

**INTERDISZIPLINÄRE SONDER  
BZW. WEITERBILDUNG FÜR  
FÜHRUNGS-AUFGABEN IN DER  
MITTLEREN FÜHRUNGSEBENE  
30.9.2002-18.6.2003**

Semesterarbeit

**Pflegediagnosen als  
Bestandteil des  
Pflegeprozesses**

KURSLEITUNG: Mag. STELZL ERIKA  
ERSTELLT VON DGKS MENSE VERONIKA

e-mail: [veronika.mense@bbgraz.at](mailto:veronika.mense@bbgraz.at)

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Geschichtliche Entwicklung des Pflegeprozesses und der Pflegediagnosen	3
3. Gesetzliche Grundlagen	5
3.1. Allgemeine Berufspflicht	5
3.2. Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich	5
3.3. Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege	5
4. Der Pflegeprozess	6
4.1. Pflegeanamnese	7
4.2. Pflegediagnosen	7
4.2.1. Aufbau und Struktur der Pflegediagnosen	8
4.2.2. Einteilung der Pflegediagnosen	9
4.2.2.1. Aktuelle Pflegediagnose	10
4.2.2.2. Hochrisiko- oder Gefährdungsdiagnose	10
4.2.2.3. Syndromdiagnose	10
4.2.2.4. Wellnessdiagnose	10
4.2.2.5. Verdachtsdiagnose	11
4.2.3. Erstellung einer Pflegediagnose	11
4.2.4. Vorteile und Bedeutung von Pflegediagnosen	12
4.3. Pflegeziel	13
4.3.1. Nahziel	13
4.3.2. Fernziel	13
4.4. Pflegeplan	13
4.5. Durchführung	14
4.6. Evaluation	14
5. Einführung von Pflegediagnosen am Beispiel KH der BHB Marschallgasse	15
6. Zusammenfassung	17
7. Literaturverzeichnis	18
8. Anhang	18
<b>9. Erklärung</b>	<b>18</b>

## 1. Einleitung

Pflegediagnosen (PD) sind ein Bestandteil des Pflegeprozesses und somit vom Gesetz her für alle in der Pflege tätigen Personen verpflichtend. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) legt genau fest, dass nur Angehörige des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege Pflegediagnosen stellen dürfen.

Pflegediagnosen als ein Bestandteil der Pflegedokumentation dienen dazu, den Patienten, Kunden oder Bewohner zu beurteilen und sie erleichtern die Arbeit für alle Mitarbeiter.

Früher wurden Pflegediagnosen in der Pflegedokumentation als „Problem“ bezeichnet.

Mittlerweile hat sich die Sprache in der Pflege aber geändert und man spricht nun im Rahmen des Pflegeprozesses von Pflegediagnosen und deren Evaluation.

Der Pflegeprozess und seine Geschichte werden in der folgenden Arbeit noch kurz dargestellt und in welcher Form man Pflegediagnosen in der Dokumentation wiederfindet.

Außerdem soll erläutert werden, was Pflegediagnosen genau sind, wie sie vom Gesetz vorgesehen und verstanden werden sollen, wie sie auszusehen haben und wie sie gehandhabt werden. Der Pflegeprozess wird in groben Zügen erklärt, wobei die Pflegediagnose als ein Bestandteil besonders hervorgehoben wird.

Zur Zeit werden Pflegediagnosen von vielen noch als Last bzw. zusätzliche Arbeit angesehen, wobei sie aber schon immer in verschiedenen Formen verwendet wurden (z.B. Problem-Ziel-Maßnahme). Pflegediagnosen ersetzen nun das Wort „Problem“ und definieren genau, worum es eigentlich geht.

Die Arbeit soll ein Grundriss sein, wie man den Pflegeprozess und mit ihm auch die Pflegediagnose in die alltägliche Arbeit einbaut, welche Möglichkeit es gibt, auf einzelnen Stationen (ev. auch in ganzen Institutionen) den Begriff „Pflegediagnose“ den Mitarbeitern nahe zubringen und das Verständnis zu verbessern „warum man das jetzt machen muss“.

Außerdem werde ich kurz einen Einblick geben, wie bei uns im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Marschallgasse im Rahmen eines großen Projektes sozusagen auf Pflegediagnosen umgestellt wurde.

