

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Pflegediagnosen

Inaktivitätssyndrom hohes Risiko beim
beatmeten Patienten

vorgelegt von: Birgit Kaufmann

Allgemeine Öffentliches Krankenhaus des
Deutschen Ordens Friesach GmbH

Intensivstation

begutachtet von: DGKS, Schaller- Maitz Christine

LKH- Villach

Organisationsabteilung

Mai/2012

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.

Kaufmann Birgit

St. Peter, 17. Mai 2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Abschlussarbeit behandelt das Thema „Evaluation der Pflegediagnose Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko auf der Intensivstation am A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH mit Schwerpunkt auf den beatmeten Patienten. Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen des Pflegeprozesses beschrieben und der beatmete Patient vorgestellt.

Im zweiten Teil wird auf die auf die momentane Situation eingegangen. Es wird aufgezeigt wie die Pflegediagnosen derzeit beim beatmeten Patienten formuliert werden und es wird die neue Darstellungsform vorgestellt, nachdem die Pflegeplanung künftig gestaltet werden soll.

Im dritten Teil werden die Überprüfungsmechanismen zur Qualitätssicherung erläutert. Dieser Teil umfasst im Besonderen die Qualität der Pflege sowie die gesamte Pflegedokumentation.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNUNG

Abb. Abbildung

ANA American Nurses Association

A.Ö. Allgemein Öffentliches

bzw. beziehungsweise

d.h. das heißt

dt. deutsche

dzt. derzeit

Ect. Et cetera

evt. eventuell

EDV Elektrische Datenverarbeitung

ggf. gegebenenfalls

GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

KAKuG Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

WHO World Health Organization= Weltgesundheitsorganisation

paCO₂ arterieller Kohlendioxidpartialdruck

paO₂ arterieller Sauerstoffpartialdruck

usw. und so weiter

z.B. zum Beispiel

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	8
1.	EINLEITUNG	9
2.	THERORETISCHE GRUNDLAGEN	10
2.1.	Der Pflegeprozess	10
2.1.1.	Modell nach Fichter und Meier	11
2.1.2.	NANDA	16
2.2.	Wozu dienen Pflegediagnosen.....	16
2.3.	Gesetzliche Grundlagen.....	18
2.4.	Der beatmete Patient.....	20
2.4.1.	Die Atmung.....	20
2.4.2.	Pflege beim beatmeten Patienten	21
3.	SAMMELDIAGNOSEN/ SYNDROMDIAGNOSEN	23
3.1.	Pflegediagnosearten.....	23
3.1.1.	Unterschied zwischen medizinischer- und Pflegediagnose	23
3.1.2.	Syndromdiagnose.....	23
3.1.3.	Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko.....	24
3.2.	Vorstellen des „IST- Zustandes“	24
3.3.	Neue Version	27
3.4.	Das Resultat	29
4.	DIE ÜBERPRÜFUNGSMECHANISMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG	32
4.1.	Qualität der Pflege	32
4.2.	Pflegestandards	33
4.3.	Pflegediagnosen.....	34
4.4.	Pflegevisiten	34
4.5.	Dokumentation	36
5.	RESÜME	38

6.	LITERATURVERZEICHNIS	39
-----------	-----------------------------------	-----------

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHIS

Abb. 1: Pflegemodell nach dem Vier- Schritt- Modell (WHO)	11
Abb. 2: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier.....	12

0. VORWORT

Seit Beginn meiner Ausbildung zur Diplombierten Gesundheits- und Krankenschwester 1997, kam es für mich immer wieder zur intensiven Beschäftigung mit dem Themengebiet rund um den Pflegeprozess und Dokumentation. Persönliches Interesse und Schwerpunkt lagen dabei besonders in dem Bereich der Pflegediagnosen.

Ich habe bereits bemerkt, dass dieses Thema manchen Kollegen viel Kopfzerbrechen bereitet. Immer wieder kommt es zu folgende Aussagen wie: Wofür mache ich das? Wofür soll das gut sein? Ich brauche dafür viel Zeit! Es fehlt oft das Verständnis für den Aufwand und vielen Pflegenden ist gar nicht bewusst, wie wichtig und sinnvoll Pflegediagnosen und die richtige Dokumentation sind. Jeder von uns Pflegenden möchte „gute“ Arbeit leisten, sodass der Patient zufrieden ist und Wohlbefinden äußert. Ich glaube, dass vielen nicht bewusst ist welchen positiven Einfluss das Pflegepersonal durch eine exakte Pflegeplanung auf den Patienten hat und dass die Pflegeplanung gesetzlich vorgeschrieben ist. Es gibt auch diverse Mechanismen wie die Qualität der Pflege gemessen werden kann, die ich auch aufzeigen möchte, um mehr Bewusstsein zu wecken.

Im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH, in dem ich seit 2006 auf der Intensivstation arbeite, wird in naher Zukunft ein EDV- unterstütztes Pflegedokumentationssystem eingeführt. Dies war der Grund warum alle Pflegediagnosen neu überarbeitet wurden.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau DGKS Schaller- Maitz Christine. Weiteres möchte ich mich bei der Pflegedienstleitung im Allgemein Öffentliches Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH Frau HFK Juritsch Edith, MAS für die hilfreichen Unterlagen und das Ermöglichen der Ausbildung bedanken. Bei meiner Kollegin Passegger Manuela und der Stationsleitung Stern Natalie bedanke ich mich, dass ich jederzeit ihre Unterstützung in Anspruch nehmen konnte. Darüber hinaus danke ich meinen Schwestern Frau Mag^a. Margret Kaufmann und Frau Mag^a. Michaela Kaufmann für die technische Unterstützung und das Korrekturlesen meiner Arbeit.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine Geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Im Sinne der Gleichberechtigung gelten entsprechende Begriffe für beide Geschlechter.

1. EINLEITUNG

Die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind laut dem Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflege § 5 zur Pflegedokumentation und § 14 (eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich) gesetzlich zur Durchführung des Pflegeprozesses verpflichtet.

Der Pflegeplanung ist immer ein aktuelles Thema auf der Intensivstation, besonders wenn es sich um einen beatmeten und sedierten Patienten handelt. Im Team stellt sich immer wieder die Frage: Welche Pflegediagnose formuliere ich für diesen Patienten, welche ist ihm angepasst?

Ein beatmeter Patient kann sehr viele Phasen bis zur Extubation durchleben. Wichtig ist zu erkennen, dass jeder Patient anders ist und dass es keine Formel gibt die bei jedem Menschen angewandt werden kann. Die Ziele sollen nicht zu hoch gesteckt werden, sondern sich angemessen am Gesundheitszustand des Patienten orientieren. Es soll bewusst gemacht werden, dass die Pflegequalität durch Überprüfungsmechanismen festgestellt werden können. Durch die Pflegedokumentation die in Zukunft EDV unterstützt erfolgen wird, stellten sich neue Herausforderungen. Das Ziel war es ein Profil zu erstellen, das dem beatmeten Patienten generell angepasst ist und trotzdem die Individualität des Einzelnen berücksichtigt. Demzufolge wurden die Pflegediagnosen evaluiert und es stellte sich die Frage:

- Ist die Pflegediagnose *Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko* wie sie derzeit auf der Intensivstation am A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens- Friesach GmbH verwendet wird, dem beatmeten Patienten angepasst?

Es wurden alle Pflegediagnosen die das *Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko* beinhalteten anhand der Definition Ätiologie, Symptome bzw. Risikofaktoren dahingehend beurteilt, ob sie für den beatmeten Patienten in Frage kommen bzw. welche Pflegediagnosen dem Profil möglicherweise noch hinzugefügt werden können.

2. THERORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1. Der Pflegeprozess

Der Mensch ist ein Individuum. Bei jeden Patienten muss personenbezogen entschieden werden, welche Pflgetätigkeiten beansprucht werden und wie lange diese benötigt werden. So werden einzelne Pflegemaßnahmen festgelegt, z.B. welche Unterstützung benötigt der Patient bei der Körperpflege (Teilwaschung oder Ganzwaschung), und welche Bereiche kann er gegebenenfalls selbst übernehmen. Es müssen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden (vgl. Schäfer et al 1998, S. 26).

Laut Prognosen werden die intensivmedizinischen Leistungen in den nächsten Jahren steigen. Gleichzeitig verändern sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Die finanziellen Ressourcen sind begrenzt, aber der gesellschaftliche Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung steigt. Das Pflegepersonal ist gefordert die Pflege so durchzuführen, dass sie patientenorientiert, zielorientiert und rational begründet ist. Die Herausforderung ist es nun, auf die Veränderungen mit Professionalisierungsprozessen zu reagieren. Die praktische Auswirkung ist die Anwendung von Modellen und des Pflegeprozesses, dadurch wird auch die Qualität gesichert (vgl. Ullrich et al 2005, S. 21).

Essentielle Grundlage für einen funktionierenden Pflegeprozess ist eine sinnvolle Pflegebeziehung, die den Rahmen für die Zusammenarbeit zwischen Patient und Pflegekraft bildet. Im Stationsalltag ist die Aufnahme des Patienten der Beginn einer solchen Beziehung. Dieser Erstkontakt kann bestimmen, wie das weitere Verhältnis verläuft (vgl. Fitzgerald et al. 2001, S. 4).

