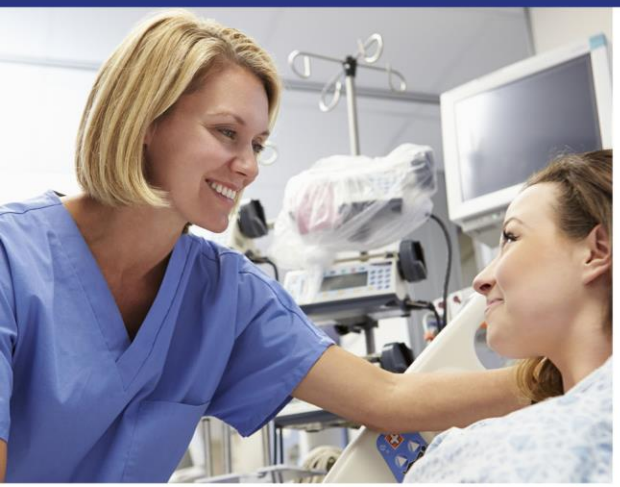
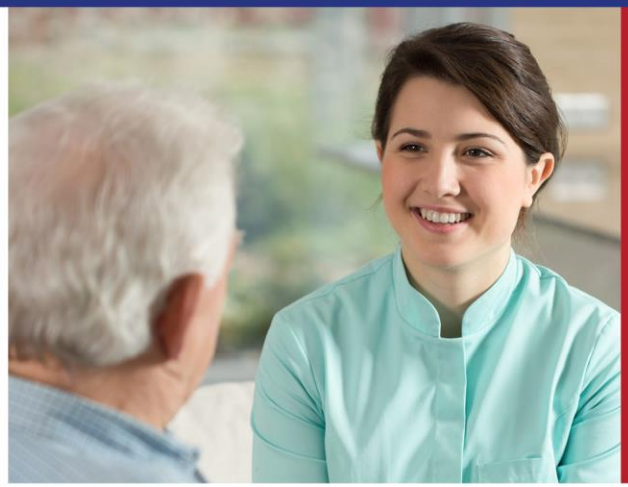
# Kernkompetenz Pflegediagnostik – neue Anforderungen an die Pflegeausbildung





Dr. Pia Wieteck

Sebastian Kraus, M. Sc.

Kongress Pflege
Berlin | 25. – 26.1.2019

Springer Pflege

Thieme

RECOM

# Übersicht WS 12

1. Die generalistische Ausbildung als Chance für die Pflege
2. Was bedeuten die neuen gesetzlichen Anforderungen für die Praxis? Konsequenzen für Ausbildung, Praxisanleitung und Lehre
3. Pflegediagnostik in der Lehre und Fachpraxis
4. Wie kann der Einsatz von Pflegeklassifikationssystemen die Lehre unterstützen

# 1 Pflegeberufegesetz 2020 - was ist neu?

**3 jährige Pflegeausbildung**

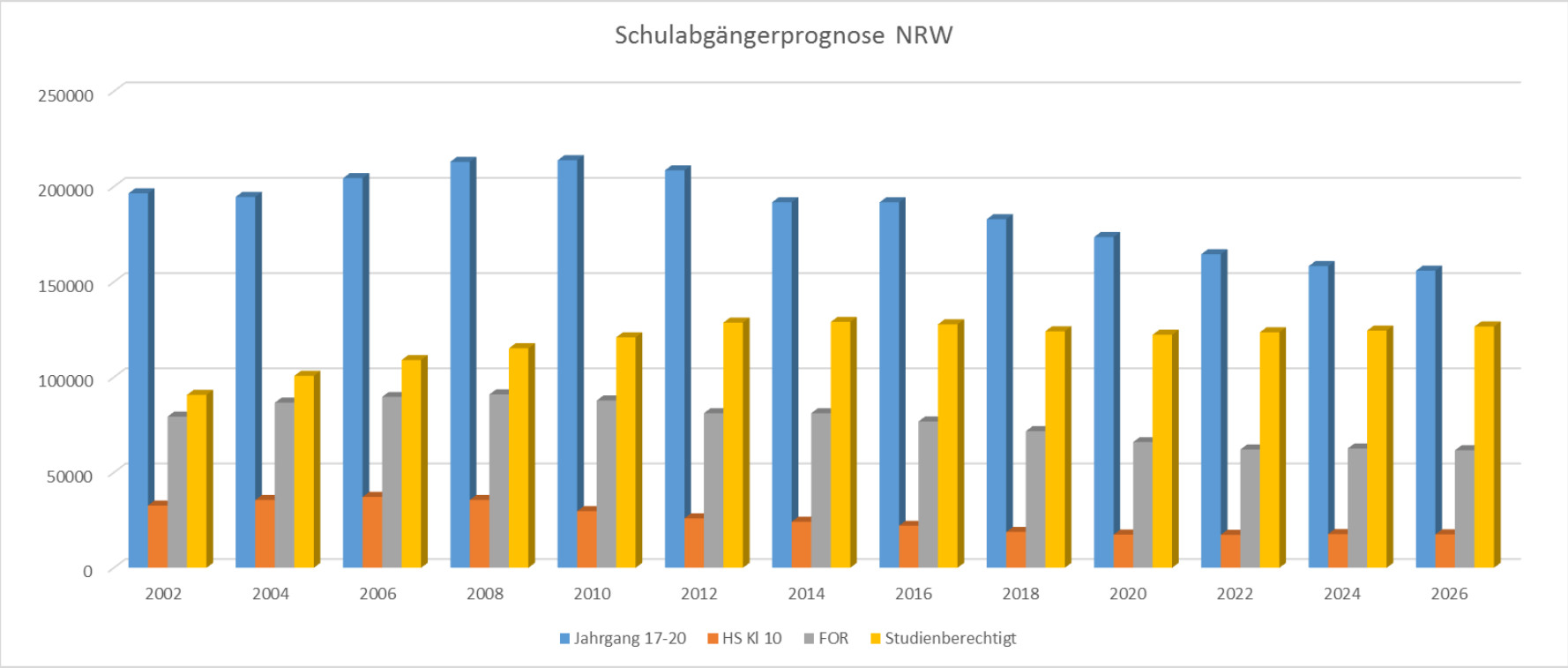
- 2 Jahre gemeinsame - generalistische - Ausbildung
- 3. Jahr mit Wahlmöglichkeiten:
  - Generalistische Ausbildung mit Vertiefungseinsätzen
  - Spezielle Ausbildung Altenpflege in Theorie und Praxis
  - Spezielle Ausbildung in Kinderkrankenpflege in Theorie und Praxis
- Berufsbezeichnungen entsprechend: Pflegefachmann/frau, Altenpfleger(in), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(in)

**3 jähriges Bachelorstudium**

- Primärqualifizierende Hochschulausbildung mit erweitertem Ausbildungsziel
- Generalistische Ausbildung
- Berufsbezeichnung: Pflegefachmann/frau BA

# 1 Schulabgängerprognose NRW

Die Zahl der Schulabgänger mit einer „Hochschulberechtigung" wächst!



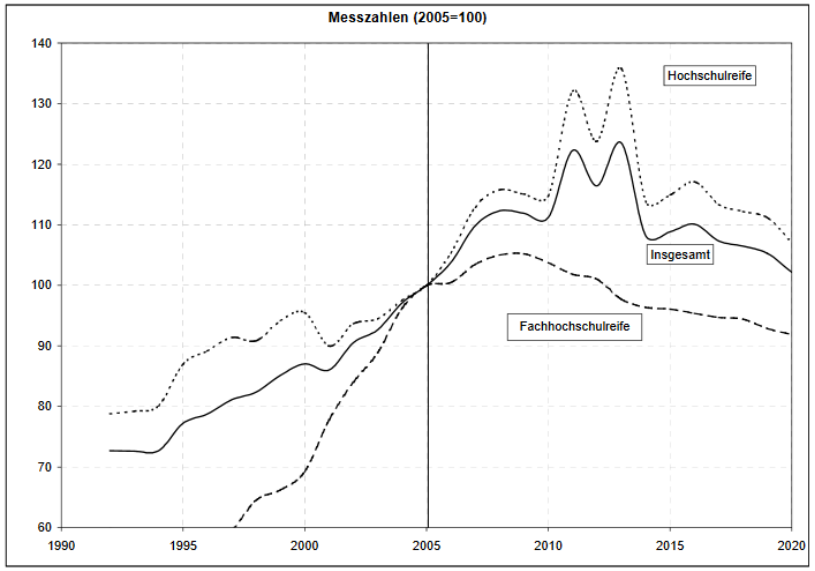

Schulministerium NRW 2014

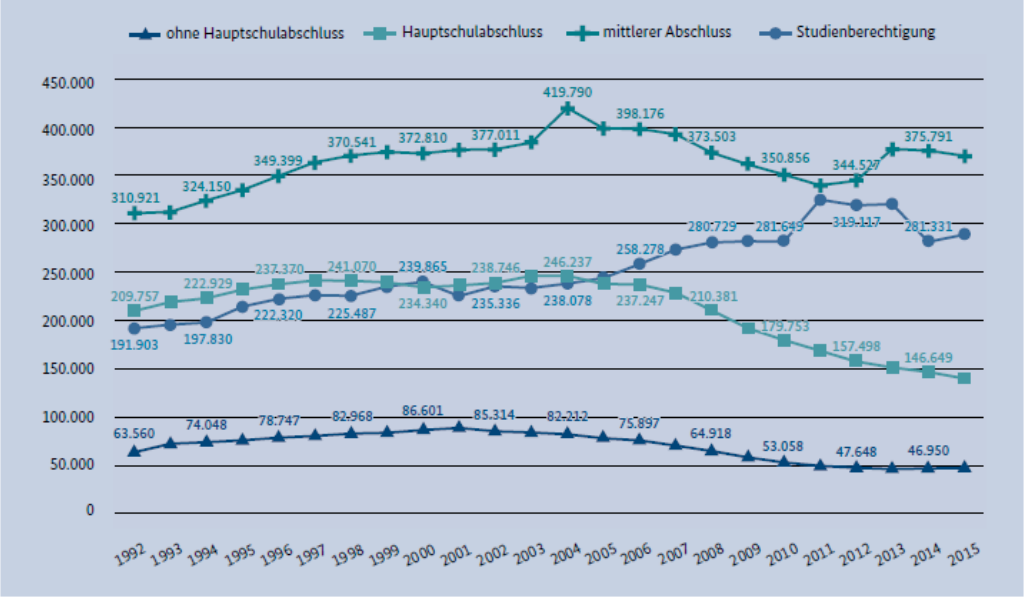
Quelle: Folienvortrag Thomas Kutschke 2017 Die moderne Pflegeausbildung anlässlich einer BV Tagung

# 1 Schulabgängerprognose - Entwicklung

Die Zahl der Schulabgänger mit einer „Hochschulberechtigung" wächst!

Grafik 5.9 **Absolventen 1992 bis 2020, alle Schulen mit Fachhochschul- und Hochschulreife**




Quelle: StBA, Bildung und Kultur – Allgemeinbildende Schulen, Fachserie 11, Reihe 1

STATISTISCHE VERÖFFENTLICHUNGEN DER KULTUSMINISTERKONFERENZ
NR. 182 – Mai 2007
Bearbeitet im Sekretariat der Kultusministerkonferenz
https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_05_01-Vorausberechnung-Schueler-Absolventen-05-2020.pdf

Berufsbildungsbericht 2017;
https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2017.pdf

# 1 Vorbehaltene Tätigkeiten

- Vorbehaltene Tätigkeiten sind in § 4 geregelt. Für den Pflegebereich werden damit erstmals bestimmte berufliche Tätigkeiten, die dem Pflegeberuf nach diesem Gesetz vorbehalten sind (also nur von entsprechend ausgebildetem Personal ausgeführt werden dürfen) geregelt.

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2018

- Kernkompetenz Pflegediagnostik…

**Anlage 2**
(zu § 9 Absatz 1 Satz 2)

Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 9
zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann

I. **Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.**

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und –Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2.10.2018

# 1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pfl-APrV) vom 2. Oktober 2018

- Inkrafttreten zum 1. Januar 2020; §§ 50 bis § 60 sind bereits in Kraft getreten
- In den Anlagen 1 bis 5 werden die Kompetenzen für die staatlichen Prüfungen definiert…

| **Themenbereich I** | **900 bis 1000 Std. gesamt** |
|---|---|
| **Die Pflege von Menschen aller Altersgruppen verantwortlich planen, organisieren, gestalten und evaluieren** | |
| **Kompetenzen:** | |
| | Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, steuern und evaluieren. |
| | Pflegeprozesse und Pflegediagnostik einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen aller Altersgruppen mit gesundheitlichen Problemlagen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, steuern und evaluieren. |
| | Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, steuern und evaluieren. |
| | In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln. |
| | Menschen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten. |
| | Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern. |

# 1 Praxisanleiter – praktische Ausbildung

## § 3 Praktische Ausbildung

(1) Während der praktischen Ausbildung nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 sind die Kompetenzen zu vermitteln, die zur Erreichung des Ausbildungszieles […] erforderlich sind.

## § 4 Praxisanleitung

(3) Die Befähigung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter ist durch eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und – Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2.10.2018

## § 6 Dauer und Struktur der Ausbildung

(3) …Wesentlicher Bestandteil der praktischen Ausbildung ist die von den Einrichtungen zu gewährleistende Praxisanleitung im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit.

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2018

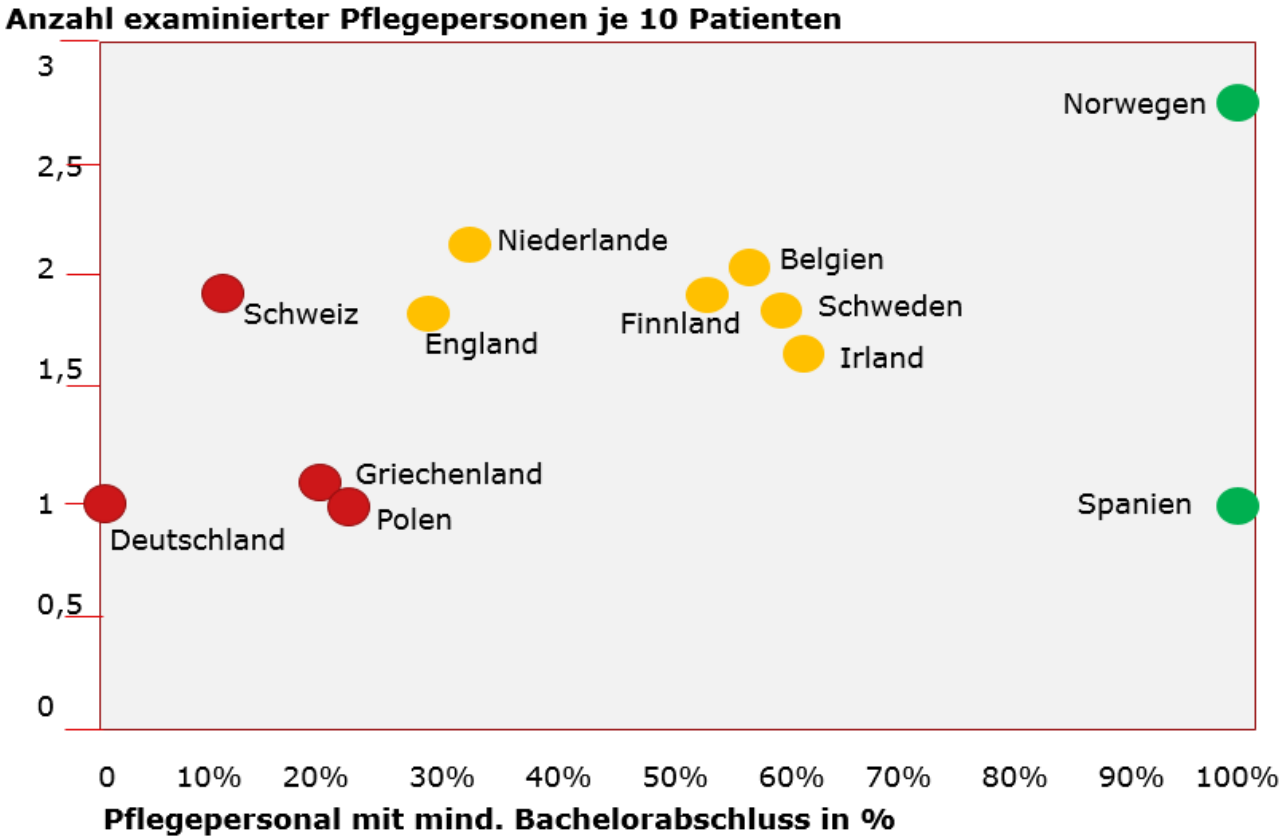
# 1 Chance für die Pflege

a. Attraktive Ausbildungsmöglichkeiten für Hochschulabsolventen durch ein Pflegestudium

b. Exzellent ausgebildetes Pflegepersonal am Bett
   - Hochschulische Pflegeausbildung

c. Förderung der Professionalisierung
   - Vorbehaltsaufgaben der Pflegeberufe
   - Verortung der Pflegediagnostik

