

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

23.März 2009 – 27. November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Präoperative Pflegevisite
bei geplanten Intensivpatienten**

vorgelegt von: DGKP, Primož Pucihar
LKH Klagenfurt
Abteilung für Anästhesie und allgemeine
Intensivmedizin

begutachtet von: DGKS, Tanja Schlömmer, BA
LKH Klagenfurt
Klinische Strukturentwicklung

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.

Primož Pucihar

Klagenfurt, 12.10.2009

Kurzzusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde auf die Wichtigkeit der präoperativen Pflegevisite beim geplanten Intensivpatienten und deren Auswirkungen auf die Pflegequalität eingegangen. Anfangs wird die Pflegequalität definiert und Möglichkeiten dargestellt wie man sie überprüfen kann. Es wird auch auf die Voraussetzungen der Pflegequalität eingegangen. Die Arbeit befasst sich mit dem Thema die präoperative Pflegevisite des Intensivpatienten. Es wird auf den Intensivpatienten und deren Pflege eingegangen. Anschließend wird die präoperative Pflegevisite definiert und die Umsetzung anhand des Pflegeprozesses dargestellt. Der Schluss beinhaltet die Auswirkung der präoperativen Pflegevisite auf die Pflegequalität.

Inhaltsverzeichnis

0	Vorwort.....	5
1	Einleitung	6
2	Ausgangslage.....	8
2.1	Pflegequalität	8
2.1.1	Definition von Pflegequalität	9
2.1.2	Instrumente zum Messen der Pflegequalität.....	9
2.1.3	Vorraussetzungen für die Pflegequalität.....	11
2.1.4	Ökonomische Auswirkungen der Pflegequalität	12
2.2	Der Intensivpatient	12
2.2.1	Definition von Intensivpatient	13
2.2.2	Mögliche pflegerelevanten Komplikationen des Intensivpatienten	14
3	Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung und QualitätsSteigerung	16
3.1	Definition von Pflegevisite	16
3.2	Die präoperative Pflegevisite.....	17
4	Die Umsetzung der Pflegevisite anhand des pflegeprozesses	19
4.1	Informationssammlung.....	20
4.2	Ressourcen und Problemerkennung	24
4.3	Pflegeziele festlegen.....	26
4.4	Pflegemaßnahmen planen.....	27
4.5	Durchführung der Pflegevisite	28
4.6	Die Evaluation	29
5	Auswirkungen der Pflegevisite auf die Pflegequalität	31
6	Zusammenfassende Darstellung.....	32
7	Literaturverzeichnis	34

0 VORWORT

In der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bekommt man sehr oft zu hören, man soll so pflegen wie man selbst gerne gepflegt werden möchte. Durch meine Arbeit auf der Intensivstation erfahre ich immer wieder, wie schwierig es ist die individuelle Pflege in den Tagesablauf zu integrieren, da es an personellen und zeitlichen Ressourcen oft mangelt. Erfahrungsgemäß weiß ich, wie wichtig die individuelle Pflege für den Patienten und seinen Genesungsprozess ist.

Die individuelle Pflege kann mit der präoperativen Pflegevisite unterstützt werden. Gleichzeitig trägt die präoperative Pflegevisite zur Steigerung der Pflegequalität bei.

An meinem Arbeitsplatz wird die präoperative Pflegevisite noch nicht praktiziert, aber vielleicht kann ich durch diese Arbeit einen kleinen Beitrag dazu leisten, die Notwendigkeit der präoperativen Pflegevisite aufzuzeigen. Aus diesem Grund habe ich mich im Rahmen der Zusatzausbildung für die Intensivpflege mit dem Thema „Die präoperativen Pflegevisite bei geplanten Intensivpatienten“ näher auseinander gesetzt.

Ich möchte mich nun bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau DGKS Tanja Schlömmer, BA, für ihre hilfreiche Unterstützung bei der Formulierung des Themas, der Ausarbeitung des Schwerpunktes und ihr offenes Ohr für all meine Fragen bedanken.

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Frau Verena, die mir die Zeit ermöglichte mich auf die Arbeit zu konzentrieren und mir Kraft, Mut und Ideen lieferte, wenn für mich die Lage aussichtslos erschien. Danke dafür!

Ein Dankeschön gilt meiner neun Monate alten Tochter, die mir mit ihrem sonnigen Lächeln neue Energie schenkte. Danke!

1 EINLEITUNG

Der Begriff Qualität ist einerseits häufig zu hören, andererseits bekommt man ihn immer öfter in Fachzeitschriften zu lesen. Besonders im Bereich des Gesundheitswesens wird die Pflegequalität immer bedeutsamer. So bewirkt die wirtschaftliche Krise auch im Gesundheitswesen durchaus resultierende Einsparungsmaßnahmen. Diese betreffen nicht nur materielle sondern auch personelle Faktoren. Das führt zu einem erhöhten Arbeitsaufwand, der wiederum zu Mängeln in der Pflege führen kann. Um diese Mängel zu vermeiden muss sich die Pflege ständig weiterentwickeln.

Die präoperative Pflegevisite kann einen wesentlichen Teil zur Pflegequalität beitragen, wenn sie konsequent und auf einem hohen Niveau ausgeführt wird. In der vorliegenden Arbeit wird versucht diese Thematik genauer zu erläutern. Dabei wurde auch, um den wissenschaftlichen Anspruch gerecht zu werden, folgende Forschungsfrage formuliert und anhand dieser auch ein Ergebnis definiert:

- Kann die Pflegequalität durch die präoperative Pflegevisite, bei geplanten Intensivpatienten - auf der Intensivstation gesteigert werden?

In dieser Arbeit wird ein Überblick darüber gegeben, was aus pflegerischer Sicht getan werden kann, um die individuelle Pflege für den Intensivpatienten zu erzielen und gleichzeitig die Pflegequalität im Krankenhaus zu steigern.

Am Beginn wird erklärt, was die Pflegequalität ist und unter welchen Maßstäben sie überprüfbar ist. Für eine langfristige Erhaltung der Pflegequalität werden notwendige Grundfaktoren benötigt, auf die bezuggenommen werden muss.

Danach folgt ein Einblick auf den Intensivpatienten mit all seinen speziellen Bedürfnissen und was unter Intensivpflege allgemein verstanden wird.

In der Intensivpflege können immer wieder Komplikationen auftreten. Aus diesem Grund wird auf diese Bezug genommen und deren Auswirkungen kurz erläutert ¹.

Die Pflege sollte sich einer ständigen Weiterentwicklung unterziehen, da viele Tätigkeiten der Pflege vor langer Zeit entstanden sind und somit dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht mehr entsprechen. Es ist wichtig, die Zweckmäßigkeit und Effizienz der Pflege, die durch den Akademisierungsprozess einen hohen Stellenwert hat, gezielt einzusetzen. Mit der präoperativen Pflegevisite kann dies erzielt werden. Deshalb beinhaltet das vierte Kapitel die mögliche Umsetzung dieser, von Intensivpflegepersonal durchgeführten Pflegevisite.

Abschließend werden die wichtigsten Schlussfolgerungen zusammengefasst, die Ergebnisse der Forschungsfrage dargestellt und ein möglicher Ausblick in die Zukunft der Pflegevisite wird skizziert.

¹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich der Erwachsenen-Intensivpatient behandelt, da auch hier die präoperative Visite zum Tragen kommen kann.

2 AUSGANGSLAGE

In der heutigen Zeit ist das Bild der Krankenpflege ein Beruf, - um anderen zu helfen und hat damit starke Tendenz weg vom Beruf hin zur Berufung. Die Gesundheits- und Krankenpflege hat sich zu einem eigenständigen Beruf entwickelt (allerdings ist der Professionalisierungsprozess derzeit noch nicht abgeschlossen) und so beinhaltet sie, nicht nur mehr die Helferfunktion des Arztes, sondern es kommt aufgrund des Wissens zu eigenständigen Entscheidungen und Handlungen in der Pflege. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist der eigenständige Tätigkeitsbereich im §14 folgend definiert:

„Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“ (Internet 1).