„Pflegediagnosen dienen als Grundlage für die weitere Professionalisierung im Pflegebereich. Pflegeforschung, einheitlicher Wissensstand, einheitliche Ausbildung und Steigerung der Handlungsautonomie sind ohne gemeinsamer Fachsprache kaum erfüllbar“ (Stefan/Allmer 2000, S.25).

## 2. Geschichtliche Entwicklung des Pflegeprozesses und der Pflegediagnosen

Hier sei zuerst erwähnt, dass die Entwicklung und Forschung in der Pflege in Amerika schon sehr früh ihre Anfänge hatten. In Europa hinken wir noch etwas nach, sind aber auch auf dem besten Wege, große Fortschritte zu machen.

Der Begriff Pflegeprozess wurde erstmalig von Lysia Hall 1955 eingeführt. Während der späten 50er und den frühen 60er Jahren führten Dorothy Johnsen (1959), Ida Orlando (1961) und Ernestine Wiedenbach (1963) jeweils ein 3-Schritte-Modell, das sie das „5-D-Modell“ nannten.

Discover	-	entdecke
Delve	-	untersuche
Decide	-	entscheide
Do	-	handle
Disciminate	-	unterscheide

Im Jahre 1967 beschäftigten sich sowohl die Katholische Universität von Amerika als auch die Western Interstate Commission of Higher Education (WICHE) mit dem Pflegeprozess. WICHE listete die Schritte des Prozesses auf als:

- Wahrnehmung
- Kommunikation
- Interpretation
- Durchführung/Intervention
- Bewertung/Evaluation

Die Fakultät der Katholischen Universität von Amerika unterteilte den Pflegeprozess in vier Phasen:

Einschätzung	Assesement
Planung	Planning
Durchführung	Intervention
Bewertung	Evaluation

Dieses 4-Phasen-Modell diente auch als Grundlage für das Pflegeprozessmodell der WHO.

Ebenfalls in den 70er Jahren initiierten Kristine Gebbie und Mary Ann Lavin an der St. Louis School of Nursing die erste Nationale Konferenz der American Nursing Association (ANA) zur Klassifizierung von Pflegediagnosen. Zu dieser Zeit begannen die Pflegelehrer/innen und die praktizierenden Krankenschwestern das 5-Schritte-Pflegeprozessmodell einschließlich der PD regelmäßig anzuwenden.

(vgl. Rosenberger 2000, S.4)

Der Begriff Pflegediagnose wurde erstmals 1953 von der Amerikanerin Virginia Frey in die Fachliteratur eingeführt. „Die Hauptaufgabe bei der Entwicklung eines kreativen Ansatzes in der Pflege ist die Formulierung einer Pflegediagnose und die Entwicklung eines individuellen Pflegeplanes“ (Frey, zit. n. Rosenberger 2000).

1973 definieren Gebbie und Lavin den Begriff der Pflegediagnose als: „die Beurteilung oder das Ergebnis einer pflegerischen Einschätzung“ (Gebbie/Lavin, zit. n. Rosenberger 2000).

1975 sind Mary Munding und Grace Jauron die Ersten, die Pflegediagnosen von der Einschätzung trennen und von fünf Stufen des Pflegeprozesses ausgehen:

Assesment→Diagnose→Planning→Implementing→Evaluating

(Einschätzung→Pflegediagnose→Planung→Umsetzung→Auswertung)

1982 wird in der fünften Konferenz über die Klassifikationen der Pflegediagnosen von den Pflege theoretikern eine Taxonomie empfohlen und die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) gegründet. Heute arbeiten NANDA, ANA und andere Fachorganisationen zusammen, um Diagnosen zu entwickeln, zu überprüfen und neue Diagnosen zu klassifizieren.

(vgl. Stefan/Allmer 2000,S.11)

## Entwicklung in Europa

1993 haben sich 15 europäische Nationen zu einer europäischen Pflegediagnosenvereinigung zusammengeschlossen. (ENDA = European Nursing Diagnosis Association)

ACENDIO (= Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes) ist eine europäische Vereinigung für Pflegediagnosen und wurde 1995 in Brüssel gegründet mit dem Ziel eine Klassifikation der europäischen Pflegediagnosen zu erarbeiten.