# 1 Exzellent ausgebildetes Pflegepersonal und Outcome




Forscher berichten über eine 7%-Reduktion der Sterberate pro 10% Mitarbeiteranteil mit Bachelorabschluss (L. H. Aiken et al., 2014)

# 2 Was bedeuten die neuen gesetzlichen Anforderungen für die Praxis? Konsequenzen für Ausbildung, Praxisanleitung und Lehre

Vermittlung der Kernkompetenz Pflegediagnostik

Anforderungen an die Vermittlung von Pflegediagnostik in der Lehre

Voraussetzungen der Lehrpersonen

Fallorientierte Didaktik

# 2 Pflegediagnostik in der Ausbildung

**Gesetzlicher Rahmen ab 2020**

Vermittlung der Kernkompetenz Pflegediagnostik und Pflegeprozess in akuten und dauerhaften Pflegesituationen…, siehe PflAPrV

**Professionalisierungsaspekt**

- Zuständigkeitsbereiche definieren und monopolistische Privilegien der Berufsgruppe sichern
- Ausdruck selbstverantworteter Urteile/Interpretationen
- die Umsetzung setzt eine anspruchsvollere, längere theoriebasierte Ausbildung voraus in der der Wissenskörper der Berufsgruppe vermittelt wird (Höhmann 1999:13)
- Sichtbarkeit pflegerischen Wissens, Könnens und Handelns
- Schafft Argumentationsgrundlagen in der interdisziplinären Zusammenarbeit

**Prägt pflegerische Haltung/Handlung**

- Fördert problemorientiertes Handeln
- Stärkt eine reflektive Haltung
- Grundlage für evidenzbasiertes Arbeiten

# 2 Hürden Pflegediagnostik umzusetzen

**Einfaches Handlungsmodell in der Pflegepraxis**

Sowohl im Krankenhaus, als auch im Heimbereich ist ein pflegediagnostischer Prozess nicht verortet!
Siehe z.B. epA-AC und LEP **ODER** SIS

**Geringe eigene Übung/Erfahrung der Lehrenden**

Wenn Lehrende Pflegediagnostik selbst kennengelernt haben, dann in der Regel theoretisch an didaktischen Fallbeispielen…

**Vermittlung ist eine Herausforderung**

Wenig didaktische Hilfen….
Eingeschränkter Rahmen für Fallarbeit…

# 2 Voraussetzungen der Lehrpersonen/Praxisanleiter

Eigene Einstellung zur Pflegediagnostik

Für das Thema brennen…

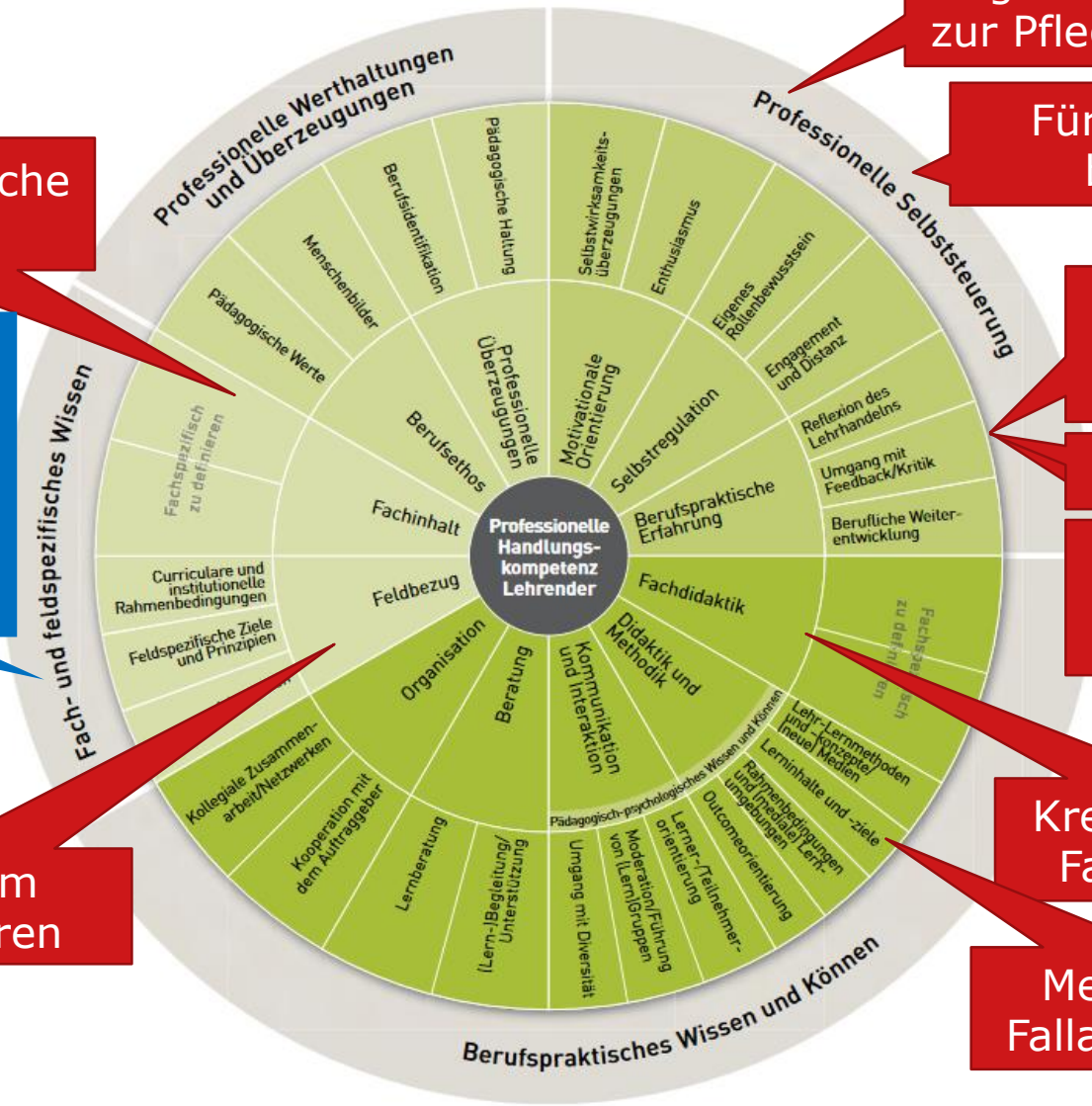
Pflegediagnostische Kompetenz

Rahmenbedingungen:
- Zeit
- EDV
- Feldzugang
- ..

Ambiguität aushalten können

Fehler machen

Sich in Frage stellen lassen können




Kreativität in der Falldarstellung

Erfahrung im Diagnostizieren

Methoden der Fallarbeit kennen

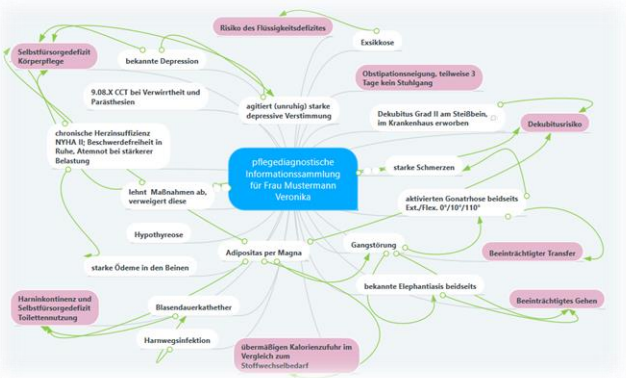
Das GRETA Kompetenzmodell für Lehrende in der Erwachsenenbildung, https://www.die-bonn.de/doks/2016-erwachsenenbildung-02.pdf

# 2 Didaktik – Methodik zur Vermittlung von Pflegediagnostik

Fallarbeit in der Pflege

- Moderationstechniken zur Fallerschließung
- Video
- Theoretische Fallbeschreibungen
- Concept-Maps
- Reflexion basierend auf Fallanalyse
- Fallbearbeitung in der Praxis mit Fallbesprechung und Reflexion

Problemorientierte Strukturierung der Ausbildungsinhalte



# 2 Definitionen: Fallbesprechung

Der Fall:

- Eine Situation, in der mehrere Faktoren zusammenwirken und dieses Zusammenwirken einer (pflegefachlichen) Auslegung bedarf
  - weil sie so oder anders wahrgenommen, erfahren, gelöst werden kann,
  - weil sie nicht deutlich ist, d.h. keinen Sachverhalt darstellt und
  - weil sich etwas in unterschiedlicher Weise verhalten/entwickeln kann.

Die Fallarbeit:

- Ist eine Erkenntnisarbeit, bei der Sichtweisen zu einer Situation aus verschiedenen Wissensquellen zu einem Ein-/Verständnis gebracht werden.

Die Fallbesprechung:

- Mehrere handelnde Personen besprechen die Situation eines Falles und deuten diese

Schrems, B. (2013): Fallarbeit in der Pflege. Facultas: Wien

2

# Vorteile der Fallarbeit im Unterricht / in der Vorlesung

- Fördert das selbstständige Kennenlernen von Sachzusammenhängen im hohen Maße
- Gibt Impulse zum eigenständigen Nachforschen zu einer Fragestellung, fehlende Kenntnisse, Informationslücken werden identifiziert
- Problemlösungs- und Entscheidungsfindungskompetenz wird gefördert, im besonderen die reflektive Entscheidungsfindung. Die Fähigkeit Entscheidungen zu begründen und nachvollziehbar zu machen, wird gestärkt

**Schrems, B.** (2016). *Fallarbeit in der Pflege* (Vol. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Wien: facultas Universitätsverlag.

2

# Fallstudienarbeit nach Kaiser (1983, S. 21)

- **Case-Incident-Methode:** Die Falldarstellung ist unvollständig und lückenhaft, es fehlen wichtige Informationen, die von den Schülern recherchiert und bewertet werden müssen. → Übungen zur Informationssammlung und zur Bewertung von Informationen
- **Harvard-Methode:** Eine Fallbeschreibung bietet Informationen über eine Problemsituation, die analysiert und mithilfe begründeter Lösungsansätze bearbeitet werden soll. → Übung zur Problemanalyse sowie zur Entwicklung von Lösungsvarianten und Lösungsentscheidungen
- **Case-Problem-Methode**: In dieser Fallvariante werden Informationen über die Problemlage und Problemanalyse bereits vorgegeben. Der didaktische Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung von Lösungsansätzen und der Begründung von Entscheidungen. → Übung zur Entwicklung von Lösungswegen und zur Entscheidungsbegründungen
- **Stated-Problem-Methode:** Die Fallschilderung beinhaltet in dieser Variante fertige Lösungen und Entscheidungen mit den dazugehörigen Begründungen. Diese sollen von den Schülerinnen kritisch bewertet werden. → Übung zur kritischen Bewertung von Problemlösungen und zur Erarbeitung von Lösungsalternativen

Dieterich, Juliane. Fallbasierte Unterrichtsgestaltung  Grundlagen und Konzepte: Didaktischer Leitfaden für Lehrende (Pflege fallorientiert lernen und lehren) (German Edition) (Kindle-Positionen1324-1328). Kohlhammer Verlag. Kindle-Version.

# 2 Fallstudienarbeit nach Kaiser und der Bezug zum Pflegeprozess

| | **Informations-gewinnung** | **Problem-erkennung/ analyse** | **Entscheidung Alternativen begründen** | **Kritisches Reflektieren, Alternativen finden** |
|---|---|---|---|---|
| **Case-Incident-Methode** | Fehlende Informationen zu erschließen wird gelernt | | | |
| **Case-Study-Methode** | | Problemanalyse und Synthese wird geübt | | |
| **Case-Problem-Methode** | | | Verschiedene Lösungsansätze werden entwickelt | |
| **Stated-Problem-Methode** | | | | Bewertung der vorhandenen Lösungen und Entwicklung Begründung von Alternativen |

**Reiber, K. & Dieterich, J.** (Eds.). (2014). *Fallbasierte Unterrichtsgestaltung Grundlagen und Konzepte Didaktischer Leitfaden für Lehrende* (Kindle-Edition ed. Vol. 1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

# 3 Pflegediagnostik in der Lehre und Fachpraxis

Die vier Elemente des pflegediagnostischen Prozesses

- Informationssammlung u. Validierung von Information, Assessmentinstrumente
- Analyse und Interpretation der Daten
- Synthese
- Festlegung der Pflegediagnose

Weitere Elemente des Pflegeprozesses

- Pflegeziele aushandeln
- Pflegemaßnahmen planen, durchführen
- Evaluation

3

# Medizinische Diagnose vs. Pflegediagnose
## Unterscheidungsmerkmale

| Medizinische Diagnosen | Pflegediagnosen |
|---|---|
| Beschreiben die Krankheit selbst | Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er/sie erkrankt, [sowie die Auswirkungen der Krankheit auf die Lebens- / Alltagsgestaltung] |
| Beschreiben Krankheiten und begründen medizinische Behandlungen | Beschreiben das Pflegebedürfnis sowie das Bedürfnis an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen (Pflegebedarf) im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich |
| Betreffen den Patienten als Einzelperson | Beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. Familienprozess, verändert; Coping der Familie, beeinträchtigt) |
| Beziehen sich auf patho-physiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen | Beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse |
| Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte, der medizinischen Arbeit | Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege, der pflegerischen Arbeit |

Thieme

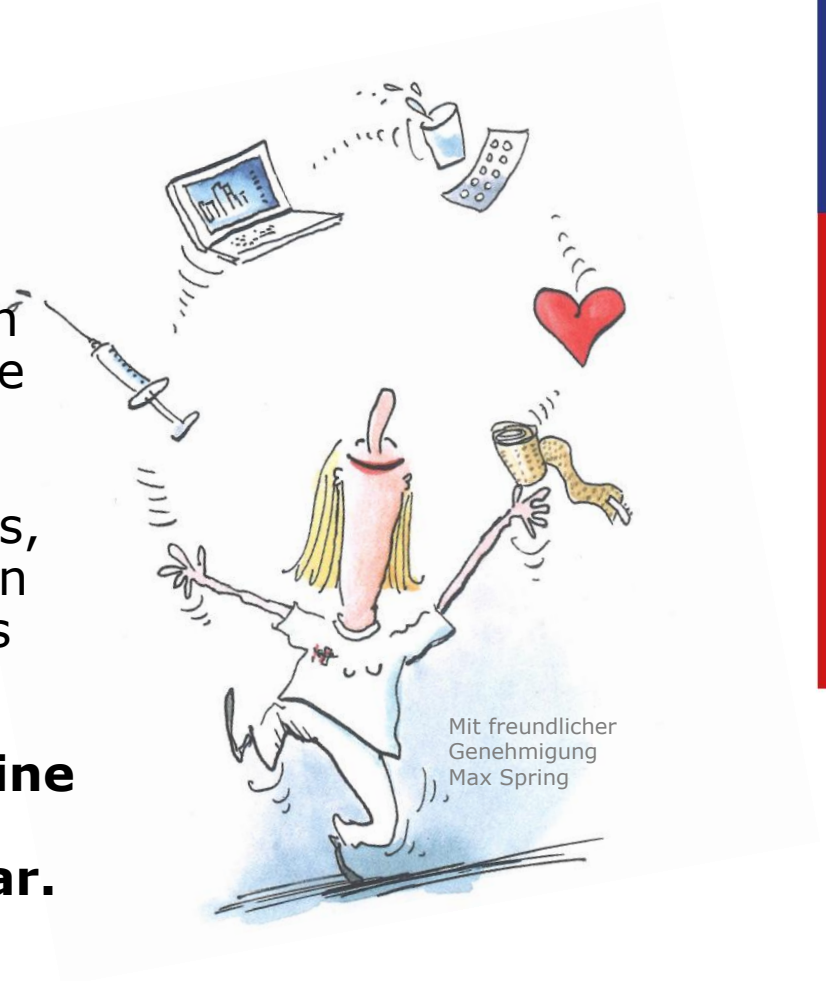
Quelle: In Anlehnung an Stefan, Allmer, Schalek et al.: POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Springer, 2013[2]. S.6

RECOM

# 3 Pflegediagnose(n)

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.**




WICHTIG!

Pflegediagnosen sind Ausgangspunkt pflegerischer Entscheidungsfindung bei der Maßnahmenplanung!