Durch die Anforderungen der eigenständigen Tätigkeit des Pflegepersonals stieg auch ihre von außen erwartete Kompetenz. Von nun an stand nicht nur die Erkrankung des Patienten im Vordergrund, sondern es wurde auch auf seine Bedürfnisse und Erwartungen an das Pflegepersonal eingegangen. Um diesen Erwartungen gerecht zu werden, übernimmt die Pflegequalität eine immer größere Rolle in der Pflege. Um sich ein Bild davon machen zu können, welche Aspekte in der Pflegequalität abgebildet sind, wird diese im Folgenden näher erläutert.

2.1 Pflegequalität

Der Grundgedanke zur Pflegequalität kommt vom amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian der aufgrund von Studien erkannte, dass sich durch Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Patienten ein rascheres und verbessertes Pflegeergebnis erzielen ließ. Dies wiederum veranlasste, ihn seine Forschungen öffentlich zugänglich zu machen um die gegenseitige Beeinflussung dieser Faktoren darstellen zu können. Aufgrund dieser Entwicklung wurde der Pflegequalität im Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle zugeschrieben. Der Patient als Mensch wurde in den Mittelpunkt der Pflege gestellt.

Die präoperative Pflegevisite kann nun ein Instrument bieten, diese Pflegequalität nachhaltig zu verbessern, da hier die individuellen Bedürfnisse des Patienten umgesetzt werden können. Um aber Unklarheiten schon im Vorfeld ausschließen zu können, ist es wichtig, die Thematik der Pflegequalität eingrenzen zu können. Mehrere in der Literatur verwendete Definitionen werden nun vorgestellt.

2.1.1 Definition von Pflegequalität

Die Pflegequalität ist ein sehr komplexer und schwer erfassbarer Bereich. Daher gibt es eine Vielzahl an Definitionen, die sich in ihrer Auslegung sehr unterscheiden. Einige, gängige Definitionen werden in Folge aufgelistet:

Die Ärzte Jones und Lee (1933) sehen in der Pflegequalität folgendes: „Hochqualifizierte Pflege ist die Pflege, die alle relevanten Kenntnisse und Techniken anwendet, die der Pflege zur Verfügung stehen!“ (HENKE, 2006, 50). Sie stellen den Professionalitätsgedanken in den Vordergrund, ohne den eine Pflegequalität ihrer Ansicht nach nicht erreichbar ist.

Donabedian (1966) beschreibt Pflegequalität: „Als Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen und der wirklich geleisteten Pflege“ (HENKE, 2006, 50). Er geht also von Zielen aus, die erreicht werden sollen und stellt sie im Anschluss dem Erreichten gegenüber. Dadurch hat er den Vorteil, dass er die Qualität, die ja vom Prinzip her schwer zu messen ist, zählbar macht und evaluationsfähig.

Im Gegensatz dazu definiert John Williamson (1978) die Pflegequalität deutlich abstrakter: „als Grad des erreichten Erfolges in der Pflege, der mit dem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird“ (HENKE, 2006, 50).

Bei allen Definitionen handelt es sich bei der Pflegequalität um das pflegerische Resultat, welches eine Verbesserung des momentanen Pflegezustandes des Patienten auf langfristige Dauer erzielen wird. Unabhängig davon, welche Mitteln oder Maßnahmen bzw. welcher Ressourceneinsatz notwendig war, um ein solches Ziel erreichen zu können.

2.1.2 Instrumente zum Messen der Pflegequalität

Die Pflegequalität lässt sich mit keinem direkten Messinstrument überprüfen, da die Pflegequalität sich in viele Teilbereiche der Pflege aufteilt und dadurch eine große Anzahl an Faktoren berücksichtigt werden müssen.

Diese Bereiche werden von ihrem Umfeld genauso beeinflusst, wie das vorhandene Wissen und Zeitmanagement des Pflegepersonals bei der Umsetzung der Pflege des Patienten in schwierigen Lebenslagen.

Um eine Qualitätsmessung durchführen zu können und dadurch die Auswirkungen von Pflegemaßnahmen darstellen zu können, teilt der amerikanische Wissenschaftler Avedis Donabedian die Pflegequalität in drei Kategorien ein:

- Strukturqualität,
- Prozessqualität und
- Ergebnisqualität (vgl. LEONI-SCHEIBER, 2004, 173).

Auf die sich daraus ergebenden Unterschiede wird in Folge genauer eingegangen.

- Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, unter denen eine Dienstleistung erbracht wird. Dazu zählt die Arbeitsumgebung mit ihrer räumlichen und materiellen Ausstattung, sowie das zur Verfügung stehende Personal mit seiner fachlichen Kompetenz, deren Weiterbildung und Arbeitsorganisation. Auch der finanzielle Rahmen, in dem sich die Arbeitsabläufe abspielen, zählt zur Strukturqualität.

Infolgedessen werden mit der Strukturqualität Bedingungen aufgelistet, die zur Pflegequalität beitragen (vgl. HAUBROCK, GOHLKE, 2001, 60).

- Die Prozessqualität bezieht sich auf die medizinische und pflegerische Versorgung und Leistungen am Patienten während dem gesamten Aufenthalt. Um die pflegerische Leistung überprüfen zu können, werden anerkannte Pflegestandards eingesetzt. So beinhaltet ein Pflegestandard die Definition eines Krankheitsbildes und die dazugehörigen Pflegeleistungen (vgl. ebd.).
- Die Ergebnisqualität bezieht sich auf das Ergebnis der Pflege, anhand der Bewertung des Gesundheitszustandes des Patienten. Hier erweist sich der Einsatz der präoperativen Pflegevisite sehr hilfreich, da sie eine bedürfnisorientierte Pflegeplanung ermöglicht und so zur Patientenzufriedenheit beiträgt. Gleichzeitig liefert die Pflegevisite die vereinbarten Pflegeziele und die geleisteten Maßnahmen zur Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustandes (vgl. ebd.).

2.1.3 Voraussetzungen für die Pflegequalität

Damit die Pflegequalität in einer Institution wie einem Landeskrankenhaus praktiziert und gesteigert werden kann, müssen folgende Voraussetzungen beachtet und umgesetzt werden: ein einheitliches Pflegeverständnis, Pflegestandards, die Pflegevisite und eine den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasste Pflegedokumentation.

In den anschließenden Punkten wird auf diese Themen genauer eingegangen:

- Das Pflegeverständnis beruht auf der ganzheitlichen Pflege, die nicht nur den Körper des Patienten und seine Erkrankung für wichtig erachtet, sondern auch seine Psyche, Bedürfnisse, Erfahrungen und sein soziales Umfeld mit einbezieht (vgl. SCHÄFFLER, 1997, 4).

In der theoretischen Ausbildung zur Pflegefachkraft wird eine einheitliche Fachsprache gelernt, mit der man sich untereinander verständigt. Durch die spezifische Fachsprache kommt es zu einem gesicherten Pflegeverständnis.

- Die Pflegestandards werden anhand des aktuellen Wissens der Pflegenden erstellt. Das Ziel der Pflegestandards ist die einheitliche Vorgehensweise bei der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen. Mit der Erstellung und Anwendung von Pflegestandards können pflegerische Leistungen transparent gemacht werden und sind überprüfbar. Langfristig gesehen kommt es so zu einer Sicherung und Steigerung der Pflegequalität (vgl. HENKE, 2006, 42).
- Die Umsetzung der Pflegevisite erfolgt mittels des Pflegeprozesses. Dieser beinhaltet die Informationssammlung um etwaige Probleme und vor allem auch Ressourcen des Patienten festzustellen, Ziele zusetzen und deren Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Am Ende des Pflegeprozesses steht die Evaluierung der vorherigen genannten Schritte. So ergibt sich ein klarstrukturierter Ablauf der pflegerischen Leistungen, Entscheidungen und Handlungsschritte in Form eines Regelkreises (vgl. VITT, 2007, 25). Mit der Umsetzung des Pflegeprozesses, können und müssen Pflegenden zur Qualitätssicherung beitragen.
- „Die Pflegedokumentation dient zur Sicherung und Überprüfung der Pflegequalität, der rechtlichen Absicherung der Pflegenden und der Darstellung professioneller Pflegeleistung“ (HAUBROCK, GOHLKE, 2001, 118). Die Pflegedokumentation ist der wichtigste und zugleich der schwierigste Bereich zum Beitrag der Pflegequalität. So wird seit 1997 im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz die Dokumentation zur Berufspflicht vorgeschrieben.

