Workshop

Der pflegediagnostische Prozess: Von Basis-Assessment bis Entlassmanagement

Dr. Pia Wieteck

Abteilungsleitung
Forschung und Entwicklung

Sebastian Kraus, M.Sc.

stellv. Abteilungsleitung
Forschung und Entwicklung

Kongress Pflege
Berlin | 19. – 20.1.2018

Springer Pflege

Thieme

RECOM

Der pflegediagnostische Entscheidungs-findungsprozess

Das sechsstufige Pflegeprozessmodell

Begriffsdefinitionen

Diagnostizieren

Zweiter Schritt des Pflegeprozesses. Denkprozess, in dem die Daten interpretiert werden, um Schlüsse daraus zu ziehen

Pflegediagnose

Das Produkt des Diagnostizierens: Eine Schlussfolgerung über den Gesundheitszustand, welcher unter Verwendung einer Diagnosebezeichnung schriftlich festgehalten wird

Pflege

Nutzung eines Standardkataloges, wie z. B. ENP, NANDA-I oder andere, mit anerkannten diagnostischen Bezeichnungen ist eine Möglichkeit…

Ausgangspunkt: „Pflegediagnosen“

WICHTIG!

Pflegediagnostik ist Ausgangspunkt pflegerischer Entscheidungsfindung!

Pflegediagnosen stellen eine **systematische pflegerische Beurteilung der Reaktionen** (Human Responses) eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar und sind Ergebnisse eines Beurteilungsprozesses, die auf unterschiedlichen Informationen und Äußerungen des Pflegeempfängers basieren. [...]

Damit stellt die Pflegediagnostik eine der Kernkompetenzen jeder professionell pflegenden Person dar.

Mit freundlicher Genehmigung Max Spring

Quelle: Wieteck, P. (ed.) 2014. *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege, Formulierungshilfen für die Ausbildung und Praxis,* Kassel: RECOM.

Der pflegerische Entscheidungsfindungsprozess

Pflegeassessment

- Pflegeassessment-instrumente/ -verfahren
- Nicht-Instrumenten gestütztes Assessment/ Pflegeanamnese

Intuition, implizites Wissen der Pflegeperson

Einflussfaktor: Patient / Bewohner

- Komplexität des Falls
- Partizipation des Patienten/Bewohners

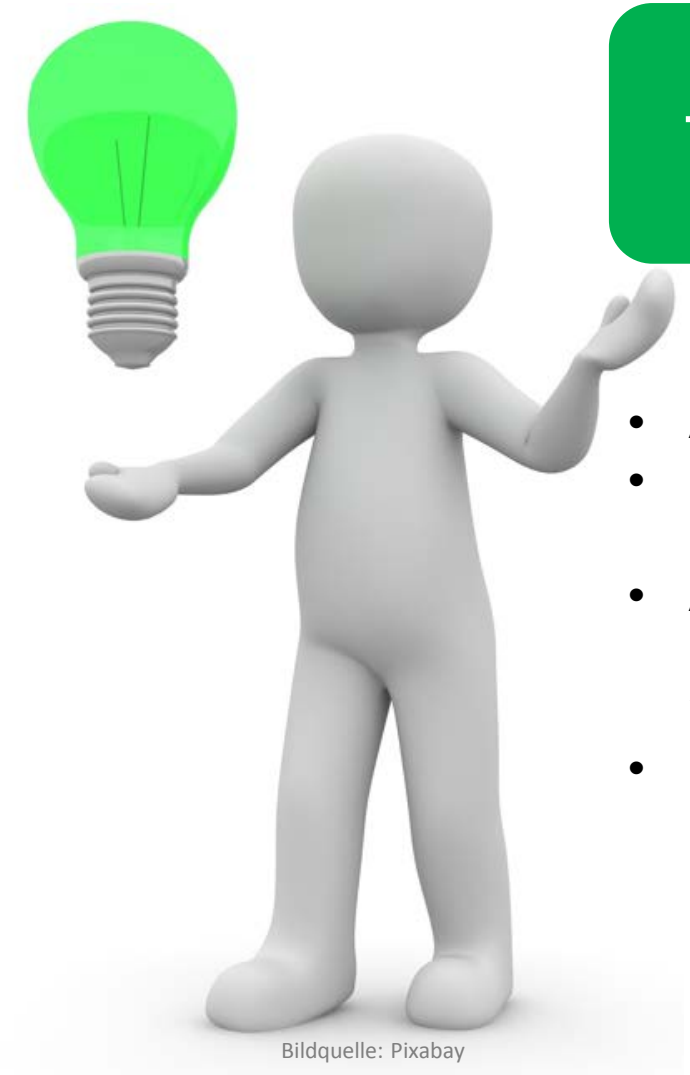
Pflege-diagnose → Konsentierte Zielsetzung → Maßnahmen-planung und Durch-führung → Pflege-ergebnis

Einflussfaktoren:

Pflege: Motivation, Kompetenz, Priorisierung
Situation: Konkurrierende Anforderungen, Ressourcen
Organisation: Routinen, Verantwortlichkeiten…

Abb. in Anlehnung an: Reuschenbach, B. (2011). Zur Relevanz von Pflegeassessmentinstrumenten. In: Reuschenbach, B. & Mahler, C.: Handbuch pflegebezogener Assessmentmethoden. Bern: Huber, S. 51

Eine große Herausforderung!

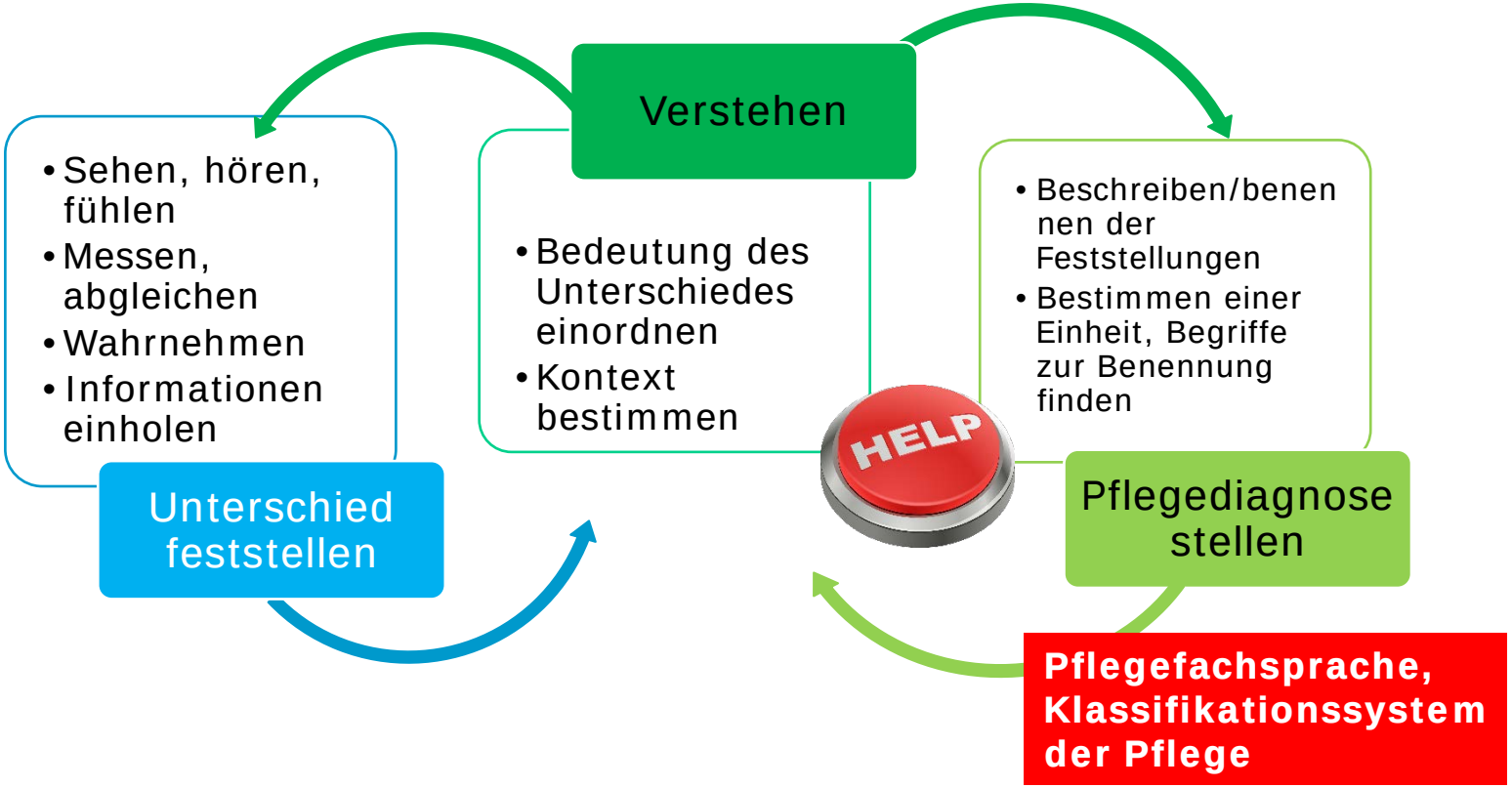

Bildquelle: Pixabay

...der Pflegeprozess ist zunächst inhaltsleer...

- Arbeitsmethode
- Dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess
- Aufeinander aufbauende Phasen/Schritte, welche sich wechselseitig beeinflussen
- Die Ausgestaltung der einzelnen Schritte ist anhand theoriegeleiteter Entscheidungen, evidenzbasierten Wissens sowie den Erkenntnissen aus dem Beziehungsprozess determiniert

Herausforderung – pflegerisches Diagnostizieren!

Beobachten – verstehen – beschreiben / kommunizieren



„Der Wissensstand der Disziplin [Pflege] und die Unterscheidungskompetenz [der Pflegeperson] sind für die Genauigkeit der Pflegediagnose verantwortlich“
(Schrems 2008)

Ein Gedankenausflug: 1. Schritt im pflegediagnostischen Prozess

Basisassessment

BAss

Ein Lösungsansatz

entwickelt von der Fachgesellschaft Profession Pflege

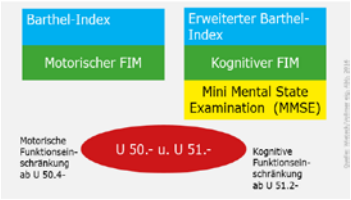
Pflegerisches Basis-Assessment Akutpflege

PROFESSION PFLEGE

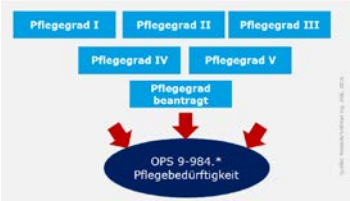
Name: Datum: Station:

Mobilität			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbst-ständig
	1.1	Positionswechsel im Bett durchführen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	1.2	Stabile Sitzposition halten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	1.3	Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen können	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	☐ 3 0
	1.4	Fortbewegen/gehen können	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	☐ 3 0
	1.5	Treppensteigen	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
		Stürze in der näheren Vergangenheit	☐ nein	☐ ja		
Selbstversorgung			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbst-ständig
	4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	☐ 0 5	☐ 1 0	☐ 2 0	☐ 3 0
	4.3	Intimbereich waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	4.4	Duschen oder Baden können	☐ 0 5	☐ 1 0	☐ 2 0	☐ 3 0
	4.5	Oberkörper an-/auskleiden	☐ 0 5	☐ 1	☐ 2	☐ 3
			10	0	0	0
	4.6	Unterkörper an-/auskleiden	☐ 0 5	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen	☐ 0	☐ 1 5 o.	☐ 2	☐ 3
			10		5	0
	4.8	Essen können	☐ 0	☐ 3 10	☐ 6	☐ 9
		Ernährungsverhalten	☐ ist normale Portion	☐ ist >1/2 Portion o. Sonden-nahrung	☐ ist i.d.R. < 1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen	☐ ist i.d.R. 1/3 der Mahlzeiten
		Parenterale Ernährung oder Sondennahrung	☐ nicht tägl.	☐ tägl. ergänzend zur oralen Nahrung (6 P)	☐ keine orale Nahrungs-zufuhr (3 P)	
	4.9	Trinken können	☐ 0	☐ 2	☐ 4	☐ 6
	4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	☐ 0 10	☐ 2 5	☐ 4 5	☐ 6 0
	4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK und Urostoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
	4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
Kognition, Wahrnehmung Kommunikation			vorhanden	größtentells vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
	2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.2	Örtliche Orientierung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.3	Zeitliche Orientierung	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	☐ 3 0
	2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
			15	5	5	5
	2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	☐ 3 0
	2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	☐ 0 15	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
	2.10	Verstehen von Aufforderungen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	2.11	Beteiligung an einem Gespräch	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		Sensorisches Empfindungsvermögen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		Hörfähigkeit	☐ kein Problem	☐ beeinträchtigte Kommunikation	☐ Hörgerät vorhanden	
		Sehfähigkeit/Neglect	☐ kein Problem	☐ Problem in unbekannter Umgebung	☐ findet sich nicht zurecht	
		Quantitative Bewusstseinseinschätzung	☐ wach	☐ benommen	☐ somnolent	☐ komatös

