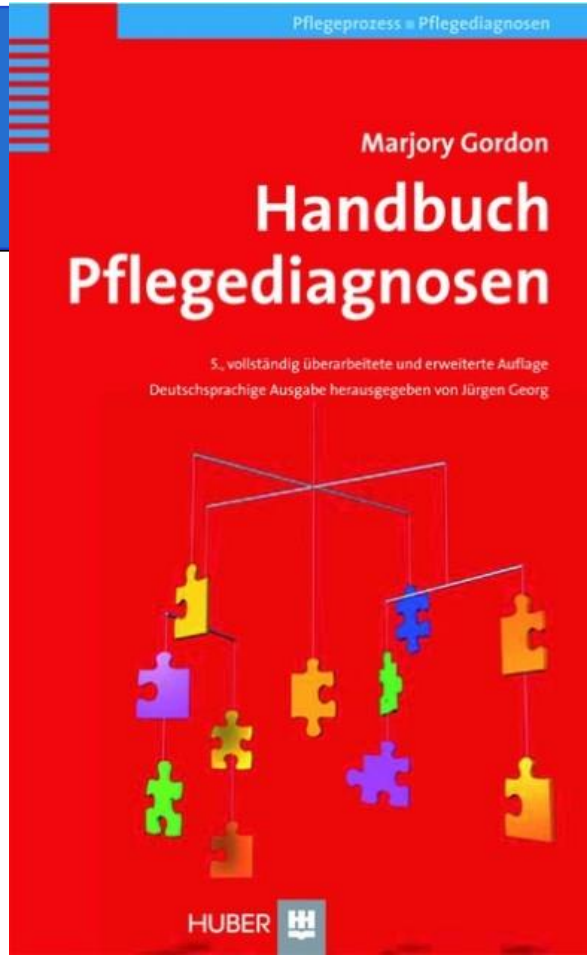
Arbeiten mit Pflegediagnosen

Jörg Hildebrandt
Fachkrankenpfleger Onkologie & Palliative Care
Palliativstation Universitätsmedizin Mainz

JG|U UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

Inhalt

- Definition
- Historie
- Unterschiede medizinische – pflegerische Diagnosen
- Aufgaben von Pflegediagnosen
- Struktur von Pflegediagnosen
- Umsetzung in Mainz
- Ziele & Ausblick



UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

Definition

Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen, um Ergebnisse zu erreichen, für die Pflegende verantwortlich sind.

(NANDA-International, 2005)

Definition

Pflegeleistungen sollen gemessen werden, um zu sagen „was die Pflege tut“;
Pflegediagnosen sollen verwendet werden, um zu sagen
„warum sie dies tut.“

(Wolfram Fischer, 2002)

Historie

- 1953 Virginia Frey

- 1955 Lydia Hall: Pflegeprozess

- 1973 Klassifikation von Pflegediagnosen durch die ANA (American Nursing Association)

- 1982 Gründung der NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

- 1993 ENDA (European Nursing Diagnosis Association)

- heute: NANDA International, zur Zeit > 172 Pflegediagnosen

Unterschiede medizinische/Pflege-Diagnosen

Medizinische Diagnose	**Pflegediagnose**
Bezeichnet Krankheiten oder Organstörungen	Beschreibt Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsstörungen
Beinhaltet meist keinen Bezug zu Familie oder Umwelt	Berücksichtigt Beziehung zu Familie oder sozialer Gemeinschaft
Bleibt gleich, bis Krankheit oder Organstörung geheilt ist	Kann sich fortlaufend ändern
Erstellung juristische Zuständigkeit des Arztes	Erstellung juristische Zuständigkeit Pflegekraft

Unterschiede medizinische/Pflege-Diagnosen

Medizinische Diagnose	Pflegediagnose
Mundbodenkarzinom	- beeinträchtigte Mundschleimhaut - Schmerzen - Körperbildstörung - Schluckstörung

Aufgaben von Pflegediagnosen

- Beschreiben aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme, welche Pflegende kraft Ausbildung und Erfahrung zu behandeln fähig und befugt sind

- Sind eine präzisierte Zusammenfassung über den Gesundheitszustand des Patienten

- Liefern die Grundlage für die Wahl von Pflegemaßnahmen, um Ergebnisse zu erzielen, die im Verantwortungsbereich der Pflege liegen