Der Terminus *Prozess* kommt aus dem lateinischen „processus“ und bedeutet Fortschreiten, Fortgang, Verlauf. Der Pflegeprozess soll Unterstützung zur Strukturierung von Pflegeabläufen sein. Es werden somit Pflegeziele und -maßnahmen auf Basis von Pflegediagnosen formuliert (vgl. Leoni- Scheiber 2004, S. 9).

Das Ziel ist die Sicherung der kontinuierlichen und individualisierten Pflege. Die Verbesserung der organisatorischen Abläufe und die Pflegequalität werden durch das Evaluieren festgestellt. Durch die einheitliche Sprache können die Pflegpersonen besser kommunizieren. Somit steigt die Autonomie und die rechtliche Absicherung ist gewährleistet (vgl. Leoni- Scheiber 2004, S. 9f).

Pflegepersonen handeln zielorientiert aufgrund eines oder mehrerer Probleme des Patienten, die sie auf Basis der zuvor erhobenen Daten herausgefunden haben. In einem weiteren Schritt evaluieren sie die Auswirkungen ihrer Pflegemaßnahmen und passen sie ggf. an (Leoni- Scheiber 2004, S. 11).

2.1.1. Modell nach Fichter und Meier

Im Jahr 1967 wurde in den USA von Yura und Walsh zum Ersten mal ein Drei- Schritt-Modell vorgestellt, das zur Lösung von pflegerischen Problemen verwendet werden sollte. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dieses Modell aufgegriffen und als Vier- Schritt- Modell (siehe Abb. 1) propagiert (Ullrich et al, 2005, S.22).

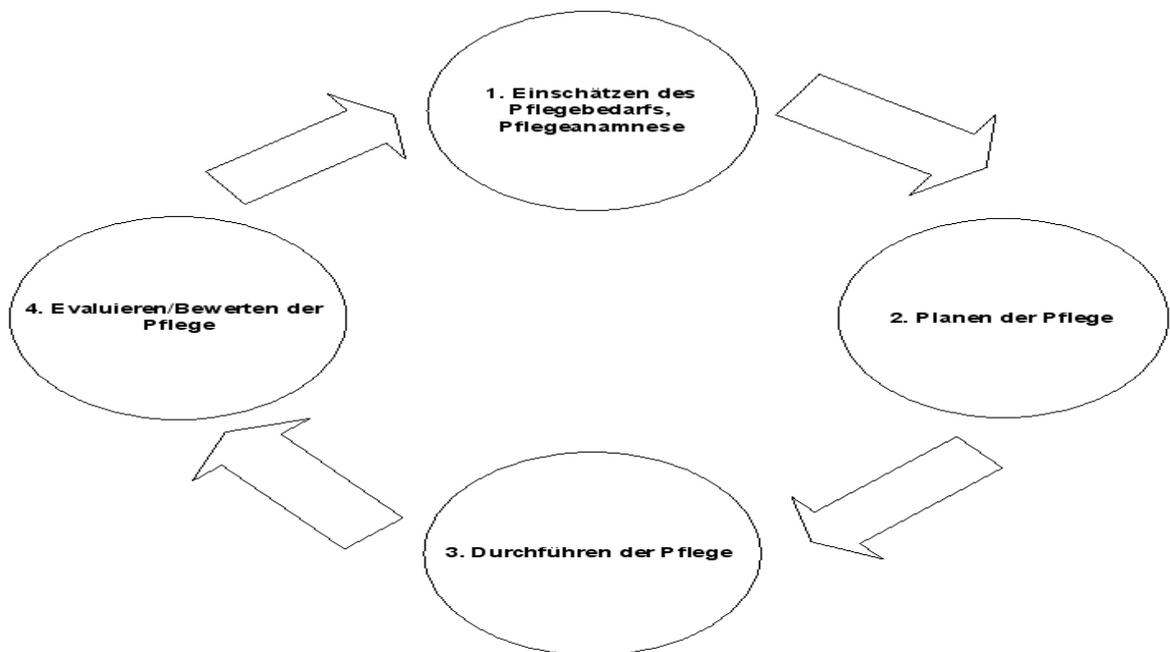


Abb. 1: Pflegemodell nach dem Vier- Schritt- Modell (WHO)

(<http://www.gute-pflege.de/pflegequalitaet/pflegeprozess/index.php> 9.34 Uhr 14.5.2012)

Die Schweizerinnen Verena Fichter und Martha Meier beeinflussten unter anderem den Pflegeprozess im deutschsprachigen Raum nachhaltig (vgl. Ullrich et al. 2005, S.22).

Krankenpflege bedeutet für Fichter und Meier Problemlösungs- und Beziehungsprozess. Ihrer Meinung nach ist die Problemlösung von der Qualität der Beziehung abhängig, die zwischen Pflegepersonal und Patienten besteht. Der Pflegeprozess wird von ihnen als Regelkreis in sechs Stufen dargestellt (siehe Abb. 2) (vgl. Leoni- Scheiber 2004, S.12).

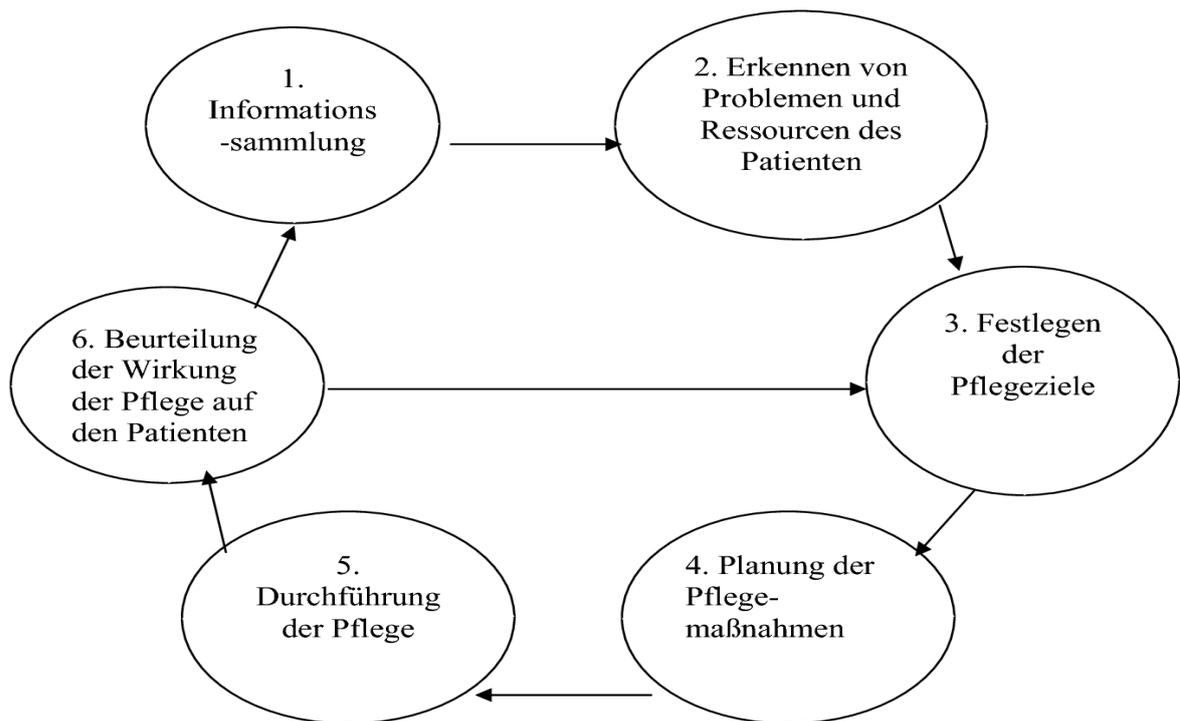


Abb. 2: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier

(http://images.google.com/imgres?q=fiechter+und+meier+pflgeprozess&hl=de&gl=at&biw=1280&bih=707&tbm=isch&tbnid=VCC5Y9osHLMq3M:&imgrefurl=http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/67609.html&docid=NFPUZ6O0O0B5wM&imgurl=http://www.grin.com/object/document.67609/efd8036815e589363b700714609378ad_LARGE.png&w=1353&h=994&ei=o76wT8OmJqaP4gTBm7TLCQ&zoom=1&iact=hc&vpx=823&vpy=402&dur=3973&hovh=192&hovw=262&tx=97&ty=212&sig=109639848412910377169&page=1&tbnh=158&tbnw=213&start=0&ndsp=15&ved=1t:429,r:13,s:0,i:99 10.15 Uhr 14.5 2012)

Dieser Regelkreis wird in den nächsten Aufzählungen erläutert:

1. Informationssammlung/ Assessment

Die Qualität der pflegebezogenen Informationssammlung ist für alle weiteren Schritte im Pflegeprozess entscheidend. Die Pflegebedürftigkeit des Menschen kann nur mit genügend Wissen eingeschätzt werden. Die ersten Informationen vom Patienten werden über das Aufnahmegespräch/ Pflegeassessment vom Pflegepersonal erworben. Das Sammeln von Informationen zählt zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich und soll stets kontinuierlich weitergeführt werden. Viele Auskünfte kommen erst dann vom Patienten, wenn sich das Personal längere Zeit mit ihm beschäftigt und dieser genügend Vertrauen

aufgebaut hat. Bei neuen Angaben muss sofort reagiert und die Pflegeplanung darauf abgestimmt werden. (vgl. Schäfer et al, 1998, S. 27f)

Informationen kann man direkt (z.B. Beobachtungen am Patienten) oder indirekt (über Aussagen von Mitpatienten, anderen Pflegepersonen oder über die Einweisungsdiagnose vom Hausarzt) gewinnen. Wichtig für den Pflegeprozess ist es, subjektive (persönliche einseitige Einschätzung und Empfindung über eine andere Person) und objektiven (messbare Ereignisse z.B. Blutdruck) Beobachtungen wahrzunehmen und diese in das weitere Assessment einfließen zu lassen (vgl. Schäfer et al, 1998, S. 27f).