Quelle: WIETECK, P. (ed.) 2014. *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege, Formulierungshilfen für die Ausbildung und Praxis,* Kassel: RECOM Verlag, S. 7.

# 3 Pflegediagnose

Pflegediagnose/-stellung ist sowohl ein **Prozess** als auch ein **Produkt** (Wilkinson, 2012)

- Pflegediagnose bezeichnet eine Phase des Pflegeprozesses
- Der pflegediagnostische Prozess ist ein mehrschrittiger Datensammlungs-, Interpretations- und Folgerungsprozess der Pflegenden (Analyse und Interpretation der Daten)
- Das Endprodukt dieses Schlussfolgerungsprozesses, engl. Diagnostic reasoning (Synthese) ist eine Aussage über den Gesundheitszustand, die als Pflegediagnose bezeichnet wird.
- Um eine pflegediagnostische Aussage zu verfassen, können Pflegende auf Pflegeklassifikationssysteme wie z. B. ENP oder NANDA-I zurückgreifen.

Die Pflegediagnosestellung wird im Berufsalltag tendenziell als ein schwieriger Schritt im Pflegeprozess empfunden.

In Anlehnung an Wilkinson, J. (2012). *Das Pflegeprozess-Lehrbuch*. (J. Georg & J. Fischer, Eds., S. Hinrichs & M. Hermann, Trans.). Bern: Verlag Hans Huber.

# 3 Begriffsdefinitionen

**Diagnostizieren**

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

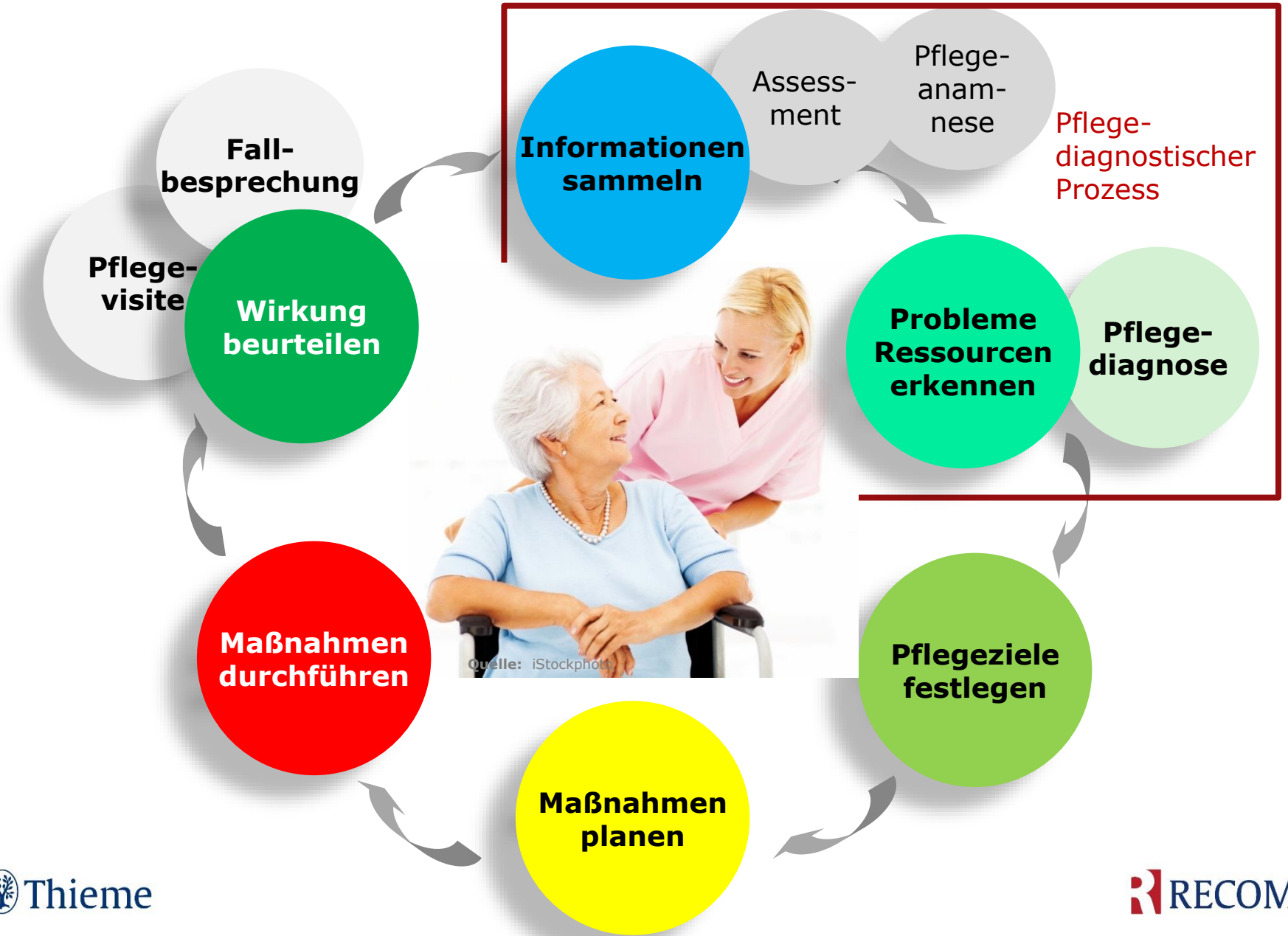
**Pflegediagnose**

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

**Pflege-klassifikationen**

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).

# 3 6-stufiges Pflegeprozessmodell



# 3 Die vier Elemente des pflegediagnostischen Prozesses

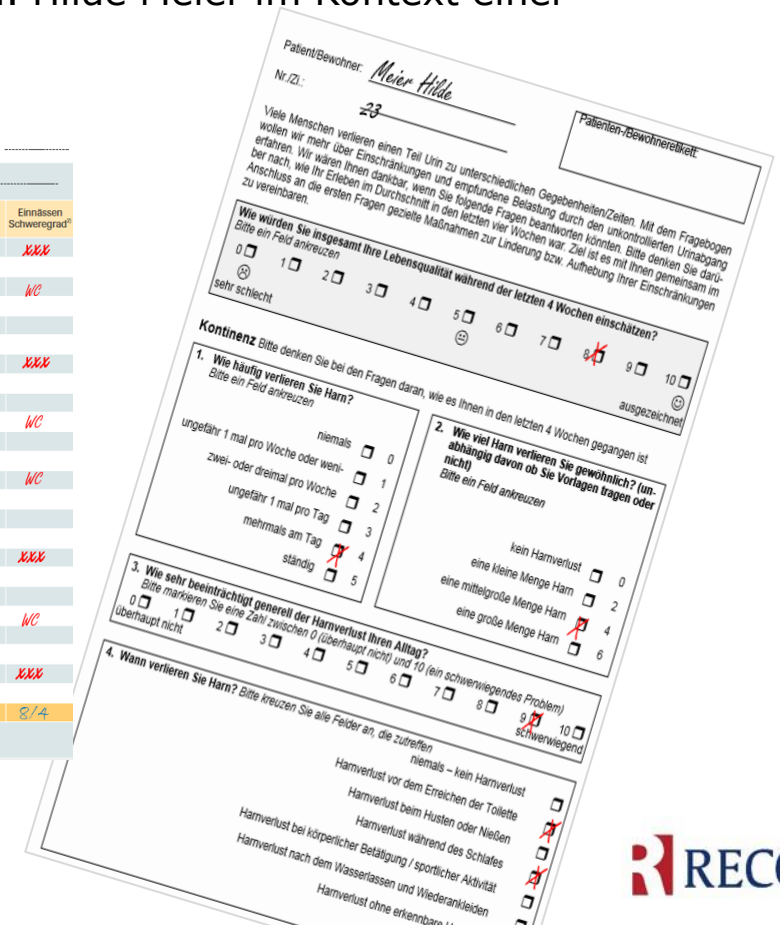
## 1. Informationssammlung u. Validierung von Information, Assessmentinstrumente

Beispielhafte Informationssammlung von Fr. Hilde Meier im Kontext einer Harninkontinenz

**Miktionsprotokoll** Name: Meier Hilde **Bitte mitbringen zum nächsten Arzttermin am:** .....

| | 1. Tag. Datum: 20.03 | | | | 2. Tag. Datum: 21.03 | | | | 3. Tag. Datum: 22.03 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Uhrzeit** | Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] | Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] | Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] |
| 00–01 | | | | | | | | | | ca. 200 ml | XXX | XXX |
| 01–02 | | | | | | | | | | | | |
| 02–03 | | | | | | | | | | | | WC |
| 03–04 | | ca. 250 ml | XXX | WC | | ca. 250 ml | XXX | XXX | | ca. 150 ml | XXX | |
| 04–05 | | | | | | | | | | | | |
| 05–06 | | | | | | | | | | | | |
| 06–07 | 250 Kaffee | ca. 250 ml | XXX | XXX | 250 Kaffee | ca. 200 ml | XXX | XXX | 250 Kaffee | ca. 150 ml | XXX | XXX |
| 07–08 | | | | | | | | | | | | |
| 08–09 | | | | | | | | | | | | |
| 09–10 | | ca. 150 ml | XXX | WC | | ca. 150 ml | XXX | WC | 200 Wasser | ca. 150 ml | XXX | WC |
| 10–11 | 200 Wasser | | | | 200 Wasser | | | | | | | |
| 11–12 | 200 Wasser | | | | 300 Wasser | | | | 100 Wasser | | | |
| 12–13 | 150 Wasser | ca. 200 ml | XXX | WC | 150 Wasser | ca. 200 ml | XXX | WC | 150 Wasser | ca. 100 ml | XXX | WC |
| 13–14 | | | | | | | | | | | | |
| 14–15 | | | | | | | | | | | | |
| 15–16 | 150 Kaffee | | | | 150 Kaffee | | | | 150 Kaffee | | | |
| 16–17 | 150 Tee | ca. 250 ml | XXX | XXX | 150 Tee | ca. 200 ml | XXX | XXX | 150 Tee | ca. 150 ml | XXX | XXX |
| 17–18 | | | | | | | | | | | | |
| 18–19 | 100 Glas Wein | | | | 100 Glas Wein | | | | 300 Säfte | | | |
| 19–20 | 50 Wasser | ca. 150 ml | XXX | WC | 150 Wasser | ca. 150 ml | XXX | WC | | ca. 150 ml | XXX | WC |
| 20–21 | | | | | | | | | | | | |
| 21–22 | | | | | | | | | | | | |
| 22–23 | | ca. 250 ml | XXX | XXX | | ca. 200 ml | XXX | XXX | | ca. 150 ml | XXX | XXX |
| 23–24 | | | | | | | | | | | | |
| **Gesamt:** | 1150 | 1500 | | 7/3 | 1450 | 1350 | | 7/4 | 1300 | 1200 | | 8/4 |

1) Schweregrad des Harndrangs: x = schwach xx = normal xxx = stark, unkontollierbar
2) Schweregrad des Einnässens: x = wenige Tropfen xx = feucht xxx = nass


Patient/Bewohner: Meier Hilde
Nr./Zi.: 23
Patienten-/Bewohneretikett

Viele Menschen verlieren einen Teil Urin zu unterschiedlichen Gegebenheiten/Zeiten. Mit dem Fragebogen wollen wir mehr über Einschränkungen und empfundene Belastung durch den unkontrollierten Urinabgang erfahren. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie folgende Fragen beantworten könnten. Bitte denken Sie darüber nach, wie Ihr Erleben im Durchschnitt in den letzten vier Wochen war. Ziel ist es mit Ihnen gemeinsam im Anschluss an die ersten Fragen gezielte Maßnahmen zur Linderung bzw. Aufhebung Ihrer Einschränkungen zu vereinbaren.

**Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?**
Bitte ein Feld ankreuzen
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 ☐
sehr schlecht — ausgezeichnet

**Kontinenz** Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist

**1. Wie häufig verlieren Sie Harn?**
Bitte ein Feld ankreuzen
niemals ☐ 0
ungefähr 1 mal pro Woche oder weniger ☐ 1
zwei- oder dreimal pro Woche ☐ 2
ungefähr 1 mal pro Tag ☐ 3
mehrmals am Tag ☒ 4
ständig ☐ 5

**2. Wie viel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)**
Bitte ein Feld ankreuzen
kein Harnverlust ☐ 0
eine kleine Menge Harn ☐ 2
eine mittelgroße Menge Harn ☒ 4
eine große Menge Harn ☐ 6

**3. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?**
Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☒ 10 ☐
überhaupt nicht — schwerwiegend

**4. Wann verlieren Sie Harn?** Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen
niemals – kein Harnverlust ☐
Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette ☒
Harnverlust beim Husten oder Nießen ☐
Harnverlust während des Schlafes ☒
Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität ☐
Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden ☒
Harnverlust ohne erkennbare

# 3 Arbeitsauftrag zu den Schritten des pflegediagnostischen Prozesses am Fokusbeispiel

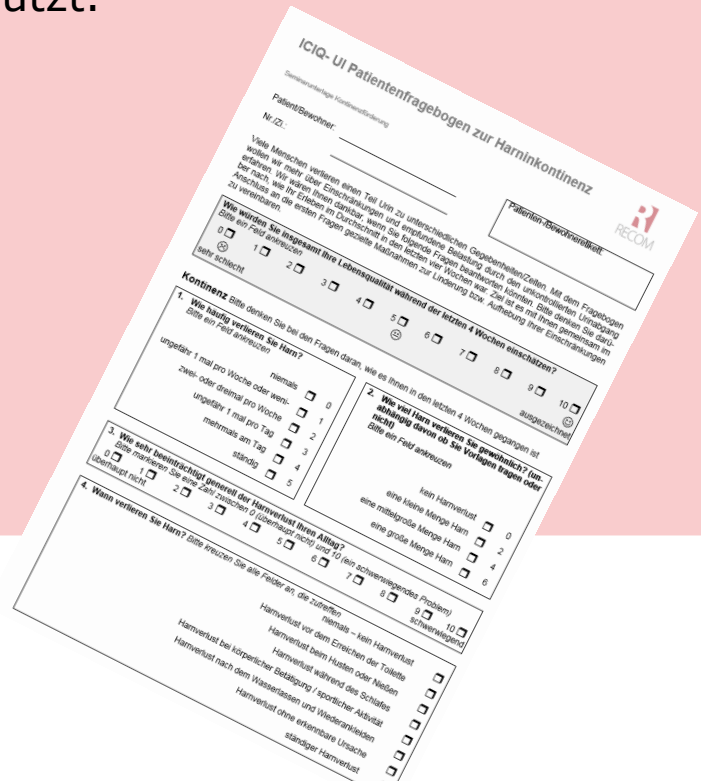
**Analysieren und interpretieren** Sie die erhobenen/ermittelten Daten aus der Fallgeschichte von Fr. Meier. Der Vorgang der Analyse endet mit der Erkenntnis über das Wesen der Pflegephänomene und deren Zusammenhänge.

Durch die **Synthese** werden die in der Analyse gefundenen Einzelelemente zu einem Neuen und Ganzen zusammengesetzt. Durch einen abstrakteren pflegerischen Konzeptbegriff im Kontext der Harninkontinenz werden die Erkenntnisse zusammenfassend als **Pflegediagnose** beschrieben.

# 3 Fokusbeispiel: pflegediagnostischer Prozess - Informationssammlung

Wichtige Informationen durch den gezielten Einsatz eines Fokusassessments. **Beispiel Fr. Meier:**

Zur weiteren systematischen Informationssammlung zum Thema Inkontinenz wird ein Assessmentinstrument, der „International Consultation on Incontinence Questionnaire" (ICIQ-UI SF 2004) genutzt.



ICIQ- UI Patientenfragebogen zur Harninkontinenz

Patient/Bewohner:

Nr./Zi.:

Patienten-/Bewohnerinitiale:

RECOM

Viele Menschen verlieren einen Teil Urin zu unterschiedlichen Gelegenheiten/Zeiten. Mit dem Fragebogen wollen wir mehr über Einschränkungen und empfundene Belastung durch den unkontrollierten Urinabgang erfahren. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie folgende Fragen beantworten. Bitte denken Sie darüber nach, wie sich Ihr Erleben im Durchschnitt in den letzten vier Wochen war. Ziel ist es mit Ihnen gemeinsam im Anschluss an die ersten Fragen gezielte Maßnahmen zur Linderung bzw. Aufhebung Ihrer Einschränkungen zu vereinbaren.

**Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?**
Bitte ein Feld ankreuzen

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

sehr schlecht — ausgezeichnet

**Kontinenz** Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist

**1. Wie häufig verlieren Sie Harn?**
Bitte ein Feld ankreuzen

- niemals ☐ 0
- zwei- oder dreimal pro Woche oder weniger ☐ 1
- ungefähr 1 mal pro Woche ☐ 2
- mehrmals am Tag ☐ 3
- ständig ☐ 4
- ☐ 5

**2. Wie viel Harn verlieren Sie gewohnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)**
Bitte ein Feld ankreuzen

- kein Harnverlust ☐ 0
- eine kleine Menge Harn ☐ 2
- eine mittelgroße Menge Harn ☐ 4
- eine große Menge Harn ☐ 6

**3. Wie sehr beeinträchtigt genereit der Harnverlust Ihren Alltag?**
Bitte mehrere Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (kein schwerwiegendes Problem)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

überhaupt nicht — schwerwiegend

**4. Wann verlieren Sie Harn?** Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen

- niemals – kein Harnverlust ☐
- Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette ☐
- Harnverlust beim Husten oder Niesen ☐
- Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität ☐
- Harnverlust nach dem Wassertassen und Wiedereinsetzen ☐
- Harnverlust ohne erkennbare Ursache ☐
- ständiger Harnverlust ☐

- Die Lebensqualität durch den Harnverlust wird als stark eingeschränkt empfunden.
- Harnverlust in mittelgroßen Mengen mehrmals täglich (beobachtet/berichtet)
- Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette wie auch während des Schlafes

3

# ICIQ- UI Patientenfragebogen zur Harninkontinenz

RECOM

Seminarunterlage Kontinenzförderung

Patient/Bewohner: Meier Hilde

Nr./Zi.: 23

Patienten-/Bewohneretikett:

Viele Menschen verlieren einen Teil Urin zu unterschiedlichen Gegebenheiten/Zeiten. Mit dem Fragebogen wollen wir mehr über Einschränkungen und empfundene Belastung durch den unkontrollierten Urinabgang erfahren. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie folgende Fragen beantworten könnten. Bitte denken Sie darüber nach, wie Ihr Erleben im Durchschnitt in den letzten vier Wochen war. Ziel ist es mit Ihnen gemeinsam im Anschluss an die ersten Fragen gezielte Maßnahmen zur Linderung bzw. Aufhebung Ihrer Einschränkungen zu vereinbaren.

**Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?**
*Bitte ein Feld ankreuzen*

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 ☐

☹ 😐 ☺

sehr schlecht — ausgezeichnet

**Kontinenz** Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist

**1. Wie häufig verlieren Sie Harn?**
*Bitte ein Feld ankreuzen*

| | | |
|---|---|---|
| niemals | ☐ | 0 |
| ungefähr 1 mal pro Woche oder weni- | ☐ | 1 |
| zwei- oder dreimal pro Woche | ☐ | 2 |
| ungefähr 1 mal pro Tag | ☐ | 3 |
| mehrmals am Tag | ☒ | 4 |
| ständig | ☐ | 5 |

**2. Wie viel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)**
*Bitte ein Feld ankreuzen*

| | | |
|---|---|---|
| kein Harnverlust | ☐ | 0 |
| eine kleine Menge Harn | ☐ | 2 |
| eine mittelgroße Menge Harn | ☒ | 4 |
| eine große Menge Harn | ☐ | 6 |

**3. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?**
*Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)*

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 ☐

überhaupt nicht — schwerwiegend

**4. Wann verlieren Sie Harn?** *Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen*

| | |
|---|---|
| niemals – kein Harnverlust | ☐ |
| Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette | ☒ |
| Harnverlust beim Husten oder Nießen | ☐ |
| Harnverlust während des Schlafes | ☒ |
| Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität | ☐ |
| Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden | ☐ |
| Harnverlust ohne erkennbare Ursache | ☐ |
| ständiger Harnverlust | ☐ |

# Assessment

RECOM

# 3 Fokusbeispiel: pflegediagnostischer Prozess Analyse

Analyse und Interpretation der Informationen/Daten im Kontext der Fragestellung

**Auswertung des Miktionsprotokolls**

**Hustentest**

**Miktionsprotokoll** Name: Meier Hilde Bitte mitbringen zum nächsten Arzttermin am: .....

| Uhrzeit | 1. Tag. Datum: 20.03 Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] | 21.03. Tag. Datum: 22.03 Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] | 3. Tag. Datum: ..... Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00–01 | | | | | | | | | | ca. 200 ml | XXX | XXX |
| 01–02 | | | | | | | | | | | | |
| 02–03 | | | | | | | | | | | | WC |
| 03–04 | | ca. 250 ml | XXX | WC | | ca. 250 ml | XXX | XXX | | ca. 150 ml | XXX | |
| 04–05 | | | | | | | | | | | | |
| 05–06 | | | | | | | | | | | | |
| 06–07 | 250 Kaffee | ca. 250 ml | XXX | XXX | 250 Kaffee | ca. 200 ml | XXX | XXX | 250 Kaffee | ca. 150 ml | XXX | XXX |
| 07–08 | | | | | | | | | | | | |
| 08–09 | | | | | | | | | | | | |
| 09–10 | | ca. 150 ml | XXX | WC | | ca. 150 ml | XXX | WC | 200 Wasser | ca. 150 ml | XXX | WC |
| 10–11 | 200 Wasser | | | | 200 Wasser | | | | | | | |
| 11–12 | 200 Wasser | | | | 300 Wasser | | | | 100 Wasser | | | |
| 12–13 | 150 Wasser | ca. 200 ml | XXX | WC | 150 Wasser | ca. 200 ml | XXX | WC | 150 Wasser | ca. 100 ml | XXX | WC |
| 13–14 | | | | | | | | | | | | |
| 14–15 | | | | | | | | | | | | |
| 15–16 | 150 Kaffee | | | | 150 Kaffee | | | | 150 Kaffee | | | |
| 16–17 | 150 Tee | ca. 250 ml | XXX | XXX | 150 Tee | ca. 200 ml | XXX | XXX | 150 Tee | ca. 150 ml | XXX | XXX |
| 17–18 | | | | | | | | | | | | |
| 18–19 | 100 Ohne Wein | | | | 100 Ohne Wein | | | | 300 Saft | | | |
| 19–20 | 50 Wasser | ca. 150 ml | XXX | WC | 150 Wasser | ca. 150 ml | XXX | WC | | ca. 150 ml | XXX | WC |
| 20–21 | | | | | | | | | | | | |
| 21–22 | | | | | | | | | | | | |
| 22–23 | | ca. 250 ml | XXX | XXX | | ca. 200 ml | XXX | XXX | | ca. 150 ml | XXX | XXX |
| 23–24 | | | | | | | | | | | | |
| Gesamt: | 1150 | 1500 | | 7/3 | 1450 | 1350 | | 7/4 | 1300 | 1200 | | 8/4 |

1) Schweregrad des Harndrangs: x = schwach; xx = normal; xxx = stark, unkontrollierbar
2) Schweregrad des Einnässens: x = wenige Tropfen; xx = feucht; xxx = nass

- 7-8 Miktionen täglich
- Empfindet unkontrollierten Harndrang
- Kein Harnverlust beim Husten (Hustentest)
- Harnverlust in größeren Mengen ca. bei der Hälfte der Miktionen

Informationen aus der **ärztlichen Anamnese**

und

Informationen aus der **pflegerischen Anamnese**

Metastasierendes Uteruskarzinom mit Bestrahlung, Chemotherapie, Östrogenmangel

Schmerzen, Übelkeit, körperliche Schwäche….

# 3 Auswertung des Miktionsprotokolls

## Frau Hilde Meier

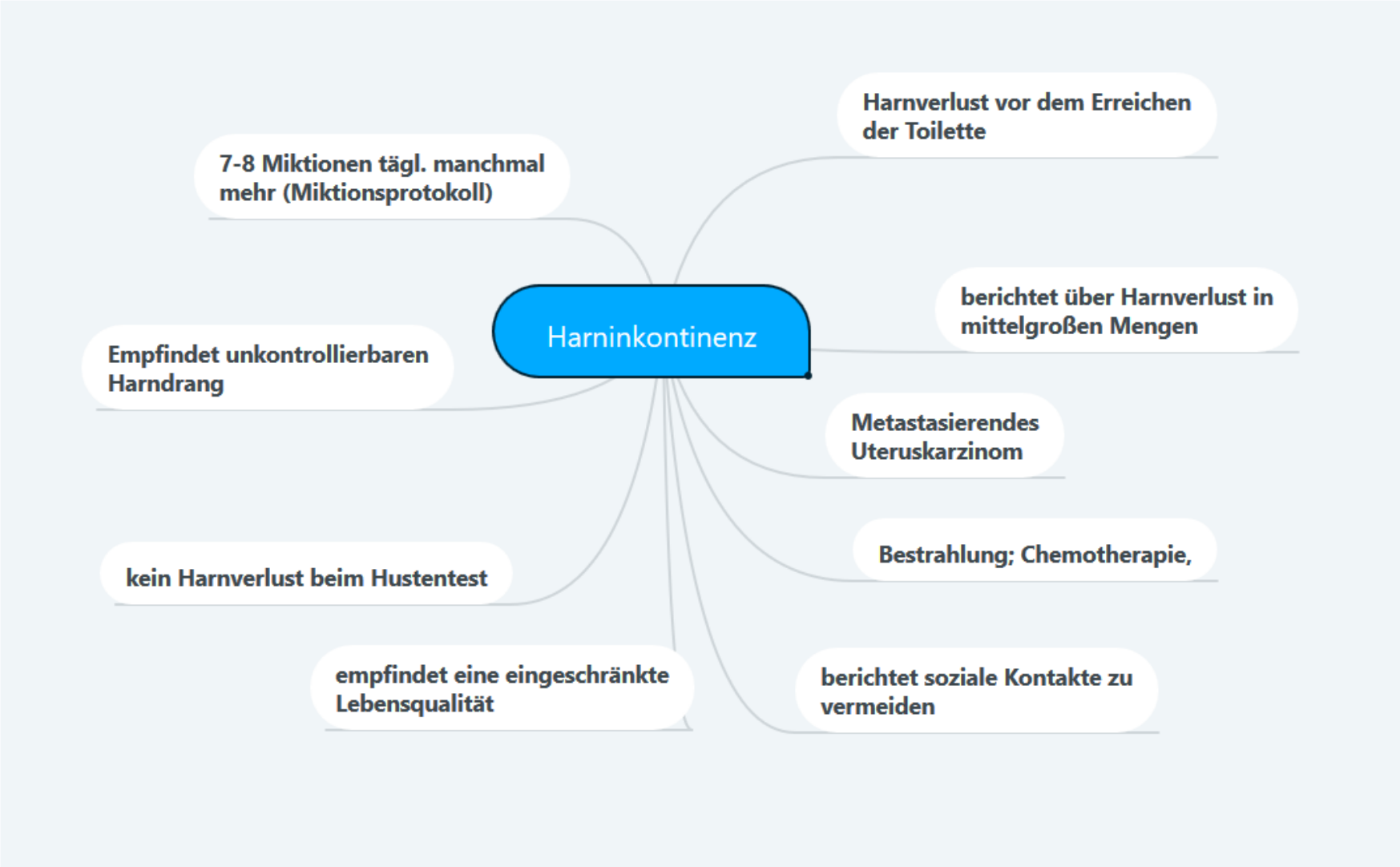
**Miktionsprotokoll** Name: Meier Hilde **Bitte mitbringen zum nächsten Arzttermin am:** _____

| | 1. Tag. Datum: 20.03 | | | | 2. Tag. Datum: 21.03 | | | | 3. Tag. Datum: 22.03 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Uhrzeit** | Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] | Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] | Trinkmenge (ml) | Harnmenge (ml) | Harndrang[1] ja/nein | Einnässen Schweregrad[2] |
| 00–01 | | | | | | | | | | ca. 200 ml | xxx | xxx |
| 01–02 | | | | | | | | | | | | |
| 02–03 | | | | | | | | | | | | WC |
| 03–04 | | ca. 250 ml | xxx | WC | | ca. 250 ml | xxx | xxx | | ca. 150 ml | xxx | |
| 04–05 | | | | | | | | | | | | |
| 05–06 | | | | | | | | | | | | |
| 06–07 | 250 Kaffee | ca. 250 ml | xxx | xxx | 250 Kaffee | ca. 200 ml | xxx | xxx | 250 Kaffee | ca. 150 ml | xxx | xxx |
| 07–08 | | | | | | | | | | | | |
| 08–09 | | | | | | | | | | | | |
| 09–10 | | ca. 150 ml | xxx | WC | | ca. 150 ml | xxx | WC | 200 Wasser | ca. 150 ml | xxx | WC |
| 10–11 | 200 Wasser | | | | 200 Wasser | | | | | | | |
| 11–12 | 200 Wasser | | | | 300 Wasser | | | | 100 Wasser | | | |
| 12–13 | 150 Wasser | ca. 200 ml | xxx | WC | 150 Wasser | ca. 200 ml | xxx | WC | 150 Wasser | ca. 100 ml | xxx | WC |
| 13–14 | | | | | | | | | | | | |
| 14–15 | | | | | | | | | | | | |
| 15–16 | 150 Kaffee | | | | 150 Kaffee | | | | 150 Kaffee | | | |
| 16–17 | 150 Tee | ca. 250 ml | xxx | xxx | 150 Tee | ca. 200 ml | xxx | xxx | 150 Tee | ca. 150 ml | xxx | xxx |
| 17–18 | | | | | | | | | | | | |
| 18–19 | 100 Glas Wein | | | | 100 Glas Wein | | | | 300 SAft | | | |
| 19–20 | 50 Wasser | ca. 150 ml | xxx | WC | 150 Wasser | ca. 150 ml | xxx | WC | | ca. 150 ml | xxx | WC |
| 20–21 | | | | | | | | | | | | |
| 21–22 | | | | | | | | | | | | |
| 22–23 | | ca. 250 ml | xxx | xxx | | ca. 200 ml | xxx | xxx | | ca. 150 ml | xxx | xxx |
| 23–24 | | | | | | | | | | | | |
| **Gesamt:** | 1150 | 1500 | | 7/3 | 1450 | 1350 | | 7/4 | 1300 | 1200 | | 8/4 |

1) Schweregrad des Harndrangs: x = schwach xx = normal xxx = stark, unkontollierbar
2) Schweregrad des Einnässens: x = wenige Tropfen xx = feucht xxx = nass

ECOM

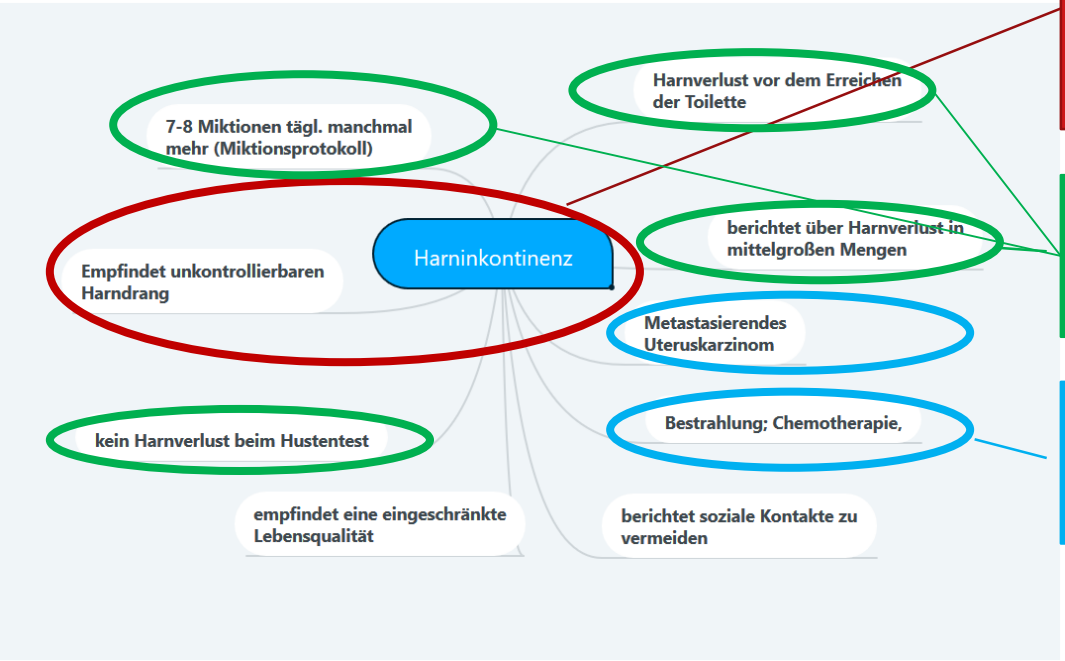
# 3 Fokusbeispiel: pflegediagnostischer Prozess Analyseergebnis



# 3 Fokusbeispiel: pflegediagnostischer Prozess - Synthese

Durch die **Synthese** werden die in der Analyse gefundenen Einzelelemente zu einem Neuen und Ganzen zusammengesetzt. Durch einen abstrakteren pflegerischen Konzeptbegriff im Kontext der Harninkontinenz werden die Erkenntnisse zusammenfassend als Pflegediagnose beschrieben.