- Ergänzen ICD-10 und DRG durch individuelle Beschreibung der tatsächlichen Patientensituation

Struktur von Pflegediagnosen

Aufteilung in verschiedene Gesundheitsverhaltensmuster (Beispiele):

- Ernährung/Stoffwechsel (z.B. geschädigte Mundschleimhaut)
- Ausscheidung (z.B. Diarrhoe)
- Aktivität/Bewegung (z.B. Fatigue)
- Schlaf/Ruhe (z.B. Schlafstörung)
- Kognition/Perzeption (z.B. Schmerz)
- Selbstwahrnehmung (z.B. Körperbildstörung)

Struktur von Pflegediagnosen

5 Gruppen von Pflegediagnosen (lt. NANDA):

- **aktuelle Pflegediagnosen**
- **Risiko-Pflegediagnosen**
- Verdachts-Pflegediagnosen
- Syndrom-Pflegediagnosen
- Gesundheits-/Wellness-Pflegediagnosen

Struktur von Pflegediagnosen

Aktuelle Pflegediagnosen:

PÄS oder PES-Struktur:

***P*roblem** →	***Ä*tiologie/*E*influssfaktoren** →	***S*ymptome**

Problem = Pflegediagnosetitel, anschließende Definition

Risiko-Pflegediagnosen:

Diagnosetitel →	**Risikofaktoren**

Struktur von Pflegediagnosen

Diarrhoe: (Passage von dünnem, ungeformem Stuhl)
Einflussfaktoren:
a) situationsbedingt/behandlungsbedingt: Nebenwirkung von Medikamenten, Missbrauch von Laxanzien, Strahlung, Sondennahrung...
b) physiologisch: Infektionen, Reizung, Malabsorption, Parasiten
c) psychologisch: hoher Stresslevel, Angst
Symptome:
a) Hauptkennzeichen: mindestens 3x/d dünnflüssiger Stuhl
b) Nebenkennzeichen: hyperaktive Darmgeräusche, Stuhldrang, Abdominalschmerz, Verkrampfung
Pflegeergebnis: Regelmäßige Bildung und Entleerung von Stuhl
Risikogruppen: Personen unter Strahlentherapie, unter Medikamenten (Chemo), mit infektiösen Prozessen, mit Malabsorption...

Struktur von Pflegediagnosen

Infektionsgefahr: (Erhöhtes Risiko des Eindringens von pathogenen Organismen)

Risikofaktoren: Gewebszerstörung, Hautschädigung, Immunsuppression, unzureichende primäre oder sekundäre Abwehrmechanismen, Mangelernährung, Veränderung der normalen Flora, unzureichende Kenntnisse, sich vor pathogenen Keimen zu schützen, invasive Eingriffe, pharmazeutische Wirkstoffe...

Pflegeergebnis: Abwesenheit von Infektionen und deren Begleitsymptomen

Umsetzung in der Universitätsmedizin Mainz

- Hospitation von Mitarbeitern in Klinik für Tumorbiologie in Freiburg

- Ankauf Diagnosenkatalog angepasster Pflegediagnosen (Hämatologie)

- Schulung aller Mitarbeiter durch die Innerbetriebliche Fortbildung

- Bildung einer Projektgruppe zur Anpassung/Weiterentwicklung in der Universitätsmedizin

