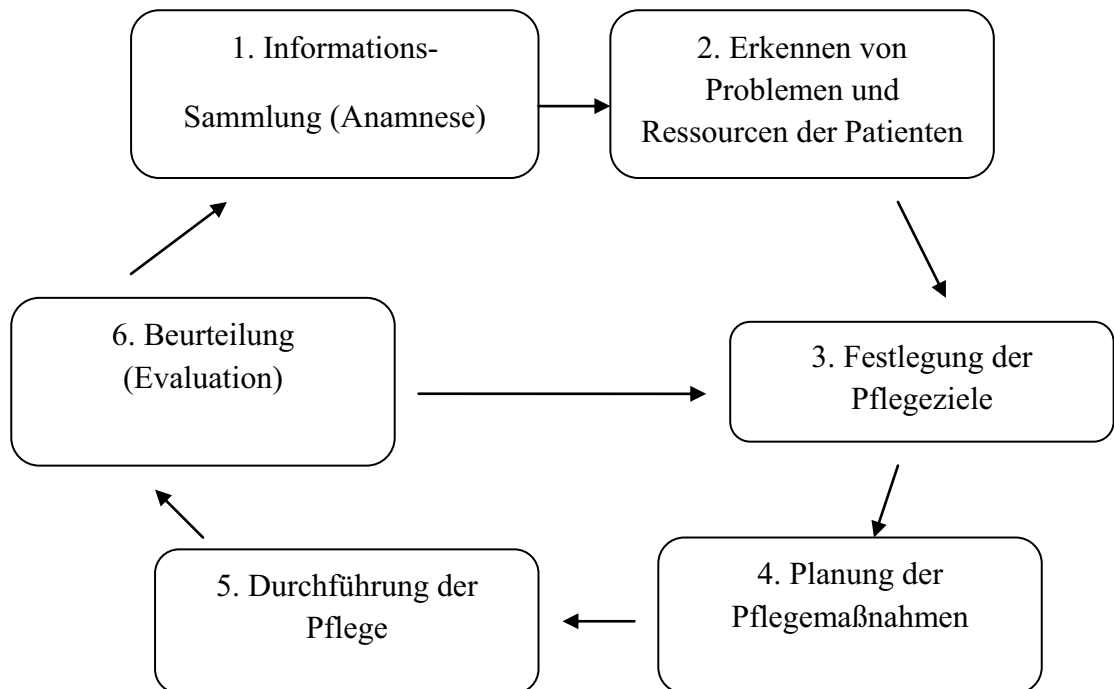
Zur Erklärung des Begriffs Pflegediagnosen finden sich verschiedene Definitionen in der Literatur. Viele Pflegeidole haben unterschiedliche Erklärungen. Eine am häufigsten verwendete ist die Definition nach NANDA:

„eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktion von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potenzielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson Verantwortung übernimmt“ (Stefan, Allmer, et al. 2000: 29). Eine Pflegediagnose beschreibt ein Patientenproblem, dessen Behandlung bzw. Mitbehandlung in den Aufgabenbereich der Pflege fällt (vgl. Reimer, Fueller, 1998: 91). Zu einer Pflegediagnose gehört die Formulierung eines oder mehrerer Pflegeziele, anschließend werden zu der Diagnose Pflegemaßnahmen geplant. Die Pflegediagnose besteht aus dem sogenannten PÄS Format (**P**flagediagnose, **Ä**tiologie und **S**ymptom). Sie sind ein Teil des Pflegeprozessmodells (vgl. Stefan et al., 2000: 31).

Laut Abbildung 1 beinhaltet der Pflegeprozess folgende Schritte: Informationssammlung, Pflegediagnose, Pflegeziel, Planung, Durchführung der geplanten Maßnahmen und die Evaluation. Anhand der Informationssammlung, der erste Schritt des Prozesses, sprich die Pflegeanamnese, kann die Pflegeperson teilweise erste Pflegeprobleme des Individuums erkennen und planen. Nach dem die Pflegediagnose gesetzt wurde, werden Pflegeziele und die dazu passenden Pflegemaßnahmen geplant. Als letzter Schritt wird die Evaluation der definierten Ziele vorgenommen. Falls es Diskrepanzen zwischen dem Soll- und Iststand gibt, dann müssen die einzelnen Prozessschritte analysiert werden.

Pflegediagnosen müssen oft auch intuitiv erfasst und praktisch im gleichen Augenblick gelöst werden. Es kommt vor, dass der Regelkreis blitzschnell durchlaufen wird und die Dokumentation erst danach erfolgt (vgl. Sperl, 1996: 53).

Abb. 1: Pflegeprozessmodell (entnommen aus Sperl, 1996, S.53)



Es gibt verschiedene Arten der Pflegediagnosen von NANDA. In der Praxis finden sich zum größten Teil aktuelle Pflegediagnosen und Hoch-Risiko-Pflegediagnosen. Die Syndrompflegediagnosen und Wellness- oder Gesundheitspflegediagnosen sind im Pflegealltag eher selten zu finden (vgl. Stefan et al., 2000: 31).

2.2 Geschichte der Pflegediagnosen

R. Louise McManus beschreibt 1950 erstmals die Diagnosen als Aufgaben der Krankenpflege.

Virginia Frey beschreibt 1953 den Begriff Pflegediagnosen in der Pflegezeitschrift, sie nennt es als Entwicklung eines kreativen Ansatzes in der Pflege, erwähnt in diesem Zusammenhang auch die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans.

Lydia Hall schreibt 1955 erstmals über den Pflegeprozess, in den nächsten zwanzig Jahren taucht der Begriff sporadisch auf und wird mit den medizinischen Diagnosen assoziiert.

1973 erfolgt die erste Konferenz der Amerikanischen Krankenpflegegesellschaft ANA zu Klassifikationen von Pflegediagnosen. Pflegediagnosen werden als eigenständiger Teil der Krankenpflege anerkannt.

1975 *Mary Munding* und *Grace Jauron* trennen die Pflegediagnosen von der Einschätzung und gehen von fünf Stufen des Pflegeprozesses aus welche im ersten Kapitel beschrieben sind.

1977 findet die dritte Konferenz zur Klassifizierung der Pflegediagnosen, es werden Rahmenbedingungen zur Klassifizierung von Pflegediagnosen erarbeitet.

1982 wird die Taxonomie empfohlen, es wird offiziell die NANDA gegründet, heute arbeiten ANA (American Nursing Association) und NANDA mit anderen internationalen Fachorganisationen zusammen (vgl. Stefan et al., 2000: 10).

