

Pflegediagnosen in der Klinik für Tumorbiologie

Sabine Gärtner
Pflegedienstleitung
B.A. Management im Gesundheitswesen

Einführung von Pflege­diagnosen

- 1994 Erste Arbeitsgruppe Pflege­diagnosen
- 1998 Vorbereitung der Einführung
- 1999 Beginn der Einführung
- 2002 Abschluß der Einführung
- 2000 -2004 Wissenschaftliche Begleitung
- Seit 2000 Routinetätigkeit

Anforderungen an das Pflegemanagement

Leistungen transparent darstellen
Leistungen überzeugend begründen
Dokumentation der Pflege

- Qualität beschreiben und überprüfen
- Pflegerische Daten verfügbar machen
- Leistungserfassung (z.B. für DRG, KTL)
- Pflegeforschung
- Professionalisierung der Pflege unterstützen
- Gegenstand der Pflege definieren
- Entwicklung einer Fachsprache

Voraussetzungen zur Einführung von Pflegediagnosen

bezogen auf das Pflegediagnosenkonzept:

- Form und Anzahl der Pflegediagnosen sind bekannt
- Definitionen sind bekannt
- Dokumentationssystem ist anpassbar

bezogen auf die wissenschaftliche Begleitung:

- Der Umsetzungsprozess wird systematisch beobachtet und dokumentiert



Voraussetzungen zur Einführung von Pflegediagnosen

*bezogen auf die institutionellen Rahmen-
bedingungen:*

- Akzeptanz des Projektes durch die Geschäftsführung
- Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Institution verfügt über ein Pflegekonzept
- Zielsetzung der Einführung ist formuliert
- Personelle Ressourcen, Zeit und Qualifikation



Voraussetzungen zur Einführung von Pflegediagnosen

bezogen auf die Pflegenden:

- Grundsätzliche Bereitschaft der Pflegenden zur aktiven Mitgestaltung
- Kenntnisse der Pflegenden über den Pflegeprozeß, Interviewtechnik und Gesprächsführung



Was ist eine Pflege­diagnose ?

Eine Pflege­diagnose ist eine zusammenfassende Beurteilung eines Teilaspektes des pflege­bezogenen Zustandes eines Menschen. Diese Beurteilung bezieht sich auf Informationen, die in der Interaktion eines Pflegenden mit dem zu Betreuenden erhoben werden und als Handlungsanleitung für pflegerische Maßnahmen dient.

Titel alphabetisch

Akuter Schmerz.....	39
Angst	52
Appetitlosigkeit.....	40
Aspiration (Gefahr der)	9
Ausschlag.....	26
Belastungsdyspnoe (Funktionelle Atemnot).....	7
Blähungen	22
Chirurgische Wunde.....	29
Chronische Schmerz	40
Desorientierung	50
Druckgeschwür (Dekubitus)	31
Durchfall	21
Durchschlafstörung	34
Dyspnoe (Atemstörung, Atemnot)	7
Einschlafstörung	33
Entscheidungskonflikt	55
Erbrechen	17
Exulcerierende Wunde	30
Fatigue.....	35
Fieber.....	12
Flüssigkeitsdefizit	19
Furcht	52
Gefahr eines Druckgeschwürs (Dekubitus)	30
Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits.....	19
Harninkontinenz.....	23
Hoffnungslosigkeit	53
Husten (Reizhusten)	9
Infektionsgefahr	45

Geordnet nach universellen Selbstpflegebedürfnissen

Seite

1. Ausreichende Aufnahme von Luft

Dyspnoe (Atemstörung, Atemnot)	7
Belastungsdyspnoe (Funktionelle Atemnot)	7
Ruhedyspnoe.....	8
Orthopnoe	8
Husten (Reizhusten)	9
Aspiration (Gefahr der)	9

2. Ausreichende Aufnahme von Nahrung

Mangelernährung [Ernährungsdefizit]	15
Kachexie	15
Schluckstörung	16
Erbrechen	17
Verstopfung.....	22
Appetitlosigkeit	40
Übelkeit	41
Sinneswahrnehmung verändert	42
Selbstversorgungsdefizit: essen und trinken	60