Für eine gut geführte und lückenlose Pflegedokumentation werden sowohl wissenschaftliche Formblätter IT-gestützte Hilfsmittel (z. B. ausreichend verfügbare Computer), als auch genügend Zeit benötigt. Um den Inhalt der Pflegedokumentation so kurz, knapp, exakt und spezifisch wie möglich ausdrücken zu können, benötigt das pflegerische Personal eine spezielle Schulung.

2.1.4 Ökonomische Auswirkungen der Pflegequalität

Mit der präoperativen Pflegevisite erfolgt die Pflege nicht mehr routinemäßig, sondern wird bewusst und zielgerichtet eingesetzt. Durch die bewussten individuellen Pflegehandlungen kommt es auch zu einem gezielten Einsatz von materiellen Hilfsmitteln, die in diesem Bereich Verwendung finden. Daraus resultiert die Transparenz der Pflegeleistungen und ein gezieltes Auflisten der damit verbundenen Kosten. Gleichzeitig werden die Kosten langfristig auch dadurch gesenkt, dass der Patient aufgrund seiner individuellen Betreuung und dem Einsatz von Pflegevisiten weniger Komplikationen erleidet und dadurch seine Aufenthaltsdauer reduziert. Zusätzlich zu den materiellen Kosten kommt auch eine nicht zu unterschätzende Reduktion des menschlichen Leides hinzu, welches in den QALYs² ausgedrückt wird.

Die individuelle Pflege bewirkt eine erhöhte Zufriedenheit in der Betreuung des Patienten während des Krankenaufenthaltes. Diese Zufriedenheit wirkt sich auf den Ruf des Krankenhauses aus und damit auch auf die ökonomischen Kennzahlen aus.

2.2 Der Intensivpatient

Durch die pflegerischen Tätigkeiten auf einer Intensivstation lässt sich immer wieder erkennen, dass der Patient durch seinen bedrohlichen Gesundheitszustand und deren therapeutischen Maßnahmen, wie zum Beispiel Intubation oder Sedierung nicht in der Lage ist seine Bedürfnisse, Ängste und Schmerzen mitzuteilen.

Die in Krankenhäusern entstehende enorme Geräuschkulisse, durch Maschinen, Signaltönen, oftmals Zimmernachbarn und des Personals, stellt eine für den Patienten bedrohlichen Situationen dar.

² Ein **Qualitätskorrigiertes Lebensjahr** (englisch **Quality adjusted life year** oder **QALY**) ist eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit.

Hier kann die präoperative Pflegevisite eingreifen, indem sie zum Einen den Patienten auf die Situation vorbereitet, zum Anderen aber auch der Pflege wichtige Informationen vom Patienten liefert.

2.2.1 Definition von Intensivpatient

„Ein Patient, dessen Erkrankung- und /oder Verletzungsfolgen die Behandlung und Überwachung mit den Mitteln der Intensivmedizin unter Verwendung der Möglichkeiten invasiver Diagnose- und Therapieverfahren und deren Monitoring bei lebensbedrohlichem Versagen eines oder mehrerer Organsysteme erfordert“ (Internet 2). Als Intensivpatient werden also all jene Fälle bezeichnet, die eine lebensbedrohliche Erkrankung bzw. Trauma als Ursache für den Krankenhausaufenthalt haben und damit auch eine intensive Pflege benötigen.

„Die Pflege, Überwachung und Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen oder potentiell (=möglicherweise) lebensbedrohlichen Erkrankungen (zum Beispiel: Schock, Herzinfarkt, Verbrennungen). Die intensive Patientenbeobachtung/ -betreuung erfordert hohen personellen Aufwand und eine spezielle Stationsausstattung“ (SCHÄFFLER, 1998, 1340). Die Intensivstation umfasst also die Versorgung von schwerst bis lebensbedrohlich erkrankten Patienten und setzt sich aus der Intensivüberwachung, der Intensivtherapie und der Intensivpflege zusammen.

So wird mit der Intensivüberwachung die klinische Beobachtung und Überwachung des Patienten mittels apparativer Geräten verstanden. Die Intensivtherapie bezieht sich auf den erhöhten Aufwand von intensiven Kontrollen und Behandlungen des Patienten. Dieser kann Funktionsstörungen in der Atmung, der Herz-Kreislauf-Funktion, des Stoffwechsels, des zentralen Nervensystems, des Wasser-Elektrolyt- und Säuren-Basen-Haushaltes, ebenso Nierenfunktions- und Temperaturregulationsprobleme aufweisen. Diese Funktionsstörungen rufen immer eine akute Lebensbedrohung des Patienten hervor (vgl. LARSEN, 2004, 680).

Die Intensivpflege kennzeichnet den Tätigkeitsbereich des diplomierten Pflegepersonals mit einer speziellen Ausbildung in diesem Bereich und umfasst die Versorgung des Intensivpatienten.

Der Begriff Intensivpflege wird meist in der einschlägigen Literatur nur unzureichend beschrieben und deshalb werden in den folgenden Punkten die wichtigsten Aufgaben des Intensivpflegepersonals aufgelistet.

- Die Umsetzung des Pflegeprozesses.
- Eine kontinuierliche klinische und apparative Kontrolle des Patienten.
- Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes erfolgt eine rasche Informationsweitergabe an den Arzt.
- Es kommt zum Einsatz von präventiven Pflegemaßnahmen
- Die Dokumentation der pflegerischen Tätigkeiten, sowie ärztliche Anordnungen, wie zum Beispiel die Verabreichung von Medikamenten, Flüssigkeiten, Ernährungsformen mit der anschließenden Kontrolle deren Wirksamkeit.
- Den Patienten emotional unterstützen, ihn und seine Angehörigen begleiten und pflegerische Beratung zu leisten.
- Bei ärztlichen Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie kommt es zur Assistenzfunktion.
- Es erfolgt die Funktionsüberprüfung, Bereitstellung, Bedienung und Überwachung aller intensivmedizinischen Geräte.
- Es kommt zur Koordination und Planung von sämtlichen Abläufen (vgl. LARSEN, 2004, 714).

2.2.2 Mögliche pflegerelevanten Komplikationen des Intensivpatienten

Die Dauer des Operationsverfahren und der Schweregrad der Erkrankung des Patienten haben Auswirkungen auf die später resultierenden Komplikationen.

Komplikationen betreffen immer die Heilung des Patienten und haben auch Auswirkungen auf das Pflegepersonal, die betreuenden Ärzte und das Krankenhaus. Operativbedingte Komplikationen wie zum Beispiel Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, allergische Reaktionen oder Abstoßung des Implantats lassen sich nicht vorhersehen. Dennoch besteht die Hauptaufgabe des Intensivpflegepersonals darin, jegliche Komplikationen, soweit als möglich, zu vermeiden.

Hierbei kann die präoperative Pflegevisite als Instrument zur Qualitätssicherung unterstützend mitwirken, die Anzahl von möglichen Komplikationen so gering als möglich zu halten.

So können durch die präoperative Pflegevisite pflegerelevante Schwierigkeiten, wie zum Beispiel erhöhtes Risiko für Dekubitus, Thrombosen und respiratorische Probleme diagnostiziert werden, um postoperativ prophylaktisch entgegenwirken zu können. Bei vielen pflegerelevanten Komplikationen liegt der postoperative Schmerz als Grundursache vor, da sich der Patient in seiner Aktivität einschränkt, um diesen reduzieren zu können. Eine Gegenmaßnahme wäre es, den Patient im Vorfeld darüber aufzuklären (vgl. EISENSCHINK, 2003, 27).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Pflegequalität einer Institution wie dem Krankenhaus, von der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität beeinflusst wird. Für eine langfristige und anhaltende Steigerung der Pflegequalität ist es wichtig, eine Pflegekultur mit einer einheitlichen Dokumentation, einem einheitlichen Pflegeverständnis, sowie der Einsatz von Pflegestandards und die Umsetzung der präoperativen Pflegevisite auf der Intensivstation zu entwickeln.

Die Intensivstation umfasst also die Versorgung von schwerst bis lebensbedrohlich erkrankten Patienten und setzt sich aus der Intensivüberwachung, der Intensivtherapie und der Intensivpflege zusammen.

Mit dem Einsatz der präoperativen Pflegevisite hat das Intensivpersonal die Möglichkeit pflegerische Komplikationen frühzeitig zu erfassen und entgegenzuwirken. Im folgenden Kapitel wird über dieses Instrument der Qualitätssicherung auf der Intensivstation näher eingegangen.