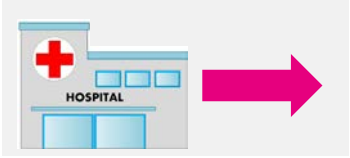
Output



Unterstützt



Unterstützt



Plausibilisiert

Thieme

RECOM

Aufbau des pflegerischen Basis-Assessments

NBA Modul Selbstversorgung

motorischer Barthel (DIMDI)

Anamnese und Braden-Skala

Selbstversorgung

		...ststständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbst-ständig
4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	☐ 0 } 5	☐ 1 } 0	☐ 2 } 0	☐ 3 } 0
4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.3	Intimbereich waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.4	Duschen oder Baden können	☐ 0 5	☐ 1 0	☐ 2 0	☐ 3 0
4.5	Oberkörper an-/auskleiden	☐ 0 5 o. } 10	☐ 1 } 0	☐ 2 } 0	☐ 3 } 0
4.6	Unterkörper an-/auskleiden	☐ 0 5	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, G...ränke eingießen	☐ 0 } 10	☐ 1 } 5 o. 10	☐ 2 } 5	☐ 3 } 0
4.8	Essen können	☐ 0	☐ 3	☐ 6	☐ 9
	Ernährungsverhalten	☐ isst normale Portion	☐ isst >1/2 Portion o. Sonden-nahrung	☐ isst i.d.R. < 1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen	☐ isst i.d.R. 1/3 der Mahlzeiten
	Parenterale Ernährung oder Sondennahrung	☐ nicht tägl.	☐ tägl. ergänzend zur oralen Nahrung (6 P)	☐ keine orale Nahrungs-zufuhr (3 P)	
4.9	Trinken können	☐ 0	☐ 2	☐ 4	☐ 6
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	☐ 0 10	☐ 2 5	☐ 4 5	☐ 6 0
4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK und Urostoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0

Aufbau des pflegerischen Basis-Assessments

NBA Modul Kognition…

kognitiver Barthel (DIMDI)

Anamnese

Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation

		…nden	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.2	Örtliche Orientierung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.3	Zeitliche Orientierung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		15	10	5	0
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		15	5	5	5
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	☐ 3 0
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	☐ 0 15	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
2.10	Verstehen von Aufforderungen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.11	Beteiligung an einem Gespräch	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Sensorisches Empfindungsvermögen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
	Hörfähigkeit	☐ kein Problem	☐ beeinträchtigte Kommunikation	☐ Hörgerät vorhanden	
	Sehfähigkeit/Neglect	☐ kein Problem	☐ Problem in unbekannter Umgebung	☐ findet sich nicht zurecht	
	Quantitative Bewusstseinseinschätzung	☐ wach	☐ benommen	☐ somnolent	☐ komatös

NBA: Positionswechsel in … können

selbstständig

überwiege… Überwiegend selbstständig

Überwiegen… überwiegend unselbstständig

unselbstständig

Mobilität		selbstst…	überwiegend selbstständig	überwiege… selbstständ…	unselbst-ständig
1.1	Positionswechsel im Bett durchführen können	☐ 0	☐ 1		☐ 3
1.2	Stabile Sitzposition halten		1		☐ 3
1.3	Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen können	☐ 0 15	10	5	☐ 3 0
1.4	Fortbewegen/gehen können	☐ 0 15	☐ 1	☐ 2	☐ 3 0

1.3 Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen [rts_id: 5872; rts_schlüssel: #2.#8.@36]

					Wert
5873	#2.#8.@37	B1	Selbstständig	0	0
5873	#2.#8.@37	B2	Selbstständiger Transfer mit Hilfsmittel	0	0
5873	#2.#8.@37	B3	**Geringe Beeinträchtigung des Transfers**	1	1
5873	#2.#8.@37	B4	Mit geringer Unterstützung wie sichern zur Sturzprophylaxe	1	1
5873	#2.#8.@37	B5	Mit geringer Unterstützung wie reichen einer Hand/Arm zum hochzi	1	1
5873	#2.#8.@37	B6	**Erhebliche Beeinträchtigung des Transfers**	132	2
5873	#2.#8.@37	B7	Mit erheblicher Unterstützung, anheben, hochziehen und stützen ist	132	2
5873	#2.#8.@37	B8	Mit erheblicher Unterstützung und Gewichtsübernahme beim Trans	132	2
5873	#2.#8.@37	B9	**Schwere Beeinträchtigung des Transfers**	133	3
5873	#2.#8.@37	B10	Mithilfe beim Transfer ist nicht möglich	133	3
5873	#2.#8.@37	B11	Übernahme des Transfers mit Lifter	133	3
5873	#2.#8.@37	B12	Übernahme des Transfers durch mehrere Pflegepersonen	133	3
5873	#2.#8.@37	B13	**Völliger Verlust der Transferfähigkeit**	133	3

Mapping des pflegerischen Basis-Assessments mit dem Barthel-Index

1.3 Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen	Nr. NBA		Motorischer Barthel - Mapping
Selbstständig	130	15	komplett selbständig ***aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück***
Selbstständiger Transfer mit Hilfsmittel	130	15	komplett selbständig ***aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück***
Geringe Beeinträchtigung des Transfers	131	10	Aufsicht oder geringe Hilfe ***(ungeschulte Laienhilfe)***
Mit geringer Unterstützung wie sichern zur Sturzprophylaxe	131	10	Aufsicht oder geringe Hilfe ***(ungeschulte Laienhilfe)***
Mit geringer Unterstützung wie reichen einer Hand/Arm zum hochzi	131	10	Aufsicht oder geringe Hilfe ***(ungeschulte Laienhilfe)***
Erhebliche Beeinträchtigung des Transfers	132	5	erhebliche Hilfe ***(geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)***
Mit erheblicher Unterstützung, anheben, hochziehen und stützen ist	132	5	erhebliche Hilfe ***(geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)***
Mit erheblicher Unterstützung und Gewichtsübernahme beim Trans	132	5	erhebliche Hilfe ***(geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)***
Schwere Beeinträchtigung des Transfers	133	0	***wird*** faktisch ***nicht aus dem Bett transferiert***
Mithilfe beim Transfer ist nicht möglich	133	0	***wird*** faktisch ***nicht aus dem Bett transferiert***
Übernahme des Transfers mit Lifter	133	0	***wird*** faktisch ***nicht aus dem Bett transferiert***
Übernahme des Transfers durch mehrere Pflegepersonen	133	0	***wird*** faktisch ***nicht aus dem Bett transferiert***
Völliger Verlust der Transferfähigkeit	133	0	***wird*** faktisch ***nicht aus dem Bett transferiert***

Aufbau des pflegerischen Basis-Assessments

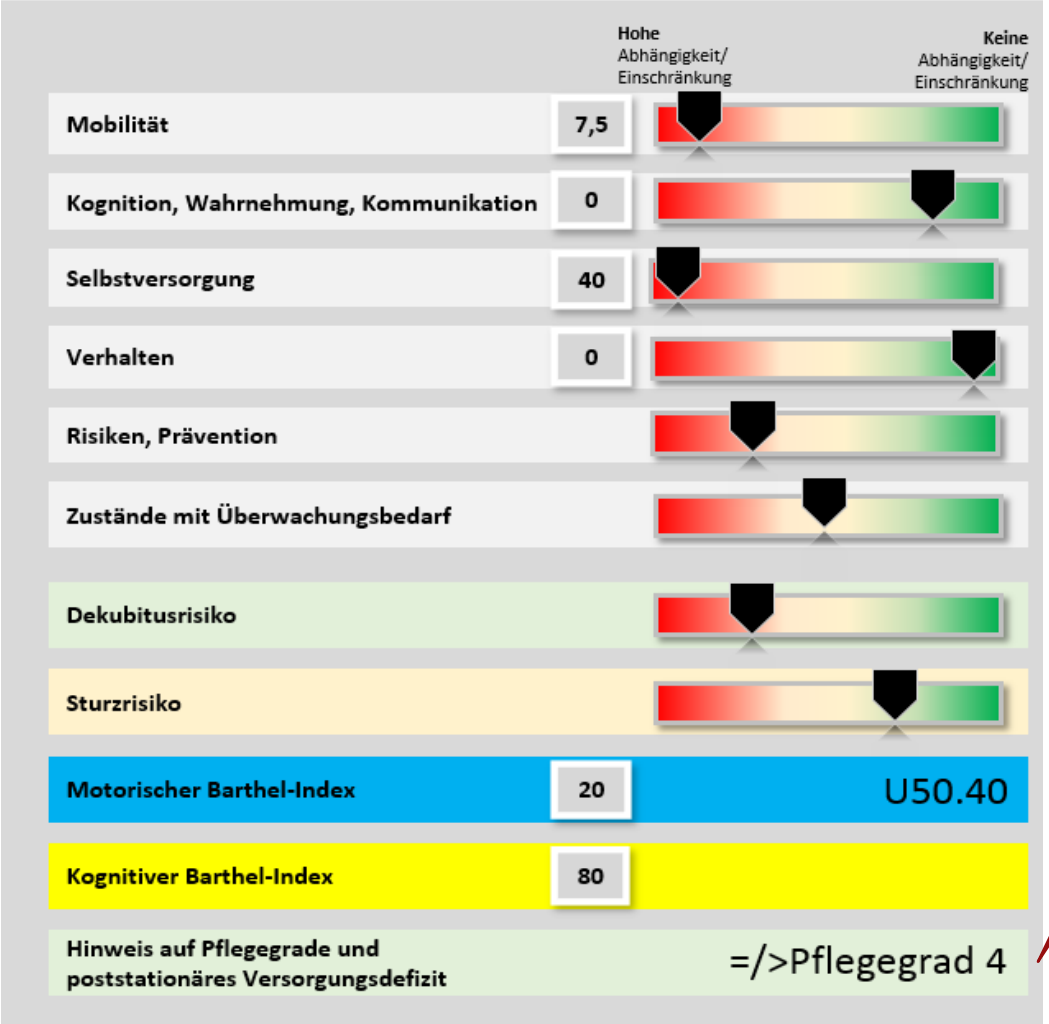
Die gewichteten Punkte der Module im BAss decken 65% der Punktwerte zur Ermittlung des Pflegegrades ab.

Ergebnis des Patienten

Modul	Schweregrade				oder Fähigkeit
Gewichtung	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste
Mobilität	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15
Selbstversorgung	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54
Kognition und kommunikative Fähigkeiten	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
Verhaltensweisen und psychische Probleme	0	1-2	3-4	5-6	7-65
	Barthel-Index: Motorische Funktionseinschränkung				Punkte
	Erweiterter Barthel-Index: Kognitive Funktionseinschränkung				Punkte