2. Erkennen von Problemen und Ressourcen des Patienten

Der zweite Schritt ist der Weg zwischen dem Pflegeassessment und dem Erstellen der Pflegediagnosen. Dieser gliedert sich wiederum in mehrere Einzelschritte auf:

- Sammlung und Analyse von Informationen
- Herausfiltern von Problembereichen
- Erstellen und Kontrolle der Hypothese
- Formulierung der Pflegediagnosen.

Die Überprüfung der Hypothese erfolgt über die inhaltliche Übereinstimmung zwischen Patientendaten und ausgewählter Pflegediagnose. Weiteres über fachliche Diskussionen mit Kollegen und/ oder Pflegeexperten und durch das Ausscheiden nicht zutreffender Pflegediagnosen. Um eine optimale Pflegeplanung zu erstellen, soll der Patient immer mit einbezogen werden Die Autonomie soll erhalten bleiben und gefördert werden und die Pflegemaßnahmen sollen individuell abgestimmt sein (vgl. Leoni- Scheiber, 2004, S.77f).

Die Ressourcen eines Menschen geben darüber Auskunft welche Fähigkeiten er besitzt und welchen Beitrag der Patient noch leisten kann. Für die weitere Planung sind die Ressourcen ein wesentlicher Punkt um Ziele und weiteren Maßnahmen zu finden. Somit kann der Patient einen wesentlichen Teil zu seiner Genesung und auch zum Bewältigen seines Problems beitragen. Zur Findung von relevanten Ressourcen kann es sinnvoll sein folgende Fragen zu stellen:

- Wie kann man den Patienten motivieren?
- Wie kann man es dem Patienten erleichtern Unangenehmes besser zu überwinden?
- Was kann der Patient selbständig durchführen?
- Welche Tätigkeiten im Bezug auf Körperpflege kann er durchführen?

(vgl. Schäfer et al, 1998,S. 28)

3. Festlegen von Pflegezielen

Das Pflegeziel ist der Soll- Zustand, den der Patient durch Unterstützung erreichen soll. Um später eine bessere Überprüfung möglich zu machen, ob die Ziele erreicht worden sind, sollen diese möglichst genau festgelegt werden. Pflegeziele sollen passend (auf ein Problem bezogen), positiv (was erreicht werden soll und nicht was vermieden werden soll), realistisch (wirklichkeitsnah und erreichbar), überprüfbar (man kann immer feststellen ob das Ziel erreicht worden ist) und präzise (es ist genau definiert welchen Zustand der Patient erreichen soll) sein. Wörter wie „größtmögliche Selbständigkeit“ oder „baldige Entlassung“ sollen nicht verwendet werden (vgl. Schäfer et al, 1998, S. 28f).

Es soll zumindest ein Pflegeziel in Form von konkreten Ergebnissen verfasst werden. Sie werden in Nah- und Fernziele unterschieden.

Nahziel: „Hier werden einzelne kleine Fortschritte beschrieben, die innerhalb kurzer Zeit erreicht werden können. Der Patient sieht rasche Erfolge, die ihn motivieren und seine Stimmung verbessern können“(Leoni- Scheiber, 2005, S.108f).

Fernziel: „Bezieht sich auf die höchstmögliche Wiederherstellung des Gesundheitszustandes. Die Fernziele sollen in Kombination mit Nahzielen eingesetzt werden, da ein konkreter Zeitpunkt nicht genau festgelegt werden kann. Die Formulierung von Fernzielen soll realitätsnah sein“(Leoni- Scheiber, 2005, S.108f).

4. Planung der Pflegemaßnahmen

„Pfleßmaßnahmen und –Interventionen sind Handlungen, die auf die Aufrechterhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität oder des Wohlbefindens abzielen“ (Leoni – Scheiber, 2005, S.117).

Zu jeder formulierten Pflegediagnose muss eine eigenverantwortliche Pflegeintervention geplant sein. Es ist zu beachten, dass die Pflegemaßnahmen auf die Pflegediagnose abgestimmt sind und die Ressourcen beinhalten müssen.

Die Pflegediagnose muss mit der Ätiologie (Ursachen) bzw. mit den Risikofaktoren beginnen und die Ziele sollen so formuliert sein das sie erreichbar sind. (vgl. Leoni – Scheiber, 2005, S119)

Die Pflegemaßnahmen müssen möglichst konkret verfasst werden: was, wann, wo, womit, wie und wie oft diese durchgeführt werden müssen (vgl. Allmer F. et al, 2009, S.20).

5. Durchführung der Pflege

Die Durchführung der geplanten Schritte ist eigentlich das Wesentliche am Pflegeprozess. In welcher Art und Weise die einzelnen Schritte durchgeführt werden, bestimmt die Pflegequalität. Die Durchführung wird vom Pflegepersonal (Fähigkeiten, vom Pflegeverständnis, vom Zeitmanagement sowie arbeitsorganisatorischen Ablauf) aber natürlich auch vom Betroffenen und den zu Verfügung stehenden Ressourcen beeinflusst. Jede geplante Tätigkeit am Patienten muss im Pflegedurchführungsnachweis mit Handzeichen der jeweiligen Pflegeperson, Uhrzeit und Datum abgezeichnet werden. Doppelte Dokumentation ist zu vermeiden. Jede veränderte Maßnahmen wird in der Pflegeplanung schriftlich dokumentiert, damit diese für Dritte nachvollziehbar ist (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S.136).

6. Beurteilung der Wirkung auf den Patienten

Der letzte Schritt im Pflegeprozess nach Fichter und Meier ist die Evaluation. Mit der systematischen Bemessung der Zielerreichung wird überprüft, ob die zu erwarteten Ergebnisse bzw. Ziele erreicht worden sind. Es wird kontrolliert ob Informationen dazugekommen sind, die einen Einfluss auf die Pflegeplanung nehmen. Es stellen sich die Fragen, ob neue Pflegeprobleme aufgetaucht sind und ob neue Pflegediagnosen angelegt bzw. bestehende beendet oder verändert werden sollen, z.B. weil der Patient an Selbständigkeit zugenommen hat (vgl. Schäfer et al, 1998, S.29).

2.1.2. NANDA

Die US- Amerikanerinnen Kristine Gebbie und Mary Ann Lavin haben zur Entwicklung der Klassifikation von Pflegediagnosen einen großen Beitrag geleistet. Im Rahmen eines Projektes, wo sie den Auftrag bekommen haben pflegebezogene Informationen so zu organisieren, dass diese abgerufen und verschlüsselt werden können haben sie bemerkt, dass es in der Praxis keine einheitliche Benennung für Pflegeprobleme gibt. Es wurden vorwiegend medizinische Termini verwendet. Gebbie und Lavin organisierten die erste Konferenz (1973) zur Klassifikation von Pflegediagnosen mit der ANA (vgl. Stefan H., 2009, S. 6f).

Dies war der erste Versuch, eine einheitliche Sprache für diagnostische Beurteilung zu entwickeln. Nach dieser Sitzung wurde von der ANA die „Standard of Nursing Practice“ veröffentlicht, wo die Pflegediagnosen als ein fixer Bestandteil der Pflege anerkannt wurden. In den folgenden Jahren wurden weitere Konferenzen organisiert, in denen neue diagnostische Begriffe für die Darstellung von Pflegediagnosen diskutiert und anerkannt wurden. 1982 wurde die Sonderkommission NANDA gegründet. Nordamerikanische Pflegefachkräfte arbeiteten unentwegt an der Weiterentwicklung. Ziel ist eine definitive Terminologie und eine internationale Taxonomie (Klassifikation, Ordnung). Mit der erweiterten Bezeichnung „NANDA international“ arbeiten die Organisationen kontinentübergreifend um weitere Pflegediagnosen zu entwickeln, zu überprüfen und zu klassifizieren (vgl. Stefan H., 2009, S. 6f).

2.2. Wozu dienen Pflegediagnosen

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktionen 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 die Verantwortung übernimmt“ (Stefan H. et al, 2003, S. 30).