3 DIE PFLEGEVISITE ALS INSTRUMENT DER QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSSTEIGERUNG

Ein Patient der auf der Intensivstation aufgenommen werden muss, befindet sich meist in einem lebensbedrohlichen Zustand. Er wird aus seinem bisherigen Leben gerissen und erlebt lebensbedrohliche Ängste. Auch für die Angehörigen ist die Tatsache, dass deren Verwandte auf der Intensivstation liegt, eine äußerst schwierige und stressige Situation.

Diese Situation kann bei Patienten, die nach geplanten Operationen eine intensivmedizinische Bereuung benötigen, anhand einer präoperativen Pflegevisite (in Folge PPV) vorgebeugt werden. Da durch die PPV der Patient und seine Angehörigen die Möglichkeit haben, das Intensivpersonal und die Intensivstation kennen zu lernen, sowie einen Einblick in den Tagesablauf und deren therapeutischen Maßnahmen zu erhalten. Der Patient hat mit dieser prästationären Information die Möglichkeit, sich mit seinen Bedürfnissen und Ängsten vertrauensvoll an das Pflegepersonal zu wenden.

Aus diesen Gründen trägt die PPV auch zur Qualitätssteigerung bei, da hierbei zum Einen die folgende Pflege durch ein mehr an Information eine höhere Qualität hat, zum Anderen aber auch das Empfinden des Patienten dadurch verbessert wird.

3.1 Definition von Pflegevisite

Das Wort Visite leitet sich vom lateinischen Verb „visitare“ ab und bedeutet regelmäßiger Besuch (Internet 3). Für die Pflege bedeutet es hingehen um nachzusehen oder zu helfen. So entsteht für das Pflegepersonal eine Situation, in der man den Patienten kennen lernt, um sich mit ihm auszutauschen und für offene Fragen zur Verfügung zu stehen.

Christian Heering beschreibt Pflegevisite (2004) folgendermaßen: „Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch beziehungsweise ein Gespräch mit dem Patienten über den Pflegeprozess. Sie dient der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen beziehungsweise der Pflegediagnose, Vereinbarung der gewünschten Pflegeziele, der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflege“ (Internet 4).

Die Pflegevisite verschafft eine neue Art von Gesprächsführung mit dem Patienten, die nicht nur die Pflegeanamnese beinhaltet, sondern auch die gemeinsame Planung des Pflegeprozesses beinhaltet.

„Bei der Pflegevisite handelt es sich um eine Übergabe am Bett des Bewohners/Patienten. Im Vordergrund steht die Erörterung der Pflegeplanung mit den individuellen Pflegeproblemen, Ressourcen, Pflegezielen und Pflegemaßnahmen des jeweiligen Pflegebedürftigen“ (HENKE, 2006, 129). Obwohl hier die allgemeine Pflegevisite definiert wird, kann diese Definition auch für die PPV verwendet werden, jedoch muss beachtet werden, dass hierbei das Kennenlernen verbunden mit gegenseitigem Vertrauensaufbau zusätzlich ein großer Faktor ist, der auch zeitlich eingeplant werden muss.

In der Definition wird der Ablauf der Pflegevisite sehr deutlich erkennbar. Auf den Ablauf der Pflegevisite im Kontext der PPV wird nachfolgend genauer Bezug genommen.

3.2 Die präoperative Pflegevisite

Im Mittelpunkt der PPV steht die ganzheitliche Pflege. Nur wenn eine ganzheitliche Pflege geleistet wird, kann man von einer Qualität in der Pflege sprechen und nur damit kann eine Verbesserung der Pflegequalität erzielt werden. Man kann also durchaus die ganzheitliche Pflege und ihre Umsetzung auch mit Hilfe der PPV als Grundvoraussetzung für einen hohen Qualitätsansatz in der Pflege sehen.

Unter ganzheitlicher Pflege wird folgendes verstanden:

- Die körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Bedürfnisse zu erkennen und zu beurteilen.
- Durch dieses Wissen, kann eine individuelle und umfassende Pflege geplant und gewährleistet werden.
- Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Pflegepersonals können pflegerische und therapeutische Handlungen korrekt geleistet werden.
- Kranke und Behinderte bei der Wiedereingliederung in Ihren Lebensraum zu motivieren.

- Durch die Kontaktaufnahme können Patienten motiviert werden, ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder zu erlangen.
- Die Umsetzung der individuellen Begleitung, Betreuung, Beratung und Versorgung von kranken Patienten gehört dazu.
- Es führt zu einer positiven Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe.
- Es wird eine positive Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder Bezugspersonen angestrebt (vgl. HENKE, 2006, 12).

Bis jetzt hatte das Personal auf einer Intensivstation meist keine Möglichkeit, den Patienten präoperativ kennen zu lernen. Die PPV ermöglicht hierbei einen Informationsaustausch, der für den Pflegeprozess die bedeutungsvollste Grundvoraussetzung ist. Es kommt zu einem Erstkontakt zwischen dem Intensivpersonal und dem Patient. Das Intensivpersonal kann eine intensivstationsspezifische Pflegeanamnese erstellen, wodurch der Patient mit seinen Bedürfnissen und Ängsten kennen gelernt wird und die Pflegetätigkeiten speziell auf ihn ausgerichtet werden können.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass Patienten, die auf einer Intensivstation gepflegt werden, sich immer in einen lebensbedrohlichen Zustand befinden. Für den Patient und deren Angehörigen ist der Aufenthalt auf einer Intensivstation beängstigend. So wird mit der PPV bei Patienten, mit geplanten Operationen und anschließender intensivmedizinischen Betreuung dem entgegengewirkt, überdies bekommt das Pflegepersonal wichtige pflegerische Informationen für die postoperative Betreuung des Patienten. Im Mittelpunkt der PPV stehen die ganzheitliche Pflege und die Miteinbeziehung des Patienten im Pflegeprozess.

Wie die Umsetzung der PPV aussehen kann, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

4 DIE UMSETZUNG DER PFLEGEVISITE ANHAND DES PFLEGEPROZESSES

Für die Umsetzung der PPV anhand des Pflegeprozesses werden einige Rahmenbedingungen benötigt. Zu den Rahmenbedingungen zählt ein einheitliches standardisiertes Formularwesen, das alle für den Pflegeprozess notwendigen Punkte beinhaltet. Die Dokumentation kann sowohl computergesteuert als auch schriftlich auf vorgefertigten Formularen, die dann der Krankengeschichte hinzugefügt werden, erfolgen. Die Vorteile einer computergesteuerten Dokumentation sind der wirtschaftliche Faktor und die genauere Nachvollziehbarkeit der Pflegedokumentation und diese sollte auch in der heutigen Zeit durchaus als Standard vorhanden sein.

Die Personalbesetzung wirkt sich grundlegend auf den Pflegeprozess aus. Wenn ein Mangel an Pflegepersonal vorliegt, kann der Pflegeprozess nicht optimal umgesetzt werden, dies wiederum hat Auswirkungen auf die Pflegequalität. Neben der Personalbesetzung spielt auch der Zeitpunkt für die Umsetzung der PPV eine wichtige Rolle. Eine Möglichkeit wäre, die PPV am Nachmittag durchzuführen, wenn der Patient die Aufklärung des Arztes und des Anästhesisten bereits abgeschlossen hat. Da der Patient so seine Hauptfragen bezüglich der bevorstehenden Operation bereits beantwortet bekommen hat. Der Patient ist nun soweit, weiter vor zu schauen und macht sich Gedanken über die postoperative Pflege. Eine weitere Möglichkeit wäre auch die PPV mit einem ambulanten Besuch des Patienten zu verbinden. Der Nachteil dieser Variante ist jedoch, dass sich die Informationen bis zum Operationstermin verändern können und der Pflegeprozess so erneut überprüft werden müsste.

Nicht nur der Zeitpunkt der Umsetzung sollte bedacht werden, sondern auch die räumlichen Gegebenheiten. So sollte eine Situation geschaffen werden, in der der Patient nicht von seinen Zimmernachbar gestört und die Pflegeperson durch den Stationsablauf nicht unterbrochen wird. Der Patient hat so die Möglichkeit offen über seine Probleme und Ängste zu sprechen. (vgl. HENKE, 2006, 73).