ICNP (= International Classification for Nursing Practice) ist eine Klassifikation von Pflegephänomenen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen.

(vgl. Stefan/Allmer 2000)

### **3. Gesetzliche Grundlagen**

Am 10. Juli 1997 wurde das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) im Nationalrat beschlossen. „Neben den allgemeinen Berufspflichten werden die Dokumentationspflicht, die Verschwiegenheitspflicht, die Anzeige- und Meldepflicht sowie die Auskunftspflicht für Angehörige der Pflegeberufe normiert“ (Weiss-Faßbinder/Lust 2000, S.18).

#### **3.1. §5 Allgem. Berufspflicht**

Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei der Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren. Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren. „Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten“ (Weiss-Faßbinder/Lust 2000, S.28).

#### **3.2. §14 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich**

Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes. Im GuKG heißt es: „Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)“ (Weiss-Faßbinder/Lust 2000, S.42).

#### **3.3. §42 Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege**

„Elektronische Datenverarbeitung, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation“ (Weiss-Faßbinder/Lust 2000, S.99).



## **4.1. Pflegeanamnese**

Die Pflegeanamnese ist eine Datensammlung. Sie soll so ausführlich wie möglich sein um auf jeden individuell eingehen zu können.

Die Daten werden gesammelt durch:

- Beobachtung des Patienten
- Aussagen des Patienten
- Aussagen der Angehörigen
- Gezielte Gespräche mit Patienten und/oder deren Angehörigen
- Auskünfte vom Arzt oder von anderen Personen
- Befunde, Krankengeschichte u.s.w.

Ziel dieser Datensammlung ist: Erhebung aller Pflegebefunde

Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Erstellung – Definition einer Pflegediagnose

Das Aufnahmegespräch sollte nicht länger als 20 Minuten dauern. Ist es aus irgendwelchen Gründen nicht möglich, das Gespräch gleich zu führen, kann es innerhalb von 24 Stunden nachgeholt werden. Ohne Anamnese kann der Pflegeprozess nicht fortgeführt werden, weil die Anamnese die Grundlage für die Erstellung von Pflegediagnosen ist.

(vgl.Furlan/Galle/Petek 1994,S.16-18)

## **4.2. Pflegediagnose**

Eine Pflegediagnose ist die Feststellung und Einschätzung der patientenbezogenen Probleme und der pflegerischen Bedürfnisse - insbesondere im Hinblick auf die Problemursachen. Sie liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Ziele und schaffen die Rahmenbedingungen zur Anwendung der Pflegeplanung. Pflegediagnosen führen zu einer einheitlichen Pflegesprache. Die Begrifflichkeit der Pflegediagnose wird von Politikern, Kostenträgern und Juristen gleichermaßen besser verstanden.

Der Begriff „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet unterscheiden. „Laut Brockhaus: ‚Unterscheidung‘, ‚Erkenntnis‘, ‚Erkennung‘“ (Brockhaus, zit. n. Faust 2001,

S.6). Damit ist der Begriff als neutral anzusehen und nicht einer bestimmten Berufsgruppe vorbehalten. Diagnostizieren ist die Kunst des Erkennens von Zeichen, Symptomen, Faktoren und Ursachen, bzw. die erlernbare Kunst des Beurteilens einer Ursache, einer Situation oder eines Problems.

Es gibt mehrere Definitionen vom Begriff „Pflegediagnose“:

1. Die NANDA definiert Pflegediagnose folgendermaßen: “Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktion von Einzelpersonen, Familien oder sozialer Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle 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/Allmer et al. 2000, S.29).
2. Christian Abderhalden definiert sie folgendermaßen: “Pflegediagnosen sind kurze präzise formulierte, auf eine systemische Datensammlung abgestützte Aussagen über pflegerische Aspekte des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens von Patientinnen und Patienten“ (Abderhalden, zit. n. Faust 2001, S.6)

Warum Pflegediagnose und nicht Pflegeproblem? „Diagnosen werden aufgrund von wissenschaftlichen, systematischen (taxonomisch vergleichbaren), zielgerichteten, methodischen, ganzheitlichen und objektiven Ansätzen formuliert. Probleme werden oft aufgrund von Versuch und Irrtum, Traditionen, Intuitionen und Subjektivität formuliert“ (Seminarunterlagen Pflegeanamnese Pflegediagnosen Pflegeplanung, Rosenberger 2000).