Aufbau des pflegerischen Basis-Assessments

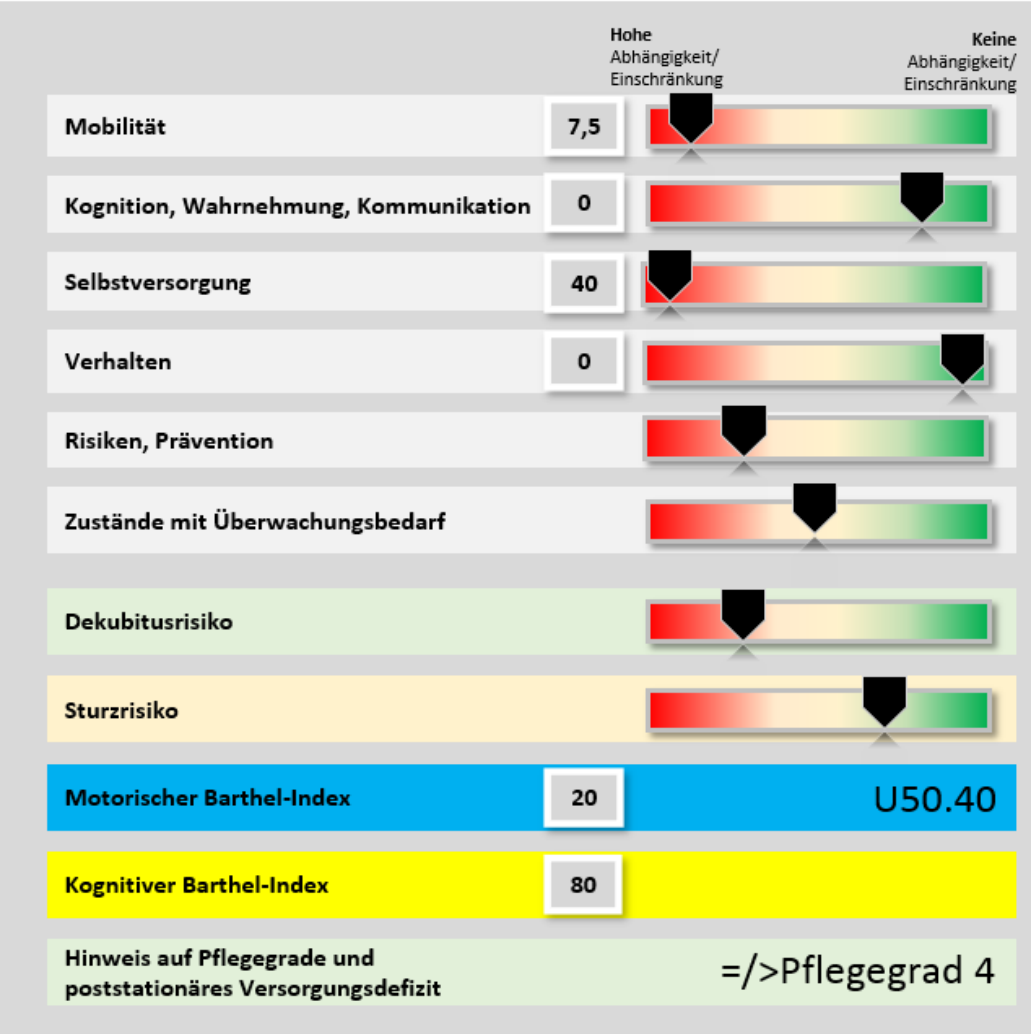
Umsetzungskonzept in Software



gewichtete Punkte zeigen die Pflegegrade an

Aufbau des pflegerischen Basis-Assessments

Umsetzungskonzept in Software



Assessmentergebnisse werden angezeigt

Das pflegerische Basis-Assessment am Fallbeispiel:
Hr. Schuster

Fallvorstellung Herr Schuster

Herr Schuster ist 35 Jahre alt. Infolge eines Autounfalls und eines daraus resultierenden Schädel-Hirn-Traumas hatte er für mehrere Monate ein Locked-in-Syndrom. Anfangs war er völlig unfähig, sich weder zu bewegen, noch zu kommunizieren. Nach längerer Rehabilitation und intensivem Training hat Herr Schuster einige motorische Fähigkeiten wieder erlangt. Herr Schuster lebt in einer Behinderteneinrichtung. In der Vergangenheit wurde er mehrmals in ein Krankenhaus zur Abklärung diverser Fragestellungen verlegt bzw. eingewiesen. Sie übernehmen Herrn Schuster von der Frühschicht und erfahren, dass er heute Morgen von der Notaufnahme auf die Station verlegt wurde. Hr. Schuster wurde vom Arzt der Einrichtung zur Abklärung eines urologischen Problems eingewiesen.

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

Mobilität

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbst-ständig
1.1	Positionswechsel im Bett durchführen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	X 3
1.2	Stabile Sitzposition halten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	X 3
1.3	Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen können	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	X 3 0
1.4	Fortbewegen/gehen können	☐ 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	X 3 0
1.5	Treppensteigen	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	X 3 0
	Stürze in der näheren Vergangenheit	X nein	☐ ja		

Der Bewohner-- ist in der Fähigkeit, **selbstständig zu sitzen, beeinträchtigt**

Kennzeichen:

- Beeinträchtigte Rumpfstabilität

Ressource:

- Vorhandene Kopfstabilität

Ursache:

- Tetraplegie

Hr. Schuster ist in der Fähigkeit, selbstständig einen **Positionswechsel im Bett** durchzuführen, **beeinträchtigt**

Kennzeichen:

- Verlust der Fähigkeit, einen Positionswechsel durchzuführen

Ursache:

- Tetraplegie

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

RECOM

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

Selbstversorgung

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbst-ständig
4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3
4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	☐ 0 } 5	☐ 1 } 0	☐ 2 } 0	☒ 3 } 0
4.3	Intimbereich waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3
4.4	Duschen oder Baden können	☐ 0 5	☐ 1 0	☐ 2 0	☒ 3 0
		☐ 0 5 o. ☐ 0 5 } 10	☐ 1 ☐ 1 } 0	☐ 2 ☐ 2 } 0	☒ 3 } 0
		☐ 0 ☐ 0 } 10	☐ 1 ☐ 3 } 5 o. 10	☐ 2	☒ 3 ☒ 9 } 0
		☒ ☐ isst normale Portion	☐	☐ 1/2, Mahlzeit allen	☐ isst i.d.R. 1/3 der Mahlzeiten
				☐ keine orale Nahrungs-zufuhr (3 P)	
			☐ 2	☒ 4	☐ 6
		☐ 0 10	☐ 2 5	☐ 4 5	☒ 6 0
	und Urostoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☒ 3 0
	Stoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☒ 3 0

Hr. Schuster kann sich aufgrund einer **Bewegungseinschränkung** nicht selbstständig waschen.

Hr. Schuster ist in der selbstständigen **Mundpflege beeinträchtigt**

Hr. Schuster ist bei der selbstständigen **Rasur / Bartpflege beeinträchtigt**

Hr. Schuster ist beim selbstständigen **An- / Auskleiden beeinträchtigt**

<u>Kennzeichen:</u>

- Verlust der Bewegungsfähigkeit
- Fehlende Arm-Hand-Funktion

<u>Ursache:</u>

- Tetraplegie

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

Hr. Schuster hat eine **beeinträchtigte Darmentleerung**

<u>Kennzeichen:</u>
- Stuhlentleerungsstörung
- Intakter Analreflex

<u>Ursache:</u>
- Upper Motor Neuron Lesion

Hr. Schuster hat aufgrund **unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen** einen **unfreiwilligen Harnabgang** (Reflexinkontinenz)

<u>Kennzeichen:</u>
- Fühlt sich bei einer gefüllten Blase unwohl
- Blasenentleerungsmuster ist vorhersehbar

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

Selbstversorgung

4.1	Vorderen Oberkörper waschen können				
4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können				
4.3	Intimbereich waschen können				
4.4	Duschen oder Baden können				
4.5	Oberkörper an-/auskleiden				
4.6	Unterkörper an-/auskleiden				
4.7	Nahrung mundgerecht zubereit				
4.8	Essen können				
	Ernährung				
	nrung oder Sondennahrung	☐ nicht tägl.	☐ tägl. ergänzend zur oralen Nahrung (6 P)	☐ keine orale Nahrungs-zufuhr (3 P)	
	nken können	☐ 0	☐ 2	X 4	☐ 6
	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können	☐ 0 10	☐ 2 5	☐ 4 5	X ☐ 6 0
4.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK und Urostoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	X ☐ 3 0
4.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma	☐ 0 10	☐ 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

		vorhanden	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.2	Örtliche Orientierung	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.3	Zeitliche Orientierung	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		15	10	5	0
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
		15	5	5	0
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	X 0 15	☐ 1 10	☐ 2 5	☐ 3 0
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.9	Mitteilung elementarer Bedürfnisse	☐ 0 15	X 1 5	☐ 2 5	☐ 3 0
2.10	Verstehen von Aufforderungen	X 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.11	Beteiligung an einem Gespräch	☐ 0	☐ 1	X 2	☐ 3
		☐ 0	☐ 1		☐ 3
		X kein Problem	☐ bea	örgerät vorhanden	
		X 15	n inter ung	☐ 0 findet sich nicht zurecht	
			☐ benommen	☐ somnolent	☐ komatös

tion, Wahrnehmung, Kommunikation

Hr. Schuster ist aufgrund einer **motorischen Aphasie** (Broca-Aphasie) in der verbalen **Kommunikation beeinträchtigt**

Kennzeichen:

- Kann sich nur durch einige Laute äußern
- Sprachverständnis ist nicht beeinträchtigt

Ursachen:

- Folge des SHT Unfall vor zwei Jahren

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

RECOM

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

Verhalten		kommt nicht vor	selten < 3-mal pro Wo.	häufig > 2-mal pro Wo.	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z.B. Weglaufen	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.2	Nächtliche Unruhe	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.3	Selbstschädigendes u. autoaggressives Verhalten	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.6	Verbale Aggression	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.8	Abwehrverhalten gegenüber pflegerischer Maßnahmen	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen/Handlungen	X 0	☐ 1	☐ 3	☐ 5
3.10	Ängste, Sorgen	☐ 0	X 1	☐ 3	☐ 5
	ngslage	X 0		☐ 3	☐ 5
	Handlungen	X 0		☐ 3	☐ 5
		15	5	5	0

Hr. Schuster hat eine **beeinträchtigte Zukunftsperspektive**

Kennzeichen:

- Äußert sorgen über die Zukunft
- Kann für sich keine (Lebens-) Perspektive äußern
- Sorge, dass Ihn die Lebenspartnerin verlässt

Ursachen:

- Sinnkrise durch Krankheit

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

Risiken, Prävention

	0= Kein Risiko	Risiko besteht	Pflegefachliche Einschätzung Hohes Risiko
Sturzrisiko	☐	X	☐
Dehydrationsrisiko	☐	X	☐
Risiko einer Mangelernährung	☐	X	☐
Risiko bei der Medikamentenversorgung	☐	X	☐
Pneumonierisiko	☐	X	☐
Thromboserisiko	☐	X	☐
Dekubitusrisiko	☐	X	☐
Aspirationsrisiko	☐	X	☐
Feuchtigkeitsbelastung der Haut	☐ normal	X regelmäßig feuchte Haut	☐ häufig feuchte Haut ☐ ständig
Reibungs- und Scherkräfte	☐ kein Proble	potenzielles blem	X rutscht regelmäßig nach unten

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

Hr. Schuster hat ein **Dekubitusrisiko**

<u>Ursachen:</u>

- Keine Spontanbewegung
- Fehlende Schmerzwahrnehmung

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

Zustände mit Überwachungsbedarf

	0= Kein Risiko	Risiko besteht	Pflegefachliche Einschätzung Hohes Risiko
Akute Atemnot, respiratorische Insuffizienz	☐ ja	X ☐ nein	
Schluckstörung	☐ nein	X ☐ ja Welche? _____	
Fieber	☐ ja	☐ nein	
Instabile Herz-Kreislaufsituation	☐ ja	☐ nein	
Schwankende Blutzuckerwerte	☐ ja	X ☐ nein	
Beatmung	☐	X ☐ nein	
Wachkoma/Tetraplegie		☐ nein	
Postoperative Phase		X ☐ nein	
Schmerzen (akut/chronisch)		X ☐ nein	
Übelkeit/Erbrechen		X ☐ nein	Welche Zu-/Ableitung
Schwindel		X ☐ nein	X Harnableitungssystem 5
Wunde		X ☐ nein	Stomaanlage 5
Zu- und Ableitungssysteme	☐ ja	X ☐ nein	
Dekubitus (in der Klini	☐ Stadium I	☐ Stadium II	☐ Stadium III ☐ Stadium IV

Spezifische Untersuchung, Assessment erforderlich!

Fallvorstellung Herr Schuster

Sie nehmen Herrn Schuster als zuständige Pflegeperson in Empfang. Von Ihrer Kollegin haben Sie in der Übergabe die Information, dass noch geklärt werden muss, welche Kost Hr. Schuster bekommt und welche Ausprägungen im Bereich der Schluckstörungen vorliegen.

In der Akte haben Sie zudem gelesen, dass beim Patienten eine Schluckstörung vorliegt und da es gerade Mittagszeit ist, haben Sie vor, seine Schluckfähigkeit zu beurteilen und den Patienten bei der Nahrungsaufnahme zu unterstützen.

Dem Überleitungsbericht der Behinderteneinrichtung können Sie einige Informationen über den Patienten entnehmen:

- Kann bei vorliegender Tetraparese mit Unterstützung (im Rollstuhl) aufrecht sitzen
- Kopfkontrolle ist vorhanden
- Kann nicht selbstständig essen und trinken
- Speichel kann zuverlässig geschluckt werden
- Kann nonverbal kommunizieren, aber nicht sprechen bzw. nur wenige Laute von sich geben
- Informationen bezüglich Hautzustand, Inkontinenz usw. liegen vor, sind für dieses Beispiel aber nicht von Bedeutung.

