



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Unterschiede in der Wahrnehmung pflegerelevanter
Situationen zwischen Patienten und Pflegepersonen“**

Verfasserin

Andrea Kobleder

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Dezember 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr. Andrea Smoliner, MNSc

Danksagung

Besonderen Dank möchte ich meiner Betreuerin, Fr.Dr.Andrea Smoliner,MNSc, für die individuelle Betreuung und die vielen hilfreichen Hinweise während der ganzen Arbeit, aussprechen. Ein weiterer Dank gilt der Leitung des Rudolfinerhauses, welche mir die Durchführung meines Projekts ermöglicht hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Mutter Marianne und meiner Schwester Isabella, die für jedes Problem ein offenes Ohr haben, und mich in allen Lebenslagen unterstützen.

Zu guter Letzt, aber nicht weniger wichtig, danke ich meinen Studienkolleginnen und guten Freundinnen Steffi und Claudia, welche mir in technischen Belangen und durch den fachlichen Austausch viel weitergeholfen haben, und mir auch fernab vom Studium zur Seite stehen.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit mit dem Titel „Unterschiede in der Wahrnehmung pflegerelevanter Situationen zwischen Patienten und Pflegepersonen“ selbständig verfasst, bisher weder ganz noch in Teilen als Prüfungsleistung vorgelegt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

.....

Ort, Datum

.....

Andrea Kobleder

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG.....	8
1.1	AUFBAU DER ARBEIT	8
1.2	PROBLEMSTELLUNG	9
1.3	ZIEL DER ARBEIT	10
1.4	FORSCHUNGSFRAGEN	11
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	11
2.1	DAS KONZEPT DER PFLEGEDIAGNOSTIK.....	11
2.1.1	<i>Einführung.....</i>	<i>11</i>
2.1.2	<i>Die Entwicklung von Pflegediagnosen.....</i>	<i>12</i>
2.1.3	<i>Der Begriff der Pflegediagnose</i>	<i>14</i>
2.1.4	<i>Unterscheidung Pflegediagnose - Medizinische Diagnose</i>	<i>17</i>
2.1.5	<i>Klassifikationssysteme am Beispiel der NANDA, ICNP® und ENP®.....</i>	<i>18</i>
2.1.6	<i>Vor- und Nachteile von Pflegediagnosen und Klassifikationssystemen</i>	<i>26</i>
2.1.7	<i>Pflegediagnostik am Rudolfinerhaus</i>	<i>28</i>
2.2	DAS KONZEPT DER ÜBEREINSTIMMUNG ZWISCHEN PFLEGEPERSONEN UND PATIENTEN	29
2.2.1	<i>Einführung.....</i>	<i>29</i>
2.2.2	<i>Übereinstimmung von Patienten und Pflegepersonen zu pflegerelevanten Situationen</i>	<i>36</i>
2.2.3	<i>Unterschiede in der Sichtweise von Pflegepersonen und Patienten einer spezifischen Gruppen.....</i>	<i>38</i>
2.2.4	<i>Übereinstimmung der Pflegeplanung mit der Sicht des Patienten</i>	<i>41</i>
2.2.5	<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>43</i>
3	EMPIRISCHER TEIL	44
3.1	DESIGN.....	44
3.2	STUDIENPOPULATION	45
3.3	SETTING	45
3.4	ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN.....	46
3.5	ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	46
3.5.1	<i>Den Erhebungsinstrumenten zugrunde liegende Theorie.....</i>	<i>47</i>
3.5.2	<i>Instrument zur Erhebung pflegerelevanter Situationen aus Sicht der Patienten.....</i>	<i>49</i>