3. Ausreichende Aufnahme von Flüssigkeit

Schwitzen (übermäßiges)	13
Schluckstörung	16
Erbrechen	17
Flüssigkeitsdefizit.....	19
Gefahr des Flüssigkeitsdefizits	19
Verstopfung.....	22
Veränderte Haut	25
Trockene Haut	25
Veränderte Schleimhaut.....	26
Trockene Schleimhaut.....	27
Selbstversorgungsdefizit: essen und trinken	60

4. Regulation von Körperausscheidungen

Schwitzen (übermäßiges)	13
Erbrechen	17

deutscher Name:	<u>Fatigue</u>
engl. Name:	Exhaustion
Quelle:	ICNP, stark modifiziert, (NANDA Erschöpfung)
Definition:	Ein Zustand nach langanhaltender geistiger oder körperlicher Überbeanspruchung, verbunden mit einem starkem Bedürfnis nach Schlaf, welches sich auch nach entsprechenden Ruhephasen nicht wesentlich verringert. – in Bearbeitung-
Merkmale:	Bericht des Patienten sich schlapp, kraftlos und ausgelaugt zu fühlen; Mangel an Energie und Körperkräften; Unfähigkeit, gewöhnliche Alltagsroutinen zu bewältigen; Verminderte Konzentrationsfähigkeit; Erschöpfung,
Beeinflussende Faktoren:	<i>Krankheitsbedingte:</i> Leistungsknick, z.B. bei Tumorerkrankungen; Durchblutungsstörungen; Anämie; <i>Behandlungsbedingte:</i> Medikamente; Strahlentherapie
Kommentar der AG:	Die Differenzierung zwischen "Müdigkeit" und "Erschöpfung" erwies sich in der Diskussion als äußerst schwierig. Abschließende Klärung steht noch aus. Siehe Gordon S. 198. Fatigue wird als neuer Begriff für Erschöpfungszustände bei Krebs eingef. (siehe DKG) (1/2000) Die Differenz zwischen Müdigkeit und Erschöpfung liegt darin, daß bei der »Müdigkeit« Erholungsphasen zur Regeneration führen und das ist bei der »Erschöpfung« nicht der Fall. (12/2000) Der Begriff Erschöpfung wird durch die speziellere Bezeichnung Fatigue ersetzt, da Fatigue in der KTB sehr viel häufiger auftritt. Fatigue wird als eine „Spezialform“ der Erschöpfung angesehen.

**Stationsinterne
Schulung**

**Ganztagesseminare
zu einzelnen
Pflege diagnosen**

Schulungskonzept

Einzelanleitung

**Basisschulung
IBF**

**Ganztagesseminare
Einführung und
praktische Übung**

Adressaufkleber Mustermann, Vornamenmuster, 12.12.1802	Allergien: Nickelallergie
	Lebenssituation: lebt mit Partner im eigenen Haushalt Kontaktperson: Hr.Muster Tel.: xxx

Informationen zur Entlassungsplanung:

Vorhandene Dienste zur häuslichen Versorgung: keine Angehörige/ Partner: Tel.:
 professionelle Dienste: Tel.: , Sonstige:

Vorhandene Hilfsmittel: keine, Pflegebett; O2- Gerät, Rollstuhl, Rollator, Toilettenstuhl, Schmerzpumpe Typ:
 Sonstige:

Pflegeversicherungsantrag: nicht gestellt, gestellt, Pflegestufe: keine

Häusliche Versorgung bisher ausreichend? Ja Geplanter Entlassungstermin: vom Arzt auszufüllen