2.3 Gesetzliche Bestimmungen zu Pflegediagnosen

Die Gesundheits- und Krankenpflege umfasst in Österreich laut dem Gesetz drei Tätigkeitbereiche. Das sind der *eigenverantwortliche*, der *mitverantwortliche* und der *interdisziplinäre* Tätigkeitsbereich. In der Planung der Maßnahmen einer Pflegediagnose werden ausschließlich diese des eigenverantwortlichen Bereichs verwendet. Im Folgenden werden die einzelnen Tätigkeitsbereiche genauer beschrieben.

Eigenverantwortliche Bereich: umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. Er umfasst insbesondere:

- Erhebung der Pflegebedürfnisse sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (**Pflegeanamnese**),
- Feststellung der Pflegebedürfnisse (**Pflegediagnose**),
- Planung der Pflege (**Pflegeplanung**),
- Durchführung der Maßnahmen,
- Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (**Pflegeevaluation**),
- Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, psychosoziale Betreuung,
- Dokumentation des Pflegeprozesses, Organisation der Pflege, Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,
- Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und Mitwirkung an der Pflegeforschung (vgl. Weiß-Fassbinder, Lust, 1998: 42).

Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Die Anordnungsverantwortung trägt der anordnende Arzt, die Durchführungsverantwortung trägt der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Weiß-Fassbinder, Lust, 1998: 45).

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

- Verabreichung von Arzneimitteln,
- Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
- Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
- Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
- Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,

- Durchführung von Darmeinläufen und
- das Legen von Magensonden (vgl. Weiss-Fassbinder, Lust, 1998: 45).

Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich umfasst Bereiche, welche sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen. Hier hat das Pflegepersonal das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht, trägt die Durchführungsverantwortung für die von ihnen gesetzten Maßnahmen. Der interdisziplinäre Bereich umfasst insbesondere:

- die Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
- Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
- Gesundheitsberatung und
- Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen und psychischen Erkrankung (vgl. Weiss-Fassbinder, Lust, 1998: 49).

Von sechs befragten Teilnehmern arbeitet eine Intensivstation nicht mit Pflegediagnosen. Von den restlichen fünf Intensivstationen wendet eine Station seit mehr als zwei Jahren die Pflegediagnosen an. Zwei von ihnen arbeiten damit mehr als sechs Jahre und zwei mehr als acht Jahre. Gesetzlich ist aber die Pflegediagnosenerstellung seit 12 Jahren festgelegt worden. Aufgrund der Datenerhebung kann man erkennen, dass sich manch der befragten Krankenhäuser erst seit wenigen Jahren damit beschäftigen.

2.4 Zielsetzung der Pflegediagnosen

- Pflegediagnosen dienen vor allem der Strukturierung pflegerischen Wissens in Form eines Klassifikationssystems. Das System hilft, wissenschaftlich fundiertes Pflegewissen zu beschreiben und zu entwickeln. Ein einheitlicher Wissensstand ist neben einer breiten Ausbildung, ein wichtiges Kriterium für Professionalisierung.

- Pflegediagnosen erlauben eine Etablierung der gemeinsamen, übereinstimmenden Fachsprache der Pflege.

Eine vereinheitlichte Fachsprache oder Terminologie hilft dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal eine gezielte Informationssammlung vorzunehmen, aktuelle und potentielle Pflegeprobleme zu benennen und zu beschreiben. Eine übereinstimmende Fachsprache erleichtert die schriftliche und mündliche Informationsweitergabe.

Ein Klassifikationssystem der pflegerischen Diagnosen ermöglicht Analyse und Synthese pflegerischer Informationen für die Pflegepraxis und -forschung.

- Pflegediagnosen sind zusätzlich für die Leistungserfassung und Berechnung pflegerischer Leistungen und die Personalbedarfsermittlung nach pflegerischen und nicht nach medizinischen Diagnosen.
- Pflegediagnosen werden zur Strukturierung von Pflegecurricula verwendet. Sie erlauben es, gezielter und genauer Auszubildende in der Strukturierung und Analyse pflegerischer Informationen sowie der Identifikation und Benennung von Pflegeproblemen anzuleiten.
- Pflegediagnosen finden sich als Gegenstand von Pflegeforschungsarbeiten oder können aus diesen entwickelt werden. Sie stellen eine Möglichkeit zur Konzeptentwicklung und induktiven Theoriebildung in der Pflegewissenschaft dar und helfen somit, den Gegenstand pflegewissenschaftlicher Betrachtung genauer zu benennen.

SEITENVERANTWORTLICHE:

<http://www.medizininformatik.org/scripte/mi/klassifikation/nanda.html> [Zugriff am: 07.09.2009, 22:00]

3. EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE PFLEGEDIAGNOSEN

In der Praxis wird an der Sinnhaftigkeit der Pflegediagnosen oft gezweifelt. Vor allem auf der Intensivstation wird ihr „da sein“ nicht ganz verstanden bzw. wird hinterfragt. In diesem Kapitel wird versucht die unterschiedlichen Faktoren näher zu erläutern, welche aufzeigen, warum das Arbeiten mit Pflegediagnosen als schwer erscheint. Im Folgenden werden drei große Themen als Einflussfaktoren behandelt: unterschiedliche Pflegemodelle, die gemeinsame Sprache so wie die Verantwortung und Kompetenz der Intensivpflegepersonen.

3.1 Verschiedene Pflegemodelle

Maßnahmen, welche einen Teil der Pflegediagnosen bilden, werden wie schon erwähnt als Teil des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs geplant. Hinter diesen Maßnahmen verbergen sich unterschiedliche Pflegemodelle. Diese sind das wissenschaftliche Fundament der Pflege, mit welchem das Wie und Was nachvollziehbar wird.

Grundsätzlich gibt es drei Arten der Pflegemodelle:

- Bedürfnismodelle (z.B. Henderson, Orem, Roper)
Diese Art der Modelle basiert auf der Grundlage nach Maslow. Sie beschäftigt sich mit der Wesensfrage: *was ist Pflegen?* Pflege ist dann notwendig, wenn ein Defizit an Bedürfnisbefriedigung besteht (vgl. Arets et al., 1999: 123).
- Interaktionsmodelle (z.B. King, Orlando)
Hier ist die wichtigste Frage: *wie gepflegt werden soll?* Der Patient ist der Mittelpunkt der Pflege, Pflegende sind ein Teil dieses Prozesses als Mensch mit Normen, Werten und Intuitionen. Die Interaktion ist hier zwischen Patient und Pflegenden sehr wichtig (vgl. Arets et al., 1999: 124).
- Pflegeergebnismodelle (z.B. Johnson, Roy, Levine)
Die zentrale Frage ist: *warum wird gepflegt?* Das Resultat der Pflege wird versucht zu messen. Pflege wird hier als ein externer regulierender Mechanismus betrachtet (vgl. Arets et al., 1998: 124).