#### **4.2.1. Aufbau und Struktur der Pflegediagnose**

Die sogenannte PÄS Regel erleichtert das Verständnis für den Aufbau einer Pflegediagnose.

P = Problem

Ä = Ätiologie

S = Symptom

Nach diesem Schema können Pflegediagnosen sehr gut frei formuliert werden.

Im Gegensatz dazu stehen verschiedene Taxonomien. Eine Taxonomie ist ein Klassifikationssystem - ein Ordnungssystem. Die am häufigsten verwendete Taxonomie ist jene der NANDA. Gründe dafür sind, dass es von anderen Klassifikationssystemen keine so gute Übersetzung gibt bzw. diese noch in den Kinderschuhen stecken. Ein solches Klassifikationssystem wäre ICNP. Ziel einer Taxonomie ist es eine einheitliche Sprache zu verwenden, so dass alle wissen, was gemeint ist. In weiterer Folge ist sie vielleicht eine Möglichkeit eines Abrechnungssystems, in dem die Arbeit der Pflege beurteilt werden kann - ähnlich der LKF Taxonomie der Medizin. Verschiedenste Bücher erleichtern zusätzlich die Arbeit, indem bereits auch Ziele und Maßnahmen aufgezeigt werden. Hier darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass der Patient einer individuellen Betreuung bedarf und nicht nach dem Schema „Null acht fünfzehn“ behandelt und abgehakt werden soll.

Die Taxonomie nach NANDA lehnt sich ebenso an die 3-Teiligkeit an:

- Pflegediagnosetitel (P)
- Beeinflussende Faktoren (Ä)
- Kennzeichen (S)

(vgl. Faust 2001, S.16)

Abgrenzend sei gesagt:

Pflegediagnosen sind KEINE diagn. Maßnahmen

KEIN Problem mit Geräten oder Gegenständen

KEIN Problem einer Pflegeperson mit einem Patienten

KEIN Pflegeziel

KEINE Pflegemaßnahme

KEINE medizinische Diagnose oder Behandlung

(vgl. Persönliche Mitschrift Fortbildung PD, 2000)

#### **4.2.2. Einteilung der Pflegediagnosen**

Früher gab es bei den „Problemen“ noch eine Einteilung in aktuelle und potentielle Probleme. Eine solche, ausführlichere, Einteilung gibt es auch bei den Pflegediagnosen.

#### **4.2.2.1. Aktuelle Pflegediagnose**

Aktuelle Pflegediagnosen müssen immer geplant werden. Oft ergeben sich diese Pflegediagnosen schon im Anamnesegespräch. Arbeitet man mit einer Kategorisierung ergibt sich die Planung daraus, dass sich ein Patient länger als zwei Tage in einer höheren Kategorisierungsstufe befindet. Man erkennt, wo er ein besonderes Pflegebedürfnis hat, das geplant werden muss. Diese Pflegediagnosen sind 3-teilig und bestehen aus Problem, Ursache und Symptom. Hat ein Patient Ressourcen, werden diese mitdokumentiert und können in weiterer Folge in die Planung mitaufgenommen werden.

(vgl. Rosenberger 2000)

#### **4.2.2.2. Hochrisiko oder Gefährdungdiagnose**

Diese ergeben sich daraus, ob ein Patient Risikofaktoren hat oder bestimmte hemmende Faktoren miteingebracht werden. Sie sind 2-teilig und bestehen aus Problem und Risikofaktor. Früher wurden sie auch als Prophylaxen bezeichnet.

(vgl. Rosenberger 2000)

#### **4.2.2.3. Syndromdiagnose**

Sie besteht aus einem Bündel von aktuellen und Hochrisikodiagnosen die sie aufgrund einer bestimmten Situation oder eines bestimmten Ereignisses in sich vereinigt. Beispiel hierfür wären das Vergewaltigungssyndrom und das Inaktivitätssyndrom.

(vgl. Rosenberger 2000)

#### **4.2.2.4. Wellnessdiagnose**

Wellness wird definiert als ein Zustand geistiger und körperlicher Gesundheit ohne Schmerzen.