Das spezifische Assessment mit Herr Schuster

Die bisherigen Informationen reichen nicht aus, um Pflegemaßnahmen einzuleiten

Fragen: Modified Swallowing Assessment nach Perry	NEIN	JA	Bemerkung
Ist Hr. Schuster wach u. reagiert auf Ansprache?		✓	
Kann er auf Aufforderung husten?		✓	
Kann er seine Speichel kontrollieren?		✓	
Kann er die Ober- u. Unterlippe ablecken?	✓		Unvollständig, Zungenmotilität eingeschränkt, …
Kann er frei atmen (d.h. hat keine Probleme, ohne Unterstützung bei guter Sauerstoffsättigung zu atmen)?		✓	
Ist die Stimme klar? (nein=feucht/nass bzw. heiser)		✓	Eingeschränkt prüfbar, kein Hinweis auf belegte Stimmritzen

Das spezifische Assessment mit Herr Schuster

Assessmentergebnisse Voraussetzung zur Pflegediagnostik

Zusätzlich gewonnene Informationen durch das Assessment und Schlucktest

- Schlucktest ist mit Wasser positi
- Kann die festen Speisen z zwischen die Zahnreih
- Schluckt mit Kom wie „Kopf beim en vorne beugen“ und schlucken“ sicher, ohne zu as . Hierzu muss er immer wieder a dert werden.
- Schlucken ist in der oralen Phase bei der Bolusformung und dem Transport durch eine beeinträchtigte Zungenmotilität beeinträchtigt.
- Fehlende Hand-Mund-Koordination, Ursache Tetraparese

Pflegediagnostisches Urteil enthält wichtige qualitative Aussagen

aufgrund einer **fehlenden Hand-Mund-Koordination** beim Essen/Trinken beeinträchtigt

<u>Ursache</u>

Tetraplegie/-parese

aufgrund einer/eines beeinträchtigten Bolus-formung/-kontrolle/-transports beim **Schlucken in der oralen Vorbereit-ungs-/-transportphase beeinträchtigt**

<u>Kennzeichen</u>

- Beim Herausstrecken der Zunge Abweichung zur beeinträchtigten Seite

<u>Ursache</u>

- Zungenmotilitätsstörung

Basis-Assessment (BAss) – Herr Schuster

Vom standardisierten Assessment zur Pflegediagnose

- Mobilität
- Selbstversorgung
- Kognition, Wahrnehmung und Kommunikation
- Verhalten
- Risiken und Prävention
- Zustände mit Ueberwachungsbedarf
- Lebenssituation

Ergebnis des Patienten

Modul	Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeit						
Gewichtung	keine	geringe	erhebliche	schwere	völlige	**gewählt**	**gewichtet**
Mobilität	0-1	2-3	4-6	7-9	10-15	15	10
Selbstversorgung	0-3	4-9	10-24	25-39	> 39	40	40
Kognition, Wahrnehmung und Kommunikation	0-1	2-5	6-10	11-16	> 16	4	3,75
Verhalten	0	1-2	3-4	5-6	> 6		
					Ergebnis	59	53,75

Die Aufnahme in das Entlassmanagement wird empfohlen!

Einverständnis des Patienten für das Entlassmanagement liegt vor? ◉ Ja ○ Nein ○ Hat widersprochen

Aufnahme des Patienten in den Entlassmanagement-Prozess? ◉ Ja ○ Nein

Pflegediagnostischer Prozess am Fallbeispiel

Fallbeispiel: Herr Joseph Konrad

Bild: Pixabay

Alter: 82 Jahre

Medizinische Diagnosen: Hypoglykämisches Koma, insulinpflichtiger Altersdiabetes, Neuropathie, Sehschwäche, Herzinsuffizienz

Körperlicher Befund: Körpergröße 178 cm, Körpergewicht 76 kg, BMI 24

- Lebt alleine, Ehefrau ist verstorben
- Wegen Blutzuckerentgleisung bewusstlos zuhause aufgefunden
- Diabetische Neuropathie ist bereits vorhanden
- Starke Sehbeeinträchtigung
- Kurzatmigkeit bei Belastung wie z.B. Treppensteigen
- Blutzuckereinstellung mit Alt- und Depotinsulin verlief im Klinikverlauf problemlos
- Einweisung, mit dem PEN das Insulin entsprechend den gemessenen Zuckerwerten mit einem Spritzschema durchzuführen, hat stattgefunden
- Zur leichteren Blutzuckerermittlung wurde Herr K. mit einem FreeStyle-Libre-Messgerät ausgestattet
- Termin der nachsorgenden Diabetessprechstunde wurde vereinbart
- Erforderliche Insulinmenge für die nächsten Tage und PEN wurde mitgegeben

Fallbeispiel: Herr Joseph Konrad

Bild: Pixabay

Bedeutsame Hinweise, Merkmale, Kennzeichen von Herrn Konrad

- 82 Jahre
- Hypoglykämisches Koma
- Starke Sehbehinderung
- Lebt alleine
- Kurzatmigkeit bei Belastung
- Ehefrau ist verstorben
- Diabetes mellitus
- FreeStyle-Blutzuckermessgerät und PEN
- Insulintherapie mit Depot- und Altinsulin
- Körpergröße 178 cm, Körpergewicht 76 kg, BMI 24

Fallbeispiel: Herr Joseph Konrad

Bild: Pixabay

- Vier Tage nach Entlassung wird Herr K. erneut eingewiesen.
- Er befindet sich in einem somnolenten Zustand, ist kaltschweißig. Die Analyse der Blutzuckerwerte ergibt eine erneute Blutzuckerentgleisung.
- Zudem war Herr K. gestürzt und hat sich den Oberschenkelschaft gebrochen.
- Nach der postoperativen Versorgung kommt Herr K. erneut auf eine internistische Station mit Schwerpunkt Endokrinologie zur Blutzucker-einstellung. Postoperativ sind die BZ-Werte instabil.

Zusätzliche Informationen durch einen systematischen pflegediagnostischen Prozess (grün)

- 82 Jahre
- Hypoglykämisches Koma
- Starke Sehbehinderung
- Lebt alleine
- Kurzatmigkeit bei Belastung
- Ehefrau ist verstorben
- Diabetes mellitus
- Insulintherapie mit Depot- und Altinsulin
- FreeStyle-Blutzuckermessgerät und PEN
- Körpergröße 178 cm, Körpergewicht 76 kg, BMI 24
- Äußert Unsicherheit bei der BZ-Messung u. Interpretation
- Kann den PEN nicht zuverlässig bedienen
- Beeinträchtigte Fingerfertigkeit
- Wendet das Spritzschema nicht adäquat an
- Verzögerte Lernfähigkeit
- Kann IE nicht zuverlässig einstellen
- Äußert Probleme, die Insulintherapie in den Tagesablauf zu integrieren
- Kennt den Unterschied der Insuline nicht
- Tägl. Mittagstisch bei der Schwiegertochter

Arbeitsauftrag: Partnerarbeit

Aufgabe: Sortieren und bündeln Sie die verfügbaren Informationen über Herrn Konrad.
Was sind Kennzeichen, was Ursachen und wie lautet Ihr pflegefachliches Urteil in Form einer Pflegediagnose?

Pflegediagnostische Schlussfolgerung
Fallbeispiel Herr Konrad

Cluster: Diabetesmanagement

- Äußert Unsicherheit bei der BZ-Messung u. Interpretation
- Tägl. Mittagstisch bei der Schwiegertochter
- Insulintherapie mit Depot- und Altinsulin
- Kennt den Unterschied der Insuline nicht
- FreeStyle-Blutzuckermess-gerät und PEN
- Kann den PEN nicht zuverlässig bedienen
- Verzögerte Lernfähigkeit
- Wendet das Spritzschema nicht adäquat an
- Beeinträchtigte Fingerfertigkeit
- Kann IE nicht zuverlässig einstellen
- Äußert Probleme, die Insulintherapie in den Tagesablauf zu integrieren

Kennzeichen

Ressourcen

Ursachen

Pflegediagnostische Schlussfolgerung
Fallbeispiel Herr Konrad

Herr Konrad ist im selbstständigen Diabetes-management beeinträchtigt, es besteht das Risiko einer Hyper-/Hypoglykämie

<u>Kennzeichen:</u>
- Wendet das Spritzschema nicht adäquat an
- Kann den PEN nicht zuverlässig bedienen und die Insuline nicht unterscheiden
- Fühlt sich unsicher und kann die Insulintherapie nicht adäquat in den Tagesablauf integrieren

<u>Ursachen:</u>
- Hochbetagt
- Verzögerte Lernfähigkeit
- Beeinträchtigte Fingerfertigkeit
- Beeinträchtigte Sehfähigkeit

<u>Ressourcen:</u> Schwiegertochter kann die Insulin-verabreichung übernehmen …

Thieme

Fallbeispiel: Herr Konrad

Was ist passiert?

- Leitgedanken der Nachhaltigkeit wurden beim ersten Krankenhaus-aufenthalt missachtet
- Fehlender systematischer, pflegediagnostischer Prozess und Fokussierung auf die körperlichen medizinischen Behandlungsziele

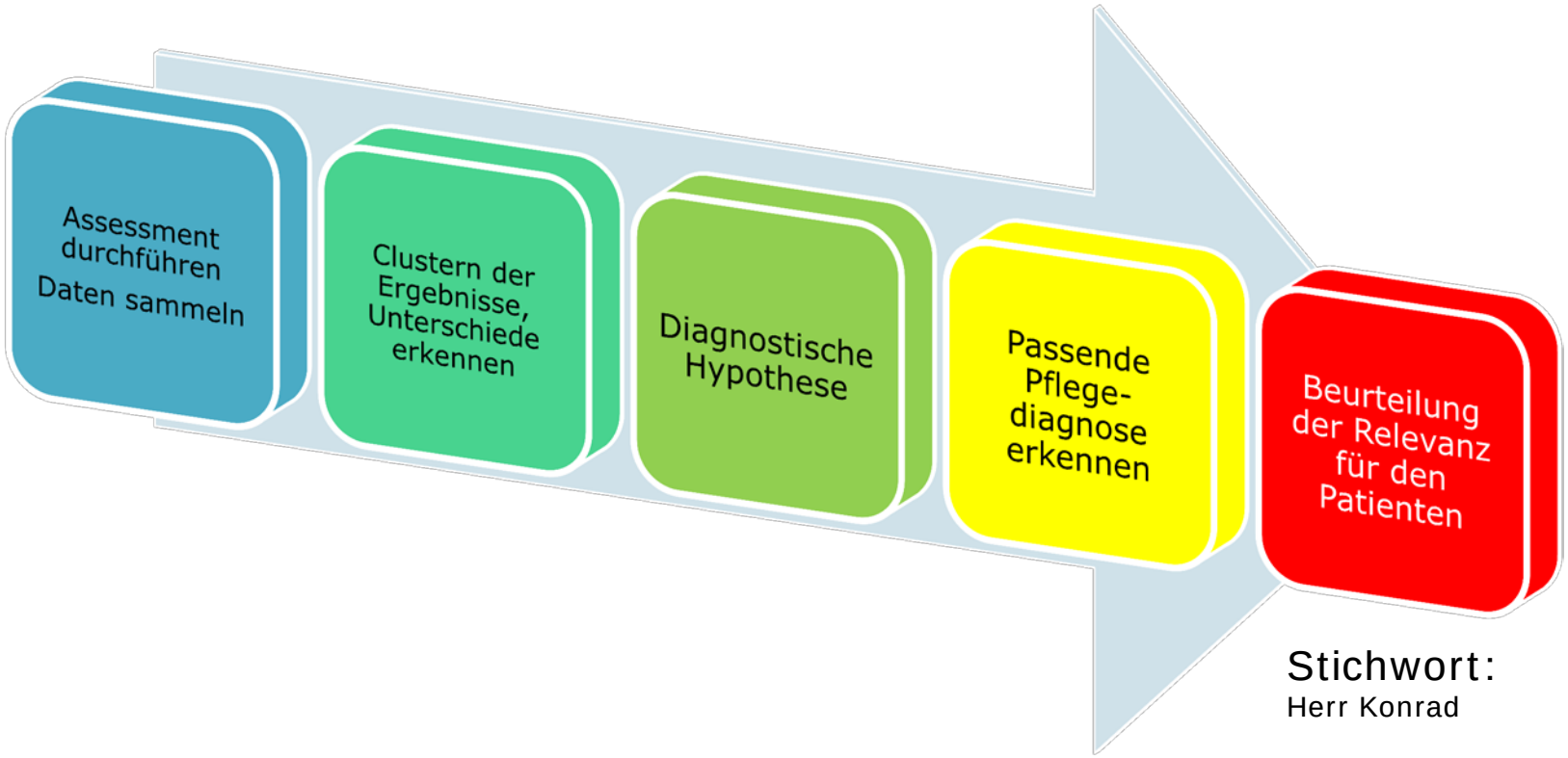
Zielgrößen pflegerischer Nachhaltigkeit

- Erreichen von gesundheitsförderlichem Verhalten
- Stärkung der Selbstverantwortung bei der Steuerung des Gesundheits-/Krankheitsprozesses
- Erhalt bzw. Wiedererlangung der Alltagskompetenzen
- Erreichen von Adaption an veränderte Gesundheitszustände
- Vorbeugen von Komplikationen
- Vermeiden von Abhängigkeiten
- Erreichen eines selbstbestimmten Lebens
- Förderung von Teilhabe und Partizipation
- Förderung der Lebensqualität und des Wohlbefindens
- Förderung einer optimierten, wertschöpfenden Prozesskette in Gesundheitsorganisationen
- Förderung engagierter freiwilliger Beteiligter und Kooperationspartner im Pflege- und Versorgungsprozess

Pflegerische Handlungskonzepte sind:

- Assessments zur Risikoeinschätzung
- Systematischer pflegediagnostischer Prozess zur Abklärung der Pflegebedürfnisse und Ableitung des individuellen Pflegebedarfs
- Maßnahmen zur Patientenedukation
- Präventivmaßnahmen
- Maßnahmen zur Prophylaxe und Vermeidung von Komplikationen
- Pflegemaßnahmen zur Kompensation und Adaption
- Pflegetherapie zur Linderung von Leid
- Pflegetherapie zur Förderung/Erhalt von Alltagskompetenzen
- Maßnahmen zur Förderung der Informiertheit des Pflegeempfängers und/oder der Angehörigen/Bezugsperson
- Maßnahmen zur Förderung und Initiierung von interdisziplinären Maßnahmen und/oder Fallkonferenzen
- Angehörigenarbeit und Case-Management
- Maßnahmen zur Umsetzung interdisziplinärer Kooperationen im Gesundheitswesen, vernetzte Angebote und Teamarbeit zwischen den Gesundheitsberufen als Garanten für Gegenwart und Zukunft, um eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung und Pflege sicherzustellen

Klinische Entscheidungsfindung im Kontext der individuellen Fallsituation



Stichwort:
Herr Konrad

Quelle: Schrems 2008

Fallbeispiel: Herr Konrad

Wie ging es weiter mit Herrn Konrad?