Als nächstes werden drei unterschiedliche Pflegemodelle von je einer der drei oben erwähnten Gruppen genauer vorgestellt.

a.) das Modell nach V. Henderson

V. Henderson war eine bedeutende Krankenschwester in den USA. 1960 veröffentlichte sie erste Teile ihrer Theorie. Dieses Modell baute auf den Untersuchungen von Thorndike und Maslow. Das Grundgerüst sind die Bedürfnisse des einzelnen Individuums. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es die Einschränkungen der Bedürfnisse zu ermitteln und plant daraus die Pflege. Die Pflegeperson ist selbständig, ist aber in das medizinische Team integriert (vgl. Reimer, Fueller, 1998: 30).

Henderson Modell beinhaltet *14 Aspekte der Grundbedürfnisse*: normal atmen, angemessen essen und trinken, Abfallprodukte des Körpers ausscheiden, sich bewegen und geeignete Körperstellung bewahren, schlafen und ruhen, passende Kleidung aussuchen, die Körpertemperatur im normalen Bereich halten, den Körper sauber und gepflegt halten, Schäden aus der Umgebung vermeiden und anderen keine Schaden zufügen, mit anderen kommunizieren, seine Glauben ausdrücken, eine befriedigende Arbeit ausführen, spielen oder an anderen Erholungen teilnehmen, lernen entdecken und die Neugierde befriedigen (vgl. Reimer, Fueller, 1998: 30).

Diese vierzehn Aspekte der Grundbedürfnisse werden bestimmt durch das Alter, den emotionalen Zustand, den sozialen und kulturellen Hintergrund und den körperlichen und geistigen Zustand. Abschließend sollte erwähnt werden, dass nach Henderson das pflegerische Handeln immer durch das therapeutische Handeln des Arztes bestimmt wird und dieses unterstützt wird (vgl. Arets et al., 1999: 129). Henderson erklärt die Rolle der Pflege als folgendes: Pflege ist ein eigenständiger Bereich ist aber auch die Erfüllungshilfe des Arztes und wird durch das therapeutische Handeln des Arztes bestimmt (vgl. Reimer, Fueller, 1998: 31).

b.) das Model von King

Im Pflegemodell King ist die Interaktion ein zentraler Begriff. Es gibt drei Systeme der Interaktion, die für die Pflege wesentlich sind:

- *Personales System* wird durch Personen, durch den Menschen, durch das Individuum, durch das ICH gebildet. Nach King ist es erst möglich den Menschen als Person zu verstehen wenn die Werte des Einzelnen bekannt sind.

- *Interpersonales System* wird durch zwei, drei Menschen oder eine Gruppe, z.B. eine Familie, gebildet. Hier findet Kommunikation, Interaktion und Transaktion zwischen Patient und Pflegenden statt. Jeder hat seine eigene Rolle, Wahrnehmung und ist somit als Person unverwechselbar.
- Zum *Sozialen System* zählen größere Gruppen wie Krankenhäuser oder Schulen so wie auch die Gesellschaft (vgl. Arets et al., 1999: 133f.).

Nach Kings werden gemeinsame Ziele durch Wahrnehmung, Kommunikation, Interaktion und Transaktion bestimmt und erreicht. Das ist essentiell für das Pflegen. Erst wenn sich der Patient und die Pflegenden kennengelernt haben, können gemeinsam die Ziele festgelegt werden (vgl. Arets et al., 1999: 134).

c.) das Model nach Roy

Sie sieht das Pflegen als einen regulierenden Mechanismus: der Pflegende muss den Patienten in seiner Anpassungsfähigkeit unterstützen. Die Anpassung (Adaption) steht hier im Mittelpunkt des Denkens, und zwar die Anpassung des Menschen als bio-psycho-soziales-System. Roy unterscheidet vier Adaptionsmodi als Bewältigungsformen: der physiologische Anpassungsmodus, das Selbstbild als Bedürfnis nach psychischer Integrität, das Rollenverhalten als Bedürfnis nach sozialer Integration und die gegenseitige Abhängigkeit ausgehend von der Fähigkeit andere zu akzeptieren, anzuerkennen. Pflege kann in diesem Mechanismus die Reize derart manipulieren, dass die Anpassung des Patienten so adäquat wie möglich verläuft (vgl. Arets, et al. 1999: 144).

Heute erscheinen in der Praxis viele unterschiedliche Pflegemodelle, Sperrl stellt die Forderung: die gesamte Praxis muss mit einem Modell arbeiten können. Er hat die verschiedenen Bereiche der Pflege nach analogen Schema aufgelistet in der Abbildung 2 und 3 mit dem „hartem Kern“ beginnend und zu immer weiter Gefasstem fortschreitend. Vergleicht man nun die beiden Pyramiden miteinander so lassen sich Verbindungen herstellen. Demnach gehört das medizinische Modell zur Intensivpflege, während es etwa zur Formulierung von gesundheitspolitischen Zielen nicht adäquat ist. Auch umgekehrt wird ein Pflegeergebnismodell in der Stationspflege weniger hilfreich sein als im Bereich von Gesundheitserziehung und –vorsorge.

Allerdings sind die Modelle an der Spitze der Pyramide sehr abstrakt, so sehr, dass man nach unserem Verständnis hier bereits von Pflegetheorien oder gar Pflegephilosophien sprechen muss (vgl. Sperl, 1996: 29).