Hier werden 2 Bedingungen miteinander verknüpft:

- Es muss von Seiten des Patienten/Klienten der Wunsch bestehen und geäußert werden, ein höheres Gesundheitsniveau zu erreichen.
- Es muss bereits sein Zustand körperlicher und geistiger Gesundheit bestehen.

Das bedeutet **Optimierung von Gesundheit**.

Beispiele sind:

- Möglichkeiten eines verbesserten Ernährungsverhaltens
- Möglichkeiten einer verbesserten Elternschaft
- Möglichkeiten eines verbesserten Familienprozesses
- Möglichkeiten einer verbesserten Fitness

(vgl. Rosenberger 2000)

#### **4.2.2.5. Verdachtsdiagnose**

Ist eine noch nicht abgesicherte Diagnose, die einmal im Pflegebericht dokumentiert und gegebenenfalls in eine Planung aufgenommen wird.

(vgl. Rosenberger 2000)

#### **4.2.3. Erstellung einer Pflegediagnose**

1. Sammlung subjektiver und objektiver Informationen vom Patienten, seinen Angehörigen, von den Teammitgliedern oder aus den Patientenunterlagen.
2. Die gesammelten Informationen werden dahingehend untersucht, ob die einzelnen funktionellen Verhaltensmuster: funktionell gestört? oder potentiell gestört? sind.
3. Nach der Bestimmung, in welchem der funktionellen Verhaltensmuster eine (potentielle) Störung vorliegt, wählt man aus diesen die passende Pflegediagnose.
4. Falls eine aktuelle Pflegediagnose ausgewählt wird:
  - Sind ausreichende Informationen vorhanden, um das Vorliegen einer aktuellen Pflegediagnose zu beweisen?
  - Erstellung einer 3-teiligen Pflegediagnose
5. Falls eine potentielle Hochrisikodiagnose ausgewählt wird:
  - Liegen Risikofaktoren vor?
  - Erstellung einer 2-teiligen Pflegediagnose.
6. Falls ein Verdacht für ein vorliegendes Problem besteht, jedoch die Informationen fehlen, um das Vorliegen einer Pflegediagnose zu belegen
  - Erstellung einer Verdachtsdiagnose: Im Pflegebericht wird „Verdacht auf: Pflegediagnosetitel“ vermerkt. Diese muss dann in weiterer Folge belegt oder widerlegt werden.

(vgl. Rosenberger 2000)

#### 4.2.4. Vorteile und Bedeutung von Pflegediagnosen

In Form eines Klassifikationssystems dienen die Pflegediagnosen zur Strukturierung des pflegerischen Wissens.

Ein Klassifikationssystem hilft, wissenschaftlich fundiertes Pflegewissen zu beschreiben und entwickeln.

Ein einheitlicher Wissenstand ist neben einer breiten universitären Ausbildung, einer Orientierung am Allgemeinwohl, der Bildung einer professionellen Gemeinschaft, Autonomie und Selbstkontrolle ein wichtiges Kriterium für Professionalisierung.

Pflegediagnosen erlauben eine auf die Zukunft gerichtete Etablierung einer gemeinsamen übereinstimmenden Fachsprache der Pflege.

Eine vereinheitlichte Fachsprache oder Terminologie hilft der Krankenschwester, eine gezielte Informationssammlung vorzunehmen, aktuelle und potentielle Pflegeprobleme zu benennen und zu beschreiben.

Eine übereinstimmende Fachsprache erleichtert die schriftliche und mündliche Informationsweitergabe und macht sie effizienter.

Ein Klassifikationssystem pflegerischer Diagnosen ermöglicht computerisierte Erfassung, Analyse und Synthese pflegerischer Informationen für die Pflegepraxis und –forschung. Pflegediagnosen erlauben die Leistungserfassung und die Berechnung pflegerischen Tuns und die Pflegepersonalbedarfsermittlung nach pflegerischen und nicht nach medizinischen Diagnosen.

Pflegediagnosen können zur Strukturierung von Pflegecurricula verwendet werden. Sie erlauben es, Auszubildende gezielter und genauer in der Strukturierung und Analyse pflegerischer Informationen und in der Identifikation und Benennung von Pflegeproblemen anzuleiten.

Pflegediagnosen können Gegenstand von Pflegeforschungsarbeiten werden oder aus diesen entwickelt werden.