Beispiel Fr. Meier:




Frau Meier hat bei starkem/imperativen Harndrang einen unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz)

Kennzeichen: Pollakisurie; imperativer Harndrang….

Ursachen: Bestrahlung, Chemotherapie, Östrogenmangel

# 3 Die vier Elemente des pflegediagnostischen Prozesses

## Auswahl der Pflegediagnose aus einem Pflegeklassifikationssystem

| European Nursing care Pathways (ENP) | - hat bei starkem/**imperativem Harndrang** einen **unwillkürlichen Harnabgang** (Dranginkontinenz) | - hat aufgrund eines **insuffizienten Sphinkterapparates bei erhöhtem abdominalen Druck** einen **unwillkürlichen Harnabgang** (Belastungsinkontinenz) | - hat aufgrund **unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen** einen **unfreiwilligen Harnabgang** (Reflexinkontinenz) | - hat eine **chronische Harnretention** und einen **unwillkürlichen Harnabgang** (Überlaufinkontinenz) | - hat aufgrund einer **Umgehung des urethralen Sphinktermechanismus** einen **kontinuierlichen Harnabgang** (extraurethrale Inkontinenz) | - ist **nicht in der Lage**, bei intaktem Urogenitaltrakt einen **Urinabgang zu vermeiden** (funktionelle Inkontinenz) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Symptome und Kennzeichen** | **Drang-Inkontinenz** | **Belastungs-Inkontinenz** | **Neurogene (Reflex-) Inkontinenz** | **Überlaufinkontinenz** | **Extraurethrale Inkontinenz** | **Funktionale Inkontinenz** |
| **Kennzeichen** | | | | | | |
| **Pollakisurie** (häufiges Wasserlassen, >8mal) | ✓ | + | + | ✓ | - | - |
| **Nykturie** (nächtliches Wasserlassen) | + bis ✓ | + | + | ✓ | - | + |
| **Imperativer Harndrang** (nicht unterdrückbarer Harndrang) | ✓ | - | - | + | - | - |
| **Suprapubischer Schmerz bei gefüllter Blase** | + bis ✓ | - | - | - | - | - |
| **Inkontinenz unter Harndrang** | ++ bis ✓ | - | - | + | - | - |
| **Inkontinenz unter Belastung** | - | ✓ | - | - | - | - |
| **Inkontinenz unbemerkt/fehlender Harndrang** | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | - |
| **Fehlendes Blasenfüllungsgefühl** | - | - | ✓ | ✓ | - | - |
| **Miktionserschwernis fehlender Harndrang** | - | - | ✓ | ++ | - | - |
| **Miktionserschwernis bei Harndrang** | - | - | + | ++ | - | - |
| **Algurie** (schmerzhafte)/**Dysurie** (erschwerte, gewollte...) | ++ | - | - | - | - | - |
| **Symptome gleichbleibend wie nachts** | ++ | - | ✓ | ++ | ✓ | - |
| **Symptome tagsüber sind größer als nachts** | + | ✓ | - | - | - | + |
| **Verhaltensauffälligkeiten im Kontext der Urinausscheidung** | - | - | - | - | - | ✓ |
| **Miktionsvolumina/Blasenkapazität physiologisch** (ca. 390) | - | ✓ | ++ | - | - | ✓ |
| **Miktionsvolumina/Blasenkapazität verringert** (<0,65x EBC) | ✓ | - | ++ | ✓ | - | - |
| **Harnverlust in kleineren Mengen** (beim Ereignis) | - | ✓ | - | ✓ Harntröpfeln | - | - |
| **Harnverlust in größeren Mengen** (beim Ereignis) | ✓ strahlförmig | - | ✓ | - | kontinuierlich | ✓ |
| **Harnstrahlveränderung** | - | - | x | x | - | - |
| **Harnverhalt** | - | - | xx | xx | - | - |
| **Restharn** | - | - | xx | xxx | - | - |

# 3 Entscheidungsfindungsprozess Pflege

**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 → Konsen-tierte Zielsetzung → Maßnahmen-planung und Durch-führung → Pflege-ergebnis

**Einflussfaktoren:**

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

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

# 3 Evidenzbasierte Pflegemaßnahmen

WICHTIG!

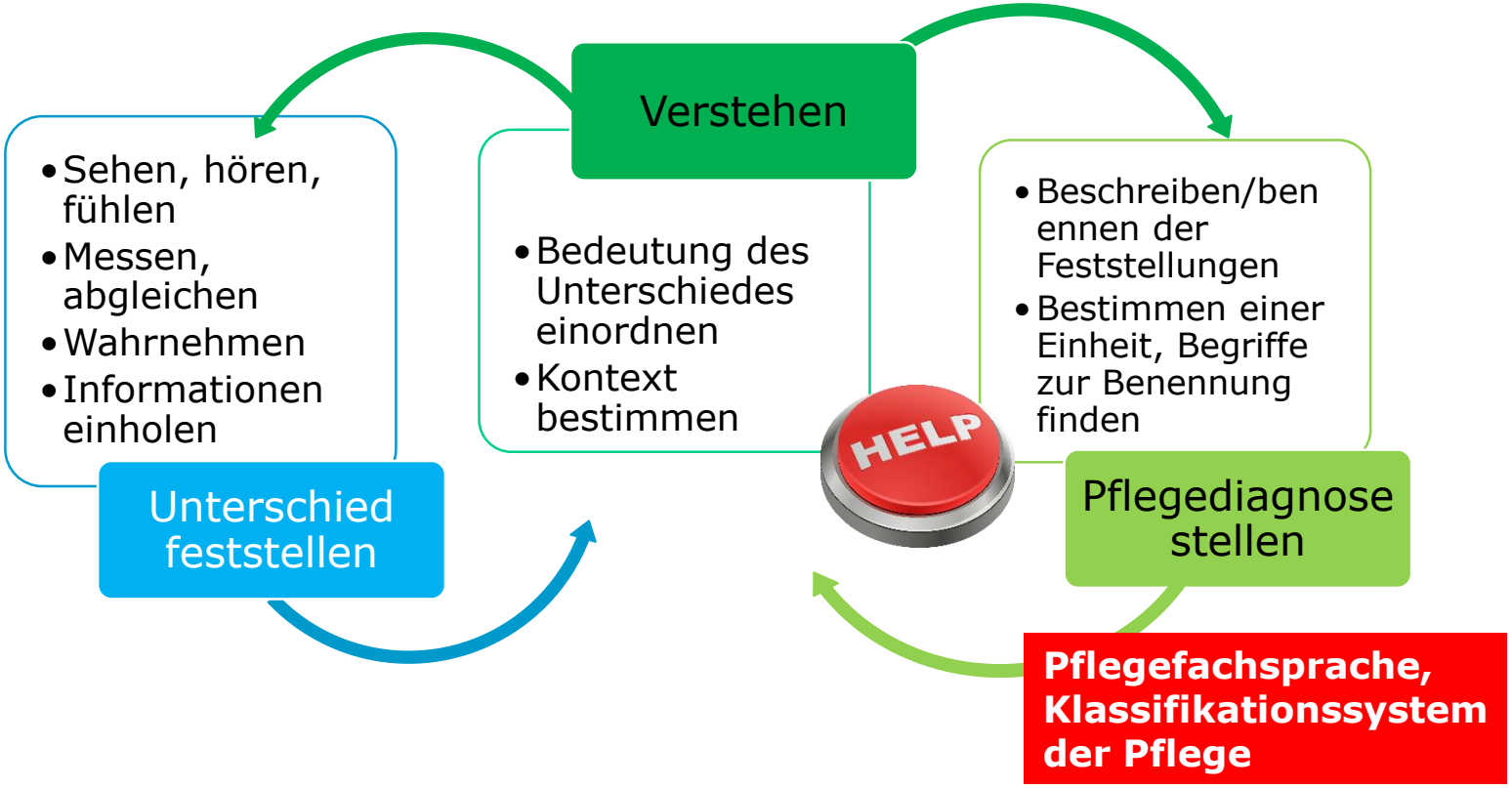
Pflegediagnostik ist Ausgangspunkt pflegerischer Entscheidungsfindung!

| European Nursing care Pathways (ENP) | - hat bei starkem/**Imperativem Harndrang** einen **unwillkürlichen Harnabgang** (Dranginkontinenz) | - hat aufgrund eines **insuffizienten Sphinkterapparates bei erhöhtem abdominalen Druck** einen **unwillkürlichen** Harnabgang (Belastungsinkontinenz) | - hat aufgrund **unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen** einen **unfreiwilligen Harnabgang** (Reflexinkontinenz) | - hat eine **chronische Harnretention** und einen **unwillkürlichen Harnabgang** (Überlaufinkontinenz) | - hat aufgrund einer **Umgehung des urethralen Sphinkter-mechanismus** einen **kontinuierlichen Harnabgang** (extraurethrale Inkontinenz) | - ist **nicht in der Lage**, bei intaktem Urogenitaltrakt einen **Urinabgang zu vermeiden** (funktionelle Inkontinenz) | - hat aufgrund einer **Detrusorhyperaktivität** und einer **insuffizienz des Sphinkterapparates einen unwillkürlichen Harnabgang** (Mischinkontinenz) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Symptome und Kennzeichen** | **Drang-Inkontinenz** | **Belastungs-Inkontinenz** | **Neurogene (Reflex-) Inkontinenz** | **Überlaufinkontinenz** | **Extraurethrale Inkontinenz** | **Funktionale Inkontinenz** | **Misch-Inkontinenz** |
| **Pflegemaßnahmen** | | | | | | | |
| **Beratungsgespräche** | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 | 👍 |
| **Anpassung der Lebensgewohnheiten** (wie Gewichtsreduktion; Verzicht auf diuretisch wirkende Getränke, Nikotin) | 👍 | 👍 | - | - | - | ++ | 👍 |
| **Miktionsprotokoll führen** | 👍 | 👍 | 👍 | + | + | 👍 | 👍 |
| **Toilettentraining** | ++ | ++ | + | - | - | 👍 | ++ |
| **Blasentraining** | 👍 | - | - | - | - | - | ++ |
| **Beckenbodentraining** | ++ | 👍 | - | - | - | - | ++ |
| **Inkontinenzhilfsmittel** | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| **Triggern** | - | - | ++ | - | - | - | - |
| **Intermittierender Katheterismus** | - | - | 👍 | - | - | - | - |
| **Ableitende Systeme wie Blasenverweilkatheter und suprapubischer Katheter** | - | - | ++ | - | ++ | - | - |
| **Miktionstraining (z. B. Doppelmiktion)** | ++ | - | - | ++ | - | - | - |

Unterstützung beim pflegediagnostischen Prozess

# Herausforderung – pflegerisches Diagnostizieren!

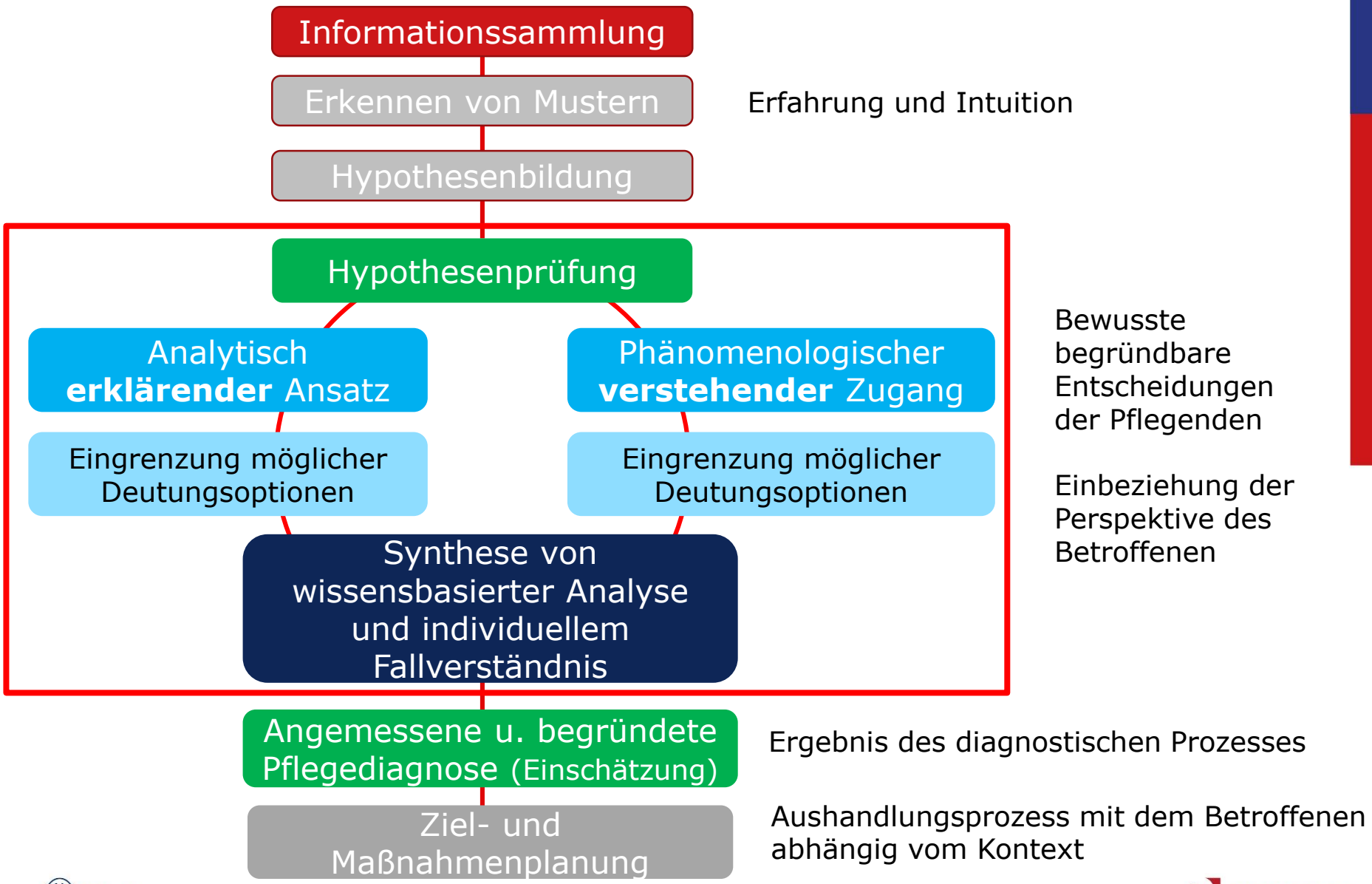
## Beobachten – verstehen – beschreiben/kommunizieren




„Der Wissensstand der Disziplin [Pflege] und die Unterscheidungskompetenz [der Pflegeperson] sind für die Genauigkeit der Pflegediagnose verantwortlich"