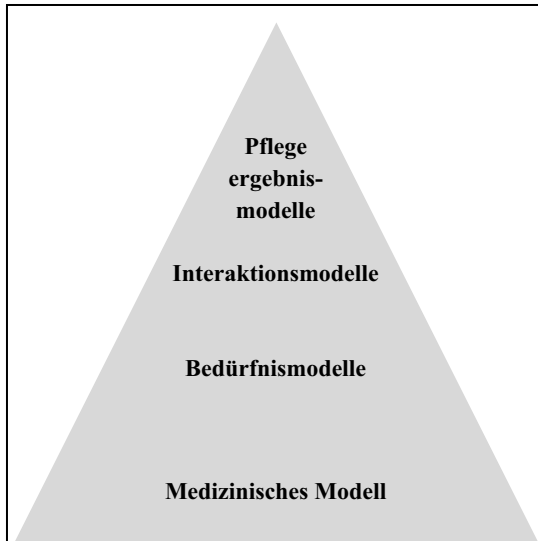


Abb. 2: Hierarchie der Pflegemodelle

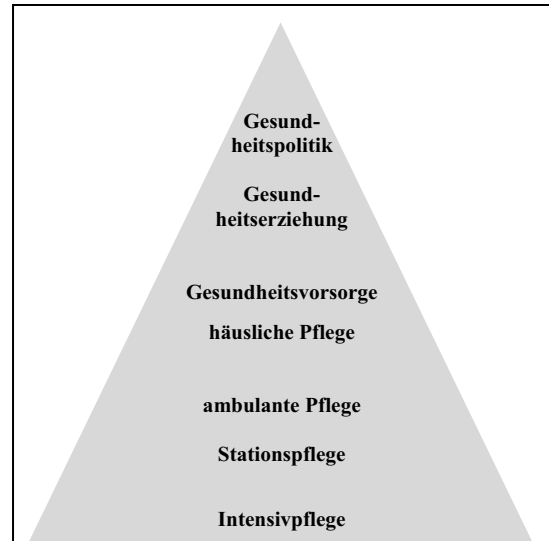


Abb. 3: Hierarchie pflegerischer Tätigkeiten

Im Model nach Henderson wird betont, dass die pflegerischen Handlungen durch die therapeutischen Handlungen des Arztes bestimmt werden. Nach dem aber bei der Planung der Maßnahmen einer Pflegediagnose gesetzlich nur die eigenverantwortlichen Pfleghandlungen erscheinen dürfen, zeigt es bereits hier die schwere Umsetzung im Intensivbereich. Aus der Diskussion mit dem Intensivpflegepersonal kommt hervor, dass im Intensivbereich dieses besonders zu gelten scheint. Diese Personalgruppe ist besonders vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich betroffen, sie führen zum Großteil dieses Aufgabengebiet durch. Es könnte die Anforderung gestellt werden, auch mitverantwortliche Pflegemaßnahmen planen zu dürfen. In der Praxis wird vieles geplant, doch das Pflegepersonal stellt sich oft die Frage: was sollte bei einem vollkommen abhängigen Menschen in allen Bedürfnissen nach Henderson geplant werden?

Aus dieser Frage ergibt sich somit auch die nächste Frage: „wie viel Pflegediagnosen benötigt dieser Patient“?

Betrachtet man das zweite Model, welches die zwischenmenschliche Interaktion und das gemeinsame Kennenlernen in den Mittelpunkt stellt, so ist auch hier das Wesentliche auf einer Intensivstation erschwert. Die Patienten kommen meistens in einer Akutsituation. Dieser Aspekt ist entscheidend für diesen Prozess. Der erste Schritt des Pflegeprozesses, die Anamnese, sprich die Informationssammlung und das Kennenlernen des Individuums sind im Hintergrund. Das Medizinische hat in der Intensivpflege immer noch Vorrang, die Pfl egetätigkeit wie sie in den Modellen oft beschrieben wird, hat als solches wenig Platz. Erst wenn das akute Geschehen, das heißt die medizinische Ursache, beseitigt ist, kann mit der Pflegeplanung begonnen werden. Doch auch dann, ist der Patient meistens verlegungsbereit und damit fällt die gemeinsame Planung wieder weg (Anmerkung des Verfassers).

Das ist die eine Seite der möglichen Problematik, die andere Seite ist: bei oberflächlicher Betrachtung der Modelle fällt eine Willkür im Umgang mit der Anzahl der Axiome auf. Henderson erklärt 14 Grundbedürfnisse, Roper zuerst 16, später 12 Lebensaktivitäten, Krohwinkel 13 Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens, Orem 8 lebensnotwendige Anforderungen, Abdellah zuerst 58, dann 21 Pflegeprobleme, die die Bedürfnisse bei Henderson auch noch ergänzen. Es stellt sich die Frage: Wie ist es um die Wissenschaftlichkeit derartiger Modelle bestellt, wenn zur Gewinnung fundamentaler Parameter auf Methoden statistischer Erhebungen oder willkürlich phänomenologischer Betrachtung zurückgegriffen wird? Sperl kritisiert im Weiteren die unterschiedliche Strukturierung der einzelnen „Aktivitäten“ (vgl. Sperl, 1996: 30).

Aufgrund der ideologischen Unterstellung, dass eine Pflegeperson bei allen Lebensaktivitäten helfend eingreifen können muss, fallen Lebensaktivitäten, die nicht im diesem Sinne gebraucht werden können wie z.B. „Lernen“ weg; andere werden eingeführt, obwohl sie keine Lebensaktivitäten sind wie z.B. „Sterben“. Offensichtlich nur zum Zweck, auch diesen Bereich der Klinikerfahrung abdecken zu können. Andere Regelfunktionen des Organismus, welche aber nicht so willentlich beeinflussbar sind wie etwa die Lebensaktivität Temperaturregelung (Säure- Basen-Haushalt), werden nicht als Lebensaktivität anerkannt und sind allenfalls unter anderen mehr schlecht als recht subsumiert (vgl. Sperl, 1996: 30).

Bei der Befragung wurde die Frage gestellt, nach welchem Pflegemodell gearbeitet wird, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Manche Häuser gaben an mit zwei Modellen zu arbeiten. Wie aus der Abbildung ersichtlich ist, sind Orem und Roper die meist verwendeten Pflegemodelle in der Praxis. Beide Modelle gehören zu den Bedürfnismodellen. Vergleicht man das Ergebnis mit den Pyramiden von Sperl in der Abbildung 2 und 3, so geht hervor, dass sie für den Intensivbereich nicht geeignet sind.

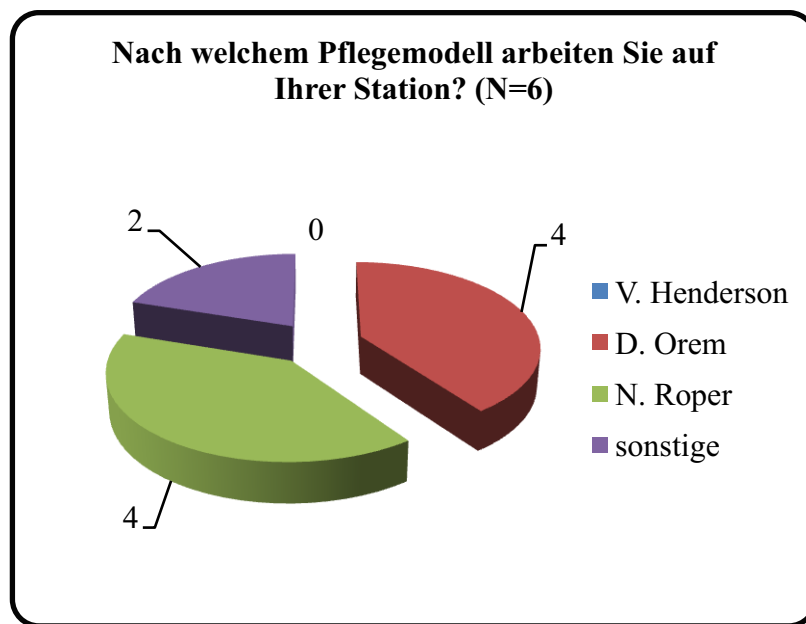


Abb. 4: Pflegemodelle

Zusätzlich weist die Arbeit auf der Intensivstation gegenüber anderen Stationen zwei Besonderheiten auf:

Die individuelle Planung ist gegenüber den geplanten Standardmaßnahmen sehr klein. Das hat nichts mit menschenverachtender Routineversorgung zu tun, denn es ist unbestritten, dass die Menschen im physiologischen und pharmakologischen Bereich weitgehend gleich reagieren. Aus dieser Ansicht ergibt sich, dass diese Art der Patienten die gleichen Pflegeprobleme haben. Dieser Bereich ist der dominante Bereich und der Anteil der wachen Patienten mit individuellen Problemen und Ressourcen somit sehr gering ist (vgl. Sperl, 1996: 48).