In den folgenden Punkten wird auf die Umsetzung der PPV genauer eingegangen.

4.1 Informationssammlung

Unter Informationssammlung werden die Erhebung der Pflegebedürfnisse und die Einschätzung der Pflegeabhängigkeit des Patienten verstanden (vgl. LEONI-SCHEIBER, 2004, 229). Erfahrungsgemäß beginnt die Informationssammlung mit einem Anamnesegespräch. Dieses Anamnesegespräch ist der wichtigste Baustein für den gesamten Pflegeprozess, da mit der Pflegeanamnese der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient gelegt wird.

„Es handelt sich bei der Pflegeanamnese in der Regel um eine ausführliche, strukturierte Datenerhebung oder um eine Checkliste. Der Inhalt ist abhängig von der Pflegeeinrichtung, für die jeweils Daten erhoben werden. In Akutpflegeeinrichtungen beziehen sich die Daten meist auf relevante physiologische Besonderheiten und Lebensaktivitäten, während in der Langzeitpflege und in der psychiatrischen Betreuung die biografische Erhebung zu bevorzugen ist“ (Internet 5). Erfahrungsgemäß ist die Pflegeanamnese von Allgemeinstationen nicht ausführlich genug für die erforderliche Intensivpflege. So ergibt sich durch die PPV die Möglichkeit, den Patient am Vortag persönlich zu besuchen und ein Gespräch in ruhiger Atmosphäre zu führen. Dadurch erhält man einen Einblick ins Leben des Patienten, seinen individuellen Bedürfnissen und pflegerelevanten Informationen. Die Anamnese sollte sich nicht nur auf das geistige und psychische Befinden des Patienten beziehen, sondern auch die sozialen Bedürfnisse und familiären Verhältnisse beinhalten. (vgl. HENKE, 2006, 74).

Die Pflegeanamnese sollte Informationen zur körperlichen Verfassung des Patienten liefern. Die körperliche Verfassung beinhaltet zum Beispiel körperliche Behinderungen, die Beweglichkeit des Patienten – ist er auf Gehilfen angewiesen oder liegt eine Lähmung vor. Für das Wohlbefinden des Patienten ist es von Bedeutung zu wissen, ob er auf Sehbehelfe, Hörgerät oder Zahnersatz angewiesen ist. Einer der bedeutendsten Punkte bei der Erhebung der Anamnese ist der Hautstatus da der Patient meistens nach einer großen Operation voll immobil, über längere Zeit bettlägrig und von der Hilfe des Pflegepersonals abhängig ist. Aufgrund dessen, dass die Immobilität eine erhöhte Gefahr für Druckstellen darstellt, ist die Einschätzung des Hautstatus für die Dekubitusprophylaxe von großer Bedeutung. Auch der Ernährungszustand des Patienten gibt Aufschlüsse über Pflegemaßnahmen.

Bei der Gesprächsführung im Rahmen der Erhebung der Pflegeanamnese, sollten wiederholte Fragestellungen vermieden werden, da die Pflegefachkraft ohnedies vor dem Anamnesegespräch bereits die Möglichkeit hat sich Grundinformationen, wie zum Beispiel Name, Alter, Geschlecht, Herkunft, und medizinische Diagnose einzuholen. Diese Grundinformationen tragen auch zum Aufbau der Pflegebeziehung bei. Für eine professionelle Pflegebeziehung ist es bedeutend, den Patienten Höflichkeit, Freundlichkeit, Wertschätzung und Einfühlbarkeit entgegenzubringen, da eine Aufnahme in einem Krankenhaus meistens mit vielen Ängsten und Fragen verbunden ist (vgl. LEONISCHKE, 2004, 30-32).

Die Erhebung der Pflegeanamnese teilt sich in die direkten, indirekten, objektiven und subjektiven Daten auf.

- Direkte Daten beinhalten die eigenen Beobachtungen des Patienten, wie z.B. das Aussehen, sein Verhalten, seine Mimik, Gestik, Zittern, Schwitzen usw. Aber auch die Aussagen des Patienten gehören dazu.
- Indirekte Daten beziehen sich auf die Aussagen der Angehörigen oder andere Bezugspersonen, das Aufnahmeformular, schon vorhandene Krankengeschichten, die ärztliche Anamnese und schriftliche Unterlagen vom Hausarzt.
- Objektive Daten umfassen alle Informationen, die zu beobachten oder messbar sind wie z.B. das Gewicht, die Größe, die Vitalparameter, die Menge der Ausscheidung, Hautdefekte und Ausmaß von schon bestehenden Funktionsstörungen.
- Subjektive Daten sind Informationen, die über das Empfinden des Patienten Auskunft geben. Das wären beispielsweise Müdigkeit, Übelkeit, Schmerzen, Ängste, Kräfte, Sorgen, Erwartungen und Vorstellungen. Zu dem subjektiven Daten zählt auch die Meinung der Pflegefachkraft (vgl. HENKE, 2006, 74).

Bei allen Informationsarten ist es wichtig, den Patienten nach Möglichkeit selbst zu befragen, da nur er seine Bedürfnisse und Defizite konkret beschreiben kann. Nur wenn der Patient nicht in der Lage ist selbst ein Anamnesegespräch zu führen, sollten bestehende Angehörige oder Bezugspersonen befragt werden.

Henke stellt sich die Rolle der Pflege beim PPV 2006 so vor: „Die Pflegekraft konzentriert sich während des Gespräches darauf, dass sie offene Fragen stellt, Suggestivfragen vermeidet, objektive Daten erfasst und das Gespräch deutlich beendet“ (HENKE, 2006, 76).

Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten sollte in einer ruhigen und entspannten Atmosphäre erfolgen. Die Erhebung der Pflegeanamnese sollte auf gleicher Kommunikationsebene passieren, d. h. es muss auch sichergestellt werden, dass der Patient die Pflegefachkraft richtig versteht. Hierbei wäre es notwendig, den Patienten Gesprächsschwerpunkte mit eigenen Worten wiederholen zu lassen. Durch die Rollenverteilung ist die Pflegefachkraft in einer Machtposition, der Patient dagegen ist eingeschränkt und schwach. Um dies zu verhindern sollte sich die Pflegekraft zu einem liegenden Patienten, mit einem Stuhl ans Bett setzen, auf die gleiche Ebene.

Während der Pflegeanamnese sollte aber auch auf die Gesprächsführung geachtet werden. So gibt es Patienten, die von sich aus den Drang haben, von ihrem Leben zu erzählen, so dass die Pflegeperson gefordert ist das Gespräch in die Richtung zu lenken, die notwendig ist um die relevanten Daten zu erfassen. Hier kommt auch der Unterschied zu einer biographischen Anamnese (v. a. in der Langzeitpflege angewandt) zum Tragen, denn dort wird umfangreicher hinterfragt. Des weiteren gibt es wiederum Patienten die von sich aus sehr zurückhaltend sind. In solchen Fällen muss die Pflegekraft vermehrten Einsatz leisten, um die notwendigen Informationen zu erhalten.

Erfahrungsgemäß sind offene Fragen bei der Gesprächsführung besser einsetzbar, denn Suggestivfragen führen selten zum gewünschten Ergebnis. Durch eine offene Gesprächsführung wird der Patient ermutigt mehr von sich zu erzählen, dadurch kann das Vertrauen zum Patienten schneller aufgebaut werden. Offene Fragen geben dem Patienten die Möglichkeit zur Selbstdarstellung ihres Erlebens wie z.B. was sie im Moment am meisten beschäftigt? Hingegen schreiben Suggestivfragen dem Patienten ein bestimmtes Verhalten, eine Vorgehensweise förmlich vor. Ein Beispiel für dieses Verhalten wäre: „Haben sie nach der heutigen Schlaftablette, nicht wunderbar schlafen können? Es ist besser, auf diese Art von Fragen vollständig zu verzichten (vgl. LEONI-SCHEIBER, 2004, 48).