Sie dienen als Basis für die Professionalisierung in der Pflege. Pflegediagnosen schaffen eine Grundlage, um eine gemeinsame und übereinstimmende Fachsprache in der Pflege zu ermöglichen. Dadurch können einheitlich Pflegeprobleme benannt und beschrieben werden. Sie tragen dazu bei, Leistungen in der Pflege transparent und vergleichbar zu

machen. Diese Diagnosen sind die Grundlage für ein einheitliches Berufsbild. Folgende Punkte sind Voraussetzung:

- Transparentes Pflegeangebot- Durch Pflegediagnosen wird eine Identifikation und Abgrenzung der Pflege geschaffen. Das Tätigkeitsfeld kann sich dadurch methodisch organisieren, die Leistungen können exakt beschrieben werden und somit eine klare und in sich schlüssige Pflegedokumentation erfolgen. Eine gültige Kommunikations- und Informationsgrundlage wird geschaffen.
- Standardisierte Auswahl von Pflegediagnosen- Durch eine einheitliche Fachsprache verhelfen Pflegediagnosen zu einer optimalen Informationssammlung und erleichtern die Pflegeplanung sowie die mündliche Informationsweitergabe.
- Sicherung der Pflegekontinuität- Pflegediagnosen machen eine genaue und eine vereinheitlichte Pflegedokumentation möglich. Die Situation des Patienten wird intensiver und strukturierter analysiert und die Pflege wird individueller. Kontinuität wird durch eine exakte Dokumentation und Patientenübergabe erreicht.
- Ganzheitliche Pflege des Patienten- Das Ziel ist es, von der Behandlung/Pflege der Anzeichen und Symptome medizinischer Störungen wegzukommen. Durch Pflegediagnosen können die Reaktionen eines Menschen auf akute Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse eine optimale Betreuung ermöglicht werden. Durch das ganzheitliche Konzept wird der Patient physiologisch, psychologisch, soziokulturell und spirituell erfasst und kann so pflegetherapeutisch behandelt werden. Auf diese Weise wird auch die Selbstständigkeit des Patienten gefördert
- Integration des Ressourcenansatzes von Seiten des Patienten und deren Angehörigen- Das pflegerische Wissen wird durch Pflegediagnosen strukturiert und die Zuständigkeiten werden festgelegt. Der Umfang und die Notwendigkeit von Pflegeleistungen werden von ausgebildetem Pflegepersonal beschrieben.
- Professionelle Kommunikation in der Pflege bei der Problem-, Ziel-, und Maßnahmenformulierung- Die einheitliche Fachsprache ist eine wichtige Voraussetzung für die dringend erforderliche Professionalisierung. Mit Pflegediagnosen steht ein Instrument zur Verfügung mit dem Wissen, Kompetenz,

Angebot, Leistungen, Qualität und Kosten vergleichbar gemacht werden können und diese für das Pflegepersonal, Patienten und Kostenträger transparent werden.

(vgl. Stefan H., 2003, S. 27f)

2.3. Gesetzliche Grundlagen

Mit den Pflegediagnosen ist es möglich, die seit 1.9.1997 gültigen Forderungen des österreichischen Bundesgesetzes für Gesundheits- und Krankenpflege §5 Pflegedokumentation und §14 dem Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu erfüllen.

Pflegedokumentation

„§ 5. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.

(2) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.

(3) Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.

(4) Bei freiberuflicher Berufsausübung (§ 36) sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren“ (<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> 14.5.2012, 21.30 Uhr).

Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

„§ 14. (1) 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.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung“

(http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf, 14.5.2012, 21.56 Uhr).

Im nächsten Kapitel wird auf den beatmeten Patienten eingegangen, da dieser eine große Herausforderungen für das Pflegepersonal darstellt. Eine wesentliche Rolle spielen auch

die psychischen Belastungen und Probleme, welche beim Patienten selbst auftreten können. So wird auf die Wichtigkeit der Pflegeanamnese in diesen Patientengruppen eingegangen.

2.4. Der beatmete Patient

2.4.1. Die Atmung

„Der Respirationstrakt besteht aus Nase, Rachenraum, Kehlkopf, Luftröhre und Bronchialbaum. Im Bereich des 5. Brustwirbelkörpers teilt sich die Trachea in zwei Hauptbronchien. Über weitere Verzweigungen in Stamm-, Lappen- und Segmentbronchien werden die Bronchien erreicht, welche über die *Bronchioli respiratoii* in die Alveolen münden“ (Ullrich L. et al, 2005, S320).

Atmung bedeutet Gasaustausch zwischen Organismus und Umwelt. Die äußere Atmung beinhaltet die Ventilation und den Gasaustausch. Damit ist gemeint, dass der Sauerstoff aus den Alveolen ins Blut aufgenommen wird und das Kohlendioxid wird aus dem Blut in die Alveolen abgegeben. Die innere Atmung wird benannt als die biologische Oxydation („Verbrennung“) der Nahrungsstoffe mittels Sauerstoff zu Kohlendioxid und Wasser bezeichnet (vgl. Oczenski W., 2008, S. 10).

Die Atmung wird im Atemzentrum (*Medula oblongata*) gesteuert. Hier werden regelmäßig über die Spinalnerven und die *Nervi Phrenici* Aktionspotenziale an das Zwerchfell und an die thorakale Muskulatur geleitet. Der pH Wert, das $paCO_2$ und der paO_2 steuern mit ihren Messwerten die Atemregulation (vgl. Ullrich L., 2005, S. 321).

Bei der Spontanatmung kommt es bei der Inspiration durch Ausdehnung des Thoraxraumes zu einem negativen Druck in der Lunge. Durch die passive Verkleinerung des Brustkorb-Lungenraumes wird die Expiration ausgelöst, wodurch die Luft durch Überdruck ausströmt. Bei einer maschinellen Beatmung wirkt der physiologische Mechanismus gegensätzlich. Durch Überdruck wird Luft in die Lunge appliziert (Inspiration) und durch Wegfallen des Druck kommt es zur Expiration (Ullrich L., 2005, S 121).

2.4.2. Pflege beim beatmeten Patienten

Eine Beatmungstherapie ist indiziert wenn keine suffiziente Spontanatmung erfolgt und dadurch keine ausreichende Sauerstoffaufnahme stattfindet, bzw. wenn es zu einer unzureichenden Kohlendioxidelimination kommt (Ullrich L., 2005, S 121).

Für das auf einer Intensivstation stark beanspruchte Personal, stellt der beatmete Patient eine weitere Herausforderung dar. Zur optimalen medizinischen Betreuung kommen viele technische Geräte zum Einsatz, deren Aufbau und Funktionsweise vom Pflegepersonal beherrscht werden müssen. Der sedierte und beatmete Patient erleidet den völligen Verlust seiner Handlungsfähigkeit und verliert dadurch auch seine Selbstständigkeit. Alle Lebensaktivitäten müssen vom Pflegepersonal durchgeführt werden, während die Patienten extrem psychischer Belastung durch die maschinelle Beatmung ausgesetzt sind. Die Kommunikation ist bedeutend eingeschränkt. Je nach Sedierungsgrad, bzw. ob der Patient oral intubiert oder tracheotomiert ist. Er kann sich der Umwelt nicht mitteilen und keine Bedürfnisse verbal äußern. Diese Patientengruppe ist durch die Medikation, die fremde Umgebung und viele unbekannte Geräusche in ihrer Orientierung sehr eingeschränkt. Deswegen ist eine exakte und kontinuierliche Pflegeplanung notwendig. Es können spezielle Pflegemaßnahmen wie Basale Stimulation und Aromapflege großen Einfluss auf den Patienten nehmen, wenn sie kontinuierlich durchgeführt werden. Damit sich der Patient an Rituale gewöhnen kann (z.B. dass die Initialberührung immer an der gleichen Stelle stattfindet) ist es wichtig, auch die Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen. Mit Hilfe einer ausführlichen Pflegeanamnese wird eruiert welche Vorlieben und Abneigungen der Patient hat, um den Schwerkranken ein größtmögliches Gefühl von Vertrautheit zu vermitteln.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Prävention von nosokomialer Infektionen. Durch die Beatmung können Ventilator assoziierte Pneumonien auftreten. Eines der grundlegendsten Dinge ist es, den Tubus unter aseptischen Bedingungen einzuführen. Da der beatmete Patient durch diverse Katheter und Sonden versorgt wird, treten bei Nichteinhalten der Hygienemaßnahmen Gefäßkatheter assoziierte Infektionen auf. Die Eintrittsstellen der Katheter stellen eine Pforte für Bakterien dar. Dies kann auch durch einen transurethralen Katheter geschehen. Die vierthäufigste Art von nosokomialen Infektionen sind postoperative Wunden. Bei diesen Infektionen gelten die Basis-Hygienemaßnahmen. Hierzu zählen die Hygiene der Hände (Händedesinfektion, Handschuhe), das Tragen von

Bereiskleidung und Schürzen, bei Bedarf das Anwenden von Schutzhauben bzw. Mund- und Nasenschutz. Ein wesentlicher Punkt ist das durchführen von aseptischen Wundversorgung und Verbandswechsel. Weiters soll eine tägliche Kontrolle der Kathetereinstichstellen durchgeführt werden. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die wichtigste Gegenmaßnahme eine gute Hygiene, sprich sorgfältige Desinfektion und Sterilisation ist. Weiterhin hilfreich können, baulich-funktionelle Maßnahmen sowie organisatorische Maßnahmen sein.