Der zweite Punkt ist die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation. Es ist selbstverständlich, dass die Dokumentation schriftlich zu erfolgen hat und sie muss auch nachvollziehbar sein. Auf der Intensivstation ist das oft nicht der Fall.

Bei kritischen Fällen können die Verordnungen so schnell wechseln, sie machen viele Male die Planung unmöglich. Wenn die Pflegemodelle genauer betrachtet werden, muss auch der Tatsache ins Auge geschaut werden: die heutige Intensivstation durfte Henderson oder Roper nicht gemeint haben. Die Aufgaben der Intensivpflegenden haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Es ist aber dennoch richtig, dass ermittelte Pflegeprobleme, welche über längeren Zeitraum bestehen bleiben, schriftlich zu erfolgen haben. Allerdings sollte aber die gedankliche Planung auf der Intensivstation ihren gleichberechtigten Platz haben. Diese häufig komplexen Situationen welche ein rasches Handeln und Reagieren fordern, stellen große Herausforderungen an die Pflegekräfte und drücken gleichzeitig das große Feld der relativen Eigenständigkeit aus. Dies bedeutet, dass die Dokumentation gegenüber der Planung immer dominant bleiben wird. Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht erfolgt (vgl. Sperl 1996: 48, f.). Jedoch ist die Bemerkung zur gedanklichen Planung von Sperl kritisch zu hinterfragen, denn schließlich gilt in der Praxis: was nicht dokumentiert ist, ist nicht durchgeführt.

Die Praxis zeigt immer wieder auf, dass zusätzlich die relative Eigenständigkeit eins der größeren Schwierigkeiten in der Umsetzung der Pflegediagnosen auf der Intensivstation ist. Im nächsten Punkt wird dieser Faktor genauer erläutert.

3.2 Kompetenz und Verantwortung

Laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz umfasst die Intensivpflege folgendes: die Beobachtung, Betreuung, Überwachung und Pflege von Schwerstkranken sowie die Mitwirkung bei Anästhesie und Nierenersatztherapie.

Zu den Tätigkeitsbereichen zählen insbesondere:

- Mitwirkung an der Reanimation und Schocktherapie,
- Mitwirkung an sämtlichen Anästhesieverfahren,
- Überwachung und Betreuung schwerstkranker und ateminsuffizienter Patienten mit invasiven und nichtinvasiven Methoden,

- Mitwirkung an der Überwachung und Funktionsaufrechterhaltung der apparativen Ausstattung,
- Blutentnahme aus liegenden Kathetern, wie Arterienkathetern
- Legen von Magen-, Duodenal- und Temperatursonden,
- Durchführung und Überwachung der Eliminationsverfahren bei liegendem Katheter und
- Mitwirkung an der Durchführung und Überwachung des extrakorporalen Kreislaufes, insbesondere bei Nierenersatztherapie und Entgiftungsverfahren, ausgenommen Setzen der hierfür erforderlichen Katheter (vgl. Weiss-Fassbinder, Lust, 1998: 58).

Die demonstrative Aufzählung der oben genannten – teilweise ärztlichen – Tätigkeitsbereiche bietet eine gesetzliche Grundlage (vgl. Weiss-Fassbinder, Lust, 1998: 59). Beim Durchlesen fällt ins Auge, wie stark die Maßnahmen einer Intensivpflegeperson vom Arzt abhängig sind und wie viel Pflege und Medizin eine Pflegeperson ausführt (Anmerkung des Verfassers).

Neben den Pflegediagnosen gibt es eine Reihe von physiologischen Komplikationen welche die Pflegepersonen wahrnehmen und entdecken oder die ihnen durch den veränderlichen Gesundheitsstatus auffallen. Pflegekräfte bearbeiten diese Art der Probleme dadurch, dass sie ärztliche und pflegerische Probleme bearbeiten, um die Komplikationen des Ereignisses zu minimieren. Pflegerische Arbeit kann vor allem im Intensivbereich nicht umfassend durch Pflegediagnosen erfasst und beschrieben werden. Die Datenerhebung welche zur Diagnose führt, deckt bei weitem nicht das gesamte Spektrum ab. Ich brauche die Medizin zum Planen einer pflegerischen Handlung. Pflegerische Diagnostik wird erst dann sinnvoll, wenn sie mit allen Beteiligten definiert wird. Zu diesem Zweck ist es notwendig, sich mit dem Diagnosekonzept anderer Therapeuten zu beschäftigen (vgl. Kollak, Georg, 1998: 22). Hierbei wäre zu überlegen wie schon vorhin erwähnt: die Pflegemaßnahmen auf der Intensivstation ragen über den eigenverantwortlichen Bereich hinaus. Sollten vielleicht alle Tätigkeitsbereiche geplant werden? Neben diesem Aspekt der relativen Eigenständigkeit und die enge Kombination der Pflege und Medizin in der Pflege, ist auch die Pflegeformulierung ein Kritikpunkt. Die Pflegeformulierung kommt aus rechtlicher Sicht einer Diagnosenstellung gleich. Welche aber das Privileg des ärztlichen Dienstes ist. Das heißt, er muss die Problemlösungsstrategien mit verantworten.

Man mag dies bedauern, darf sich aber darüber nicht hinwegsetzen. Das könnte juristische Konsequenzen haben (vgl. Sperl 1996: 55).

Folgt man den Gedankengang weiter so ist die nächste Frage: können alle Pflegepersonen diagnostizieren oder nur Fachpersonen mit Sonderausbildungen in diesem Bereich? In der Praxis arbeiten Pflegepersonen welche keinen Kontakt mit Pflegediagnosen in der Grundausbildung hatten. Schließlich wurden sie erst 1997 gesetzlich festgelegt. In Österreich verlangt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Pflegediagnosen zu erstellen, gesetzlich jedoch keine handfesten Schulungen oder Sonderausbildungen verlangt werden. Können wir alle diagnostizieren (Anmerkung des Verfassers)?