Erfahrungsgemäß dient die Pflegeanamnese nicht nur zur Datenerhebung für das Pflegepersonal, sondern sollte auch dem Patienten wichtige Informationen liefern. So sollte ein beidseitiger Informationsaustausch stattfinden. Der Patient sollte bei der PPV vor allem Auskünfte über den Tagesablauf der Intensivstation erhalten. So wird dem Patienten beispielsweise erklärt, dass er auf der Intensivstation rund um die Uhr betreut wird, eine Pflegefachkraft permanent im Zimmer ist und er somit jederzeit eine Ansprechperson hat. Der Patient erfährt das die Räumlichkeiten einer Intensivstation ganz anders aufgeteilt sind als jene einer allgemeinen Station.

Es wird ihm erklärt, dass die Intensivstation nicht aus Zimmern besteht, sondern aus Behandlungsräumen. Daraus resultiert sich, dass mehrere Patienten in einem Raum behandelt werden und die Intim- und Privatsphäre daher nicht immer gegeben ist, dennoch wird sie berücksichtigt und so weit wie möglich gefördert. In diesem Rahmen ist es auch wichtig zu erwähnen, dass die Patienten sich in einem geschützten Rahmen befinden. Dies erfordert spezielle hygienische Maßnahmen, die auch von Besuchern eingehalten werden müssen. Auf der Intensivstation gibt es grundsätzlich vorgeschriebene Besuchszeiten³, die sich aber durch notwendige pflegerische oder medizinische Maßnahmen auch verschieben können.

Bei der PPV kann der Patient über atemtherapeutischen Maßnahmen befragt werden und wenn der Bedarf besteht kann diese ihm erklärt und näher gebracht werden. Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, den Patienten am Ende der Pflegeanamnese ein Informationsblatt auszuhändigen, worauf er die wichtigsten Informationen noch mal nachlesen kann.

„Die Einschätzung ist ein fortlaufender Prozess, der bei der ersten Begegnung mit dem Patienten beginnt und sich über die ganze Dauer des Klinikaufenthaltes erstreckt. Alle Daten, die dabei gesammelt werden – erster Eindruck, Krankengeschichte, körperliche Untersuchungsergebnisse und kontinuierliche Beobachtungen - müssen gründlich und sorgfältig dokumentiert werden“ (BROBST et al., 1997, 65).

³ Diese können von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich sein; es gibt sicher auch Krankenanstalten, in denen es keine Besuchszeiten mehr auf einer Intensivstation gibt.

Hierbei sollte auch einmal überdacht werden, ob es nicht sinnvoll wäre, den Patienten die PPV auch unterschreiben zu lassen, ähnlich der ärztlichen Aufklärung, um das Pflegepersonal auch rechtlich abdecken zu können, im Hinblick auf Pflegefehler-Prozesse.

4.2 Ressourcen und Problemerkennung

Der zweite Schritt der PPV wird auch als der diagnostische Prozess bezeichnet. Wenn die Pflegeanamnese im ausreichenden Maße erfolgte, dann werden die Probleme, aber auch die Ressourcen, die der Patient mit sich bringt, analysiert.

So erhält man den Grad der Pflegebedürftigkeit und den Abhängigkeitsgrad des Patienten bei seinem Aufenthalt auf der Intensivstation (im folgenden ICU⁴). Die Pflegefachkraft legt mit dem Patienten gemeinsam das Pflegeproblem oder die Pflegeprobleme fest. Zur Vereinheitlichung von Pflegeproblemen werden allgemein gültige Klassifikationssysteme verwendet. Diese Klassifizierungen werden auch als Pflegediagnosen bezeichnet. Jede Pflegediagnose ist definiert und damit verstehen alle Pflegenden das gleiche darunter (vgl. LEONI-SCHEIBER, 2004, 100).

Die Entwicklung der Pflegediagnosen kommt aus Amerika. Daher ist auch die meistverbreitete Klassifizierung jene von der nordamerikanischen Pflegediagnosenvereinigung, auch NANDA⁵ genannt. Sie definieren Pflegediagnosen (1982) folgend: „Eine Pflegediagnose stellt eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für eine definitive Behandlung zur Erreichung von Ergebnissen, für die Pflegeperson verantwortlich ist“ (LEONI-SCHEIBER, 2004, 80).

Für einen erfolgreichen Einsatz von Pflegediagnosen ist es wichtig die Probleme mit dem Patienten dann zu besprechen, da die erhobenen Probleme der Pflegekraft nicht immer auch ein Problem für den Patienten darstellt.

⁴ intensiv care unit

⁵ Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, dt. Nordamerikanischer Verband für Pflegediagnosen) ist eine wissenschaftliche Organisation, die sich mit der Formulierung, Entwicklung und Prüfung von Pflegediagnosen beschäftigt.

Die Pflegediagnosen werden in aktuelle, Hochrisiko- oder Gefährdungs-, Verdachts- oder Vermutungsdiagnosen und Syndrompflegediagnosen eingeteilt.

- „Eine aktuelle Pflegediagnose liegt dann vor, wenn die Pflegeperson bestehende Zeichen und/oder Symptome erkennt, die durch pflegerische Handlungen beeinflusst werden können, unabhängig davon, ob der oder die Betroffene aktiv oder passiv am diagnostischen Prozess teilnehmen kann. Dazu sollte zumindest ein ursächlicher Faktor identifiziert werden“ (LEONI-SCHEIBER, 2004, 88).

Für die Anwendung der aktuellen Pflegediagnose ist es wichtig, immer nur ein Pflegeproblem zu behandeln. Dies sollte mit einem oder mehreren ätiologischen Faktoren beschrieben und diese mit den individuellen Zeichen und Symptomen des Patienten beschrieben werden. Das ist auch dafür wichtig, dass auch die nachfolgende Pflegefachkraft weiß, welche Symptome der Diagnose zugrunde liegen, auch wenn diese nicht mehr in der ursprünglichen Form vorhanden sind.

- Hochrisiko- oder Gefährdungsdiagnosen kommen dann zum Einsatz, wenn die Pflegekraft keine Zeichen und Symptome einer Pflegebedürftigkeit erkennt, aber aufgrund ihres Wissens ein Risiko erfasst. Zur Risikoeinschätzung können auch unterschiedlichste Skalen verwendet werden (vgl. LEONI-SCHEIBER, 2004, 91).
- „Eine Verdachts- oder Vermutungsdiagnose kann man dann stellen, wenn innerhalb eines Dienstes zu wenig oder zu wenig signifikante Daten für eine vollständige Pflegediagnose erhoben werden konnten, jedoch Informationen vorliegen, die auf eine bestimmte Pflegediagnose hindeuten. Gelingt es im weiteren Verlauf, zusätzliche essenzielle Daten zu erheben, kann die Vermutungsdiagnose entweder in eine aktuelle oder in eine Gefährdungsdiagnose münden oder aber auch verworfen werden“ (LEONI-SCHEIBER, 2004, 92). Bei dieser Art von Diagnosen spielen die subjektiven Empfindungen der Pflegefachkraft eine große Rolle, da hier wenig greifbare Fakten vorhanden sind.
- „Eine Syndrompflegediagnose besteht aus einem charakteristischen Bündel von aktuellen und Gefährdungsdiagnosen, die aufgrund einer bestimmten Situation oder eines Ereignisses fast immer zusammen auftreten“ (LEONI-SCHEIBER, 2004, 92).

Für die Erstellung von Pflegezielen und Maßnahmen ist es wichtig auch die Ressourcen des Patienten zu erkennen und zu erheben.

Die Ressourcen beschreiben Fähigkeiten die der Patient selbst zur Genesung beitragen kann. So dienen die Ressourcen nicht nur zur Bewältigung von Problemen, sondern können auch zur Motivation des Patienten im Genesungsprozess beitragen (vgl. SCHÄFFLER et al., 1998, 28). Hier ist ein Umdenken gefragt, denn vor allem im Intensivpflegebereich ist die Krankheit bzw. das Trauma stark im Vordergrund, die vielleicht noch vorhandenen Ressourcen werden hier oft vergessen.

Da mit der PPV die Pflegeprobleme des Patienten schon am Vortag erhoben werden können, besteht für das Intensivpersonal ausreichend Zeit, sich auf den Aufenthalt des Patienten vorzubereiten.

4.3 Pflegeziele festlegen

Pflegeziele „beschreiben den Soll-Zustand, den der Patienten mit Unterstützung durch die Pflegeperson erreichen soll, aber noch nicht erreicht hat“ (SCHÄFFLER et al., 1998, 28).