In der interdisziplinären Fallkonferenz unter Einbeziehung des Patienten wurde die Insulintherapie wie folgt umgestellt: *Levemir 1 x tägl. in Verbindung mit zusätzlichen oralen Antidiabetika*. Die Schwiegertochter übernimmt einmal am Tag vor dem Mittagstisch die Insulinverabreichung und wurde hier eigens geschult. Herr K. hat in altersgerechten Schulungsangeboten in der Rehabilitationseinrichtung gelernt, die Frühwarnsymptome der Unterzuckerung zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Was passiert bei der Reduktion des Pflegeprozesses?

Entscheidungsfindungsprozess der Pflege

Quelle: In Anlehnung an Schrems, 2006, eigene Darstellung

Einfaches Handlungsmodell

Beobachten = Feststellen eines bedeutsamen Unterschiedes und Bezeichnung des Unterschiedes

Intervenieren = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung des bedeutsamen Unterschieds

Beobachten = Feststellen der Veränderung des Unterschiedes nach der Intervention

„reduziertes Prozessmodell“

Beobachten = Feststellen eines bedeutsamen Unterschiedes und Bezeichnung des Unterschiedes

Anamnese/Assessment = Systematisches feststellen des Unterschiedes von IST-SOLL Abweichung und Analyse von Ursachen/Einflussfaktoren

Quelle: pixaby

Im Kopf...

Maßnahmenplanung = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung

Intervenieren = Entsprechend der Maßnahmenplanung

Beobachten = Feststellen der Veränderung des Unterschiedes nach der Intervention

Pflegeprozessmodell

Beobachten = Feststellen eines bedeutsamen Unterschiedes und Bezeichnung des Unterschiedes

Anamnese/Assessment = Systematisches feststellen des Unterschiedes von IST-SOLL Abweichung und Analyse von Ursachen/Einflussfaktoren

Pflegediagnose = Systematisches Bewertung aller Informationen und Bezeichnung der Abweichung unter Einbezug des Betroffenen

Zielvereinbarung = Aushandeln/festlegen des erreichbaren Sollzustandes

Maßnahmenplanung = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung der IST-Soll-Abweichung und Ursachen

Intervenieren = Entsprechend der Maßnahmenplanung

Beobachten/Evaluieren = Feststellen der Veränderung des **IST-Zustandes zum SOLL-Zustand** nach der Maßnahmen und Beurteilung der Wirksamkeit

Warum eine Pflegeklassifikation zur Pflegeprozess-dokumentation?

Quelle: Pixabay

Kommunikation

Fachsprache versus Jargon

Pflegedokumentation

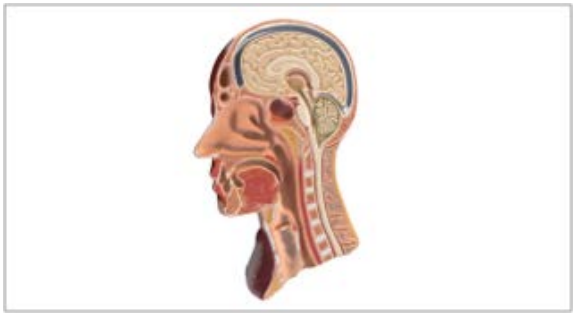
Freitextlich versus standardisiert

Pflegeklassifikation

Dokumentation – Wissensrepräsentation?

Überlegungen zur Fachsprachenentwicklung

Das semiotische Dreieck



Begriff

Konzept

ruft hervor

referenziert

Bezeichnung
Benennung

Schluckstörung

steht für

Gegenstands-
bereich

Beobachtbare Veränderung
Abweichung beim Schlucken

Paradigmenwechsel in der (Pflege-)Dokumentation

Freitext

Der Patient kann sich nicht selbst waschen, fortgeschrittene Demenz

Hat eine starke Schluckbeeinträchtigung, verschluckt sich beim Husten, Phonationsprobe positiv nach der Verabreichung von Flüssigkeiten

Aufgrund der Inkontinenz (Drang) inkontinenzassozierte Dermatitis

gemischt

Der Patient kann sich nicht selbst waschen, fortgeschrittene Demenz

9-200 Hochaufwendige Pflege
J09 Grippe durch zoonotische oder...

Aufgrund der Inkontinenz (Drang) inkontinenzassozierte Dermatitis

Kontrolliertes Vokabular aus Klassifikationssystemen

Arzt

ICD-10
OPS
Medikation

J09 Grippe durch zoono-tische oder...

Pflege

Assessment
Pflegediagnose
Maßnahmen...

0001 Selbsfür-sorgedefizit Körperpflege

Andere Berufs-gruppen

z. B. Labor
Physiotherapie

2828-2 Kalium ....

statistisch verwert-/nutzbare Daten

Kommunikationsmedium

Qualitätsmanagement

Leistungserfassung/Personalberechnung

Pflegeforschung

Definition: Pflegefachsprache

„Unter Pflegefachsprache [Terminologie] wird die Definition von disziplinspezifischen Pflegekonzepten in einer eindeutigen, kulturell angemessenen beruflichen Sprache verstanden, die durch Konsens von PflegeexpertInnen festgelegt, überprüft und innerhalb der Disziplin akzeptiert und praktiziert worden ist“
(van Maanen 2002 S. 4)

Zweck: Normung der Sprache in einem Fachbereich zur Verständigung, zum Informationsaustausch im Behandlungsprozess, zur Förderung einer zuverlässigen Kommunikation, zur Ausdifferenzierung von Wissen

Definition: Pflegeklassifikation

Eine Klassifikation ist ein **Ordnungssystem, welches auf dem Prinzip der Klassenbildung beruht**. Eine Klassifikationsstruktur ist eine Auflistung von Begriffen oder Konzepten, die in einer **hierarchischen Struktur** dargestellt ist *(HIMSS 2006).*

Die Einteilung verschiedener Phänomene oder Begriffe der Pflege in Gruppen, Klassen, Kategorien (die durch Ordnen nach Merkmalstypen und Merkmalen zustande kommen) kann als Pflegeklassifikation bezeichnet werden.

Zweck: Dokumentation, Ordnung der Begriffe eines Wissensgebietes

Der Nutzen von Klassifikationssystemen in der Pflege

10 literaturgestützte Argumente:

1. **Die gemeinsame Sprache fördert die Eindeutigkeit der Kommunikation unter den professionell Pflegenden** (vgl. Huneke 2000:38f, Figoski & Downey 2006)

2. **Liefert den inhaltlichen Rahmen („Bausteine“) für den Pflegeprozess und ist somit Grundlage für die Planung und Evaluation der Pflege** (vgl. Höhmann et al. 1999:10)

3. **Grundlage für quantifizierbare Daten für die Pflegeforschung, zur Hypothesenbildung und -prüfung** (Beckstrand 1980:76, Käppeli 1999:156, Roberts et. al. 1999:4, Bartholomeyczik 2000:64ff, Mortensen & Nielsen 1996, Bates et al. 2003)

4. **Bietet Möglichkeiten, Patientenoutcomes zu erfassen** (Lavin et al. 2004, Wieteck 2004)

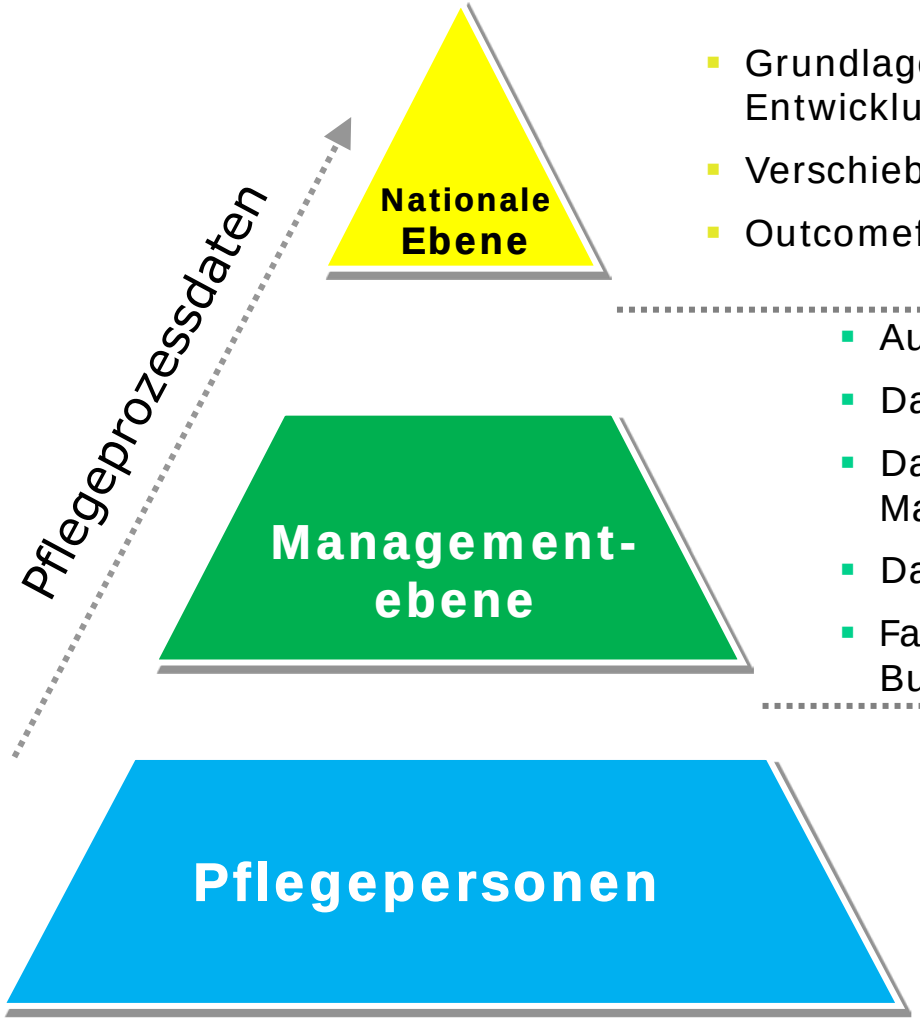
5. **Daten für die Fallkostenkalkulation** (Gordon 2001:VII, Halloran & Kiley 1987, Wieteck 2005)

Der Nutzen von Klassifikationssystemen in der Pflege

10 literaturgestützte Argumente:

6	**Leistungstransparenz gegenüber den Kostenträgern, Darstellung des Beitrags pflegerischer Dienstleistung am Versorgungsprozess** (vgl. Fischer 2001, Wieteck 2004, Titler et al. 2005)
7	**Pflegedaten zur Förderung der Patientensicherheit und Pflegequalität sowie zur Steuerung einer effizienten und kosteneffektiven Gesundheitsversorgung** (Jerant et al. 2001)
8	**Förderung der Pflegequalität durch Reflexion der Pflegepraxis mittels Benchmarking** (Huneke, 2000:39, Jerant 2001)
9	**Verfügbarkeit von Pflegedaten über Pflegebedarf und -bedürfnis, um politische Entscheidungen im Gesundheitsministerium und bei gesundheitspolitischen Debatten positiv beeinflussen zu können** (Lavin et al. 2004)
10	**Unterstützung des Ausbildungsprozesses der Pflege, sowie der Entscheidungsfindung der Pflegepersonen in der Praxis durch die Verfügbarkeit aktuellen Pflegewissens in Form der Praxisleitlinie** (Gordon 2010, Wieteck 2013)

Nutzen/Ziele der elektr. Pflegeprozessdokumentation mit Pflegeklassifikationen



- Grundlage für politische Entscheidungen z. B. Entwicklung von Pflegebedarf/-bedürftigkeit
- Verschiebungen des Leistungsspektrums
- Outcomeforschung und Förderung von EBN

- Aufwandgerechtes Personalmanagement
- Daten für Risikomanagement
- Daten für Qualitätsmanagement, Marketing
- Daten zur Outcomebewertung
- Fallkostenkalkulation für Budgetverhandlungen

- Vereinfachte Pflegeprozessdokumentation
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
- Systematisierte Verlaufsdarstellung z. B. über Zielerreichung
- Sektorenübergreifender Datentransfer und Unterstützung des Informationsflusses