3. SAMMELDIAGNOSEN/ SYNDROMDIAGNOSEN

3.1. Pflegediagnosearten

„Bei NANDA werden vier verschiedene Diagnoseformen unterschieden. Die **aktuellen Diagnosen**, dies sind aktuelle Veränderungen die der Patient erlebt. Sie werden durch spezielle Symptome begleitet und dadurch bestätigt. Die **Hoch- Risiko Diagnosen**, beschreiben gesundheitsbeeinflussenden Reaktionen die ein Mensch entwickeln kann, wenn er gewisse Risikofaktoren (genetische Disposition, Umweltfaktoren, chemische Faktoren, physiologisch und psychologisch Faktoren) mitbringt. Da noch keine Symptome vorhanden sind, kennzeichnen die Risikofaktoren die Diagnose. Als dritter Punkt werden **Gesundheitsdiagnosen** beschrieben. Hier sind die Fähigkeiten und Ressourcen aufgezählt, die der Patient einsetzen kann um seinen Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen. Abschließend wird die **Syndromdiagnose** genannt. Diese wird anhand eines Bündels aus aktuellen und Hoch- Risiko Diagnosen einer Situation erstellt“ (Stefan H. et al, 2003, S. 29).

3.1.1. Unterschied zwischen medizinischer- und Pflegediagnose

Die Angehörigen des Gesundheitswesens haben ein Ziel, nämlich das gesundheitliche Wohl der Patienten. Um das zu erreichen, stellt jede Berufsgruppe in der Anamnese ihre eigenen Fragen aus denen die Diagnosen resultieren. Die Pflegediagnose und die medizinische Diagnose wollen eine Klärung des Gesundheitszustandes erreichen. Beide gehen aber nach verschiedenen Kriterien und Richtlinien vor. Der Unterschied besteht darin, dass sich medizinische Diagnosen mit der Krankheit des Patienten auseinandersetzen. Bei den Pflegediagnosen hingegen, setzt sich die Pflege mit dem Krankheitserleben auseinander (vgl. Stefan H. et al, 2003, S 34).

3.1.2. Syndromdiagnose

Eine Syndromdiagnose besteht aus einem charakteristischen Bündel von aktuellen und Gefährdungsdagnosen, die aufgrund einer bestimmten Situation oder eines Ereignisses fast immer zusammen auftreten (Leoni- Scheiber, 2004, S. 92).

NANDA hat vier Syndromdiagnosen aufgenommen:

- Gefahr des Immobilitätssyndrom
- Verlegungsstresssyndrom
- Posttraumatischesyndrom
- Vergewaltigungssyndrom.

Die Syndromdiagnosen sind eine Entwicklung von einzelnen Pflegediagnosen. Das Verwenden dieser ist schwierig weil sie sehr umfassend sind (vgl. Leoni- Scheiber, 2004, S.93).

3.1.3. Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko

Auf der Intensivstation im A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH wird dzt. die Sammeldiagnose Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko, ausschließlich für beatmete und sedierte Patienten verwendet. Das Pflegepersonal vor Ort arbeitet mit dem Fachbuch „Praxis der Pflegediagnosen“ von Stefan, Allmer, Eberl.

Die Definition für diese Pflegediagnose lautet: Der Zustand, bei dem ein Patient der Gefahr eines körperlichen Abbaus als Folge auferlegter oder unvermeidbarer muskuloskeletterer Inaktivität ausgesetzt ist (Stefan H. et al, 2003, S.252).

Die NANDA hat folgende Komplikationen bei Immobilität festgestellt: Dekubitus, Obstipation, Stasis pulmonaler Sekrete, Thrombose, Harnwegsinfekte, Harnverhalt, reduzierte Kraft, reduzierte Bewegungseinschränkung der Gelenke, Desorientiertheit, Körperbildstörung und Machtlosigkeit (vgl. Stefan H. et al, 2003, S.252).

3.2. Vorstellen des „IST- Zustandes“

Die Syndromdiagnose Inaktivitätssyndrom hohes Risiko beinhaltet folgende Pflegediagnosen:

1. Hautdefekt, hohes Risiko

Definition: „Der Zustand, bei dem die eines Patienten dem Risiko ausgesetzt ist, geschädigt zu werden“ (Stefan H. et al, 2003, S 249).

2. Hautdefekt bestehend

Definition: „Der Zustand, bei dem die Haut eines Patienten ohne Beteiligung darunter liegender Gewebeschichten geschädigt ist“ (Stefan H. et al, 2003, S 244).

3. Mundschleimhaut, verändert

Definition: „Pathologische Veränderung und/ oder der Mundschleimhaut“ (Stefan H. et al, S 147).

4. Gewebeschädigung

Definition: „Der Zustand, bei dem ein Patient eine Schädigung der Haut mit den darunter liegenden Gewebeschichten, aufweist bzw. eine Schädigung der Schleimhäute oder der Cornea aufweist“ (Stefan H. et al, 2003, S 245)

5. Körperliche Mobilität, beeinträchtigung

Definition: „Der Zustand, in dem ein Patient Einschränkungen bei eigenständigen, zielgerichteten Bewegungen des Körpers oder von Extremitäten erlebt“ (Stefan H. et al, 2003, S 267).

6. Verstopfung, hohes Risiko

Definition: „Risiko, bei dem ein Patient eine Veränderung der normalen Stuhlgewohnheiten erfährt, die durch Abnahme der Entleerungshäufigkeit und/oder Ausscheidung von hartem, trockenem Stuhl gekennzeichnet ist“ (Stefan H. et al, 2003, S 185).

7. Urinausscheidung beeinträchtigt

Definition: „Der Zustand, bei dem ein Patient eine Störung der Urinausscheidung erfährt“ (Stefan H. et al, 2003, S 202).

8. Infektion, hohes Risiko

Definition: „Der Zustand, bei dem ein Patient einem erhöhtem Risiko ausgesetzt ist, von Krankheitserregern infiziert zu werden“ (Stefan H. et al, 2003, S 444).

9. Freihalten der Atemwege beeinträchtigt

Definition: „Ein Zustand, bei dem ein Patient unfähig ist Sekrete oder Hindernisse aus dem Respirationstrakt zu entfernen, um die Atemwege freizuhalten“ (Stefan H. et al, 2003, S 86).

10. Spontanatmung beeinträchtigt

Definition: „Ein Zustand, in dem der Patient eine Lebenssichernde Atmung durch verminderte Energiereserven nicht aufrecht erhalten kann“ (Stefan H. et al, 2003, S 94).

11. Kommunikation, verbal, beeinträchtigt

Definition: „Der Zustand, bei dem ein Patient eine verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit hat, Sprache, Symbole und Zeichen der zwischenmenschlichen Kommunikation zu verstehen, zu verarbeiten, zu gebrauchen, weiterzugeben und zu verwenden“ (Stefan H. et al, 2003, S 337).

12. Machtlosigkeit, hohes Risiko

Definition: „Die Wahrnehmung eines Patienten, dass das eigene Handeln keinen wesentlichen Einfluss auf den Ausgang einer Sache haben wird oder ein wahrgenommener Kontrollverlust über eine aktuelle Situation bzw. ein unmittelbares Ereignis“ (Stefan H. et al, 2003, S 636).

13. Schlafgewohnheiten gestört

Definition: „Eine zeitliche begrenzte Störung der Dauer und der Qualität des Schlafes (als natürliches, periodisches Aussetzen des Bewusstseins)“ (Stefan H. et al, 2003, S 323).

14. Körperbild, Störung

Definition: „Ein Zustand, bei dem ein Patient eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers hat. Eine Störung der inneren bzw. mentalen Abbildung des eigenen Körpers, des eigenen Körperschemas des Selbstkonzeptes“ (Stefan H. et al, 2003, S 604).

Derzeit sind diese 14 Pflegediagnosen auf einem Dokument zusammengefasst. Am Kopf steht der Titel und danach sind die Pflegediagnosen zur Auswahl aufgelistet. Es folgen sämtliche Risikofaktoren, welche mit den oben genannten Diagnosen in Verbindung stehen. Danach werden die Ressourcen individuell eingetragen. Als nächster Punkt folgen die Ziele, die so ausgearbeitet sind, dass sie zu den jeweiligen Diagnosen zugeordnet sind. Danach ist die Zeitgrenze einzutragen. Als letzter Punkt werden die Maßnahmen aufgelistet die wiederum individuell an den Patienten ausgewählt werden können.