Das Pflegeziel dient dazu, dass

- ein Bindeglied zwischen den Pflegeproblem und Pflegemaßnahmen entsteht.
- die Pflegeschwerpunkte deutlich gemacht werden.
- die Begründung zur Auswahl von Pflegemaßnahmen geliefert werden
- ein Kriterium und Maßstab entsteht, an dem man die Wirksamkeit der Pflege bestimmen kann (vgl. HENKE, 2006, 94).

Bei der Festlegung des Pflegezieles sollte beachtet werden, dass es auf ein Problem bezogen sein muss. Es muss für den Patienten außerdem erreichbar und damit realistisch sein. Daher wird es, im Rahmen der PPV, auch mit dem Patienten gemeinsam erstellt. Gleichzeitig muss bei der Erstellung des Pflegezieles auch auf die materiellen und personellen Möglichkeiten Rücksicht genommen werden. Im Pflegeziel wird deutlich festgehalten, was erreicht und wann es erreicht werden soll. Der Vorteil durch die präzise Festlegung des Pflegezieles ist, dass jederzeit festgestellt werden kann, ob das Ziel erreicht wurde. Das Ziel wird dadurch messbar gemacht.

Zum besseren Verständnis werden Pflegeziele in Nah- und Fernziele unterteilt.

Im Nahziel werden einzelne oder kleine Fortschritte beschrieben, die innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden können. Im Rahmen der PPV kommen die Nahziele vermehrt zum Einsatz, da die Patienten mit geplanten Operationen kürzere Zeit auf der Intensivstation bleiben und so die Erfolge rascher ersichtlich werden müssen. Bei Unfallopfern kommen hingegen die Fernziele vermehrt zum Einsatz, da der konkrete Zeitpunkt der Zielerreichung nicht vorhersehbar ist.

Das Fernziel beschreibt damit die individuell maximal mögliche Wiederherstellung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Fernziele sollten immer in Kombination mit Nahzielen verwendet werden (vgl. LEONI-SCHEIBER 2004, 108). Wie schon erwähnt, ist für die PPV vor allem das Nahziel wichtig, da auf Fernziele in diesem Gespräch nicht eingegangen werden kann. Dies würde eine schwerwiegende Komplikation voraussetzen, und damit möchte man den Patienten vor einer Operation nicht belasten.

„Mit der Zielformulierung wird bereits der Weg zur Lösung, das heißt zur Auswahl der Pflegemaßnahmen vorgegeben“ (LEONI-SCHEIBER 2004, 108). Durch die Zieldefinierung wird festgehalten, welcher Gesundheitszustand erreicht werden sollte. Und speziell auf dieses Ziel hin werden die Pflegemaßnahmen geplant.

4.4 Pflegemaßnahmen planen

Bei der PPV kommt es zum Festlegen der Pflegemaßnahmen. Die Pflegemaßnahmen schreiben vor, mit welchen Mitteln oder Maßnahmen das gestellte Pflegeziel erreicht werden soll. Bei der Feststellung der Pflegemaßnahmen orientiert man sich immer an den individuellen Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten, der erhobenen Pflegeprobleme und dem zu erreichende Pflegeziel. Auch muss die Festlegung der Pflegeintervention muss realistisch und ökonomisch erfolgen. Die Pflegeinterventionen geben der Pflegefachkraft Informationen darüber, was, wann, wie oft und wie lange zu erfolgen hat.

Aus diesem Grund können Pflegemaßnahmen auch mit Handlungsanweisungen verglichen werden, nach der die Pflege erfolgen soll (vgl. HENKE, 2006, 102).

„Sämtliche angeordnete Pflegeinterventionen sind verbindlich! Alle Pflegepersonen, die den Patienten oder die Patienten betreuen, müssen diese umsetzen beziehungsweise bei entsprechend vorliegender Begründung abändern“ (LEONI-SCHEIBER, 2004, 119). Wenn es zu Änderungen der Maßnahmen kommt, so ist dies mit der Begründung im Pflegebericht und immer mit Datum und Handzeichen zu dokumentieren.

Da die Pflegeplanung im Idealfall von derselben Pflegefachkraft erstellt wird, die auch die vorherigen Schritte der PPV erhoben hat, kommt es zu einem gezielteren Einsatz der Pflegemaßnahmen. Erfahrungsgemäß kommt es durch diese Maßnahmen nicht nur zu einem gezielten, sondern auch zum individuellen Einsatz der Pflegemaßnahmen. Dies führt wiederum zu einer Steigerung der Pflegequalität und hat gleichzeitig auch Auswirkungen auf die Senkung der Kosten.

4.5 Durchführung der Pflegevisite

Mit der Durchführung der geplanten Maßnahmen gelangt man gleichzeitig zum Kern des Pflegeprozesses. In diesem Schritt werden nicht nur die geplanten Pflegemaßnahmen durchgeführt, sondern es erfolgt auch eine Beobachtung des Patienten auf körperliche Veränderungen, Abweichungen des Gesundheitszustandes, Reaktionen auf die Pflege und die Feststellung von neuen Pflegeproblemen. Dadurch kommt es zu Überlegungen, ob mit den derzeitigen Maßnahmen das Pflegeziel erreicht werden kann.

Auf der Intensivstation beginnt die Durchführung der Pflegemaßnahmen mit der postoperativen Übernahme des Patienten. Nachdem der Patient monitorisiert und erstversorgt wurde, hat die Pflegekraft die Möglichkeit, sich mit den individuellen Pflegezielen und Maßnahmen des Patienten vertraut zu machen. Die Umsetzung der Pflegemaßnahmen ist nicht nur von zeitlichen Faktoren, sondern auch von den jeweiligen Charakteren, den Fähigkeiten, den Erfahrungen und der Verfassung der Pflegekraft abhängig. Leoni-Schreiber sagt 2004 dazu: „Der inhaltliche beste und fehlerfrei formulierte Pflegeplan muss nicht automatisch die beste Pflegequalität bedeuten. Die Art und Weise, wie die geplanten Maßnahmen tatsächlich durchgeführt werden, wird maßgeblich darüber entscheiden, wie der Patient oder die Patientin auf die Interventionen reagieren“ (LEONIE-SCHEIBER, 2004, 135).

Bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen spielt auch die Dokumentation eine bedeutsame Rolle. Die geleisteten Maßnahmen werden im Durchführungsnachweis mit Handzeichen der Pflegekraft, Uhrzeit und Datum dokumentiert. Die Eintragungen im Pflegebericht sollten immer Bezug nehmen auf das Pflegeproblem, der Zielsetzung und die Wirkung der Maßnahmen. Am Ende des Pflegeberichts steht das Handzeichen der Pflegekraft, um eine Zuordnung zweifelsfrei möglich zu machen. Sollte es zu einer rechtlichen Auseinandersetzung kommen, wird die Pflegedokumentation als Beweislage herangezogen.

Gleichzeitig gibt die korrekte Dokumentation Auskunft über die Pflegeintensität des Patienten und die tatsächlich geleisteten Pflegemaßnahmen. Dies dient wiederum als Grundlage für die Personalberechnung (vgl. LEONIE-SCHEIBER, 2004, 135).

4.6 Die Evaluation

Beim letzten Schritt des Pflegeprozesses kommt es zur Auswertung. Es erfolgt eine Beurteilung und Überprüfung, ob der Erfolg des pflegerischen Handelns und das gesetzte Pflegeziel erreicht wurden (vgl. BROBST et al., 1997, 156). Für die Evaluierung muss der aktuelle Zustand des Patienten erhoben und mit der Ausgangssituation verglichen werden. Nur so kann kontrolliert werden, ob das zeitlich festgelegte Pflegeziel anhand der geplanten Maßnahmen erreicht wurde.

Zur Evaluierung können folgende Fragen hilfreich sein.

- Wurde das Pflegeziel realistisch geplant?
- Wurde das Pflegeproblem behoben?
- Wie hat der Patient auf die Pflegemaßnahmen reagiert?
- Wurde der Patient in die Planung und Umsetzung miteinbezogen?
- Wurde das Pflegeziel erreicht?
- Wurden die angeordneten Pflegeinterventionen von sämtlichen Pflegekräften durchgeführt?

Wurden die Fragen beantwortet, so kommt man abschließend zu einem aussagekräftigen Ergebnis.