„Ein sehr eindringliches Beispiel für die Auswirkungen von Diagnosen und Klassifikationen liefert Rosenhan (1998) in seiner 1973 erstmals in „Science“ veröffentlichten Untersuchung (...) Rosenhan interessiert die Frage, ob die hervorstechenden Merkmale, die zu einer Diagnose führen, in den Patienten liegen oder in der Umgebung bzw. den Zusammenhängen, in denen Beobachter sie sehen. Er schleuste dazu acht (gesunde) Scheinpatienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ in verschiedene psychiatrische Kliniken ein“ (vgl. Kollak, Georg, 1998: 32). Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- Kein Scheinpatient wurde als gesund erkannt,
- alle (bis auf einen) wurden mit der Diagnose „Schizophrenie“ in Remission entlassen (vgl. Kollak, Georg, 1998: 32).

Dieses Beispiel mag genügen um zu zeigen, dass formale Modelle wie Klassifikations- und Diagnosesysteme (die sicherlich ihre Berechtigung haben) äußerst kritisch zu hinterfragen sind. Besonders aufgrund der nicht-formalisierbaren Anteile pflegerischen oder auch ärztlichen Handlungs-Beziehungsfähigkeit, Ahnung und Intuition, Gefühlsarbeit- abgewertet oder nicht beachtet werden (vgl. Kollak, Georg, 1998: 33).

Unter dem Punkt Kompetenz und Verantwortung, werden im nächsten Absatz Unterschiede zwischen medizinischen und pflegerischen Diagnosen erläutert. Kritiker der Pflegediagnosen meinen, dass die Diagnostik immer den Ärzten zuzuschreiben ist und die Pflege kein Recht besitzt zu diagnostizieren. Nächstens wird dieser Kritik entgegen gesetzt.

- Pflegediagnosen ist keine medizinischen Diagnosen: eine medizinische Diagnose identifiziert und benennt präzise pathophysiologische Zustände. Die Pflegediagnose beschreibt die Auswirkungen der Krankheitssymptome und die daraus resultierenden Einschränkungen in der Bewältigung des Lebensalltags.
- Die Pflegediagnose ist nicht mit der medizinischen Diagnostik gleichzusetzen: hier gilt, dass die mögliche Reaktion des Patienten auf eine bestimmte diagnostische Maßnahme das Problem der Pflege ist, z.B. Angst vor einer Herzkatheteruntersuchung.
- Die Pflegediagnose ist keine medizinische Behandlung: sie beinhaltet die möglichen Folgen der Behandlung, z.B. Übelkeit als Folge einer Behandlung mit Zytostatika.
- Die Pflegediagnose ist nicht mit den von der Medizin eingesetzten Hilfsmitteln gleichzusetzen: auch hier gilt, dass die Pflege mit den möglichen Einschränkungen oder Auswirkungen auf die Gestaltung des Lebensalltags befasst ist, also z.B. mit der möglichen Verletzung der Nasenschleimhaut durch eine Magensonde.
- Die Pflegediagnose beschreibt nicht nur einen Zustand: sie setzt diesen in Beziehung zur möglichen Ursache, z.B. eingeschränkte physische Aktivität wegen Erschöpfung statt Immobilität.
- Die Pflegediagnose beschreibt nicht das Problem, das die Pflegeperson mit dem Patienten hat: sie beschreibt die Probleme des Patienten mit der gegebenen Situation; d.h., dass aus dem "unkooperativen" und "nicht krankheitsseinsichtigen" Patienten ein „Kranker“ wird, dessen ungenügende Bewältigungsmöglichkeiten ernst genommen werden sollten.
- Pflegediagnosen benennen nicht Pflegeziele: sie geben den Zustand des Patienten in der aktuellen Situation wieder, nicht den erwünschten Zustand.
- Pflegediagnosen beziehen sich nicht auf Einzelsymptome: sie integrieren Einzelsymptome wie beschleunigten Pulsschlag, Stundenurinmenge in die pflegerische Gesamtsituation.

SEITENVERANTWORTLICHE:

<http://www.medizininformatik.org/scripte/mi/klassifikation/nanda.html> [Zugriff am: 07.09.2009, 22:10]

3.3 Gemeinsame Fachsprache der Pflege

Es gibt verschiedene Gründe welche Pflegediagnosen rechtfertigen bzw. warum sie eingeführt worden sind. Einer der Gründe ist die einheitliche Fachsprache. Pflegepersonen auf unterschiedlichen Abteilungen oder Krankenhäuser, auch in verschiedenen Ländern sollten vom gleichen Problem sprechen, vor allem sie haben eine gemeinsame Definition der festgelegten Pflegediagnose. Es gibt zahlreiche andere Ziele wie z. B. Leistungen messbar machen oder vergleichbare Daten liefern, auf welche in der Arbeit nicht genauer eingegangen wird.

Mit Hilfe der Klassifikationssysteme wird der Versuch unternommen, die in Sprache gefasste Beschreibung des „Gegenstandes“ pflegerischen Handelns und des Handeln selbst in ein formal eindeutig definiertes Begriffsraaster zu bringen. Ein bestimmter Teil des benötigten Wortschatzes soll auf eindeutig definierte und jeweils einzigartige, also nur für diese Definition nutzbare, d.h. standardisierte Begriffe festgelegt werden (vgl. Bertholomeyczik, 2003: 78).

Aus diesem Grund gibt es bestimmte Kriterien welche diese Fachsprache erfüllen muss:

- Konsens über Definition: sollen eindeutig sein und die Fachkollegen sollten alle dasselbe darunter verstehen
- Keine Polysemie: verschiedene Ausdrücke sollen immer auch Verschiedenes bedeuten
- Keine Synonymie: eine Bedeutung sollte nicht mehrere Ausdrücke haben
- Kontextunabhängigkeit: ein Fachbegriff muss auch ohne Kenntnis von Zusammenhängen verständlich sein (vgl. Abt-Zegelin, Schnell, 2006: 58).

Folgt man den oben genannten Kriterien, so ist schon bei einer einheitlichen Definition der Pflegediagnose keine Übereinstimmung gegeben. *„Miers hat 1991 mindestens 26 verschiedene englischsprachige Definitionen von Pflegediagnosen zusammengetragen und damit demonstriert, wie vielfältig und zugleich unpräzise dieser Begriff umschrieben wird“* (Kollak, Georg, 1998: 21). Es mag wichtig erscheinen eine eindeutige Definition in breit akzeptierter Form zu finden, so schwierig gestaltet sich dieses Vorhaben.

Die Schwierigkeit besteht aufgrund des Pluralismus der Theorien und nicht nur eine gemeinsame Auffassung darüber existiert, was Krankenpflege und was Pflegewissenschaft ist (vgl. Kollak, Georg, 1998: 21).