3.5.3	<i>Instrument zur Erhebung pflegerelevanter Situationen der Patienten aus Sicht der Pflege</i>	53
3.6	DATENERHEBUNG.....	53
3.7	METHODE DER DATENAUSWERTUNG	54
4	ERGEBNISDARSTELLUNG	55
4.1	STICHPROBE	55
4.2	ALTER UND GESCHLECHT DER INTERVIEWTEN PERSONEN	56
4.3	AUFENTHALTSDAUER UND AUFENTHALTSGRUND	57
4.3.1	<i>Aufenthaltsdauer</i>	57
4.3.2	<i>Aufnahmegrund</i>	57
4.4	BEFINDEN SEIT DER AUFNAHME.....	59
4.5	ANZAHL PROBLEME/PFLEGEDIAGNOSEN	59
4.6	HÄUFIGKEITSVERTEILUNG VON PROBLEMEN UND PFLEGEDIAGNOSEN IN DEN EINZELNEN KATEGORIEN.....	61
4.7	HÄUFIGKEITSVERTEILUNG UND ÜBERSTIMMUNG VON PFLEGERELEVANTEN SITUATIONEN ZWISCHEN PFLEGEPERSONEN UND PATIENTEN NACH STATIONEN	62
4.8	UNTERSCHIEDE IN DER WAHRNEHMUNG PFLEGERELEVANTER SITUATIONEN ZWISCHEN PATIENTEN UND PFLEGEPERSONEN NACH KATEGORIEN	64
4.8.1	<i>Atmung</i>	64
4.8.2	<i>Ernährung</i>	65
4.8.3	<i>Ausscheidung</i>	65
4.8.4	<i>Hautzustand</i>	67
4.8.5	<i>Körperpflege</i>	68
4.8.6	<i>Mobilität</i>	69
4.8.7	<i>Schmerzen</i>	70
4.8.8	<i>Schlafen</i>	71
4.8.9	<i>Kommunikation</i>	72
4.8.10	<i>Geistiges Wohlbefinden</i>	73
4.9	SONSTIGE PFLEGEDIAGNOSEN	74
5	DISKUSSION	75
5.1	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	75
5.1.1	<i>Beantwortung der Forschungsfragen</i>	75
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	88
7	LIMITATIONEN DER STUDIE UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS	89

7.1	LIMITATIONEN DER STUDIE	89
7.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS.....	90
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	92
9	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	95
10	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	96
11	ANHANG.....	97
11.1	ANHANG 1.....	97
11.2	ANHANG 2.....	98
11.3	ANHANG 3.....	108
11.4	ANHANG 4.....	113
12	ZUSAMMENFASSUNG.....	130
13	ABSTRACT	131
14	LEBENS LAUF.....	133

1 Einführung

1.1 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel der Arbeit wird grundsätzlich auf das vorliegende Forschungsproblem, welches darin besteht, dass es derzeit im deutschsprachigen Raum kaum Literatur bezüglich der Übereinstimmung zwischen Patienten¹ und Pflegepersonen bezüglich vorliegender Probleme, gibt, eingegangen. In diesem Kapitel werden des Weiteren Gründe genannt, warum dieses Thema wissenschaftlich bearbeitet werden sollte. Abgeschlossen wird dieser Teil mit der Definition der Forschungsfragen.

Das zweite Kapitel der Arbeit beschäftigt sich mit der Aufarbeitung vorliegender Literatur zu den Themenkreisen „Pflegediagnostik“ und „Sichtweise des Patienten“. Dieses Kapitel dient dazu, die beiden Konzepte zu definieren, unterschiedliche Aspekte zu beleuchten, und sie am Ende zu verbinden.

Das dritte Kapitel beschreibt die verwendete Methode zur Erlangung und Analyse von Daten. In diesem Teil wird im Genauen auf das Setting, die Stichprobe, die Messinstrumente, die Datenerhebung, und die Datenauswertung eingegangen.

Im darauf folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenerhebung dargestellt, welche dann im fünften Kapitel diskutiert werden.

Das sechste Kapitel beinhaltet die Schlussfolgerungen, im siebenten Kapitel werden schließlich Limitationen der Studie aufgezeigt und Empfehlungen für die Praxis abgegeben.

ad¹ : Zur leichteren Lesbarkeit wurde die männliche Form personenbezogener Hauptwörter gewählt. Frauen und Männer werden jedoch im Text gleichermaßen angesprochen.