<p>Pflegeanamnese:</p> <p>Fr. M. kommt aufgrund von Beschwerden nach einer Unterleibsbestrahlung. Während der Bestrahlung hatte Fr.M. massive Durchfälle, die sich momentan etwas gebessert haben, 6 bis 8xtgl. Breiigen Stuhl. Sie berichtet von einer schmerzhaften, brennenden Defäkation. Die Schleimhaut im Anusbereich ist stark gerötet. In ihrem Aktionsradius ist sie eingeschränkt, weil sie ständig befürchtet die Toilette nicht rechtzeitig erreichen zu können. Die Nachtruhe ist z. Z. zufrieden stellend, da sich die nächtlichen Durchfälle im Rahmen halten. Seit Krankheitsbeginn hat Fr. M. ca. 13 kg abgenommen, davon 10kg während der Bestrahlung. Sie berichtet, dass sie sich regelrecht zum Essen zwingt. Momentan bevorzugt sie süße Speisen. Fr. M. bemüht sich 1,5-2 l tgl. zu trinken. Sie weiß, dass sie entsprechend der Stuhlfrequenz mehr Flüssigkeit zu sich nehmen sollte.</p> <p>Bei schnellerem Gehen auf längeren Strecken wird Fr. M. kurzatmig.</p> <p>Fr. M. kann sich im Haus alleine bewegen. Sie möchte wieder in ihren Beruf als Industriekauffrau tätig werden,</p>	<p>Pflegediagnosen</p> <p>Diarrhoe (Durchfall)</p> <p>Veränderte Schleimhaut (Furcht)</p> <p>Mangelernährung</p> <p>Gefahr des Flüssigkeitsdefizits (Dyspnoe Grad 1)</p>
---	---

Leitfragen im KTB-Projekt

In welcher Weise, mit welchen Methoden und mit welchen Ergebnissen ist die Implementierung von Pflegediagnosen in der KTB durch die Pflegenden realisiert worden?