Pflegediagnosen stellen eine Möglichkeit zur Konzeptentwicklung und induktiven Theoriebildung in der Pflegewissenschaft dar und helfen somit, den Gegenstand pflegewissenschaftlicher Betrachtung genauer zu benennen.

(vgl. Rosenberger 2000,S. 24)

### **4.3. Pflegeziel**

Das Ziel ist Maßstab und Kriterium für die Pflege.

Es soll: realistisch

erreichbar

überprüfbar

eindeutig

unmissverständlich

so knapp wie möglich formuliert sein

und eine Zeitgrenze enthalten

(vgl. Furlan/Galle/Petek 1994,S.23)

#### **4.3.1. Nahziel**

- Beschreibt die einzelnen Pflegeschritte die zum Fernziel führen
- Es ist für eine kurze Zeitspanne formuliert
- Es enthält eine genaue Zeitgrenze

(vgl. Furlan/Galle/Petek 1994,S.23)

#### **4.3.2. Fernziel**

- Beinhaltet übergeordnete Ziele
- Beschreibt den Zustand nach Ablauf des gesamten Pflegeprozesses (kann sich auch in extramurale Einrichtungen ausdehnen)

Zielformulierungen sollten immer so formuliert sein, als ob das Ziel schon erreicht ist; sie sind also eine vorweggenommene Situationsbeschreibung.

(vgl. persönliche Mitschrift Fortbildung PD, 2000)

### **4.4. Pflegeplan**

Der Pflegeplan, auch als Pflegemaßnahmen oder Pflegeintervention bezeichnet, beschreibt wer, was, wann, womit, wie oft zu tun hat.

(vgl. persönliche Mitschrift Fortbildung PD, 2000)

## **4.5. Durchführung**

Die Durchführung jeder Maßnahme an einem Patienten hat schriftlich festgehalten zu werden. Oft findet man das in Form des sog. Durchführungsnachweises, der in manchen Fällen auch für die Patientenkategorisierung herangezogen werden kann.

(vgl. persönliche Mitschrift Fortbildung PD, 2000)

## **4.6. Evaluation**

Die Evaluation ist die Beurteilung der Pflegewirkung, ob der Patient das Ziel erreicht hat. Sie erfolgt in Form des Pflegeberichtes.

Bei der Evaluation einer Pflegediagnose wird eine neue Zeitgrenze festgelegt. Sollte das Ziel erreicht sein, wird die Pflegediagnose abgesetzt. Gibt es eine Änderung der Maßnahmen oder eine Änderung der Zielformulierung, wird dies im Pflegebericht mit einer genauen Begründung dokumentiert.

So stehen Evaluation, Pflegediagnose, Pflegeziel und Pflegemaßnahme in ständiger Wechselbeziehung.

Im Pflegebericht stehen weiters:

- Reaktionen auf Behandlungsmaßnahmen
- Allgem. Pflegehandlungen
- Patientenäußerungen
- Beobachtungen
- Veränderungen in der Selbstpflege
- Reaktionen auf therapeutische Maßnahmen
- Entlassungsbericht am Ende eines stationären Aufenthaltes

Im Pflegebericht sollten keine medizinische Versorgung, keine wertenden Aussagen, keine medizinischen Diagnosen und keine Medikamente stehen.

PD, Ziele und Maßnahmen findet man in der Dokumentation gemeinsam auf dem sogenannten Pflegeplan. Ziel einer solchen schriftlichen Planung ist:

- Kontinuität in der Pflege
- Umfassende Übersicht über die bisherige Pflege
- Nachfrage vermeiden und dadurch Zeit ersparen
- Selbständigkeit der Klienten fördern
- Nachweis und Kontrolle der geleisteten Arbeit
- Rechtliche Absicherung

(vgl. persönliche Mitschrift Fortbildung PD, 2000)

## **5. Einführung von Pflegediagnosen am Beispiel BHB**

Im Zuge der Umstellung auf ein einheitliches Pflegedokumentationssystem in allen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder in Österreich wurden in den einzelnen Häusern sogenannte Trainer bestellt. Diese wurden mit dem System vertraut gemacht und haben auf den einzelnen Stationen systemisch geschult und die Einführung die einzelnen Mitarbeiter begleitet und betreut.