Mit den Resultaten der Evaluation kann einerseits das Pflegeziel erreicht und das Problem behoben sein. Andererseits kann das gesetzte Pflegeziel nicht erreicht worden sein, weil sich der Zustand des Patienten verschlechtert hat oder die Pflegemaßnahmen sich nicht bewährt haben. In diesem Fall kommt es zu einer neuen Erstellung des Pflegeplans. Kommt es zu dieser, so sollten immer auch die neu erworbenen Informationen miteinbezogen werden. Bekannterweise endet die Informationssammlung erst mit der Entlassung des Patienten.

Wurde das Evaluationsergebnis entgültig erfasst, so muss dieses schriftlich im Pflegebericht dokumentiert werden.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass durch die Umsetzung der PPV der Patient seine Fragen und Ängste bezüglich Intensivstation und deren Betreuung reduziert werden. Die Pflegefachkraft hat so die Möglichkeit, den Patienten am Vortag der Operation kennen zu lernen. Durch die Umsetzung des Pflegeprozesses kann während dem Gespräch mit dem Patienten die Pflegeprobleme, Pflegeziele und Maßnahmen gemeinsam besprochen und geplant werden. So kommt es zu der an dem individuellen Patienten und seinen Ressourcen orientierten Pflegeumsetzung.

Am Ende des Pflegeprozesses kommt es zur Überprüfung des Pflegezustandes des Patienten. Es wird somit ersichtlich, ob das gesetzte Pflegeziel erreicht wurde. Wurde das gestellt Pflegeziel nicht erreicht, kommt es zu einer Überarbeitung der Pflegeplanung.

Zu welchen Auswirkungen die PPV beiträgt, wird im nächsten Kapitell erläutert.

5 AUSWIRKUNGEN DER PFLEGEVISITE AUF DIE PFLEGEQUALITÄT

Im vorherigen Kapitel wird ersichtlich, dass es mit der Umsetzung der PPV zu einer verbesserten Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Pflegepersonal kommt. So ergibt sich für den Patienten durch die PPV die Möglichkeit, seine Ängste, offenen Fragen und Probleme mit dem Intensivpflegepersonal zu besprechen. Der Patient erhält zu seinem Aufenthalt auf der Intensivstation, wichtige Informationen zum Stationsablauf und die notwendigen therapeutischen Maßnahmen. Der Patient erkennt, dass die Pflege ein professionelles Geschehen ist und ein fachspezifisches Wissen erfordert. Dies motiviert den Patient zur aktiven Teilnahme am Pflegeprozess und erhöht die Zufriedenheit, des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.

In erster Linie bietet die PPV für das Pflegepersonal die Möglichkeit sich fachlich, professionell auszudrücken. Die Pflegeperson lernt den Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen und Wünschen kennen, welche in weiterer Folge in der Pflegplanung berücksichtigt und miteinbezogen werden. Die Probleme und Einschränkungen des Patienten können frühzeitig erfasst und individuelle Pflegemaßnahmen getroffen werden. Wodurch möglichen pflegerischen Komplikationen beim Intensivpatienten entgegengewirkt werden kann. Durch die einheitliche Durchführung der Pflegemaßnahmen, Dokumentation und anschließender Evaluation kommt es zu einer Kontinuität und somit zur Steigerung der Qualität in der Pflege.

Bei der Pflegequalität geht es immer um eine Verbesserung der Versorgungssituation des abhängigen oder hilfsbedürftigen Patienten. So wird der Patient durch die Anwendung der PPV nach den neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen betreut. Dies führt zu einer Steigerung der Kompetenz in der Pflege und einer Aufwertung des Berufsbildes.

6 ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG

In der vorliegenden Arbeit, wurde die wissenschaftliche Frage „Kann die Pflegequalität durch die präoperative Pflegevisite, bei geplanten Intensivpatienten - auf der Intensivstation gesteigert werden?“, in mehreren Punkten beantwortet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die präoperative Pflegevisite mehrere positive Auswirkungen mit sich bringt. Die präoperative Pflegevisite ist der tatsächliche Beginn des Pflegeprozesses. Der Informationsaustausch findet nicht nur unter dem Patienten und Pflegenden statt, sondern es kommt auch in der eigenen Berufsgruppe zu einer einheitlichen Fachsprache und verbesserten Informationsweitergabe. Erstmals besteht, für das diplomierte Pflegefachpersonal die Möglichkeit, die Pflegemaßnahmen selbständig festzulegen und individuell auf die Bedürfnisse des Patienten zu planen und umzusetzen. Der Patient wird in den Pflegeprozess miteinbezogen, da er mit seinen Ängsten, Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt der Pflege steht und individuell betreut wird. So können die Risikofaktoren frühzeitig erfasst und entgegengewirkt werden.

Durch die professionelle und lückenlose Dokumentation werden die tatsächlichen pflegerischen Leistungen ersichtlich. Der Aufwand der Pflege wird somit deutlicher und es führt zu einer Professionalisierung und Anerkennung des Berufsbildes. Durch die präoperative Pflegevisite fühlt sich der Patient als Individuum angenommen, individuell und fachlich kompetent betreut, was zu einer erhöhten Zufriedenheit während des Krankenhausaufenthaltes führt. Das ist ein wesentlicher Beitrag für einen positiven Ruf des Krankenhauses. Die Pflegequalität ist ein sehr komplexer Begriff der sich ständig weiterentwickelt. Jeder der oben genannten Faktoren trägt seinen wesentlichen Teil zur Steigerung der Pflegequalität bei. Zu erwähnen ist aber auch, dass dadurch langfristig die Kosten der jeweiligen Institution gesenkt werden.

Bei der präoperativen Pflegevisite kommt es auch zu Nachteilen, die sich aber auf der ökonomischen Ebene auswirken. Durch die Umsetzung der präoperativen Pflegevisite kommt es zu einem erhöhten Zeitaufwand. Da die Personalressourcen im Pflegeberuf sehr knapp gehalten werden, mangelt es an der Zeiteinteilung die für die Durchführung PPV notwendig wäre.

Jedoch wird für die Zukunft in der Pflegequalität die präoperative Pflegevisite von wesentlicher Bedeutung sein. Da die Ansprüche und Erwartungen von Patienten und anderen Fachgruppen, an Pflegepersonen im Gesundheitswesen immer höher werden. In Zukunft werden auch die Schadensersatzklagen im Gesundheitswesen zunehmen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

BROBST, Ruth A.; COUGHLIN, Arlene M. Clarke; CUNNINGHAM, Diane et al. (1997): Der Pflegeprozess in der Praxis, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle.

EISENSCHINK, Anna Maria; BAUDER MISSBACH, Heidi; KIRCHNER, Elisabeth (2003): Kinästhetische Mobilisation, Wie Pflegekräfte die Genesung unterstützen können – eine Studie am Universitätsklinikum Ulm, Schlütersche Verlag, Hannover.

HAUBROCK, Manfred; GOHLKE, Susanne; (2001): Benchmarking in der Pflege, Mit einer Benchmarking-Studie ambulanter Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft sowie Fragekatalogen und Auswertungsmöglichkeiten für das eigene Unternehmen, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

HENKE, Friedhelm (2006): Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess, individuell – prägnant – praktikabel, 3. Auflage, Kohlhammer Verlag GmbH, Stuttgart.

LARSEN, Reinhard; (2004): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege, 6. Auflage, Springer-Verlag, Berlin.

LEONI-SCHEIBER, Claudia (2004): Der angewandte Pflegeprozess, Facultas Verlag- und Buchhandels AG, Wien.

SCHÄFFLER, Arne; MENCHE, Nicole; BAZLEN, Ulrike; KOMMERELL, Tilman (1997): Pflege Heute, 1. Auflage, GUSTAV Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm.

VITT, Gabriele (2002): Pflegequalität ist messbar, Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege, 1. Auflage, Verlag Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover.

INTERNETVERZEICHNIS

Internet 1: www.oegkv.at/index.php?id=2986, 28.09.2009

Internet 2: <http://www.itw-thueringen.de/index.php?id=27>, 07.08.2009

Internet 3: http://www.duden-suche.de/suche/abstract.php?shortname=fx&artikel_id=179332, 28.09.2009

Internet 4: <http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegevisite>, 28.09.2009

Internet 5: <http://www.pflegewiki.de/wiki/Anamnese>, 28.08.2009