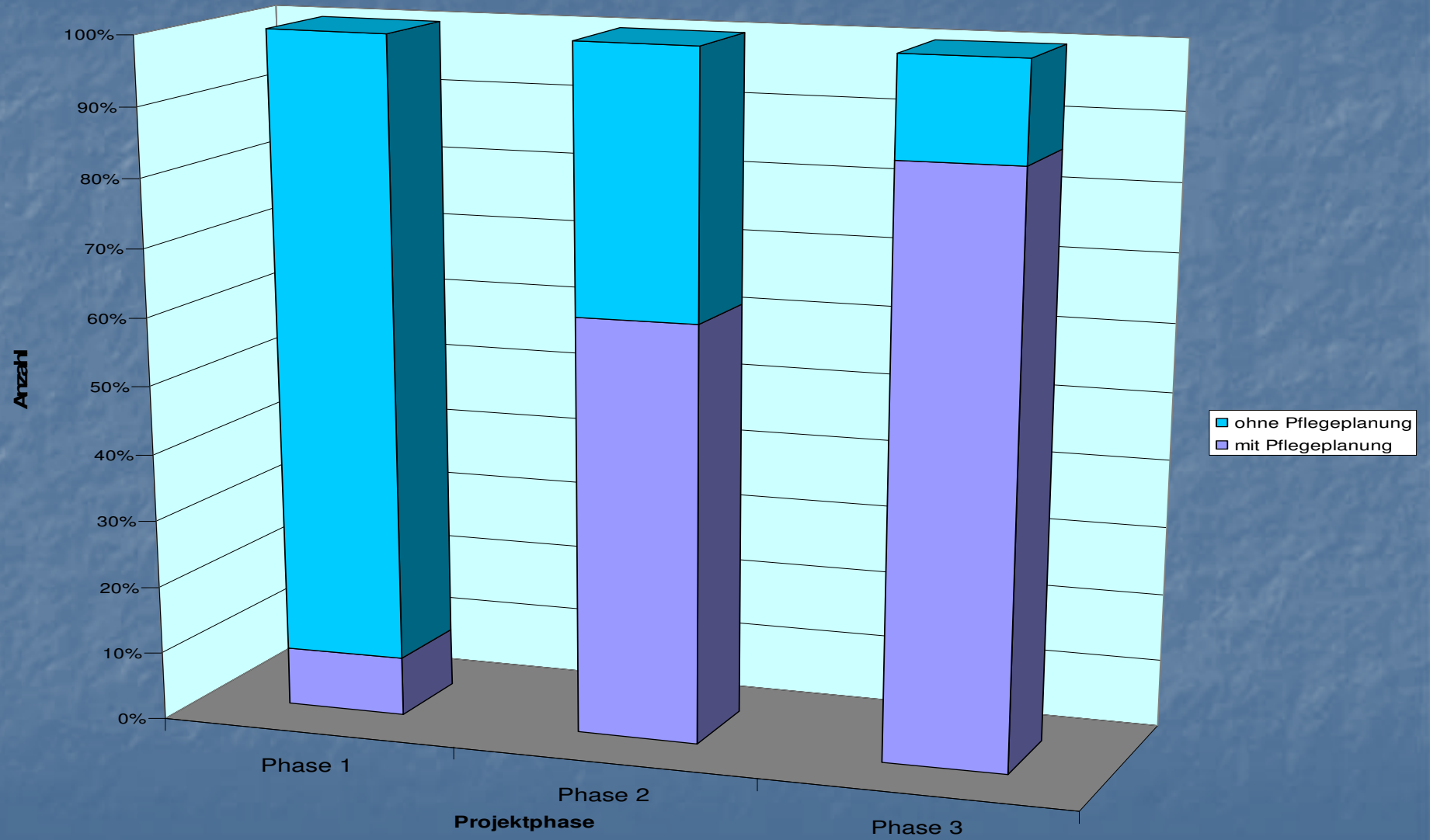
Fragestellung

- Welche Vorzüge und Nachteile erleben Pflegende bei der Arbeit mit Pflegediagnosen?
- Wie verändert sich die Kommunikation mit den Patienten?
- Wie verändert sich die Qualität und Quantität der Pflegedokumentation durch die Einführung von Pflegediagnosen?
- Welche Beziehungen lassen sich in der Pflegedokumentation zwischen Pflegediagnosen und Pflegestandards erkennen?
- Welche Veränderungen wurden im Pflegediagnosenkonzept vorgenommen und wie lassen sich diese erklären?

Vorgehen

- Pflegedokumentation von ca. 600 Patientenakten gesichtet
- davon 109 Pflegedokumentationen genauer analysiert
- Die Dokumente wurden aus drei Zeiträumen ausgewählt. Zeitraum I bezog sich auf die Zeit vor der Einführung von Pflegediagnosen, Zeitraum II auf die Zeit ca. 3 Monate nach Einführung und Zeitraum III auf die Zeit ca. 1 Jahr nach Einführung von Pflegediagnosen.