Sperl verdeutlicht dieses Problem an zwei Beispielen: Roy definiert Pflegediagnosen als zusammenfassende Beurteilung über ineffektives oder potentiell ineffektives Verhalten, welche eine Identifizierung der Einflussfaktoren beinhaltet und damit dieses Verhalten begründet. Pflegediagnosen werden hier als Problem der mangelnden Anpassung eines Individuums an seine Umwelt angesehen (vgl. Kollak, Georg, 1998: 21). Orem beschreibt Pflegediagnosen aus einem anderen Blickwinkel: Diagnosen beinhalten einen Vergleich zwischen gegenwärtigen Handlungen und den potentiellen Möglichkeiten für Handlungen mit gegenwärtig eingesetzten oder potentiell möglichen Fähigkeiten. Wenn Defizite gefunden werden, ist dies die Diagnose eines Problems mit den Selbstpflegefähigkeiten (vgl. Kollak, Georg, 1998: 21). Dieses Beispiel zeigt, dass die Definitionen sich an die zugrunde gelegten Pflegemodelle orientieren, welche wiederum ein ganz bestimmtes Verständnis von Pflege beinhalten. Davon abgesehen, beeinflussen auch kulturelle oder berufspolitische Gegebenheiten diese Begriffsbildung.

Sperl vergleicht dieses mögliche Problem so: man stelle sich eine moderne Wissenschaft vor, etwa wie Astronomie, die zu ihrer Methodologie angibt, im konkreten wissenschaftlichen Alltag manchmal Kepler, manchmal nach Newton, manchmal nach Ptolemäus zu arbeiten. Sie würde sich damit jeglicher Glaubwürdigkeit berauben. Der Pflege geht es um kein Haar anders. Möchte sie ernstgenommen werden, bleibt ihr gar nichts anderes übrig, als ein und nur ein Modell zu entwickeln, welches die gesamte Praxis abdeckt. Diese Forderung ist in den letzten Jahren aufgegeben worden zugunsten einer Vielzahl von theoretischen Ansätzen, doch muss hier von einer Fehlentwicklung gesprochen werden (vgl. Sperl, 1996: 27).

Das Pflegepersonal glaubt häufig, dass aufgrund der schlechten Informationssammlung dementsprechende Pflegeplanung daraus resultiert. Wenn Pflegediagnosen falsch oder mangelhaft erkannt und dokumentiert werden, denkt das Pflegepersonal die erste Ursache liege in der Pflegeanamnese. Es liegt vielmehr an der Bedeutung des Missverhältnisses zwischen dem gegebenen und gewünschten Zustand eines Menschen (vgl. Kollak, Georg, 1998: 8).

Jeder erkennt und schätzt die Probleme des Individuums unterschiedlich ein, was für einen relevant erscheint, ist für den anderen nicht von Bedeutung. Wir holen uns die Informationen aus der Anamnese, doch ist das Beobachtete auch tatsächlich die Wirklichkeit (Anmerkung des Verfassers).

Geht man einen Schritt weiter, von der Definition der Pflegediagnosen weg, so wird in der Praxis oft beobachtet, dass die gemeinsame Fachsprache nicht sehr weit einsetzbar ist. Pflegediagnosen sind in sogenannten Taxonomien unterteilt, was bedeutet, dass hinter jeder Taxonomie eine Pflegediagnose steckt und auf der ganzen Welt gleich definiert ist (Anmerkung des Verfassers). Jedoch, wie schon in der Arbeit erwähnt, liegt die Schwierigkeit in der Anwendung von Pflegediagnosen. Auch wenn die Praxissprache bereits Standardbegriffe enthält, sind einige davon medizinische, andere sind einrichtungsspezifisch und werden außerhalb des Hauses nicht verstanden. Es werden unterschiedliche Klassifikationssysteme verwendet, Pflegemaßnahmen werden standardisiert und bei der Planung nicht genau definiert sondern auf den Standard hingewiesen. Darüber hinaus ist die Gefahr gegeben, dass Sprache und damit das Denken und die Beschreibungen, ausschließlich auf die standardisierten Begriffe reduziert werden. Das könnte zu einer inhaltlich nicht vertretbaren Reduktion führen. Darüber hinaus treten Übersetzungsprobleme von Begriffen auf, bei Übersetzung einer Fachsprache, welche sich Alltagssprachlicher Begriffe bedient. Diese sind, dass Alltagsbegriffe fast nie nur mit einem einzigen Ausdruck übersetzt werden können (vgl. Abt-Zegelin, Schnell, 2006: 64, f.).

Von sechs befragten Intensivstationen gaben alle sechs Teilnehmer an, mit Pflegestandards zu arbeiten. Sie sind bestimmt eine Erleichterung in der Pflege und bringen auch die Vereinheitlichung der Pflegemaßnahmen mit sich. Dennoch sollten die Pflegestandards mit Vorbehalt benutzt werden. Die möglichen Gefahren wurden von Abt-Zegelin und Schnell bereits erklärt.

4. PFLEGEDIAGNOSEN AUF DER INTENSIVSTATION

Anhand von einem Beispiel aus der eigenen Praxis wird versucht, die Pflegeplanung besser zu veranschaulichen. Diese Pflegeplanung findet im eigenen Tätigkeitsbereich statt. Es werden vier am häufigsten verwendete Pflegediagnosen im Intensivpflegealltag geplant. Der Patient ist im Selbständigkeitsgrad (nach Jones) 4. Er ist intubiert und analgosediert. Das bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist sich an der Aktivität zu beteiligen und ist vollständig von einer Intensivpflegekraft abhängig. Das Klassifikationssystem nach NANDA wird verwendet. Zu erwähnen ist noch, dass bei genauer Beschreibung einer Maßnahme auf die Leitlinie hingewiesen wird. Sie sind die Basis für eine einheitliche Versorgung, nach welchen der Patient gepflegt wird und im gesamten Haus ihre Gültigkeit haben. Ressourcen werden nicht dokumentiert, da die Akutsituation meistens über Tage andauert und das Ziel, die Situation beizubehalten, ist.

Pflegediagnose	Ziel	Pflegemaßnahme
<p>6.5.2. Selbstfürsorgedefizit Waschen und Sauber halten Ätiologie: Analgosedierung Symptom: Unfähigkeit die Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen.</p>	<p>Patient soll Grad 4 beibehalten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzkörperwäsche (womit: Balneum hermal) • Nassrasur (wie oft: nach Bedarf, womit: Rasierschaum und Einmalrasierklingel) • Mund- und Zähnereinigung (wie oft: mindestens drei Mal täglich und nach Bedarf, womit: Mundstäbchen, Glandomed)
<p>1.2.1.1 Infektion, hohes Risiko Risikofaktor: Dauerkatheter, arterielle Kanüle, zentraler Venenkatheter;</p>	<p>Patient ist frei von Infektionszeichen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wund- und Verbandskontrolle (wie oft: täglich, wo: arterielle Kanüle, Dauerkatheter, zentraler Venenkatheter) • Verband Katheter/ Kanüle wechseln (wie oft: laut Leitlinie = lt. LL, womit: lt. LL, wie: lt. LL, wo: Zentraler Venenkatheter- femoralis dextra) • Verband Katheter/ Kanüle wechseln (wie oft: laut Leitlinie = lt. LL, womit: lt. LL, wie: lt. LL, wo: arterielle Kanüle- Arteria radialis sinistra) • Dauerkatheterpflege (wie oft: lt. LL, womit: lt. LL, wie: lt. LL)