Im Anschluss an dieses Projekt wurden die Trainer gemeinsam mit den Stationsleitungen auf Vorträge über Pflegediagnose geschickt. Die Trainer wurden noch in mehreren Gruppenschulungen von einem, mit den Pflegediagnosen vertrauten, Lehrer unterrichtet. Diese Person hielt im Rahmen der Einführung von Pflegediagnosen einen Vortrag für alle Mitarbeiter im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in der Marschallgasse. Nach dem ersten Hineinschnuppern aller Mitarbeiter wurde eine Arbeitsgemeinschaft (=ARGE) gegründet. Diese bestand aus den Trainern und aus je einem/r Mitarbeiter/in pro Station, wobei auch sämtliche Funktionsbereiche wie OP, Ambulanz und Dialyse miteinbezogen wurden. In den ARGE Sitzungen wurden die Grundzüge der PD noch einmal von den Trainern an die Mitglieder weitergegeben, wobei es im Rahmen der Sitzungen auch zu einem sehr großen Informationsaustausch zwischen den einzelnen Abteilungen kam. Anhand von Fallbeispielen oder Dokumentationen aus dem Haus wurden in der Gruppe Pflegediagnosen erstellt und mit den Trainern an Verbesserungen gearbeitet. Die einzelnen ARGE Mitglieder brachten diese Informationen dann auf die einzelnen Stationen und schulten wiederum ihre Kollegen/innen in Umgang und Formulierung von Pflegediagnosen.

Dieses Projekt ist noch nicht abgeschlossen. Die ARGE trifft sich nach wie vor, um Erfahrungen auszutauschen und neue Informationen zu erhalten. Außerdem wird im

Moment schon daran gearbeitet, Pflegediagnosen über PC zu erstellen. Auf zwei Probestationen läuft das Programm schon und soll bis Ende des Jahres 2003 auf allen Stationen eingeführt werden. Das Arbeiten in der ARGE kann man teilweise als eine Art Supervision betrachten, da man im Rahmen des Arbeitens mit „realen“ Fällen seine Ängste, Befürchtungen und immer wieder seine Grenzen reflektieren kann.

## **6. Zusammenfassung**

Zusammenfassend sei gesagt, dass man am Arbeiten mit Pflegediagnosen nicht vorbeikommt, da sie im Pflegeprozess ein fixer Bestandteil sind und dieser unsere tägliche Arbeit bedeutet. Aber mit Pflegediagnosen zu arbeiten ist genauso spannend wie interessant. Wenn man sich einmal genau damit beschäftigt hat, sieht man die Arbeitserleichterung, welche dies mit sich bringt. Klare, einheitliche Formulierungen ersparen viel Zeit, die man wieder für den Patienten zur Verfügung hat. Am Anfang ist es sicher etwas zeitaufwendiger, bis man sich an die Formulierungen gewöhnt hat, aber es wird niemandem erspart bleiben, sich damit auseinander zu setzen. Außerdem wird durch Pflegediagnose transparent, wie wir uns um den Patienten bemühen und individuell auf seine Person eingehen. Das wird in der modernen Sprache auch als Professionalität bezeichnet.

## **7. Literaturverzeichnis**

Faust: Einführung in die Pflegediagnosen. Seminarunterlagen Graz 2001.

Furlan/Galle/Petek: Fortbildungsunterlagen für den Krankenpflegefachdienst Graz 1994.

H.Stefan/F.Allmer et al.: Praxis der Pflegediagnosen. Springer Wien New York 2000.

Institut Rosenberger, Fortbildung: persönliche Mitschrift Frohnleiten 2000

Rosenberger: Pflegeanamnese Pflegediagnose Pflegeplanung. Seminarunterlagen Wien 2000.

Rosenberger: Pflegediagnosen Spielfeld für Pflegewissenschaften und Forschung oder Basis für die pragmatische Pflegeplanung. Seminarunterlagen Wien 2000.

Weiss-Faßbinder/Lust: GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Manz 3.Aufl. 2000

## **8. Anhang**

Als Anhang sind NANDA Pflegediagnosen in alphabetischer Reihenfolge beigelegt (erarbeitet von der ARGE Pflegediagnose der Barmherzigen Brüder Österreich Stand 2001)

## **9. Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Semesterarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die benutzten Quellen als solche kenntlich gemacht habe.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_