Im Jahr 2008 wurden in einer Arbeitsgruppe alle Pflegediagnosen auf der Intensivstation überarbeitet. Die Intention der Entwicklung der Syndromdiagnose für das Haus lag darin, sie für die Mitarbeiter verständlicher und durch genaue Auflistungen übersichtlicher zu gestalten um auf diese Weise schließlich eine optimale Anpassung an den beatmeten Patienten zu erreichen. Die meisten Diagnosen die für diese Patientengruppe in Frage kommen sind angeführt und werden dem Patienten angepasst ausgewählt. Die Maßnahmen wurden speziell auf den beatmeten Patienten abgestimmt.

3.3. Neue Version

Aufgrund der Umstrukturierung und der Neugestaltung der Pflegedokumentation im gesamten Haus, werden alle Pflegediagnosen evaluiert und neu erarbeitet. Die Dokumentation wird EDV unterstützt erfolgen. Nach der Umstellung im ganzen Krankenhaus werden die gleichen Pflegediagnosen benutzt, d.h. momentan hat die Intensivstation speziell für diesen Bereich abgestimmte Diagnosen erarbeitet. Wenn ein Patient verlegt wird, muss eine ganz neue Pflegeplanung erstellt werden. Deswegen können letztendlich die Diagnosen von den bettenführenden Stationen nicht übernommen werden und wichtige Informationen gehen verloren. Durch die doppelte Pflegeplanung entsteht ein zusätzlicher Zeitaufwand.

Zuerst wurde eine interne Arbeitsgruppe gebildet um alle Pflegediagnosen, die auf der Intensivstation verwendet werden, zu evaluieren. Besonderes Augenmerk wurde auf die Syndromdiagnose Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko gelegt, weil sich in der Praxis gezeigt hat, dass diese Diagnose sehr unübersichtlich und nicht individuell den Patienten angepasst ist.

Es wurde überlegt ob die Syndromdiagnose sinnvoll ist. Jede einzelne Pflegediagnose wurde anhand der Definition reflektiert und dahingehend überprüft, ob sie dem beatmeten Patienten angepasst ist. Diese genaue Analyse und Bearbeitung brachte die Erkenntnis die Syndromdiagnose aufzulassen. Das Ziel ist eine Darstellungsform zu erstellen, dass die wichtigsten Pflegediagnosen für den beatmeten Patienten beinhalten.

- **Hautdefekt bestehend** - diese Diagnose bleibt bestehen, wenn Rötungen oder Blasen auftreten muss diese Diagnose geplant werden. Die betroffene Patientengruppe ist aufgrund der Medikationen (z.B. Katecholamine) sehr empfindlich.
- **Hautdefekt, hohes Risiko** - Patienten die beatmet und sediert werden, haben automatisch diese Pflegediagnose. Optimal ist es, wenn das Dekubitusrisiko anhand einer Skala genau eingeschätzt wird (z.B. Braden- Skala) um die Pflegemaßnahmen zu begründen.
- **Mundschleimhaut verändert** - Diese Diagnose wird in **Mundschleimhaut verändert, hohes Risiko** umbenannt. An und für sich ist die Mundschleimhaut nach der Intubation und die daraus resultierende Manipulation in diesem Bereich

nicht verletzt, also demzufolge auch nicht verändert. Das Problem tritt erst dann, auf wenn der Patient längere Zeit beatmet ist und dadurch ein hohes Risiko besteht.

- **Gewebeschädigung** - Hier tritt eine Schädigung der tieferliegenden Hautschichten auf, für deren Pflegeinterventionen eine ärztliche Anordnung notwendig ist. Da dieses in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fällt (Österreichisches Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflege § 15) wurde diese Pflegediagnose entfernt (vgl. Stefan H. et al, 2003, S. 239).
- **Körperliche Mobilität beeinträchtigt** - Diese Diagnose wird geändert, da beim Patient eigentlich die Mobilität im Bett beeinträchtigt ist. Im Regelfall werden die Patienten primär oral Intubiert und sediert, weswegen die Möglichkeit der Mobilisation nicht besteht. Aus diesem Grund lautet die neue Diagnose **Mobilität im Bett beeinträchtigt**.
- **Verstopfung, Risiko** - Abgesetzt, weil dies aufgrund der individuellen Grunderkrankung des einzelnen beatmeten Patienten nicht allgemein im Vorhinein angelegt werden kann.
- **Urinausscheidung verändert** - Laut Definition würde diese Diagnose bestehen bleiben. Werden allerdings die Ätiologie und die Symptome beurteilt, kann festgestellt werden, dass sie für den beatmeten Patienten nicht in Frage kommt - da nur bei einem sehr geringen Teil ein suprapubischer Blasenkatheter gelegt wird, während beim Großteil der Patienten primär ein transurethral Dauerkatheter haben. Die Ursachen liegen bei Infektionen, anatomischen Hindernisse, mechanischen Traumen, chirurgischen Urinableitungen und auf sensorischen und motorischen Beeinträchtigungen. Die Merkmale sind erschwertes und häufiges Urinieren, erschwerte Blasenentleerung und Geruchsveränderung (vgl. Stefan et al, 2003, S202).
- **Infektion hohes Risiko** - Bleibt weiter im Profil bestehen. Es handelt sich dabei um eine der wichtigsten Pflegediagnosen. Beatmete Patienten haben diverse Katheter, Sonden, Drainagen, Tubus oder Tracheotomie. Diese sind wiederum die optimale Eintrittspforte für verschiedenste Mikroorganismen wodurch nosokomiale Infektionen entstehen können. Diese im Krankenhaus erworben Infektionen sind

unbedingt zu vermeiden. Sie bereiten den Patienten zusätzliche Schmerzen und Beschwerden und verlängern den Krankenhausaufenthalt.

- **Freihalten der Atemwege beeinträchtigt** - Trifft auf beatmete Patienten zu, weil diese das Sekret nicht optimal mobilisieren und abhusten können.
- **Spontanatmung beeinträchtigt** - Diese Diagnose betrifft jene Patienten, die noch nicht Intubiert sind bzw. die sich in der „Weaning Phase“ befinden. Diese Pflegediagnose wird trotzdem nicht ins Profil aufgenommen, da sie individuell - in der Phase vor der Extubation - geplant werden soll.
- **Atemvorgang, beeinträchtigt** - Diese Pflegediagnose ist dazu gekommen und ist laut Definition für den beatmeten Patienten zutreffend.
- **Kommunikation, verbal, beeinträchtigt** - Auch diese Diagnose ist relevant, da durch die Intubation bzw. Tracheotomie und durch die Sedierung die Kommunikation beeinträchtigt wird.
- **Machtlosigkeit, hohes Risiko** - Bleibt nicht bestehen, sie wird in **Machtlosigkeit** geändert.
- **Schlafgewohnheiten gestört** - Diese Diagnose wurde herausgenommen, da sie für die besprochene Patientengruppe nicht in Frage kommt.
- **Körperbildstörung** - Wurde entfernt, da die Definition in der akut Phase nicht übereinstimmt.
- Die wichtige Pflegediagnose **Aspiration, hohes Risiko** ist neu dazugekommen. Durch ungenügend aufgeblockten Cuff kann es zu Aspirationen kommen. Auch durch die Magensonde besteht eine zusätzliche Gefahr.

3.4. Das Resultat

Das Profil für beatmete Patienten wird wie folgt zusammengestellt:

1. **Hautdefekt bestehend**
2. **Hautdefekt, hohes Risiko**

3. Mundschleimhaut verändert, hohes Risiko

Definition: „Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch ein Risiko hat, eine Veränderung an den Lippen und/ oder der Mundschleimhaut zu erfahren“ (Stefan H. et al, 2005, S232).

4. Mobilität im Bett beeinträchtigt

Definition: Eingeschränkte Fähigkeit des Patienten, seine Körperposition im Bett selbständig zu verändern. (Stefan H. et al, 2003, S. 273)

5. Infektion, hohes Risiko

6. Freihalten der Atemwege beeinträchtigt

7. Atemvorgang, beeinträchtigt

Definition: „Der Zustand bei dem der Inspirations- und/ oder Expirationsvorgang eines Patienten zu einer nicht adäquaten Füllung der Lunge führt“ (Stefan H. et al, 2003, S 90).

8. Kommunikation, verbal beeinträchtigt

9. Machtlosigkeit

Definition: „Die Wahrnehmung eines Patienten, dass das eigene Handeln keinen wesentlichen Einfluss auf den Ausgang einer Sache haben wird oder ein wahrgenommener Kontrollverlust über eine aktuelle Situation bzw. ein unmittelbares Ereignis“ (Stefan H. et al, 2003, S. 636).

10. Aspiration, hohes Risiko

Definition: „Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch dem Risiko ausgesetzt ist, dass Sekrete, Fremdkörper, Nahrungsbestandteile und/ oder Flüssigkeiten in den tracheobronchialen Raum eintreten“ (Stefan H. et al, 2009, S. 509).

11. Selbstpfledefizit Essen/ Trinken, Waschen und Sauberhalten, Kleiden und pflegen der äußeren Erscheinung, Ausscheidung

Definition: „Der Zustand in dem ein Patient bei folgenden Aktivitäten beeinträchtigt ist: beim Essen/ Trinken, sich waschen, auf die Toilette gehen, sich an- und auskleiden, sein

Äußeres pflegen. Der Zustand kann vorübergehend, bleibend oder fortschreitend sein“ (Stefan H. et al, 2003, S. 308).