Berta Schrems, 2008, S. 18

# 3 Herausforderung – pflegerisches Diagnostizieren!




Quelle: Eigene Grafik in Anlehnung an Schalek 2007, basierend auf Bräutigam 2003

Thieme
RECOM

# 3 Reduktion des Pflegeprozesses – Ungenauigkeit in der Pflegediagnostik – mögliche Konsequenzen

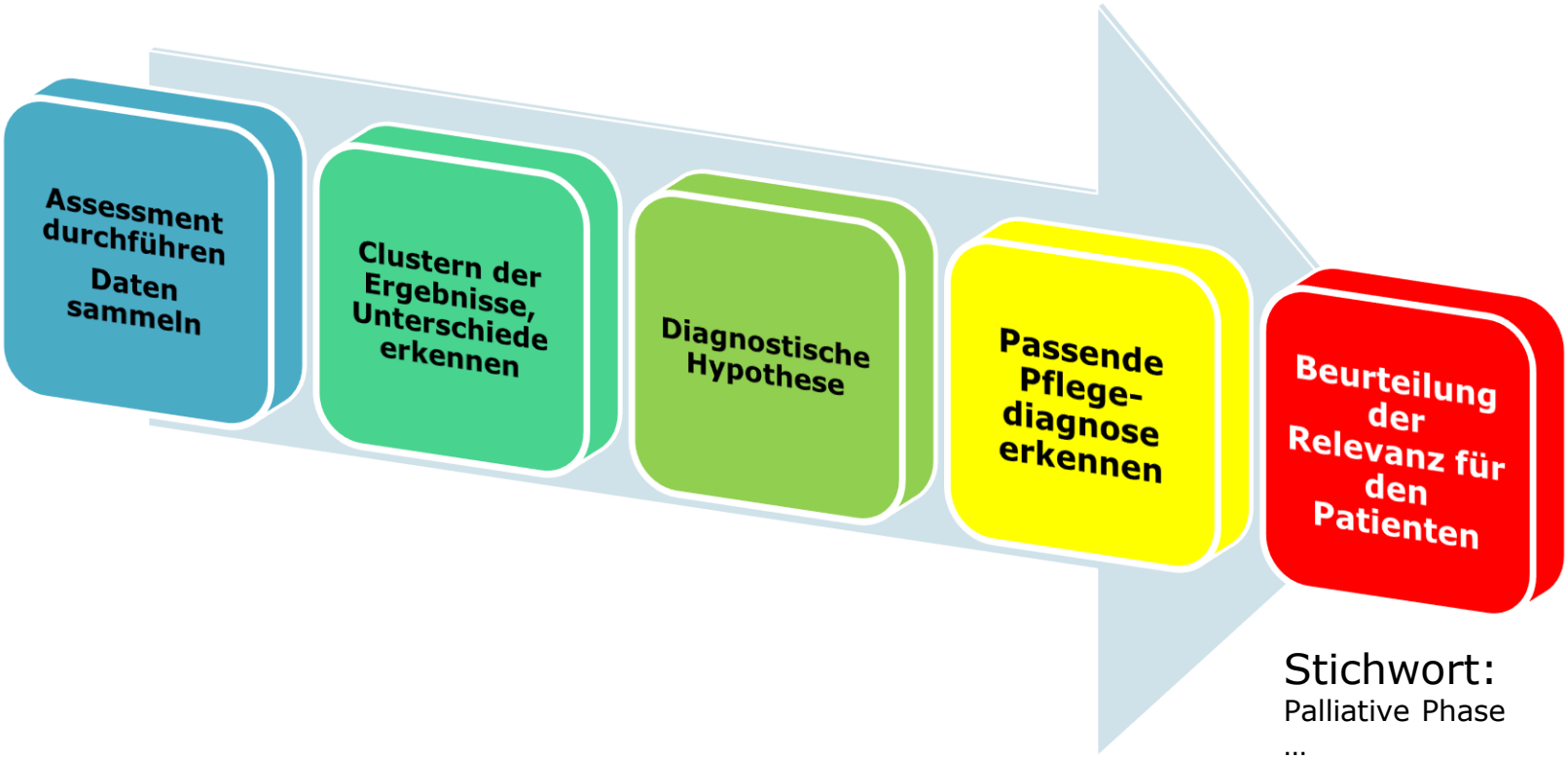
## Entscheidungsfindungsprozess der Pflege

| Einfaches Handlungsmodell | „reduziertes Prozessmodell“ | Pflegeprozessmodell |
|---|---|---|
| **Beobachten** = Feststellen eines bedeutsamen Unterschiedes und Bezeichnung des Unterschiedes | **Beobachten** = Feststellen eines bedeutsamen Unterschiedes und Bezeichnung des Unterschiedes | **Beobachten** = Feststellen eines bedeutsamen Unterschiedes und Bezeichnung des Unterschiedes |
| | **Anamnese/Assessment** = Systematisches feststellen des Unterschiedes von IST-SOLL Abweichung und Analyse von Ursachen/Einflussfaktoren | **Anamnese/Assessment** = Systematisches feststellen des Unterschiedes von IST-SOLL Abweichung und Analyse von Ursachen/Einflussfaktoren |
| | Quelle: pixaby | **Pflegediagnose** = Systematisches Bewertung aller Informationen und Bezeichnung der Abweichung unter Einbezug des Betroffenen<br>**Zielvereinbarung** = Aushandeln/festlegen des erreichbaren Sollzustandes |
| | **Im Kopf...** | **Maßnahmenplanung** = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung der IST-Soll-Abweichung und Ursachen |
| **Intervenieren** = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung des bedeutsamen Unterschieds | **Maßnahmenplanung** = Handlung zur Aufhebung/Stabilisierung<br>**Intervenieren** = Entsprechend der Maßnahmenplanung | **Intervenieren** = Entsprechend der Maßnahmenplanung |
| **Beobachten** = Feststellen der Veränderung des Unterschiedes nach der Intervention | **Beobachten** = Feststellen der Veränderung des Unterschiedes nach der Intervention | **Beobachten/Evaluieren** = Feststellen der Veränderung des **IST-Zustandes zum SOLL-Zustand** nach der Maßnahmen und Beurteilung der Wirksamkeit |

Quelle: In Anlehnung an Schrems, 2006, eigene Darstellung

3

# Klinische Entscheidungsfindung im Kontext der individuellen Fallsituation




Stichwort:
Palliative Phase
…

**Theorie und Evidenz:** Das wissenschaftliche Fundament der Pflegediagnostik (Berta Schrems 2008).

# 3 Nutzen des pflegediagnostischen Prozesses!

## Wir wissen:

- Systematische Bewertung und Ursachenanalyse pflegerischer Phänomene führen zu differenzierten Entscheidungsfindungen bei der Interventionsauswahl (Paans et al. 2012)
- Pflegediagnostik ist die Basis für die Auswahl von Pflegehandlungen, welche ein positives Outcome nach sich ziehen (Müller-Staub 2001)
- Qualität des pflegediagnostischen Prozesses ist von der Qualität der Pflegeperson-Patienten-Beziehung abhängig (Müller Staub et al. 2008)
- …

Bildquelle: Klamke, B. 2002

# 3 Fallstudienarbeit nach Kaiser und der Bezug zum Pflegeprozess

| | Informations-gewinnung | Problem-erkennung/ analyse | Entscheidung Alternativen begründen | Kritisches reflektieren Alternativen finden |
|---|---|---|---|---|
| **Case-Incident-Methode** | Lernen, fehlende Informationen zu erschließen | | | |
| **Case-Study-Methode** | | Problemanalyse und Synthese wird geübt | | |
| **Case-Problem-Methode** | | | Verschiedene Lösungsansätze werden entwickelt | |
| **Stated-Problem-Methode** | | | | Bewertung der vorhandenen Lösungen und Entwicklung Begründung von Alternativen |

Fr. Meier…

**Reiber, K. & Dieterich, J.** (Eds.). (2014). *Fallbasierte Unterrichtsgestaltung Grundlagen und Konzepte Didaktischer Leitfaden für Lehrende* (Kindle-Edition ed. Vol. 1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

# 4 Wie kann der Einsatz von Pflegeklassifikationssystemen die Lehre unterstützen?

- Förderung einer Fachsprache
- Nutzen aus unterschiedlicher Perspektive
- Wissenstransfer in die Pflegepraxis

# 4 Überlegungen zur Fachsprachenentwicklung

„Ein Gegenstand ist ein beliebiger Ausschnitt aus der wahrnehmbaren oder vorstellbaren Welt. Dieser kann durch Sprache dargestellt werden". (DIN 32705)

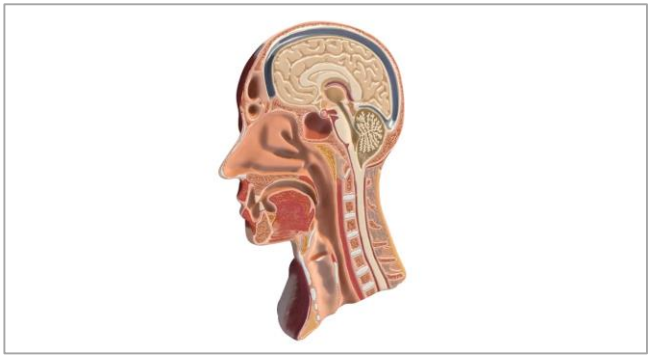
Der Begriff/
das Konzept

**KRAPFEN**

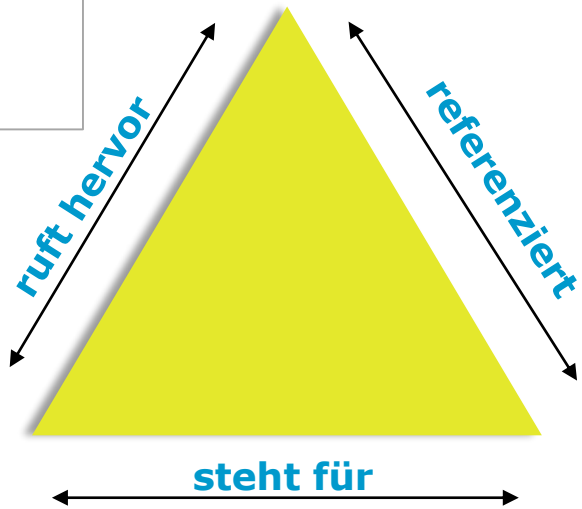
„Wissenseinheit, die durch eine eindeutige Kombination von Merkmalen erzeugt wird"
(E DIN EN ISO 18104)

# Überlegungen zur Fachsprachenentwicklung

## Das semiotische Dreieck



Begriff
Konzept



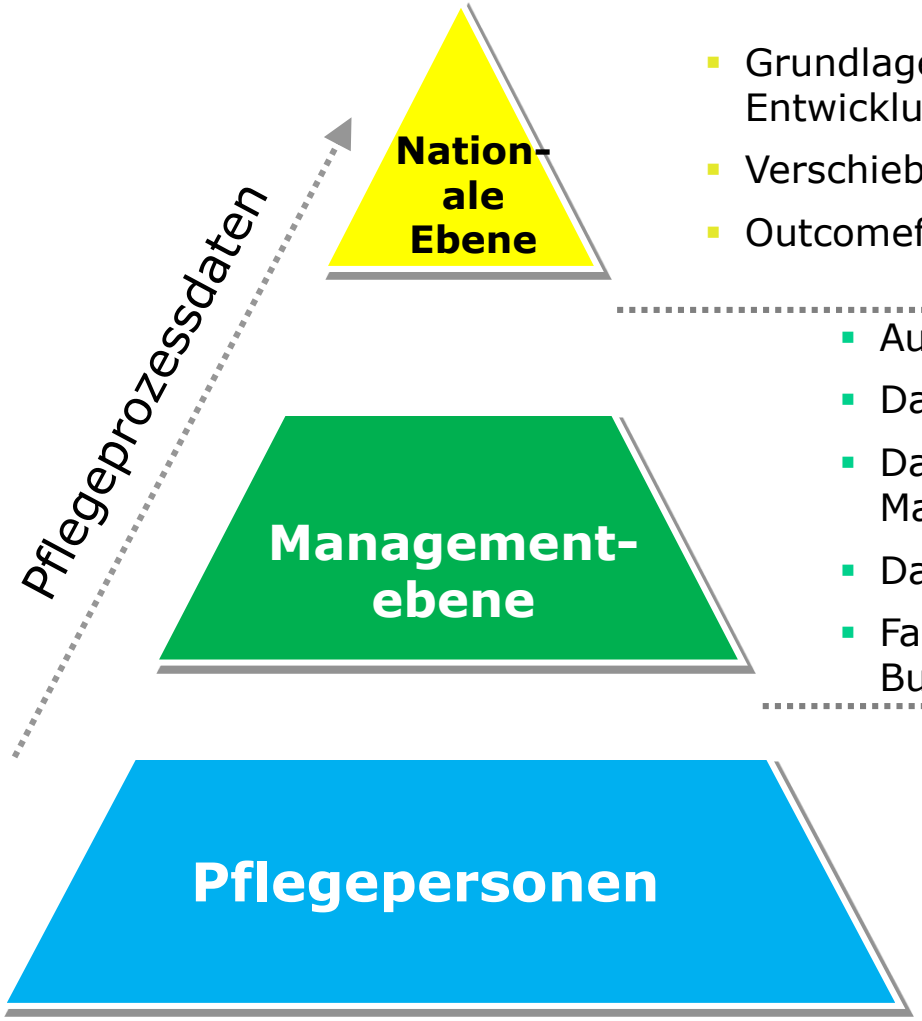

Bezeichnung
Benennung

Schluckstörung

Gegenstands-
bereich

Beobachtbare Veränderung
Abweichung beim Schlucken

# 4 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

4

# Entwicklungsschritte von ENP

**Phase 1 (1989-1998) – induktive Entwicklung:** Erstellte Pflegepläne für Patienten (n=2138) in verschiedenen Settings erstellt durch Lehrperson 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 u. Validierungsarbeiten zur Weiterentwicklung von ENP:** **2001** erste Forschungsarbeit mit ENP, seitdem kontinuierliche Forschungsaktivität auf der Basis von Inhalts- und Kriteriumsvaliditätsprüfungen

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

**ENP-Version 2.10**

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

# 4 Zielsetzung der Pflegeklassifikation ENP

**Pflegefachwissen durch die Entwicklung von pflegerischen Praxisleitlinien etablieren**

Verbreitung und Anwendung einer standardisierten Pflegefachsprache von Pflegediagnosen, Pflegezielen, Pflegemaßnahmen

**ENP**

Durch eine exakte klinische Dokumentation die Finanzierung der Pflege fördern

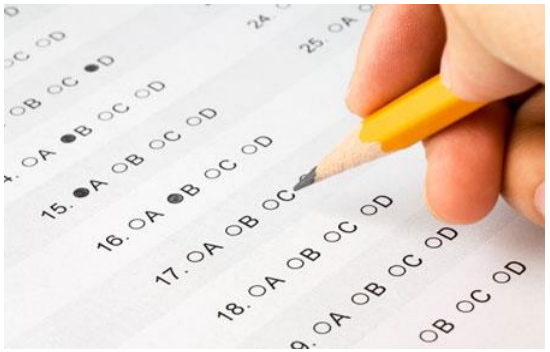
Unterstützung der professionellen Anerkennung der Pflege, durch die Anwendung der Pflegeklassifikation

Förderung des pflegediagnostischen **Entscheidungsfindungsprozess** durch Pflegediagnosen und evidenzbasierte Maßnahmenkonzepte

**Förderung der Qualitätsentwicklung und Outcome-Messung in der Pflege**

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

# 4 Exemplarische Validitätsstudien zu ENP



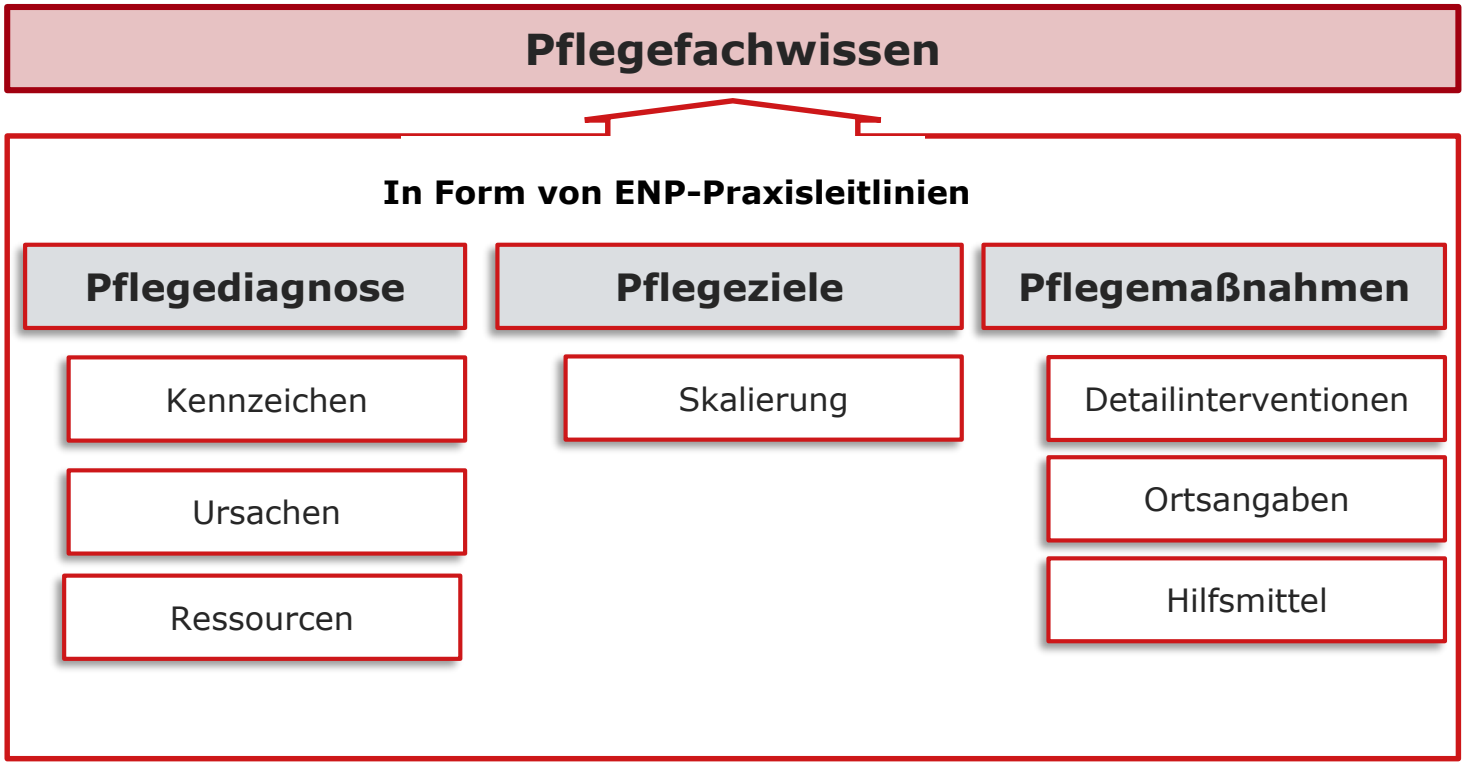
## **Evaluation von ENP in der Praxis**, z.B.:

- *Baltzer, M., Baumberger, M., & Wieteck, P. (2006).* Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP. Abschlussbericht. Download: http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf.
- *Kossaibati, S. & Berthou, A. (2006)*. Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht: Institut de santé et d`economie (ISE).
- DEL NEGRO LUCIANA, *Confronto dell'impatto di due sistemi di classificazione di diagnosi infermieristica, obiettivi/risultato e interventi, sugli studenti d'infermieristica*, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA. Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche (Coordinatore Prof. Loreto Lancia), A.A. 2011/2012

## **Absicherung der Validität von ENP**, z.B.:

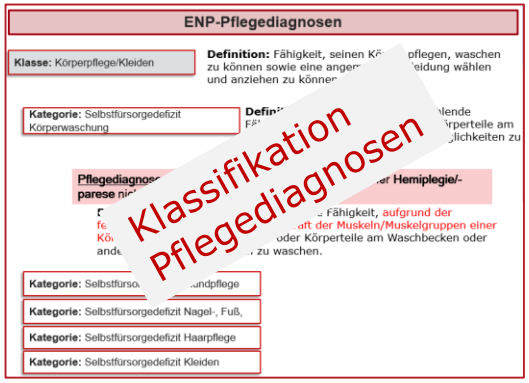
- *Berger, S. (2010)*. Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP. Kassel: Recom Verlag.
- *Schmitt, A. (2010)*. Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. PR-Internet, 12(4), pp. 224-232.
- *Wieteck, P. (2008)*. Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. International Nursing Review, 55(3), pp. 296-304.
- Wieteck, P. (2007). Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways). ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation. Doctor rerum medicinalium Dissertation, Universität Witten/Herdecke, Witten.

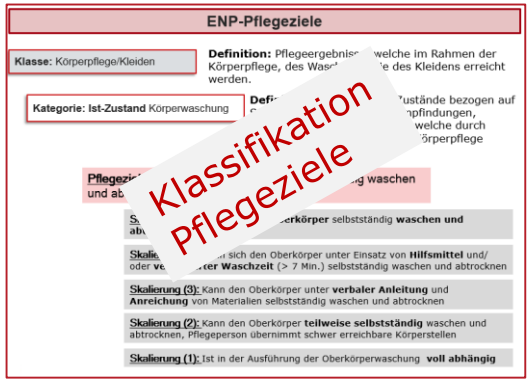
# 4 ENP klassifiziert das Fachwissen analog dem „Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsprozess" in Form von **Praxisleitlinien**!

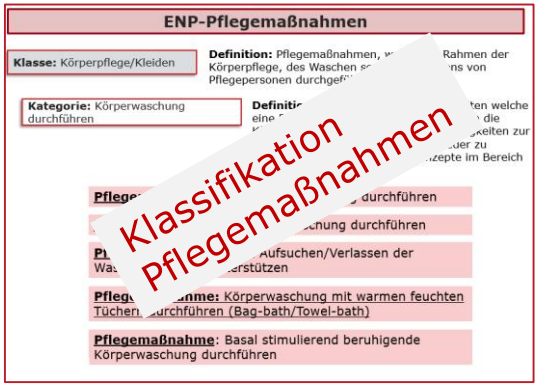



Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über eine angemessene Vorgehensweise bei speziellen pflegediagnostischen und pflegetherapeutischen Problemstellungen. Leitlinien zeigen den „Handlungs- und Entscheidungskorridor" auf. Die Leitlinien sind nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelt. Sie bieten dabei eine Entscheidungshilfe, um die geeignete Maßnahme in Bezug auf ein spezielles Problem, welches den besten Erfolg verspricht, auszuwählen (vgl. Bundesärztekammer 1998, Ollenschläger et al. 1999, Bölicke, 2001).

# 4 ENP-Pflegefachwissen in der Struktur einer Praxisleitlinie oder als „praxisnahe Theorie“




**Kategorie:**
Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Unser Anspruch „**praxisnahe Theorien**“. Evidenzbasiert, mind. „Best practice“

**Kategorie:**
Körperwaschung durchführen

**Pflegediagnose: A**

**Pflegediagnose: B**

**Pflegediagnose: C**

**Pflegediagnose: D**

**Pflegemaßnahme: 1**

**Pflegemaßnahme: 2**

**Pflegemaßnahme: 3**

**Pflegemaßnahme: 4**

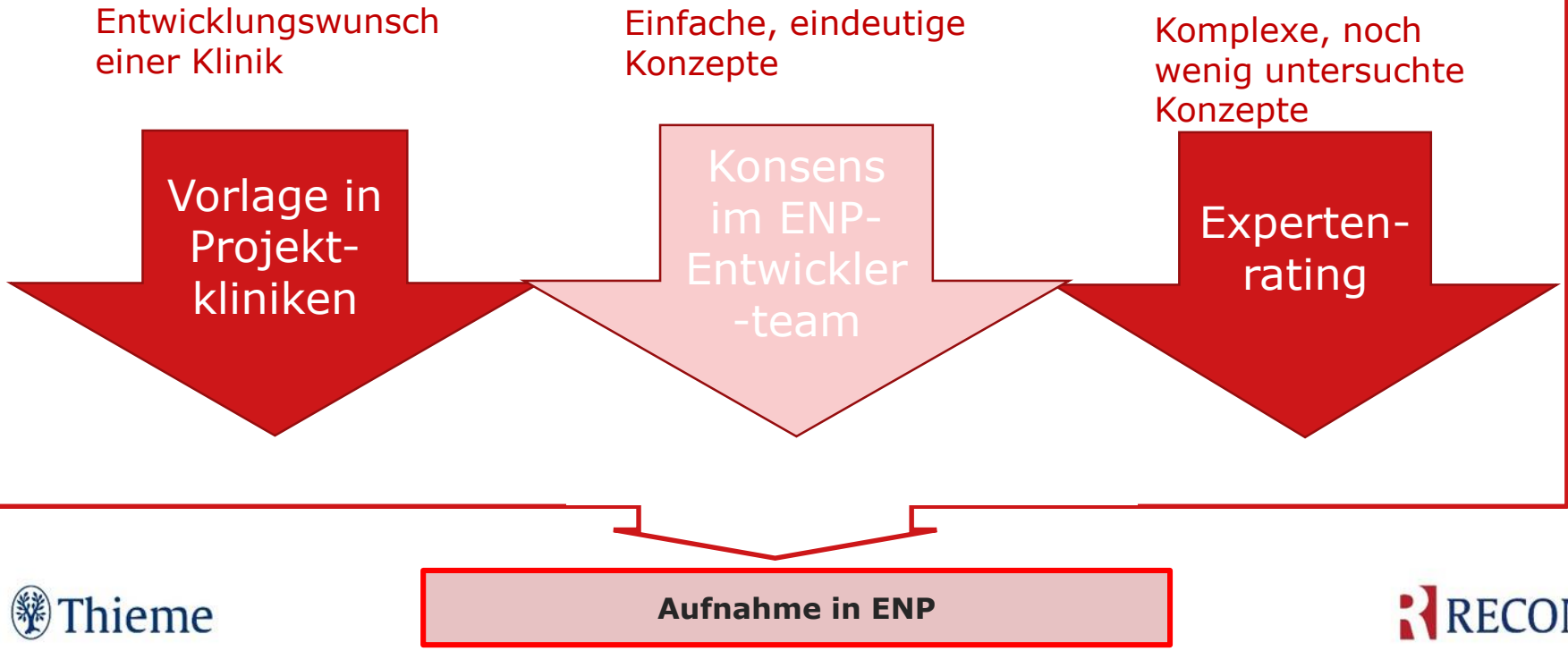
**Pflegemaßnahme: 5 - 54**

Thieme

RECOM

# 4 Methoden, die zur Aktualisierung/Entwicklung der ENP-Praxisleitlinien

- Systematische Literaturrecherche
- Bewertung der Studien (Ein-/Ausschlusskriterien…)
- Formulierungsvorschlag für Verbesserung einzelner Bestandteile oder Ergänzungen
- Konsentierung der Formulierungsvorschläge im ENP-Entwicklerteam
- Aufnahme, Ablehnung oder Nachbesserung des Formulierungsvorschlages



# 4 D) Überarbeiten des ENP-Kataloges

## Einpflegen der Neuerungen, Änderungen und Stilllegungen

Neue Diagnosen

Weitere Quellenabstützung des Items mit Verknüpfung

Verknüpfung PD + U

Stilllegung von Diagnosen

Neuaufnahme oder neue Verknüpfung

| | | Quellenangaben | Der Bewohner-- ist aufgrund einer hypotonen **Wangen-/ Lippen-/Mundmuskulatur** bei Nahrungsaufnahme beeinträchtigt | Der Bewohner-- ist aufgrund von **Kauschwierigkeiten** bei der Nahrungaufnahme beeinträchtigt | Der Bewohner-- **verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme**, Schlucken ist beeinträchtigt | Der Bewohner-- **verschluckt sich bei Flüssigkeit**, Schlucken ist beeinträchtigt | Der Bewohner-- ist aufgrund eines **Zungenstosses/-pressen** beim Schlucken beeinträchtigt | Der Bewohner-- ist aufgrund der **reduzierten/ veränderten pharyngealen/ösophagalen Peristaltik** beim | ID_1032_Der Bewohner-- ist aufgrund eines **beeinträchtigten Bolusformung/-kontrolle/-transport** beim Schlucken beeinträchtigt NEU | ID_1033_Der Bewohner hat auf grund **fehlender/unzureichende Schutzreflexe** das **Risiko einer Aspiration** NEU | Der Bewohner- hat **sonstige Ursachen** für die Schluckstörung | *NANDA_I 2012-2014* | ID_52 LÖSCHUNG Der Bewohner-- hat einen **beeinträchtigten Schluckreflex**, es besteht das Risiko einer Aspiration | ID_88 LÖSCHUNG Der Bewohner-- hat einen **fehlenden Schluckreflex**, es besteht das Risiko einer Aspiration | ID_89 LÖSCHUNG Der Bewohner-- hat einen fehlenden **Husten-, Würge- und Schlu** | ID_94_LOSCHUNG_Der Bewohner-- ist aufgrund eines **eingeschränkten Mundschlusses** bei der Nahrungsaufnahme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **URSACHEN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19998 | Verminderte **orofaziale Kontrolle** | 1+2+83+136+141+143 | x | | | | | | | | | | | | | |
| 921 | **Fazialisparese** | 1+2+134+138+147 | X | | | | | | | | | | | | | |
| 19863 | Zentrale **Fazialisparese** | 1+2 | X | | | | | | | | | | | | | |
| 19864 | Periphere **Fazialisparese** | 1+2 | X | | | | | | | | | | | | | |
| 931 | **Hypotonus** der Wangen-/Gesichtsmuskulatur | 1+2+136 | x | | | | | | | | | Zustände, die mit einer starken Hypotonie einhergehen | | | | |
| 20573 | **Hypotnus** der Lippenmuskulatur | 1+2+136 | x | | | | | | | | | Zustände, die mit einer starken Hypotonie einhergehen | | | | |
| 20567 | Hypotonus der Pharynxmuskulatur mit reduzierter Clearing-(Reinigungs)Funktion | 2 | x | | | | | | | | | | | | | |
| 6898 | Schmerzen beim **Kauen** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 6899 | Operative Eingriff im **Kieferbereich** | 1+2+135+156 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 6900 | Verletzungen der **Zunge** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 19878 | **Myofunktionelle** Ströung orofacial | 1+2+119+134+135+140+ | | | | | | | | | x ggf. entf | | | | | |
| 20568 | Muskeldystrophie orofacial | 148 | x | | | | | | | | | | | | | |
| 20569 | Myopathie orofacial | | x | | | | | | | | | | | | | |
| 19986 | Abnorme orale **motorische Funktionalität** | 1+2+67 | | | | | | | | | x | | | | | |
| | ~~Motorischer Verlust oder Schwäche bei neurologischen Störungen~~ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19987 | Beeinträchtigung der **neuromuskulären Koordination** | 1+2+4+15+8+123+135+136+140+143+156 | | x | | | | | | x | x ggf. entf | oder fehlender Würgereflex, verringerte Kraft oder Beweglichkeit der Kaumuskulatur, Sensibilitätsstörungen in der Mundhöhle, | | | | |
| 19976 | Veränderte **Kiefergelenksfunktion** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 20014 | Schädigung des **Kiefergelenkes** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 19995 | **Kiefergelenkluxation** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 19977 | **Craniomandibuläre** Dysfunktion | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 19993 | Überlastung der **Kaumuskulatur** durch Zähneknirschen | 1+2+136 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 19975 | Beeinträchtigte **Kaumuskulatur** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 19994 | Oromandibuläre **Dystonie** | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 20015 | Kieferschlussdystonie | 1+2+136 | | x | | | | | | | | | | | | |
| 20016 | Zahnfehlstellungen | 1+2 | | x | | | | | | | | | | | | |

Thieme

RECOM

# 4 Evidenzlevel der ENP-Diagnosen

**2.1** **Pflegediagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen (pflegediagnostische Aussage) bzw. Pflegediagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Pflegeziele und Maßnahmen (gesamte Praxisleitlinie) sind literaturgestützt**

**2.2** **Begriffsanalyse zur Pflegediagnose**

**2.3** **Konsentierende Studien von existierenden Diagnosen durch Experten**

**3.1 a)** **Literatur-Synthese**

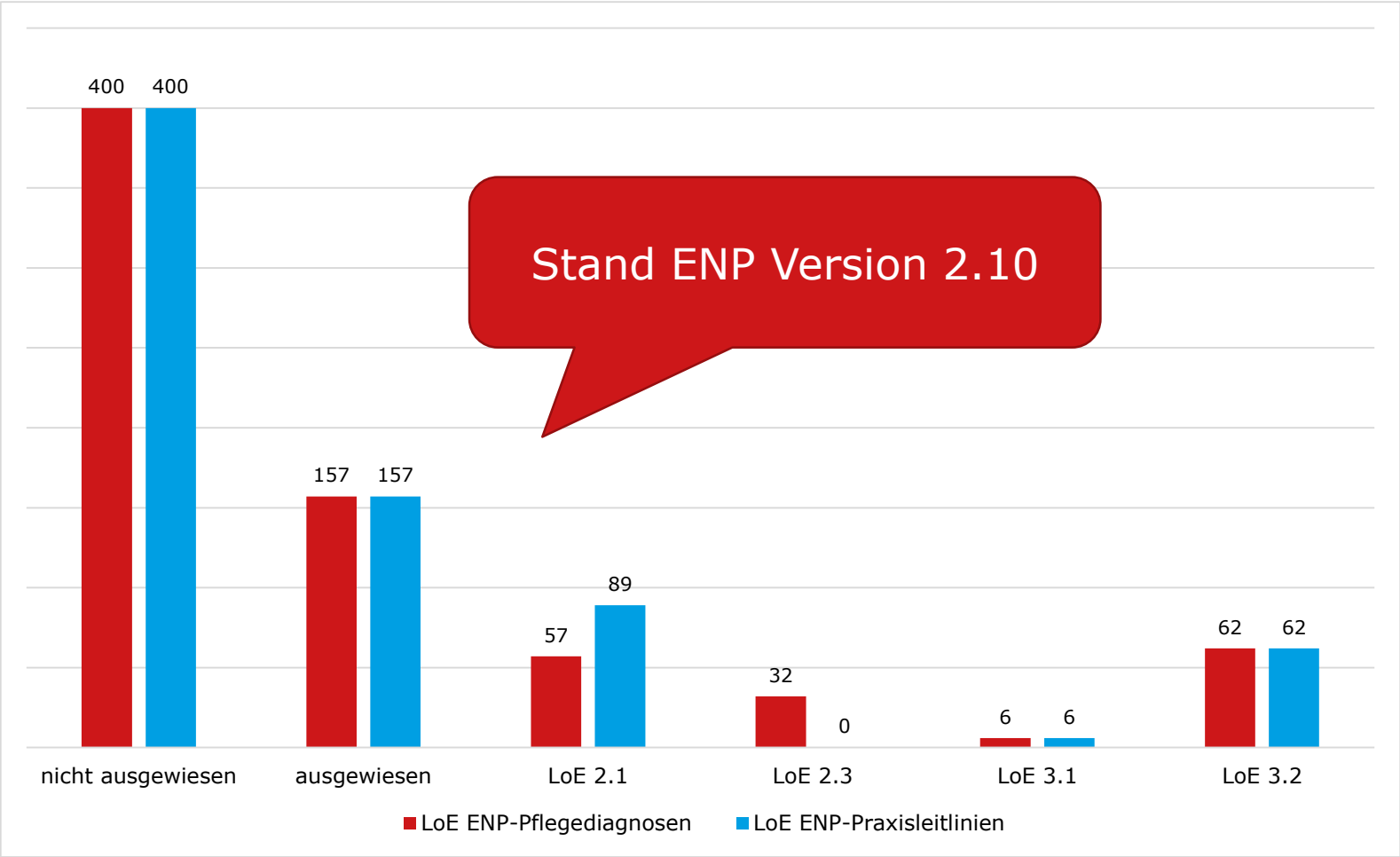
**3.1 b)** **Literatur-Synthese und Expertenrating**