Pflegeplan von Hr. Schuster (Beispiel einer e-Akte)

Ernährung

Herr Schuster ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt

Kennzeichen/Symptom
Kann die Nahrung nicht selbstständig zum Mund führen
Stufe 5: Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen
Ursachen/Ätiologien
Tetraplegie

Erhält **angemessene Spürinformationen** in der Interaktion mit der Umwelt

Tonusregulation und Koordination im Rahmen von Alltagshandlungen wird gefördert

Herr Schuster ist aufgrund einer/eines beeinträchtigten Bolusformung/-kontrolle/-transports beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/-transportphase beeinträchtigt

Kennzeichen/Symptom
Eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der Zunge bei der Überprüfung
Reduzierter Gegendruck bei der Druckausübung mit dem Spatel auf die genannten Zungenanteile
Ursachen/Ätiologien
Zungenmotilitätsstörung

Kann den **Speisebolus** für den **Transport vorbereiten**
Erfolgreiches Schlucken und Nachschlucken

Vorteil: Automatische Übersetzung in PKMS – keine Doppeldokumentation

Vorteil: Erlösoptimierung, Unterstützung Risikomanagement

Vorteil: Automatische Plausibilisierung durch den Pflegeplan

Vorteil: Künftige Datennutzung zur Pflegepersonalstellen-berechnung, Outcomemessung

Thieme

RECOM

Anforderungen an Pflegeklassifikationen

Thieme

RECOM

Bestehende Pflegeklassifikationssysteme (Auswahl)

ENP (European Nursing care Pathways)

NANDA-I (Nanda International)

NOC (Nursing Outcomes Classification)

NIC (Nursing Interventions Classification)

POP (Praxisorientierte Pflegediagnostik)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

ICNP (International Classification for Nursing Practice)

LEP (Leistungserfassung in der Pflege)

Auswahlwahlkriterien

Inhalt / Umfang

- Pflegediagnosen
- Kennzeichen
- Ursachen
- Pflegeziele/ Outcome
- Pflegemaßnahmen
- Ressourcen

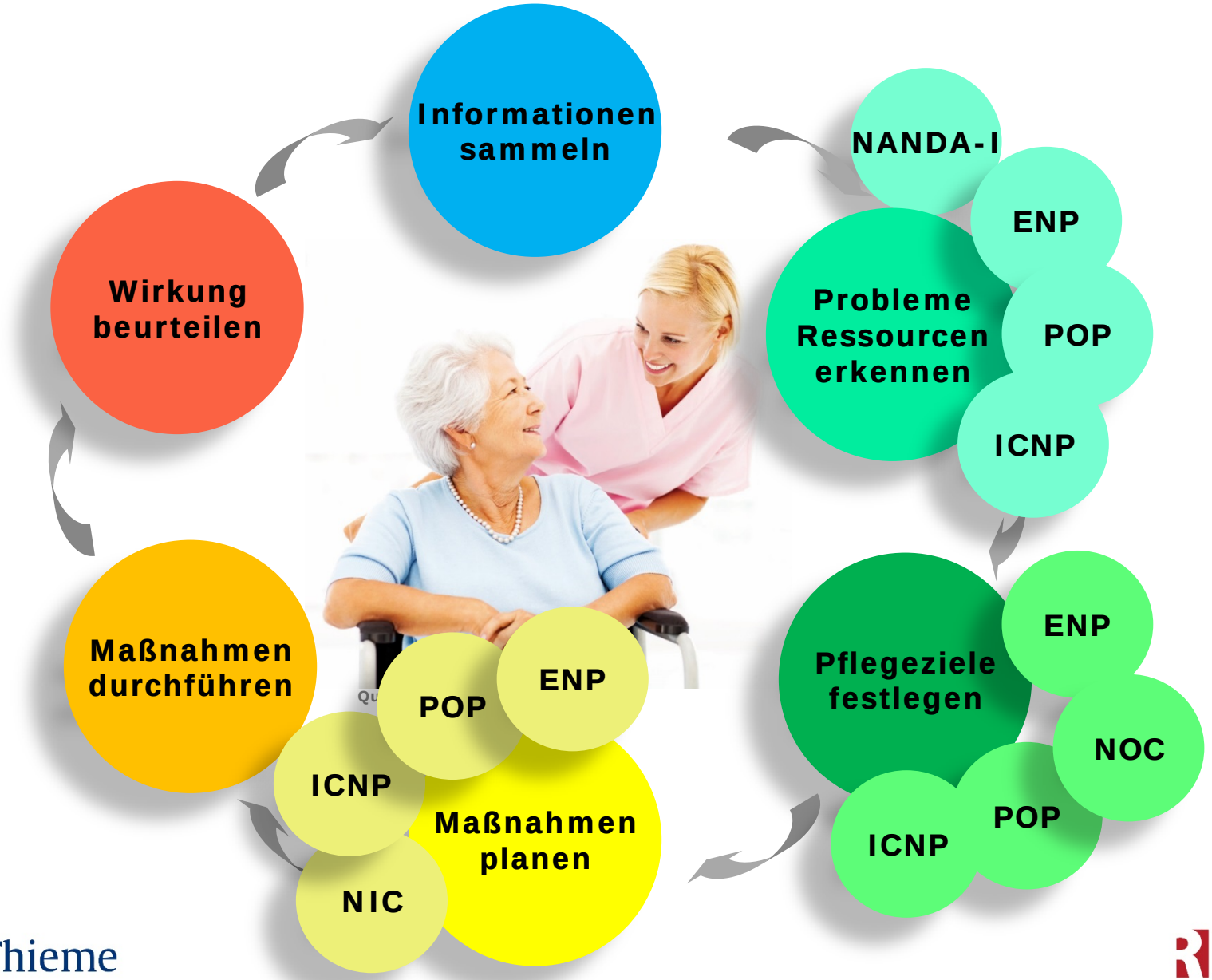
Nutzen u. Einsatz

- Pflegepersonal-berechnung
- Fallkosten-berechnung
- Entscheidungshilfe im Behandlungsprozess
- Sektorenübergreifend nutzbar
- Wissensrepräsentation durch Kennzeichen/Ursachen-Zuordnung
- Wissensrepräsentation durch Praxisleitlinien
- Wissensrepräsentation d. ontologische Struktur

Ordnungslehre / Struktur

- Klassifikation
- Hat eine Taxonomie
- Präkombinatorisch
- Postkombinatorisch
- Monohierarchisch
- Polyhierarchisch
- Datenbank verfügbar
- Sprachen

Pflegeklassifikationssysteme und deren Verortung im Pflegeprozess



Thieme

RECOM

Anforderungen an Pflegeklassifikationen

- Vollständige und umfassende Tiefe und Detailstufe bei ausreichender Granulierung, um den klinischen Prozess abbilden zu können, klinischer Nutzen *(Bakken Henry et al. 1998, Zielstorff 1998, Gordon 1998, Von Krogh et al. 2008)*
- Eindeutigkeit der Konzepte und Redundanzfreiheit, Vermeidung von Überlappungen, Management von Synonymen, Definitionen *(Bakken Henry et al. 1998, Zielstorff 1998)*
- Hierarchien und Vererbung mit eindeutigen Verweisen auf Eltern-Kind-Beziehungen *(Bakken Henry et al. 1998, Zielstorff 1998)*
- Attribute wie Modifikatoren, um z. B. Schweregrade darzustellen *(Bakken Henry et al. 1998, Zielstorff 1998)*
- Kontextfreie Terme/Konzepte *(Bakken Henry et al. 1998, Zielstorff 1998)*
- Jeder Begriff in der Klassifikation hat einen eindeutigen Identifier *(Zielstorff 1998)*
- Reliabilität und Validität der Konzepte *(Gordon 1998)*

Granularität von Pflegeklassifikationen und ihre Bedeutung

Definition: Semantische Schärfe/Genauigkeit eines sprachlichen Ausdrucks (Linguistik), Grad der Aggregation von Daten (Informatik)

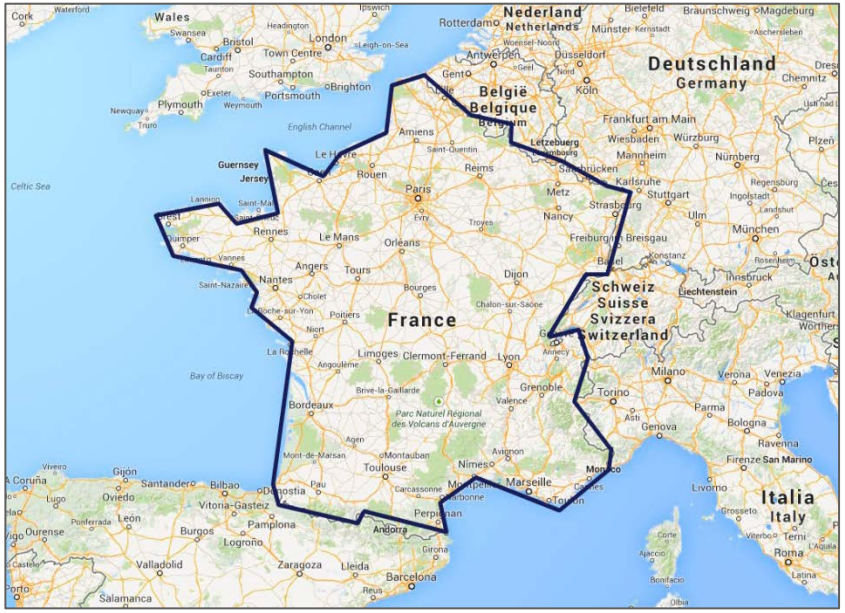
Grobe Granularität:

Stimmt die Aussage „*Frankreich ist sechseckig*“?

Thieme

RECOM

Granularität von Pflegeklassifikationen und ihre Bedeutung



Feine Granulierung:

Bei einer detaillierten und feinen Beschreibung von Frankreich bezüglich der Form wäre die Aussage, Frankreich hat die Form eines Sechsecks, falsch.

Anforderungen an Pflegeklassifikationen - Granularität

“Ob Pflegeklassifikationssysteme eine ausreichende Granularität aufweisen, um die Pflegepraxis adäquat zu erfassen, ist umstritten.”

(vgl. Moss et al. 2005)

“Presence of terms that represent a fairly coarse— and hence somewhat ambiguous and inconsistent —level of data abstraction that often blurs many of the clinical details essential to accurately capturing nursing practice in a ‘data-reuse-friendly’ form”

(vgl. Henry Bakken & Mead 1997)

Zurück zu Herrn Konrad

- 82 Jahre
- Hypoglykämisches Koma
- Starke Sehbehinderung
- Lebt alleine
- Kurzatmigkeit bei Belastung
- Ehefrau ist verstorben
- Diabetes mellitus
- Insulintherapie mit Depot- und Altinsulin
- FreeStyle-Blutzuckermessgerät und PEN
- Körpergröße 178 cm, Körpergewicht 76 kg, BMI 24
- Äußert Unsicherheit bei der BZ-Messung u. Interpretation
- Kann den PEN nicht zuverlässig bedienen
- Beeinträchtigte Fingerfertigkeit
- Wendet das Spritzschema nicht adäquat an
- Verzögerte Lernfähigkeit
- Kann IE nicht zuverlässig einstellen
- Äußert Probleme, die Insulintherapie in den Tagesablauf zu integrieren
- Kennt den Unterschied der Insuline nicht
- Tägl. Mittagstisch bei der Schwiegertochter

Welche ENP-Pflegediagnose kann genutzt werden?

Der Pflegeempfänger hat das **Risiko der Hyper- / Hypoglykämie**

Es besteht aufgrund verschiedener/sonstiger Faktoren – mit Ausnahme des Spät-Dumping-Syndroms – das Risiko einer Abweichung der Glukosekonzentration im Blut vom physiologischen, dem Lebensalter entsprechenden Normwert auf über 140 mg/dl nach dem Essen (Hyperglykämie bei Kindern und Erwachsenen), bzw. auf unter 50 mg/dl (Hypoglykämie bei Kindern und Erwachsenen)

Der Pflegeempfänger hat aufgrund **fehlender Informationen / Fertigkeiten** im Umgang mit **Diabetes mellitus / Hypo- / Hyperglykämie** ein **Risiko der unwirksamen Therapie**

Es besteht aufgrund von unzureichendem oder nicht vorhandenem internen und externen Wissen und/oder unzureichenden Kompetenzen und Fähigkeiten mit Bezug auf die Erkennung, die Handhabung und Kontrolle der auf Insulinresistenz oder -mangel beruhenden Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus sowie von Entgleisungen des Glukoseanteils im Blut von den physiologischen Normwerten (Hypoglykämie: < 60 mg/dl; Hyperglykämie: > 110 mg/dl nüchtern bzw. > 140 mg/dl nach einer Mahlzeit) das Risiko der Ineffektivität ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und anderer Interventionen zur Früherkennung, Verhütung oder Heilung blutzucker- und/oder Diabetes-mellitus-bezogener Krankheiten und Störungen

Welche ENP-Praxisleitlinie kann genutzt werden?