Die Pflegediagnose *Selbstpflegedefizit* komplettiert das Profil für den beatmeten Patienten. Es ist zu beachten, dass die Mobilität im Bett beeinträchtigt ist. Das Selbstpflegedefizit (alle Bereiche) wird nach der Klassifikation nach Jones eingestuft. Die Schweregrade beginnen bei 00 und gehen bis 04.

00: Selbständig, keine Hilfeleistungen erforderlich.

01: Großteils selbständig, es wird nur geringe Hilfestellung gegeben.

02: Teilweise selbständig, der Patient kann 50% selbständig durchführen und 50% müssen vom Pflegepersonal übernommen werden.

03: Geringfügig selbstständig, der Patient ist großteils auf Hilfe angewiesen. Er kann sich nur geringfügig an der Aktivität beteiligen, ist aber kooperativ.

04: Unselbstständig/ Abhängig, der Patient ist vollständig abhängig. Er kann sich nicht an Aktivitäten beteiligen und benötigt maximale Unterstützung. Auch Patienten die grundsätzlich Grad 3 entsprechen aber unkooperativen sind, werden bei Grad 4 eingestuft.

(vgl. Stefan H. et al, 2003, S 274)

4. DIE ÜBERPRÜFUNGSMECHANISMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

4.1. Qualität der Pflege

Die Qualitätssicherung schildert den Prozess, in dem die Pflegeintervention die Pflege- und Behandlungsergebnisse und die arbeitsorganisatorischen Abläufe an definierten Qualitätsmerkmalen gemessen und kontinuierlich überprüft werden. Donabedian (Soziologe und Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen) definierte 1966 drei verschiedene Qualitätstypen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S. 173).

1. **Strukturqualität** wird gesichert durch: Personalbedarfsermittlung (qualitativ und quantitativ). Dazu gehört die Einsatzplanung (Dienstplan) des Personals (unter Beachtung ihrer Qualifizierung), die strukturierte Anleitung neuer Mitarbeiter und die Prüfung bzw. Sicherstellung des Bedarfs von Gebrauchsgütern. Fortbildungen und Weiterbildungen sollen angeboten werden. Regelmäßig abgehaltene Teambesprechungen fördern die Teambildung. Zur Strukturqualität gehört auch die Organisation von Notfalldiensten.
2. **Prozessqualität** wird gesichert durch: Verdeutlichung der Ziele und Zuordnung des Personals. Es ist zu überprüfen ob das Pflegepersonal bezüglich der Pflegebedürftigkeit die erforderliche Qualifikation aufweist. Daraufhin werden die Aufgaben entsprechend der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters übertragen. Ein weiterer Punkt der Prozessqualität ist die Personalentwicklung. Dies beinhaltet die Einführung neuer Mitarbeiter in den Organisationsablauf, den korrekten Umgang mit Pflegestandards, die Einschulung in das Medizin-Produkte- Gesetz und die Förderung der Mitarbeiter. Weiters kann die Prozessqualität durch die Anpassung der Dokumentation und das Führen von Mitarbeitergesprächen gesichert werden.
3. **Ergebnisqualität** wird gesichert durch: Regelmäßige Kontrolle von Pflegedokumentationen (Pflegeberichte, Pflegevisite) und Entwicklungsstand der Mitarbeiter. Kontrolle der Qualität in der Patientenversorgung. Reflexion aus erzielten Erkenntnissen in einer Teambesprechung.

(vgl. Ullrich L. et al, 2005, S. 18f).

Die Qualitätssicherung gehört zu den Aufgaben der Führungskräfte (Pflegdienstleitung, Stationsleitung bzw. Abteilungsleitung). Es gibt eine Reihe von Instrumenten mit denen die Qualitätssicherung in der Pflege durchgeführt werden kann. Dazu gehören:

- Pflegestandards
- Pflegediagnosen
- Pflegevisite
- Pflegedokumentation

(vgl. Schäfer et al, 1998, S.32)

4.2. Pflegestandards

Pflegestandards geben das vereinbarte Maß der pflegerischen Betreuung an, das die zur Erreichung eines bestimmten Zwecks benötigt wird (Ullrich L. et al, 2005, S 27).

Demzufolge sind Pflegestandards „Sollwerte“, die über die zu erwarteten Pflegequalität auf einer Station Auskunft geben. Dieser Sollzustand muss immer angestrebt werden um die Qualität zu garantieren. Bei der Qualitätsmessung werden die „Sollwerte“ mit den „Istwerten“ verglichen. Aus diesem Resultat kann der erreichte Erfolg festgestellt werden. Die Standards müssen formale Kriterien erfüllen. Sie geben Auskunft über den Geltungsbereich, die Autoren, die Literaturangaben sowie das Datum der Erstellung, des Inkrafttretens und des nächsten Überarbeitungstermines. Die Standards müssen auch über Qualitätskriterien verfügen sowie die Definition des Gegenstandes eines Standards, Aussagen zu der Zielgruppe und zu den Pflegeproblemen auf den sich der Standard bezieht. Die Pflegeinterventionen sollen darin ebenso beinhaltet sein, wie die Anzahl der ausführenden Personen und deren Qualifikation. Auch die verwendeten Materialien und deren Güte sollen angegeben sein (vgl. Ullrich et al, 2005, S. 27f).

Neben der Qualitätssicherung werden weitere Effekte erzielt. Neue Mitarbeiter erlangen einen schnelleren Überblick und Orientierung, wodurch auch der Einarbeitungsprozess beschleunigt wird. Es wird genau gekennzeichnet für welche Leistung die Pflegenden Verantwortung trägt. (vgl. Ullrich et al, 2005, S. 27f)

Die Problematik bei Pflegestandards liegt darin, dass Pflegeprobleme die über den Standard hinausgehen nicht erfasst werden. Eine mögliche Gefahr besteht darin, dass sich das Pflegepersonal in Sicherheit wiegt, wenn es sich streng an die im Standard beschriebenen Maßnahmen hält und zu wenig darauf achtet, ob diese Interventionen auch tatsächlich dem Patienten entsprechen (vgl. Schäfer et al, 1998, S. 33).

4.3. Pflegediagnosen

Pflegediagnosen beschreiben eine einheitliche, vergleichbare und durch Richtlinien bestimmte Einschätzung von Pflegebedürftigkeit (vgl. Schäfer et al, 1998, S.34).

Pflegediagnosen stellen in Verbindung mit den medizinischen Diagnosen den Schwerpunkt der meisten Pflegeinterventionen dar und dienen unter anderem zur Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement (vgl. Gordon M., 2001, S. 43).

4.4. Pflegevisiten

Die Pflegevisite ist ein Gespräch zwischen dem Patienten und dem zuständigen Personal über den Pflegeverlauf. Um die Gesundheit des Patienten zu fördern, nehmen an dieser Visite das Pflegepersonal und Personen die im nahen Kontakt mit dem Patienten stehen teil z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten (vgl. Schäfer et al, 1997, S. 34).

Die Pflegevisite dient als Evaluationsinstrument. Sie eignet sich zur kontinuierlichen Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses und zur effektiven Bewertung dessen Umsetzung. Die Pflegevisite fördert die Kommunikation und intensiviert den Informationsfluss zwischen Patient und Pflegepersonal, wodurch sich auch die Patientenorientierung verbessert. Zudem wird die Konstanz der Pflegehandlungen gewährleistet. Da bei der Pflegevisite keine Fehler oder Mängel unentdeckt bleiben, ist sie ein effektives Instrument zur Sicherung bzw. Verbesserung der prozessorientierten Pflegedokumentation und der Pflegequalität. Diese Punkte beeinflussen sich untereinander. Ist der Patient optimal informiert, weist er eine höhere Patientenzufriedenheit auf, was wiederum einer besseren Pflegequalität entspricht. Pflegeexperten sind der Meinung, dass sich der Pflegeprozess nur mit Pflegevisiten verbessern lässt und der Pflegeprozess nur mit

Hilfe der Pflegevisite optimal durchgeführt werden kann. (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S. 169)

Das Ziel, das durch die Pflegevisite erreicht werden kann, ist eine bessere Orientierung der Pflege an den Bedürfnissen der Patienten und die Verbesserung bzw. Sicherung der Qualität in der Pflege (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S. 172).

Die Bedürfnisse des Patienten können optimal befriedigt werden, wenn er ausreichend medizinische, organisatorische und pflegbezogene Informationen erhält. Es ist gesetzlich verankert, dass der Patient ein Recht auf Aufklärung und Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten und deren möglichen Risiken hat (KAKuG §5a). Zusätzlich wird im GuKG §9 die Auskunftspflicht festgelegt. Es ist sinnvoll dem Patienten wichtige Informationen mehrmals zu wiederholen bzw. die Angehörigen in das Aufklärungsgespräch miteinzubeziehen. Um den Patienten nicht zu überfordern, sollen diese Informationen aufgeteilt und schrittweise erklärt werden (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S. 34f).