1.2 Problemstellung

In der Novelle des GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) 1997 wurde österreichweit eine möglichst genaue Durchführung des Pflegeprozesses für jeden Patienten festgelegt. Dies beinhaltet eine umfassende Pflegeanamnese, die Erstellung relevanter Pflegediagnosen, daraus abgeleitete Maßnahmen und im Anschluss eine Evaluation, um dem Patienten in seinem Genesungsprozess eine optimale Pflege zukommen lassen zu können. Diese neuen gesetzlichen Forderungen an die Pflege lassen sich nicht sofort umsetzen, sondern ihnen muss ein gewisser Zeitraum für die Implementierung zur Verfügung gestellt werden (vgl. Stefan, Allmer 2003, S.1). Auch einige Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zeigen sich in der Praxis noch Probleme in der adäquaten Anwendung des Pflegeprozesses, im Besonderen auch bei der Erstellung von Pflegediagnosen.

Bei der Entwicklung der Pflegediagnosen in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden „kritisches Denkvermögen“ und „klinische Urteilskraft“ als Voraussetzungen genannt, welche zur Erstellung einer Pflegediagnose von der Pflegeperson verlangt werden (vgl. Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.5). Dies beinhaltet daher die pflegerelevante Situation des Patienten so gut wie möglich zu erfassen, um ihm jene Maßnahmen zukommen zu lassen, die für ihn im Moment am wichtigsten sind.

Inwieweit die Sichtweise des Patienten in die Pflegediagnostik mit einfließt ist zwar im angloamerikanischen und europäischen Raum bereits in einigen Studien bearbeitet worden, eine konkrete Darstellung im deutschsprachigen Raum steht dazu allerdings noch aus. Interessant ist daher, wie sich die Situation im deutschsprachigen Kontext darstellt, inwieweit sich hier die Sichtweise des Patienten in den von der Pflegeperson erstellten Pflegediagnosen wiederfindet.

Ungenügender Einbezug der Patientensichtweise führt zu einer inadäquaten Anwendung des Pflegeprozesses und stellt ein Hindernis für die wünschenswerte Patientenorientierung in der Pflege dar.

Inwieweit sich diese Problematik im deutschsprachigen Kontext überhaupt stellt, soll unter anderem Inhalt der Arbeit sein.

1.3 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, welche Unterschiede es in der Wahrnehmung von vorhandenen Patientenproblemen beziehungsweise Pflegediagnosen zwischen Patienten und Pflegepersonen gibt.

Da es, wie bereits erwähnt, zu dieser Thematik im deutschsprachigen Raum zur Zeit nur wenig Literatur gibt, soll das erworbene Wissen helfen, hiesige Pflegepersonen auf Problematiken der Patienten zu sensibilisieren. Die Ergebnisse der Arbeit tragen dazu bei, Aussagen zu treffen, ob es von Seiten der Pflege Aufholbedarf in der Erfassung der Sichtweise der Patienten gibt, welche Diagnosen für die Patienten am wichtigsten sind, und welche Pflegediagnosen zwar ohne Problemformulierung der Patienten erstellt werden, dennoch aber wichtig in der Pflege sind.

Das Vermögen von Pflegepersonen, die Sichtweise der Patienten optimal zu erkennen, fördert eine patientenorientierte Pflege, indem den Patienten die Möglichkeit gegeben wird, ihre Sicht aktiv in den Pflegeprozess mit einfließen zu lassen.

Dies bringt nicht nur Vorteile für die Patienten, sondern fördert auch die Qualität der Pflegediagnostik, was in weiterer Folge zu einer adäquaten Anwendung des Pflegeprozesses führt.

Finden sich die Patienten in den erstellten Pflegediagnosen wieder, kann dies auch Auswirkungen auf andere Parameter haben.

Studien haben gezeigt, dass sich eine qualitativ hochwertige Pflegediagnostik positiv auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Pflegediagnostik auswirkt (vgl. Müller-Staub 2002, S.113). Somit könnte durch eine genaue Erfassung der Patientensichtweise als Teil einer qualitativ hochwertigen Pflegediagnostik die Zufriedenheit der Patienten zunehmen.

1.4 Forschungsfragen

Die Forschungsfrage, die mit vorliegender Arbeit beantwortet werden soll lautet:

- Inwieweit stimmen die von Pflegepersonen erstellten Pflegediagnosen mit der Sicht der Patienten überein?