Pflegediagnose	Ziel	Pflegemaßnahme
<p>1.5.1.3. Atemvorgang ungenügend</p> <p>Ätiologie: Analgesiedieung Symptom: ungenügender Husten, Rasselgeräusche, erhöhtes Atemminutenvolumen;</p>	<p>Patient atmet normal und wirksam</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mund-, Nasen- und Rachenraum absaugen (wie oft: nach Bedarf, womit: sterile atraumatische Absaugkatheter) • Endotracheales Absaugen (wie oft: nach Bedarf, womit: sterile atraumatische Absaugkatheter) • Inhalationen reichen/entfernen (wie oft: siehe Fieberkurve, womit: siehe Fieberkurve), • Tubuspflege (wie oft: mindestens einmal täglich und nach Bedarf, wie: lt. LL, womit: lt. LL)
<p>1.6.2.1.2.2. Hautdefekt, hohes Risiko</p> <p>Risikofaktor: körperliche Immobilität</p>	<p>Patient soll eine intakte Haut bewahren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hautverhältnisse überwachen (wie oft: täglich, wo: siehe Hautprotokoll) • Seitenlage durchführen (wie oft: nach Bedarf, wo: siehe Lagerungsprotokoll, womit: Kissen) • Rückenlage durchführen (wie oft: nach Bedarf, wo: siehe Lagerungsprotokoll, womit: Kissen) • Mikrolagerungen (wie oft: nach Bedarf, womit: siehe Kissen) • Hautschutz anbringen (wie oft: mindestens einmal täglich und nach Bedarf, womit: Excipiallotion, wo: Rücken und Gesäß)

5. RESÜMEE

Die erste Frage der Abschlussarbeit lautet: Warum sind Pflegediagnosen im Intensivbereich umstritten?

Intensivpflegekräfte müssen ihre Leistungen in welcher Form auch immer dokumentieren. Der Aufgabenbereich in der Intensivpflege umfasst vorwiegend den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Bis jetzt darf nur der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich geplant werden und somit die dazu gehörigen Pflegediagnosen dokumentiert werden. Die Kompetenz und Verantwortung einer Intensivpflegekraft hat sich aber in den letzten Jahren sehr verändert. Unsere Eigenständigkeit in der Intensivpflege umfasst mehr als die Pflegediagnose „Selbstfürsorgedefizit Waschen und Sauberhalten“. Sie beinhaltet die Verabreichung von Medikamenten, das Legen von Magensonden und Dauerkatheter, Überwachen der Vitalfunktionen von Schwerstkranken. Der Punkt, dass die mitverantwortlichen die eigenverantwortlichen Tätigkeiten überschreiten, macht die Anwendung der Pflegediagnosen in der Praxis schwer. Auch die zahlreichen Anwendungen von Pflegemodellen und die unterschiedlichen Klassifikationssysteme gestalten die gemeinsame Fachsprache nicht gerade als einfach.

Wie erfolgt die Umsetzung in der Praxis? Die zweite Frage konnte nicht ausreichend beantwortet werden, da die Rücklaufquote der Befragung sehr gering ausgefallen ist. Es konnten nicht alle Fragen in die Arbeit implementiert werden, da sie wenig aussagekräftig sind. Eines kann mit Sicherheit bestätigt werden, dass die Pflege dem Gesetz zum größten Teil nachkommt und alle befragten Stationen Pflegestandards verwenden.

Die Anforderungen für die Zukunft könnten sein: zu Pflegediagnosen im Intensivbereich ein deutliches „ja“. Sie sollten aber auf die Tätigkeit der Intensivpflege adaptiert sein. Es wäre von Vorteil, aus den unterschiedlichen Pflegemodellen und Klassifikationssystemen das Adäquate für die Intensivpflege zu finden. Ein solches System und Modell sollte in allen Häusern einheitlich implementiert und gelebt werden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Bücher:

ABT-ZEGELIN, A.; SCHNELL, M. (2006): Die Sprachen der Pflege. Witten, Schlütersche Verlag.

ARETS, J.; et al. (1999): Professionelle Pflege: Theoretische und praktische Grundlagen., 3. Aufl. Bern, Verlag Hans Huber.

KOLLAK, I.; GEORG, M. (1998): Pflegediagnosen: Was leisten sie- was leisten sie nicht?- In: Ergebnisband des ersten dezentralen Kolloquiums des DV Pflegewissenschaft an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin am 26. Juni 1998.

REIMER, W.; FUELLER, F. (1998): Der Pflegeprozess: theoretischer Hintergrund und Klassifikation mit Vorschlägen für die praktische Arbeit., Ulm, Universitätsverlag Ulm.

SPERL, D. (1996): Qualitätssicherung in der Pflege: Validierte Pflege im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Intensivpflege., 2. überarbeitete Aufl. Hannover, Schlütersche Verlag.

STEFAN, F.; et al. (2000): Praxis der Pflegediagnosen. 2. erweiterte und überarbeitete Aufl. Wien, Springer Verlag.

WEISS-FABBINER, S.; LUST, A. (1998): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-GuKG. 2. durchgesehene und ergänzte Aufl. Wien, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Internet:

<http://www.medizininformatik.org/scripte/mi/klassifikation/nanda.html> [Zugriff am 07.09.2009]

ANHANG 1**Fragebogen****1. Nach welchem Pflegemodell arbeiten Sie auf Ihrer Station?**

V. Henderson D. Orem N. Roper

Sonstige:

2. Arbeiten Sie mit Pflegestandards?

ja nein

3. Arbeiten Sie mit Pflegediagnosen?

ja nein

Wenn JA, seit wann?

mehr als 2 Jahre 4 Jahre 6 Jahre 8 Jahre

Wenn NEIN, warum?

4. Werden Pflegediagnosen mit dem Patienten (Angehörigen) geplant?

ja nein

Wenn NEIN, warum?

ANHANG 1**5. Werden die angewandten Pflegediagnosen überprüft?** ja nein**Wenn JA, von wem?** Stationsleitung Multiplikatoren Sonstige:**6. In welcher Form wird das Ergebnis der Überprüfung mitgeteilt?** schriftlich mündlich im Team Einzelgespräch Sonstige:**7. Werden Pflegediagnosen bei externer Verlegung der Patienten mitgegeben?** ja nein**8. Welchen Nutzen sehen Sie in der Anwendung von Pflegediagnosen ?****9. Welche Vorschläge und Ideen haben Sie hinsichtlich der Pflegediagnosen im Intensivbereich?**