Die Durchführung der Pflegevisite ist nicht standardisiert und somit auch nicht geregelt. In den meisten Fällen gibt es interne Regelungen wann sie abgehalten werden soll. Die Pflegevisite beginnt mit einer Vorbesprechung, wo alle pflegerelevanten Informationen (Pflegediagnosen, Evaluationsberichte) eingeholt werden. Dabei werden noch offene Fragen, Probleme, Schwierigkeiten und dgl. beurteilt. Danach folgt die Visite am Bett, wo das aktuelle Befinden des Patienten und die Einschätzung der Lage mit der Bezugspflegeperson besprochen werden.

Es wird folgenden Fragen nachgegangen: Welche Pflegediagnosen wurden formuliert? Sind sie dem Patienten angepasst? Konnten Ziele erreicht werden bzw. warum konnten Ziele nicht erreicht werden? Wie reagiert der Patient auf die Pflegemaßnahmen?

Der Patient soll auch die Möglichkeit haben selbst Fragen zu stellen um diverse Anliegen vorzubringen. Alle Informationen müssen unter Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes behandelt werden. Den Abschluss der Pflegevisite bildet die Nachbesprechung. Hier werden alle positiven und negativen Ergebnisse reflektiert und die Pflegeplanung gegebenenfalls geändert (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S. 180ff).

Die Informationen aus der Pflegevisite müssen natürlich auch am Ende dokumentiert werden. Es empfiehlt sich das verwenden von Visitenprotokollen. Aus diesen soll hervorgehen:

- Datum und Uhrzeit. Wann hat die Visite begonnen und wann wurde sie beendet.
- Namen der gesamten Teilnehmer an der Visite
- Kurzzusammenfassung sämtlicher Ergebnisse
- Welche Interventionen wurden aufgrund der Ergebnisse eingeleitet? Welche Zeitgrenzen wurden festgelegt und wer ist dafür verantwortlich?
- Namen und die Unterschrift des Dokumentierenden.

(vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S. 182)

4.5. Dokumentation

Laut österreichischen Bundesgesetzes für Gesundheits- und Krankenpflege §5 Pflegedokumentation sind die Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur Dokumentation verpflichtet. (siehe 2.3.)

Ohne umfassende und präzise Dokumentation kann der Pflegeprozess nur beschränkt oder gar nicht funktionieren. Dazu sind Dokumentationsinstrumente (Formblätter, EDV-Unterstützt) notwendig (vgl. Leoni- Scheiber, 2005, S.164).

Dokumentation ist nicht nur aus gesetzlichen Gründen verpflichtend, sondern auch für die Kontinuität in der Behandlung und somit für den Genesungserfolg und für das Wohlbefinden des Patienten sinnvoll. An die Pflegedokumentation werden folgende Anforderungen gestellt:

- **Echtheit:** Die Pflegedokumentation ist eine Urkunde. Daher darf nicht mit Bleistift geschrieben werden. Auch das Überkleben oder das Unkenntlichmachen von Worten mit Korrekturstift ist zu unterlassen. Die diversen Handlungen dürfen nicht vorab, sondern erst nach der Durchführung dokumentiert werden. Die durchgeführten Maßnahmen sind von der jeweiligen Pflegeperson selbst abzuzeichnen. Auch Ärzte zeichnen die getroffenen Anordnungen selbst ab.

- **Sicherheit:** Um jederzeit an die Informationen zu gelangen (z.B. bei einem Notfall) muss sich die Dokumentation immer an der gleichen, allgemein bekannten Stelle finden.
- **Eindeutigkeit:** Doppelte Dokumentation soll unbedingt vermieden werden. Wenn die Medikamente im dazu vorgesehen Bereich abgezeichnet werden, muss dies - wenn keine Besonderheiten vorliegen - im Pflegebericht nicht erwähnt werden.
- **Datenschutz:** Die persönlichen Daten dürfen unter keinen Umständen an nicht berechtigten Personen weitergegeben werden. Der Datenschutz muss gewahrt werden. Dem Patienten darf die Akte zur Einsicht nicht verwehrt werden, die Ausnahme besteht nur im psychiatrischen Bereich.
- **Zeitliche Nähe:** Es muss möglichst zeitnah (d.h. unmittelbar nach dem Ereignis) dokumentiert werden. Bei verspäteten Eintragungen besteht die Gefahr, dass Werte vergessen werden oder dass die Erinnerung an die Situation falsch ist.

(vgl. Schäfer et al, 1998, S.35ff)

5. RESÜME

Der Tätigkeitsbereich auf einer Intensivstation beinhaltet viele unterschiedliche Aufgabenbereiche. Zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich, der die gesamten Pflegeplanung und die Dokumentation umfasst, kommt der mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (wie z.B. das Legen von Blasenkathetern, Magensonden, Blutabnahmen etc.), der einen großen Teil der Arbeit auf der Station ausmacht.

Gerade bei beatmeten Patienten sind oft sehr viele medizinische Geräte im Einsatz, anhand derer unterschiedliche Parameter abgelesen werden.

Neben vielen weiteren notwendigen Maßnahmen, müssen verschiedensten Medikamente verabreicht und die Vitalzeichen kontinuierlich dokumentiert werden. Aus diesem Grund tritt die Pflegedokumentation oft in den Hintergrund und das Wesentliche wird aus den Augen verloren: Nämlich „der Mensch“, der eigentlich im Vordergrund stehen sollte. Jeder Mensch ist ein Individuum und hat als solches eine eigene Lebensgeschichte, verschiedene Abneigungen, Vorlieben, Rituale, Wünsche und Bedürfnisse die der beatmete Patient jedoch nicht mitteilen kann. Das Miteinbeziehen der Angehörigen bzw. der Bezugspersonen in die Pflege ist ein wesentlicher Faktor um essentielle Informationen über den Patienten zu erhalten. Nur so kann auch eine dem Patienten angepasste Pflegeplanung erfolgen.

Das Ergebnis dieser Abschlussarbeit ist, dass die bisherige Pflegediagnose *Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko* nicht dem beatmeten Patienten angepasst war. Das Diagnoseblatt ist zu unübersichtlich. Zu starre Vorgaben erschweren ein individuelles Vorgehen und vor allem sind auf diesem Blatt Pflegediagnosen enthalten, die auf den beatmeten Patienten nicht zutreffen.

In weiterer Zukunft wird das in der vorliegenden Arbeit beschriebene Profil auf der Intensivstation am A. Ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH mittels EDV- unterstützten Pflegedokumentationssystem in Einsatz kommen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Schäfer Arne, Menche Nicole, Bazlen Ulrike, Kommerell Tilman (1998) Pflege Heute 1. Auflage, Gustav Fischer Verlag Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm

Ullrich Lothar, Stolecki Dietmar, Grünewald Mathias (2005) Intensivpflege und Anästhesie 1. Auflage, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart

Leoni – Scheiber Claudia (2004) Der angewandte Pflegeprozess 1 Auflage, Facultas Verlags und Buchhandels AG, Wien

Fitzgerald Anneliese, Zwick Gerda (2001) Patientenorientierte Gesprächsführung im Pflegeprozess 1 Auflage, Springer Verlag, Wien

Nanda International (deutsche Ausgabe übersetzt von Holger Mosebach) (2010) 1. Ausgabe, Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2009-2011, RECOM GmbH & Co. KG, Kassel

Stefan Harald, Allmer Franz, Eberl Josef, Hansmann Renate, Jedelsky Elisabeth, Michalek Anneliese, Pandzic Ruza, Schalek Kurt, Tomacek Dagmar (2009) 1. Auflage, POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik, Springer Verlag Wien, New York

Stefan Harald, Allmer Franz, Eberl Josef (2003) 3. Auflage, Praxis der Pflegediagnosen, Springer Verlag Wien, New York.

Allmer Franz, Burger Veronika, Chukuwuma- Lutz Veronika, Oswald Michael, Rappold Elisabeth, Rottenhofer Ingrid, Stauer Denisa, Von Musil Judith, Weißenbacher Margret, Wild Monika (2009) Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, Im Auftrag des Bundesministeriums.

Internetquellen:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> 14.5.2012, 21.30 Uhr

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf, 14.5.2012, 21.56 Uhr

http://images.google.com/imgres?q=fiechter+und+meier+pflgeprozess&hl=de&gl=at&biw=1280&bih=707&tbm=isch&tbnid=VCC5Y9osHLMq3M:&imgrefurl=http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/67609.html&docid=NFPUZ6O00B5wM&imgurl=http://www.grin.com/object/document.67609/efd8036815e589363b700714609378ad_LARGE.png&w=1353&h=994&ei=o76wT8OmJqaP4gTBm7TLCQ&zoom=1&iact=hc&vpx=823&vpy=402&dur=3973&hovh=192&hovw=262&tx=97&ty=212&sig=109639848412910377169&page=1&tbnh=158&tbnw=213&start=0&endsp=15&ved=1t:429,r:13,s:0,i:99 10.15 Uhr
14.5 2012

<http://www.gute-pflege.de/pflegequalitaet/pflgeprozess/index.php> 9.34 Uhr 14.5.2012