**3.2** **Klinische, jedoch nicht auf die Allgemeinbevölkerung generalisierbare Studien von Pflegediagnosen und Praxisleitlinien**

**3.3** **Gut gestaltete klinische Studien mit kleinen Stichprobengrößen**

**3.4** **Gut gestaltete klinische Studien mit Zufallsstichprobe von ausreichender Größe, um eine Generalisierbarkeit auf die Gesamtpopulation zuzulassen**

# 4 Evidenzlevel der ENP-Diagnosen



# 4 Befragungsinstrument (Ausschnitt)

*Kennzeichen von Schluckstörungen*

ENP® RECOM

Zurück | Weiter zu Ursachen von Schluckstörungen

**Pflegediagnosen (insg. 10!)** →

| Kennzeichen ↓ | 1. Der Bewohner ist aufgrund einer/s beeinträchtigten Bolusformung/ -kontrolle/ -transports beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs- / -transportphase beeinträchtigt | | 2. Der Bewohner ist aufgrund eines Zungenstosses / von Zungenpressen beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs- / -transportphase beeinträchtigt | | 3. Der Bewohner ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen- / Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs- / -transportphase beeinträchtigt | | 4. Der Bewohner verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport- / pharyngealen Phase beeinträchtigt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Berichtet über Schluckstörungen bei fester Nahrung | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | | | | ✓ | Sinnvoll, unverändert |
| Auftreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | | | | ✓ | Sinnvoll, unverändert |
| Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | | | | ✓ | Sinnvoll, unverändert |
| Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeiten | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | | | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Erstickungsanfälle nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unver | | | | | ✓ | Sinnvoll, unverändert |
| Erstickungsanfälle nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft be | | | | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | | | | ✓ | Sinnvoll, unverändert |
| Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Beobachtbare Schwierigkeiten beim Anschlucken | ✓ | Sinnvoll, unverändert | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ | Sinnvoll, unverändert |
| Verbleibende Nahrungsreste auf der Zunge (nach dem Schlucken) | ✓ | Sinnvoll, unverändert | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Verbleibende Nahrungsreste am Gaumen (nach dem Schlucken) | ✓ | Sinnvoll, unverändert | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belas | | | | |
| Äußerungen über/Beobachtung von Schluckstörungen | | Sinnvoll, unverändert<br>Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu spezifisch<br>Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu allgemein<br>Auflösen, inhaltlich zu spezifisch<br>Auflösen, inhaltlich zu allgemein<br>Auflösen, fachlich falsch<br>Auflösen, fachlich unvollständig<br>Auflösen, nicht dokumentationsrelev. | | | | | | |
| Feuchte/gurgelige Stimmqualität nach dem Schlucken | | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belas | | | | |
| Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken | | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belas | | | | |
| Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Auffälliges positives Ergebnis beim 50 ml. Wasserschlucktest | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Veränderte Schluckphasen (Schluckko | | | | | | | | sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Fehlender Schluckreflex (Schluckkontr | | | | | | | | sinnvoll, unverknüpft belassen |

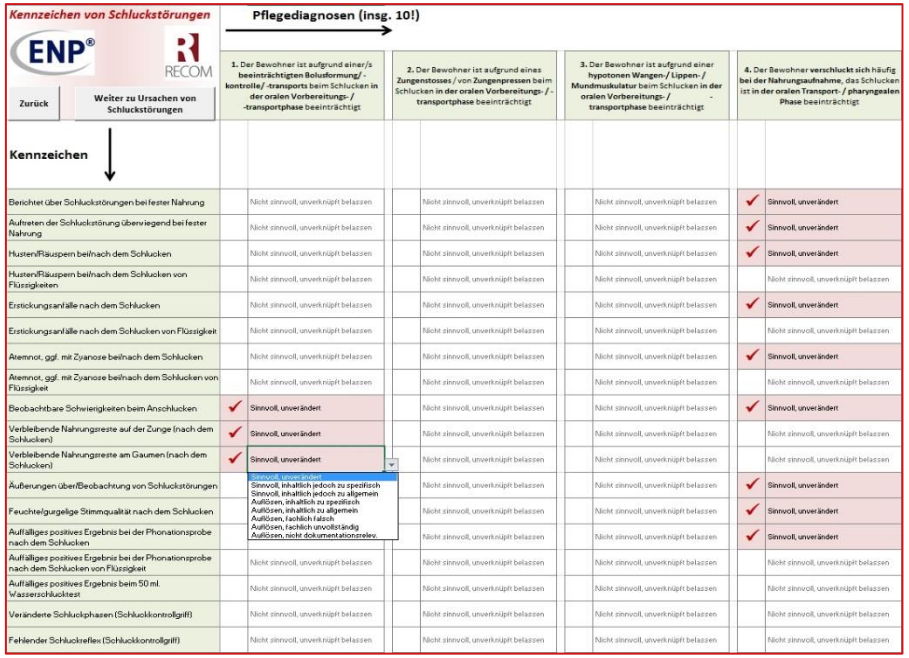
Prüfung jedes Items auf: Korrektheit der (Nicht-)Verknüpfung zu einer Pflegediagnose, Abstraktionsgrad, fachliche Korrektheit und Vollständigkeit, Dokumentationsrelevanz

Standardisiertes Drop-Down-Menü:
- Verknüpfung nicht korrekt
- ….

**Ergänzend:** Likert-skalierter Fragebogenteil zu Struktur und Aufbau von ENP sowie zu soziodemographischen Angaben

Thieme RECOM

# 4 Aufgabe der Experten – ein Kraftakt!



| Kennzeichen von Schluckstörungen | | Pflegediagnosen (insg. 10!) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ENP® RECOM<br>Zurück / Weiter zu Ursachen von Schluckstörungen | | 1. Der Bewohner ist aufgrund einer/s beeinträchtigten Bolusformung/ -kontrolle/ -transports beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs- / -transportphase beeinträchtigt | 2. Der Bewohner ist aufgrund eines Zungenstosses / von Zungenpressen beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs- / -transportphase beeinträchtigt | 3. Der Bewohner ist aufgrund einer hypotonen Wangen- / Lippen- / Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs- / transportphase beeinträchtigt | 4. Der Bewohner verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport- / pharyngealen Phase beeinträchtigt |
| Kennzeichen | | | | | |
| Berichtet über Schluckstörungen bei fester Nahrung | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Auftreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeiten | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Erstickungsanfälle nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Erstickungsanfälle nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Beobachtbare Schwierigkeiten beim Anschlucken | ✓ | Sinnvoll, unverändert | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Verbleibende Nahrungsreste auf der Zunge (nach dem Schlucken) | ✓ | Sinnvoll, unverändert | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Verbleibende Nahrungsreste am Gaumen (nach dem Schlucken) | ✓ | Sinnvoll, unverändert<br>Sinnvoll, unverändert<br>Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu spezifisch<br>Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu allgemein<br>Auflösen, inhaltlich zu spezifisch<br>Auflösen, inhaltlich zu allgemein<br>Auflösen, fachlich falsch<br>Auflösen, fachlich unvollständig<br>Auflösen, nicht dokumentationsrelev. | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Äußerungen über/Beobachtung von Schluckstörungen | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Feuchte/gurgelige Stimmqualität nach dem Schlucken | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken | | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Auffälliges positives Ergebnis beim 50 ml Wasserschlucktest | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Veränderte Schluckphasen (Schluckkontrollgriff) | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Fehlender Schluckreflex (Schluckkontrollgriff) | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |

| | 10 ENP-Praxisleitlinien | | |
|---|---|---|---|
| Umfang: | 113 Kennzeichen | 163 Ursachen | 68 Interventions-konzepte |

# 4 Auswertungskriterien des Expertenratings

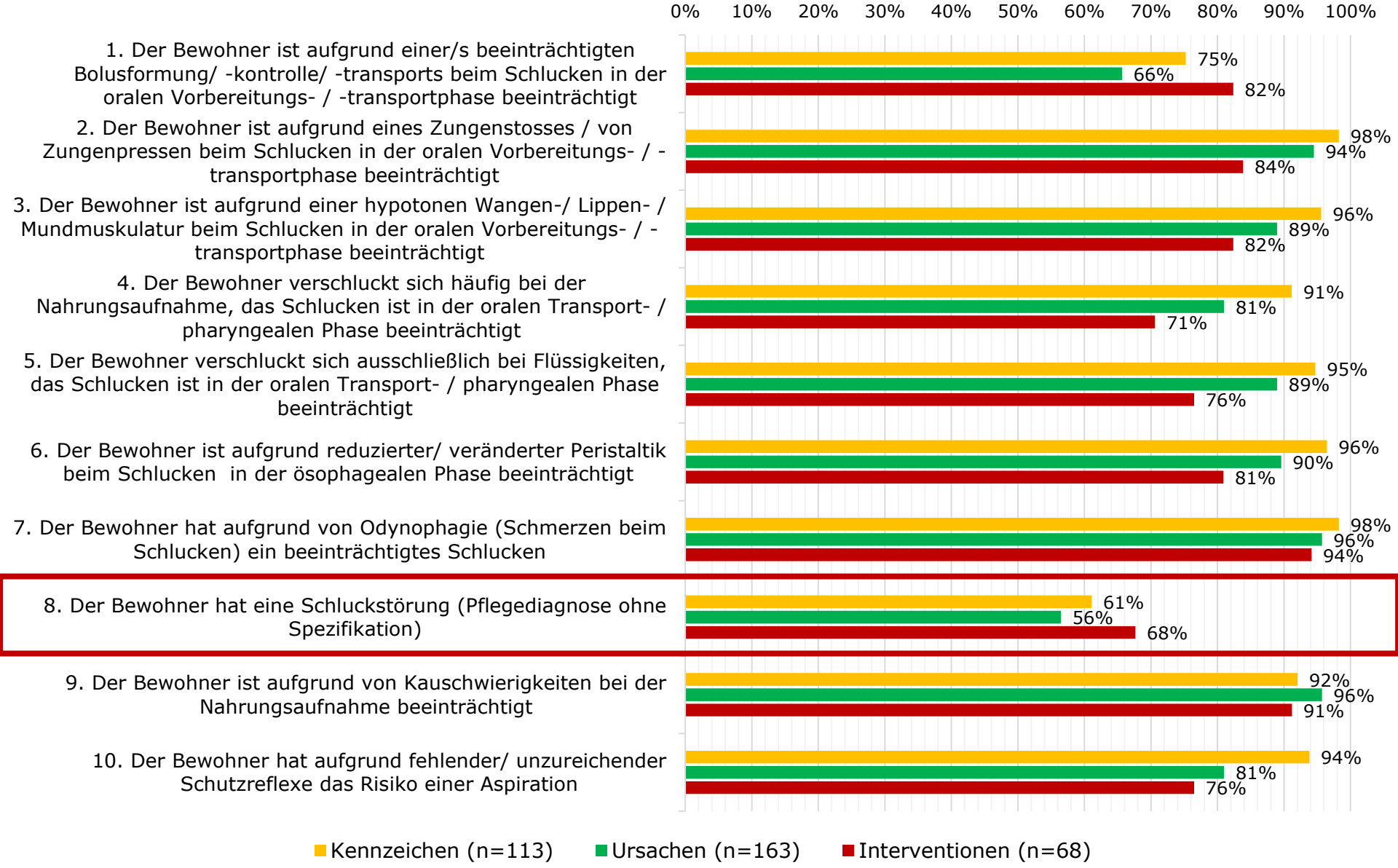
- Statistische Prüfung der Gesamtzustimmungsrate sowie der Interrater-Reliabilität
- Prüfung sämtlicher mit einer der Pflegediagnosen verknüpften aber auch nicht-verknüpften Items durch das ENP-Wissenschaftsteam, welche
  - nicht mindestens eine Gesamtzustimmungs-rate von 75% im Sinne von „richtig" erreicht haben
  - oder von mindestens zwei Experten die Einschätzung „falsch" erhalten haben

  } ca. 15% aller Items bei den Schluck-störungen
- Erneute syst. Überarbeitung der von den Experten zurecht angemerkten Änderungsvorschläge hin zur finalen Form der ENP-Inhalte zum Themenkomplex „Dysphagie"

4

# Ergebnisse der Expertenbefragung

***75% Gesamtzustimmungsrate (relativ). Kennzeichen: n = 10 Rater***
***Ursachen + Interventionen: n = 9 Rater***



# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Adäquate Pflege heißt unter anderem:

Pflegeklassifikationssysteme nutzen und datenbasiert Outcome bewerten

Pflegediagnostik umsetzen können

Wert-schätz ung

Zeit für Pflege

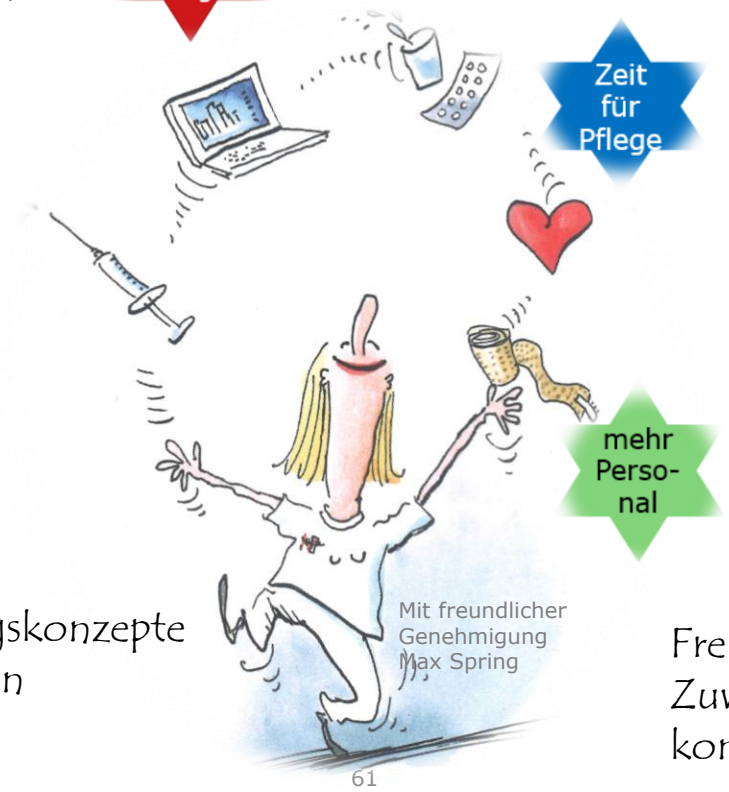
Pflege eine Profession

mehr Perso-nal

Die Pflegebedürfnisse des Betroffenen erkennen und adäquate, evidenzbasierte Pflegeinterventionen anbieten können

Freiräume für Pflegeentwicklung/-forschung und Personalentwicklung

Anordnungskompetenz für Heil- und Hilfsmittel




Evidenzbasierte Handlungskonzepte adäquat anwenden können

Freiräume für Achtsamkeit und Zuwendung in komplexen Fall-konstellationen haben

Keine Rationierung von Pflegeleistung