- Beginn 2002/2003

Dat.	Hz.	Pflegediagnose	Symptome	Ätiologie / Risikofaktoren	Ziele	Hz.	Dat.
		1.( ) a. Obstipations**gefahr (nur RF)**	( )harter Stuhl ( )Völlegefühl ( ) ...	( )Bewegungsmangel ( )Schmerzmittel (Morphin)	( )regelmäßiger, weicher, geformter Stuhl ( ) ...		
		( ) b. Obstipation	( )verminderte Häufigkeit der Stuhlentleerung	( )Chemotherapie ( )...	( )kann einschätzen, wann Hilfe erforderlich ist		
		2. Pneumonie**gefahr (nur RF)**	---	( )Immunschwäche ( )reduzierter AZ ( )...	( )gut belüftete Lunge ( )Mobilität erhalten		
				( )mangelnde Mobilität bei Infusionstherapie	( )frühzeitiges Erkennen von Veränderungen		
		3. ( ) a. Infektions**gefahr (nur RF)**		( )ZVK ( )Port ( )Immunsuppression ( )KMP	( )keine Anzeichen einer Infektion ( )Sicherheit		
		( ) b. Infizierter ZVK		( )...	( )Rückgang der Symptome ( )frühz. Erkennen von Veränderungen		
		4.(Gefahr der) veränderte(n)	( )Hämaturie ( )Oligurie ( )Nykturie ( )...	( )behandlungsbedingt ( )krankheitsbedingt	( )kontrollierter Harnabgang ( )Schmerzfreiheit ( )Infektfreiheit		
		Urinausscheidung		( )DK ( )...	( )frühzeitiges Erkennen von Veränderungen		
		5. Diarrhoe	( )wässrige Stühle mehr als 3x/d	( )behandlungsbedingt (Chemo, Medikamente...)	( )geformter Stuhl ( )intakte Haut ( )...		
			( )Bauchkrämpfe ( ) ...	( )GvHD ( )krankheitsbedingt (Infektion)	( )Reduzierung der Stuhlfrequenz ( )Linderung der Bauchkrämpfe		
		6. Fieber	( )Anstieg der Körpertemperatur ( )Frösteln	( )therapiebedingt (Medikamente)	( )normale Körpertemperatur ( )Wohlbefinden		
			( )Schwitzen ( )Tachykardie ( )Schüttelfrost	( )krankheitsbedingt (Infektion)	( )Sicherheit ( )fordert bei Bedarf Hilfe an ( )...		
			( )...	( )...			
		7. Ödem	( )gespannte Haut ( )Anasarka	( )krankheitsbedingt	( )Rückbildung der Ödeme ( )...		
			( )Schwellung von ...	( ) ...	( )Vermeidung von Komplikationen (Erysipel, Hautschädigung, ...)		
		8. Dyspnoe	( )Husten ( )Kurzatmigkeit ( )Atembeschwerden	( )krankheitsbedingt	( )freie Atemwege ( )Sekretlösung ( )ruhige, tiefe Atmung		
			( )erlebt Bedrohung ( )...	( )Angst ( )Erschöpfung ( )Schmerzen	( )kann einschätzen, wann Hilfe erforderlich ( )Entspannung		

Dat.	Hz.	**Durchführungsnachweis**																			
		betrifft PD		F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	F	S	N	Hz	Dat.
		1	Ausreichend Flüssigkeit zur Verfügung stellen																	
		1, 2	Mobilisation, Mobilisation auf Flur ermöglichen (max. 2x/d bei Neutropenie)																	
		2	( )Einreibung mit Softalind ( )Atemunterstützende Maßnahmen																	
		2	Ansporn zu Atemtraining , Atemübungen mit ( )Triflo ( )Atemflöte																	
		3a	ZVK-VW nach Standard mit ( )Folienpflaster alle 4d und b.B. ( )...																	
		3a	täglich Inspektion / Dokumentation der ZVK-EST																	
		3b	ZVK-VW alle ...d mit ...																	
		3	Braunülen-VW nach Standard ( )alle 4d mit Folienpflaster ( )alle ...d mit ...																	
		3	Port-VW nach Standard ( )alle 4d mit Folienpflaster ( )alle 2d mit ...																	
		1, 4, 5, 7	Ausscheidungen beobachten, erfragen, erfassen ( )Bilanz																	
		4	Pflege nach Standard Blasendauerkatheter																	
		4, 5, 16	Bereitstellen und Wiederaufbereitung von: ( )Urinflasche ( )Toilettenstuhl																	
		5	Bereitstellen und Entsorgen von Pflegeutensilien (Vorlagen, Feuchttücher, Windelhosen...)																	
		6	Einsatz von ( )Wärmflasche ( )Wärmegerät „Warm-Touch" ( ) ...																	
		6, 8	Sicherheit vermitteln durch Präsenz																	
		6	Hilfestellung bei Kleiderwechsel																	
		7	Lagerung der Extremitäten																	

Ziele & Ausblick

- Professionalisierung der Pflegenden
- Sicherung der Pflegequalität
- Dokumentationsqualität durch einheitliche Fachsprache
- Bedürfnisorientierte, individualisierte Pflege
- Individualisierung und Standardisierung
- Transparenz des Behandlungsaufwands
- Sicherung poststationärer Versorgung

JG|U UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

...geschafft!

UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