Dokumentation von kompletten Pflegeplanungen auf zwei Projektstationen n = 609



Ergebnisse

zweite Erhebung n = 35

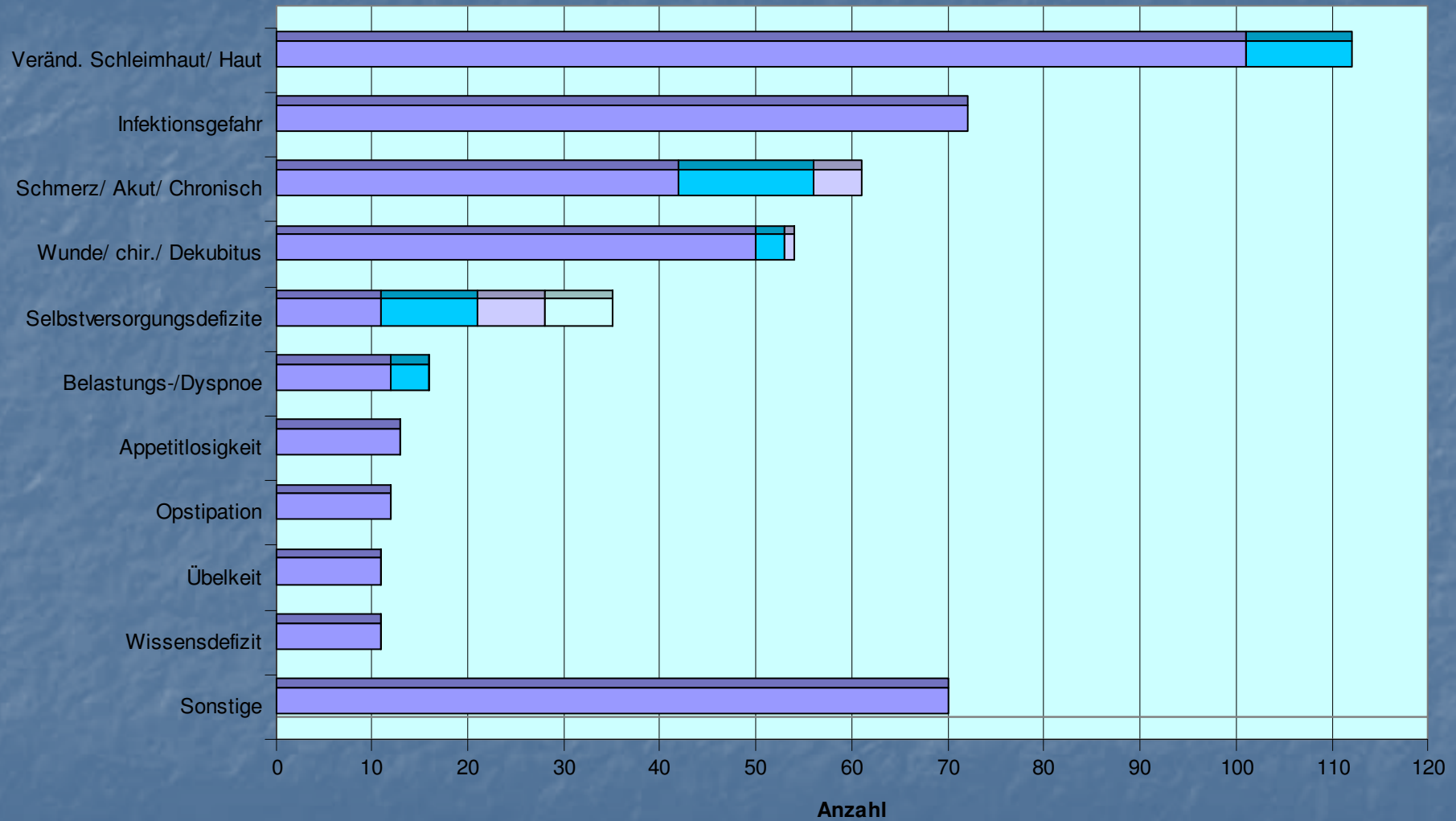
- bei allen Dokumenten liegt eine Pflegeanamnese vor
- in 91% werden Pflegediagnosen abgeleitet In die Pflegeplanung wurden
- 91% der Pflegediagnosen übernommen
- in 80% der Dokumente hätten weitere Pflegediagnosen abgeleitet werden können
- bei 68% der Dokumentationen werden im weiteren Verlauf neue Pflegediagnosen gestellt
- 38 % der Pflegediagnosen werden mit hinreichenden Merkmalen und Ursachen bezeichnet