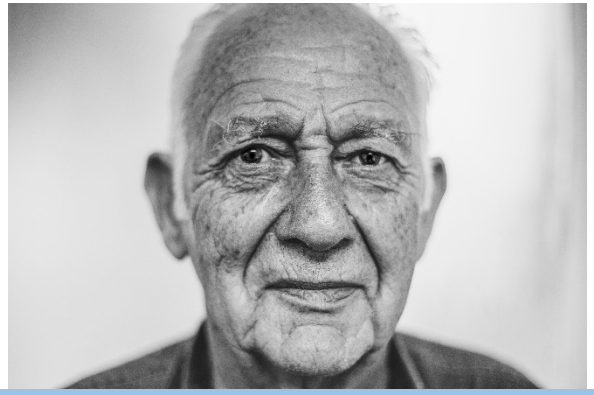


Bild: Pixabay

Pflegediagnose	Pflegeziel	Pflegemaßnahmen
Herr Konrad hat aufgrund fehlender Informationen/Fertigkeiten im Umgang mit Diabetes mellitus/Hypo-/Hyperglykämie ein Risiko der unwirksamen Therapie	Ist in die Therapie-entscheidungen einbezogen und ist mit der Therapieempfehlung einverstanden	Interdisziplinäre Fallkonferenz einberufen und Klären alternativer Diabetestherapien unter Einbeziehung der pflege-diagnostischen Erkenntnisse
Kennzeichen • Ermittelt BZ-Werte teilweise falsch • Berichtet über Schwierigkeiten bei der Berechnung der Insulin-dosis nach dem Spritzenschema • Berichtet über Schwierigkeiten, die Therapie-/Behandlungs-vereinbarung in den Alltag zu integrieren **Ursachen** Komplexes Behandlungsregime, Fingerfertigkeit fehlt, beeinträchtigte Lernfähigkeit	Kann die Diabetestherapie gut in den Lebensalltag integrieren	Beratungsgespräch über alternative Versorgungs- und Unterstützungs-möglichkeiten bei der Diabetestherapie in der häuslichen Umgebung Schulungsangebote, die auf die alters-bedingten Einschränkungen abgestimmt sind Angehörigengespräch zur Abklärung einer möglichen Übernahme der Insulininjektion Planung der poststationären Hausbesuche durch die Diabetesfachkraft, um mögliche Versorgungsdefizite oder Verbesserungen einzuleiten (nach der Reha)

Welche NANDA-I-Pflegediagnose kann genutzt werden?

Gefahr eines instabilen Blutglukosespiegels
(2006, 2013; LOE 2.1)

Definition
Risiko einer Abweichung des Blutglukose/-zuckerspiegels vom Normbereich, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte.

Unwirksames Gesundheitsmanagement
(1994, 2008; LOE 2.1)

Definition
Verhaltensmuster zur Steuerung und Integration eines Therapieregimes zur Behandlung einer Krankheit und deren Folgen in das tägliche Leben, welches unzureichend zum Erreichen von speziellen Gesundheitszielen ist.

Quelle: Herdman & Kamitsuru 2016

Welche NANDA-I-Pflegediagnose kann genutzt werden?

Bild: Pixabay

Pflegediagnose	Pflegeziel	Pflegemaßnahmen
Unwirksames Gesundheitsmanagement	?? (*eigene Formulierung oder Nutzung eines weiteren Pflegeklassifikationssystems*)	?? (*eigene Formulierung oder Nutzung eines weiteren Pflegeklassifikationssystems*)
Bestimmende Merkmale • Schwierigkeiten mit dem angeordneten Therapieregimes • Unvermögen, das Therapieregime in das tägliche Leben zu integrieren • Unvermögen, Maßnahmen zu ergreifen, welche die Risikofaktoren reduzieren **Beeinflussende Faktoren** • Komplexes Therapieregime	??	??

Welche POP-Pflegediagnose kann genutzt werden?

Behandlungsempfehlungen, Handhabung beeinträchtigt

Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch beeinträchtigt ist, ein pflegerisches, medizinisches und/oder therapeutisches Behandlungsprogramm und dessen Auswirkungen in den Alltag zu integrieren.

Quelle: Stefan et al. 2013:761

Welche POP-Pflegediagnose kann genutzt werden?

Bild: Pixabay

Pflegediagnose	**Pflegeziel** (Achtung: außerhalb der Klassifikation)	**Pflegemaßnahmen** (Achtung: außerhalb der Klassifikation)
Behandlungsempfehlungen, Handhabung beeinträchtigt	Äußert Bereitschaft, Unterstützung in Anspruch zu nehmen	Einplanung der Behandlungsempfehlungen im Tagesablauf
Ätiologie • Beeinträchtigte Fertigkeiten für die Umsetzung erforderlicher Maßnahmen • Beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten **Symptome** • Inadäquate Handhabung von Hilfsmitteln • Nichteinhaltung von Vereinbarungen	Bezugsperson unterstützt fachgerecht die Umsetzung der Behandlungsempfehlungen	Besprechen verfügbarer Ressourcen Einbeziehen der Bezugsperson Anleiten/Schulen der Bezugsperson

Feine versus grobe Granularität

Die **Granularität** (lat. granum 'Korn') eines sprachlichen Ausdrucks gibt Auskunft über dessen (semantische) Schärfe (Ausdruckskraft, Eindeutigkeit der Terme).

fein — **Granularität** — **grob**

...hat aufgrund **fehlender Informationen / Fertigkeiten** im Umgang mit **Diabetes mellitus / Hypo- / Hyperglykämie** ein Risiko der unwirksamen Therapie

Kennzeichen:

- Ermittelt BZ-Werte teilweise falsch
- Berichtet über Schwierigkeiten bei der Berechnung der Insulin-dosis nach dem Spritzenschema
- Berichtet über Schwierigkeiten, die Therapie-/Behandlungs-vereinbarung in den Alltag zu integrieren

Unwirksames Gesundheitsmanagement

Bestimmende Merkmale:

- Schwierigkeiten mit dem angeordneten Therapieregimes
- Unvermögen, das Therapieregime in das tägliche Leben zu integrieren
- Unvermögen, Maßnahmen zu ergreifen, welche die Risikofaktoren reduzieren

Behandlungsempfehlungen, Handhabung beeinträchtigt

Symptome

- Inadäquate Handhabung von Hilfsmitteln
- Nichteinhaltung von Vereinbarungen

Aufbau, Entwicklung und Struktur von ENP

Die Entwicklungsschritte von ENP

Phase 1 (1989-1998) – induktive Entwicklung: Pflegepläne für Patienten (n=2138) in verschiedenen Settings erstellt durch Lehrpersonen für Pflegeberufe, Auszubildende und Pflegepersonen der Fachstation, anschließender fachlicher Abgleich mit Literatur und Konsens im Lehrerteam, Ausweitung der Erarbeitung in mehreren Teams der Lehrerarbeitsgemeinschaft; **1994** erste Katalogveröffentlichung; **1996** erste Softwareanwendung mit ENP

Phase 2 (1998 bis heute) – Anwenderrückmeldungen, systematische Literaturarbeit und Validierungsarbeiten zur Weiterentwicklung von ENP: 2001 erste Forschungsarbeit mit ENP, seitdem kontinuierliche Forschungsaktivität auf Basis von Inhalts- und Kriteriumsvaliditätsprüfungen

Phase 3 (2005-2009) – Aufbau und Überführung der ENP-Praxisleitlinien in Klassifikationsstrukturen: Hauptaufgabe war es hier, die Dopplungen von z.B. Kennzeichen, Ursachen abzubauen und die Items monohierarchisch zu ordnen.

Phase 4 (seit ca. 2008) – Übersetzung der Terminologie in drei Zielsprachen: Englisch, Französisch, Italienisch (Spanisch in Vorbereitung)

ENP-Version 2.10

ENP: sektorenübergreifend einsetzbar

- Die Patientin hat aufgrund eines Venenkatheters/einer Infusions-therapie das Risiko von Komplikationen
  Ursache: ZVK
- Die Patientin hat aufgrund eines liegenden, rückenmarksnahen Katheters das Risiko von Komplikationen (Diskonnektion/Meningitis/Infektion/Katheterokklusion)

- Der Patient hat aufgrund einer Gelenkoperation eine postoperative Bewegungseinschränkung, es besteht das Risiko einer Kontraktur
- Der Patient hat aufgrund einer Bewegungseinschränkung einen reduzierten venösen Rückfluss, es besteht das Risiko einer Thrombose

- Die Patientin ist infolge eines demenziellen Syndroms in der Tages-/ Lebensgestaltung beeinträchtigt
- Die Patientin zeigt Weglauftendenzen, es besteht das Risiko der Selbstgefährdung

Gliederung in **drei Teilbereiche**

- ENP… als ein **Pflegeklassifikationssystem** für insgesamt sieben Konzeptgruppen, die den **gesamten Pflegeprozess** umfassen

- ENP… als **Präkombination** aus den Elementen dieses Pflegeklassifikations-systems

Bilder: www.istockphoto.com

- ENP… als die aus der Präkombination entwickelten **Praxisleitlinien**

ENP klassifiziert

ENP-Pflegediagnosen

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Definition: Fähigkeit, seinen Körper pflegen, waschen zu können sowie eine angemessene Kleidung wählen und anziehen zu können.

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Definition: Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen.

Pflegediagnose: Der Bewohner kann sich aufgrund einer **Hemiplegie/-parese** nicht selbstständig waschen

Definition: Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund der fehlenden/reduzierten Kontraktionskraft der Muskeln/Muskelgruppen einer Körperhälfte, den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen.

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Mundpflege

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Fuß- …

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Haarpflege

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Kleiden

RECOM

ENP klassifiziert

ENP-Pflegeziele

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Definition: Pflegeergebnisse, die im Rahmen der Körperpflege, des Waschen sowie des Kleidens erreicht werden

Kategorie: Ist-Zustand
Körperwaschung

Definition: Beschreibt Ist-Zustände bezogen auf Selbstfürsorgefähigkeiten, Empfindungen, Verhaltensweisen, Reaktionen, die durch Pflegemaßnahmen im Bereich Körperpflege erreicht werden können.

Pflegeziel: Kann sich den Oberkörper selbstständig waschen und abtrocknen

Skalierung (5): Kann sich den **Oberkörper** selbstständig **waschen und abtrocknen**

Skalierung (4): Kann sich den Oberkörper unter Einsatz von **Hilfsmitteln** und/oder **verlängerter Waschzeit** (> 7 Min.) selbstständig waschen und abtrocknen

Skalierung (3): Kann den Oberkörper unter **verbaler Anleitung** und **Anreichung** von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen

Skalierung (2): Kann den Oberkörper **teilweise selbstständig** waschen und abtrocknen, Pflegeperson übernimmt schwer erreichbare Körperstellen

Skalierung (1): Ist in der Ausführung der Oberkörperwaschung **voll abhängig**

ENP-Pflegediagnosen sind prä-kombiniert

Pflegeproblem + **Ursachen/Ätiologie**

Beeinträchtigte Wundheilung

Diabetisches Fußsyndrom

oder

Kennzeichen/Symptome

ENP - Pflegediagnose

Der Patient hat ein **diabetisches Fußsyndrom (DFS)**, es besteht eine erschwerte Wundheilung

Beispiel: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung in verschiedenen Ausprägungen

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Definition: Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen.