Ergebnisse

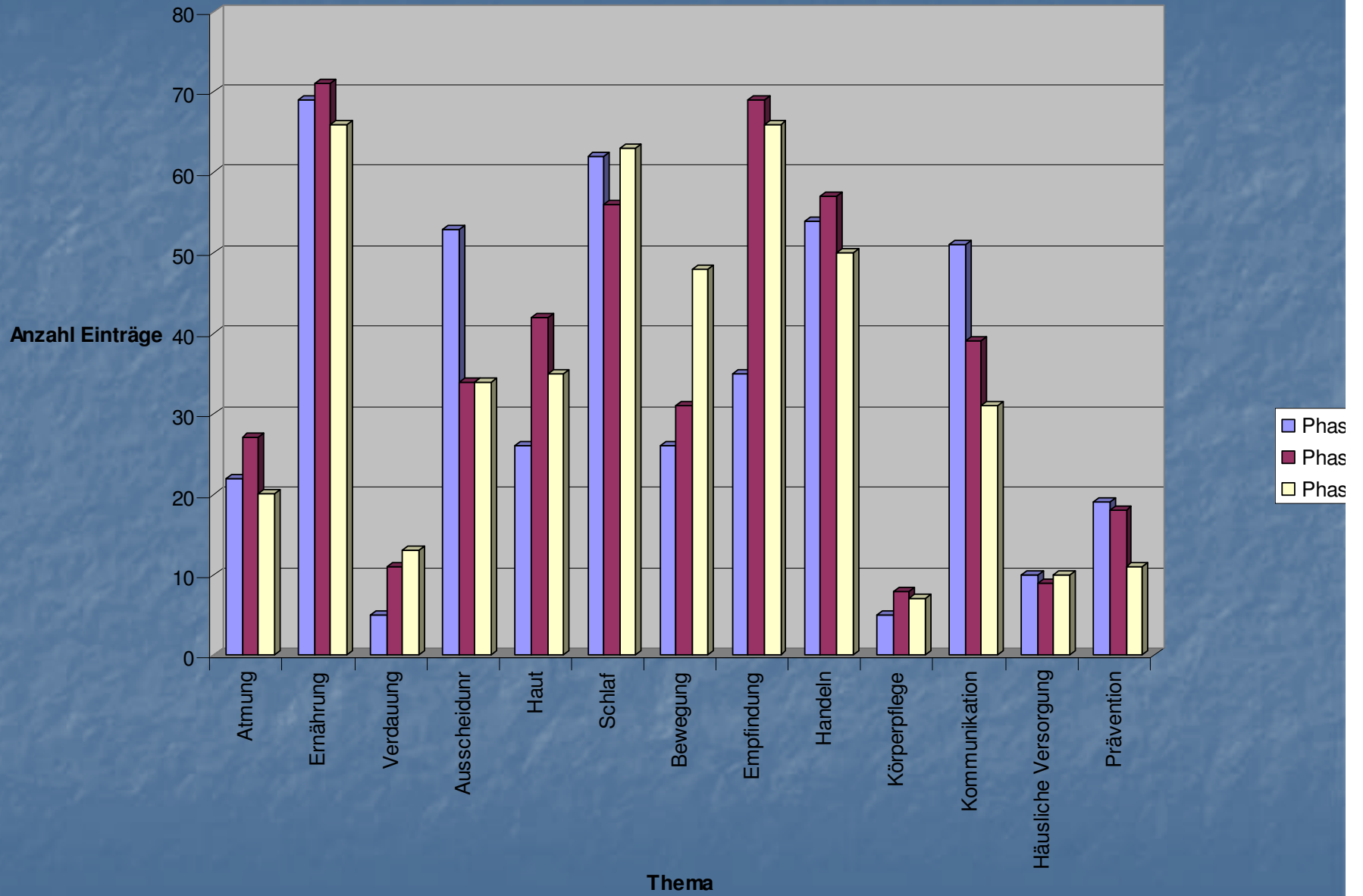
zweite Erhebung n = 35

- in 44 % der Fälle werden Selbstpflegefähigkeiten beschrieben
- 81% der Pflegediagnosen wurde ein Ziel zugewiesen
- zu 90% der Pflegediagnosen werden eine oder mehrere Maßnahmen geplant
- 22% der Pflegediagnosen wird mindestens ein Pflegestandard zugewiesen
- 37% der Dokumentationen enthalten eine adäquate Auswertung der Pflege

Häufigkeit von Pflegediagnosen bei Patient/innen mit soliden Tumoren bei stationärer Aufnahme zur Chemotherapie (473 Pflegediagnosen bei 183 Fällen)



Einträge in Pflegeanamnesen zu bestimmten Themenbereichen



Sicht der Mitarbeiter

Nutzen von Pflegediagnosen

- **verbesserte Kommunikation mit dem Patienten**
 - ⇒ konkretere Informationen über sein Befinden
 - ⇒ bessere Absprache über seinen Zustand
- **verbesserte Kommunikation mit den Kollegen**
 - ⇒ über den Zustand des Patienten
 - ⇒ über die Festlegung der Diagnose
- **Dokumentation**
 - ⇒ schneller Überblick über den Zustand eines Patienten
 - ⇒ Dokumentation wird mehr gelesen
 - ⇒ gezielteres Arbeiten durch übersichtlichere Dokumentation
- **Zeitersparnis bei der Übergabe**

Sicht der Mitarbeiter

Schwierigkeiten beim Erstellen von Pflegediagnosen:

- zu wenig Informationen
- Unsicherheit bei der Interpretation von Daten
- kaum objektive Daten um psychische Zustände zu bestimmen
- ab wann wird ein Zustand zur Diagnose?
- wo erscheinen die Fähigkeiten des Patienten?
- Dokumentation der Merkmale fehlt