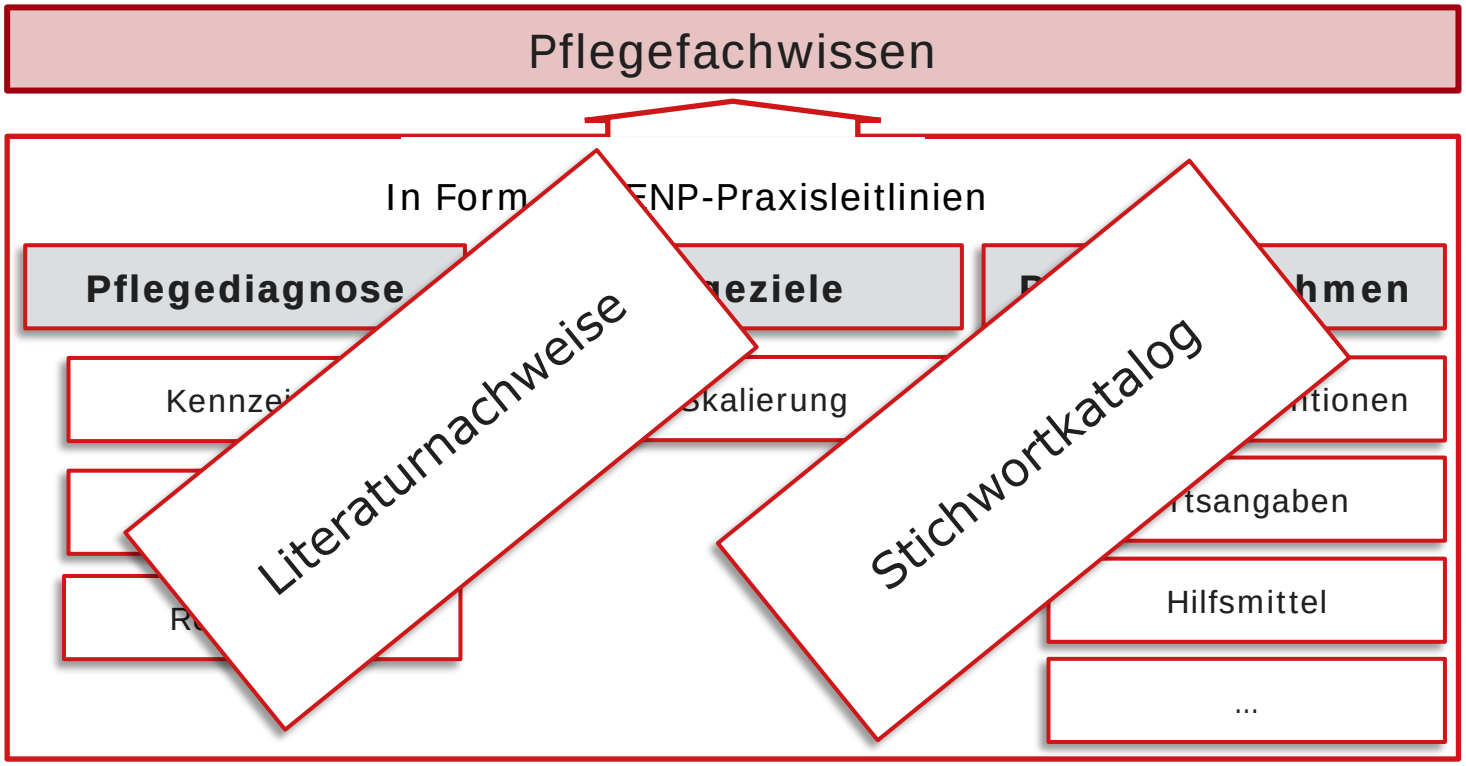
Pflegediagnose: Der Bewohner kann sich aufgrund einer **Hemiplegie/-parese** nicht selbstständig waschen

Definition: Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund der fehlenden/reduzierten Kontraktionskraft der Muskeln/ Muskelgruppen einer Körperhälfte, den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen.

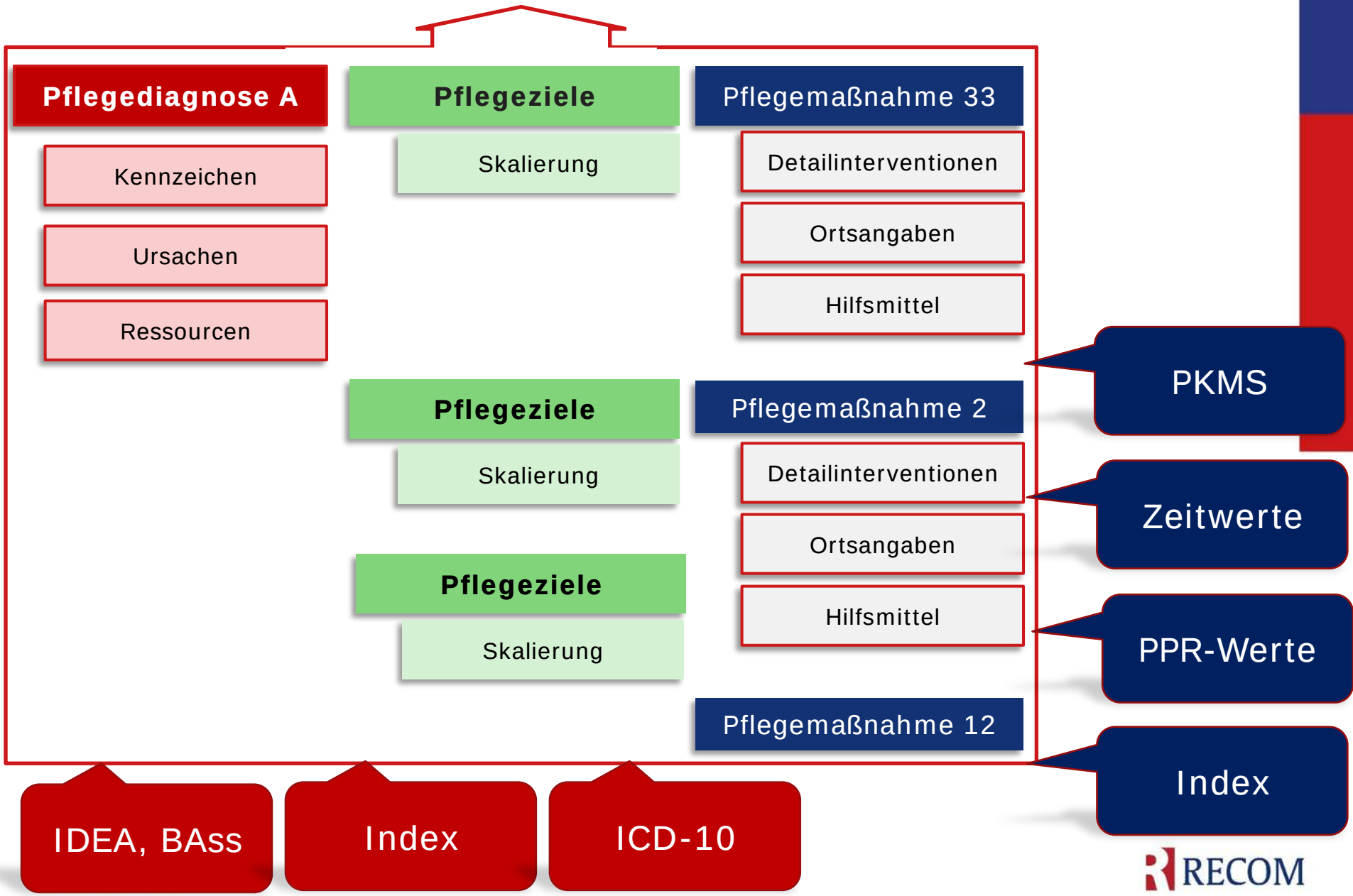
Pflegediagnose: Der Bewohner kann aufgrund von **Desorientierung** die **Körperwaschung nicht selbstständig gestalten**

Definition: Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund einer beeinträchtigten mentalen Funktion der Selbstwahrnehmung (welche erforderlich ist, um sich zeitlich, örtlich, situativ und/oder zur eigenen Person orientieren zu können), den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen.

ENP klassifiziert das Fachwissen analog dem Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsprozess in Form von **Praxisleitlinien**



Verknüpfungen zu anderen Konzepten/Instrumenten



RECOM

Anzahl der Items in den ENP-Gruppen

Begriffe/Konzepte der Gruppe	Anzahl 2.5	Anzahl 2.6	Anzahl 2.7	Anzahl 2.9	Aktuell 2.10
Pflegediagnosen	521	542	548	552	**557**
Kennzeichen	2.230	2.719	2.905	3.984	**4.243**
Ursachen	1.799	2.282	2.426	3.526	**3.802**
Ressourcen	379	457	473	648	**653**
Pflegeziele	1.435	1.683	1.724	1.852	**1.865**
Pflegeinterventionen	2.494	2.511	2.558	2.615	**2.632**
Interventionsspezifikationen	3.652	4.285	4.461	4.797	**5.011**

Herzlichen Dank

...für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

pwieteck@recom.eu

skraus@recom.eu

RECOM GmbH – http://www.recom.eu
ENP Research & Development
Büro Ingolstadt
Lindenstraße 17, 85107 Baar-Ebenhausen

Thieme

RECOM

Literatur

Bakken Henry , S. et al. (1998). A Review of Major Nursing Vocabularies and the Extent to Which They Have the Characteristics Required for Implementation in Computer-based Systems. *JAMIA, Journal of American Medical Informatics Association, 5(4), pp. 321-328.*

Bartholomeyczik, S. (2000). Pflegediagnosen aus einer Perspektive der Pflegewissenschaft. In B. S. Etzel (Ed.), *Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikaton Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version). Entwicklung in der Diskussion. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammerverlag, pp. 53-70.*

Bates, D. W. et al. (2003). A Proposal for Electronic Medical Records in U.S. Primary Care. *JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association, 10(1), pp. 1-10.*

Beckstrand, J. (1980). A Critique of Several Conceptions of Practice Theory in Nursing. *Research in Nursing & Health, 3(2), pp. 69-79.*

Figoski, M. R. & Downey, J. (2006). Facility Charging and Nursing Intervention Classification (NIC): The New Dynamic Duo. *Nursing Economic, 24(2), pp. 102-111, 115.*

Fischer, W. (2001). *Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege (2 ed.). Wolfertswil: Zim-Verlag.*

Gordon, M. (1998). Nursing Nomenclature and Classification System Development. *The Online Journal of Issues in Nursing, 3(2). Retrieved from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/NomenclatureandClassification.aspx (Accessed: 16.01.2018).*

Gordon, M. (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis (3. ed.). München; Jena: Urban & Fischer.*

Gordon, M. (2010). *Manual of Nursing Diagnosis (12 ed.). Burlington: Jones and Bartlett Publishers International.*

Halloran, E. J. & Kiley, M. (1987). Nursing dependency, diagnosis-related groups, and length of hospital stay. *Health Care Financing Review, 8(3), pp. 27-36.*

Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). (2006). *HIMSS. Dictionary of Healthcare Information Technology Terms, Acronyms and Organizations. Ohio: HIMSS Healthcare Information and Management Systems Society.*

Henry Bakken, S. & Mead, C. N. (1997). Nursing Classification Systems: Necessary but not Sufficient for Representing "What Nurses Do" for Inclusion in Computer-based Patient Record Systems. *JAMIA, Journal of American Medical Informatics Association, 4(3), pp. 222-232.*

Literatur

Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2016). *NANDA International, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017 (1. ed.). Kassel: RECOM.*

Höhmann, U. (1999). Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft, 4(1), pp. 8-13.*

Huneke, M. J. (2000). Berufspolitische Relevanz von Begriffsbildung in der Pflege. In B. S. Etzel (Ed.), *Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP-Beta-Version). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer GmbH, pp. 38-52.*

Jerant, A. F., Azari, R., & Nesbitt, T. S. (2001). Reducing the Cost of Frequent Hospital Admissions for Congestive Heart Failure: A Randomized Trial of a Home Telecare Intervention. *Medical Care, 39(11), pp. 1234-1245.*

Käppeli, S. (1999). Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege? *Pflege, 12(3), pp. 153-157.*

Lavin, M. A. et al. (2004). Contexts for the Study of the Economic Influence of Nursing Diagnoses on Patient Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 15(2), pp. 39-47 (38 ref).*

Lunney, M. (2008). Cirtical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. *13(1). Retrieved from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.aspx (Accessed: 22.03.2017).*

Mittelstraß, J. (Ed.). (1995). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.*

Moss, J. A., Damrongsak, M., & Gallichio, K. (2005). Representing critical care data using the clinical care classification. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive, pp. 545-549.*

Nielsen, G. H. & Mortensen, R. A. (1996). The architecture for an International Classification for Nursing Practice (ICNP). *International Nursing Review, 43(6), pp. 175-182.*

Reuschenbach B. & Mahler C. (Eds.). (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern: Huber.*

Roberts, J. & DiCenso, A. (1999). Identifying the best research design to fit the question. Part 1: quantitative designs. *Evid Based Nurs, 2(1), pp. 4-6.*

Literatur

Schrems, B. (2008). Theorie und Evidenz: Das wissenschaftliche Fundament der Pflegediagnostik. *Österreichische Pflegezeitschrift 05, pp. 15-22.*

Stefan, H. et al. (2013). *POP. PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen (2. ed.). Wien: Springer.*

Titler, M. et al. (2005). Cost of hospital care for elderly at risk of falling. *Nurs Econ, 23(6), pp. 290-306, 279.*

Van Maanen, H. (2002). Pflegefachsprache. Eine Herausforderung für die selbstbewusste, moderne Pflege-Professionals. *Österreichische Pflegezeitschrift, 55(11), pp. 20-25.*

von Krogh, G. & Naden, D. (2008). A nursing-specific model of EPR documentation: organizational and professional requirements. *Journal of Nursing Scholarship, 40(1), pp. 68-75. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00208.x*

Wieteck, P. (Ed.). (2004). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden (1. ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.*

Wieteck, P. (2005). Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. *Pflege & Gesellschaft, 10(3), pp. 115-124.*

Wieteck, P. (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP (2 ed.). Kassel: RECOM.*

Wieteck, P. (Ed.). (2014). *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege. Formulierungshilfen für Ausbildung und Praxis. Kassel: RECOM.*

Wieteck, P., Seitz, B., & Sommerfeld, W. (2012). Exakt dokumentieren - korrekt abrechnen. *Die Schwester/Der Pfleger, 51(10), pp. 1026-1033.*

Zielstorff, R. D. (1998). Characteristics of a good nursing nomenclature from an informatics perspective. *Online Journal of Issues in Nursing, 13(2).*