Sicht der Mitarbeiter

Die Macht des Diagnostizierens:

- Befürchtung vor Entpersonalisierung und Stigmatisierung
- Starkes Gewicht einer standardisierten gegenüber einer freien Beschreibung
- Angst vor der mit den Pflegediagnosen verbundenen Verantwortung

Gefahren und Befürchtungen:

- Verlust der ganzheitlichen Sichtweise des Patienten
- Fehlinterpretationen und daraus resultieren nicht patientengerechte Pflegehandlungen

Themenbereich: Bewegung

Merkmale aus Sicht von Pat. und Pflege:

- Beeinträchtigte Koordination
- Beeinträchtigte Mobilität im Bett: angeordnete Bettruhe
- Beeinträchtiger Transfer: (z.B. vom Bett zum Rollstuhl)
- Bewegungseinschränkung
- Bewegungsinduzierter Tremor

SPF aus Sicht von Pat. und Pflege:

- Kann sich im Bett / im Zimmer / auf Station / im Haus selbst bewegen
- Kann sich mit Hilfsmittel selbst bewegen: Rollator, Rollstuhl, Gehstützen, Prothese/n
- Kennt eigene Fähigkeiten und Grenzen

- Angst* **Beeinflussende Faktoren:**
- Behandlungsbedingt: Bettruhe, reduzierte Körperkraft und Ausdauer, medikamentenbedingte Neuropathie
- Hindernisse in der Umgebung

Krankheitsbedingt: nichtkompensierte Beeinträchtigung des Bewegungsapparates (z.B. Hemiparese, Fraktur, Muskelatrophie);

Pflegediagnose: beeinträchtigte körperliche Mobilität

Graduierung:

- 01 geringfügige Hilfeleistung: großteils selbständig (z.B. im Bett lagern, Rollstuhl)
- 02 teilweise selbständig: bedarf teilweise Hilfestellung (z.B. Transfer: Mithilfe beim Aufrichten)
- 03 geringfügig selbständig: Pat. beteiligt sich nur in geringem Ausmaß
- 04 unselbständig: Pat. ist nicht in der Lage, sich zu beteiligen

Bedeutung (subjektive Einschätzung):

- erlebt Einschränkung im Alltag (leicht - mittel - stark)
- Gefühl des "Ausgeliefertseins"

Erwartete Ergebnisse:

- Aktionsradius ist erhalten/erweitert
- Bewältigt Alltag nach Fähigkeiten und Grenzen
- Erkennt Hilfebedarf
- Fordert b. Bed. Hilfe an
- Individuelle Bedürfnisse sind befriedigt
- Kann Hilfsmittel anwenden: Rollator, Rollstuhl, Gehstützen, Prothese/n
- Kennt Zusammenhang von Ursache und Symptom
- Wohlbefinden

Maßnahmen:

Vorsicht: Kontraindikationen beachten!

- Begleitung/Betreuung: Hausinterne/r Begleitung/Transport: zu Fuß, im Bett, im Rollstuhl
- Behandlung: anpassen der Kompressionsstrümpfe
- Besprechung: Interdisziplinäre Besprechung
- Bewegung: 2-tägiger Wechsel der Kompressionsstrümpfe
- Bewegung: Bereitstellen / versorgen von Rollator, Rollstuhl, Gehstützen, Prothese/n
- Bewegung: Hilfestellung bei der Mobilisation / beim Transfer: Bett <-> Rollstuhl, Bett <....
- Bewegung: Lagewechsel (Oberkörperhochlagerung, Rückenlagerung, >Seitenlagerung<)
- Bewegung: Mobilisation / Transfer mit 2 Personen
- Bewegung: Mobilisation an die Bettkante
- Bewegung: umlagern zum Betten
- Gespräch: Anleitung zur Handhabung von Rollator, Rollstuhl, Gehstützen, Prothese/n
- Gespräch: Beratungsgespräch / Beratungsgespräch mit Angehörigen

2. Einschätzung: Selbständig - Grad 01 - Grad 02 - Grad 03 - Grad 04

Evaluation: _____ verbessert - gleichbleibend - verschlechtert