Auf Grundlage dieser übergeordneten Fragestellung ergeben sich weitere Fragen, die ebenfalls im Zuge der Arbeit beantwortet werden sollen:

- Inwiefern werden die wichtigsten Patientenprobleme als Pflegediagnosen definiert?
- Welche Pflegediagnosen, die nicht in dieser Form als Patientenproblem geäußert werden, werden von Pflegepersonen definiert? Welche Bedeutung haben diese Diagnosen für den Pflegeprozess?

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Das Konzept der Pflegediagnostik

2.1.1 Einführung

Mit Inkrafttreten der Novelle des GuKG 1997 verpflichtete sich jede Pflegeperson in Österreich der Durchführung des Pflegeprozesses für jeden Patienten. Seit diesem Zeitpunkt muss eine Pflegeperson bei jeder Aufnahme relevante Informationen vom Patienten einholen, welche sie im Anschluss im Rahmen des diagnostischen Prozesses analysiert und daraus eine oder mehrere Pflegediagnose/n definiert. Gemeinsam mit dem Patienten sollen mögliche Ziele vereinbart werden, wofür die

Pflegeperson durch ihre fachliche Kompetenz geeignete Maßnahmen zur Erreichung der Ziele auswählt. Nach Durchführung der Maßnahmen werden die Ergebnisse evaluiert (vgl. Stefan et al. 2003, S.9).

Pflegediagnosen sollen hierbei Auskunft darüber geben, in welchen Bereichen der Patient Probleme aber auch Ressourcen hat, wo also die Pflege ansetzen soll. Sie sollen Pflegende bei der Strukturierung ihrer Handlungen unterstützen und zur Entwicklung einer gemeinsamen Sprache beitragen (vgl. Stefan et al. 2006, S.129f).

Im nachfolgenden Teil soll kurz die geschichtliche Entwicklung der Pflegediagnosen dargestellt werden. Des Weiteren wird der Begriff der Pflegediagnose definiert, Klassifikationssysteme vorgestellt, und mögliche Vor- und Nachteile diskutiert.

2.1.2 Die Entwicklung von Pflegediagnosen

Die Wurzeln der Pflegediagnostik liegen in der Arbeit Florence Nightingales, welche im Krimkrieg Gesundheitsprobleme der Verwundeten diagnostizierte, und auf deren Grundlagen Maßnahmen ableitete (vgl. Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.4). Nightingale sprach allerdings zu diesem Zeitpunkt noch nicht vom Begriff der „Pflegediagnose“, in ihrer Arbeit zeigten sich aber erste Ansätze eines diagnostischen Prozesses. Erst circa 100 Jahre nach Nightingale entbrannte in der Pflege wieder eine Diskussion, die sich mit der Entwicklung des Pflegeprozesses und in weiterer Folge mit der Entwicklung von Pflegediagnosen beschäftigte (vgl. Schrems 2003, S.25).

Der Beginn dieser Diskussion fand überwiegend in Amerika in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts statt.

Dieser Prozessgedanke führte dazu, dass pflegerisches Handeln strukturiert wurde. Es wurde der Versuch unternommen, durch Definition der Pflegeproblematik darauf abgestimmte Interventionen zu finden. Im Zuge der Pflegeprozessüberlegungen bildeten sich schließlich eigenverantwortliche Tätigkeiten der Pflege heraus, welche mit der Abgrenzung von der Medizin einhergingen.

Um dem Patienten geeignete Pflegemaßnahmen zukommen lassen zu können, muss zu Beginn das eigentliche Problem des Patienten definiert werden. In diesem Zusammenhang wurde erstmals von Virginia Frey 1953 der Begriff der Pflegediagnose

verwendet, welche sie „als notwendigen Schritt bei der Festlegung eines Pflegeplans“ (Stefan et al. 2006, S.131) ansah. Ende der 60er Jahre kam es zur Publikation verschiedener Modelle, die sich mit dem Pflegeprozess auseinandersetzten. Die Theoretikerinnen beschäftigten sich unter anderem mit der Frage, welche Tätigkeiten in den Bereich der Pflege fallen und versuchten außerdem, die Pflege weg von der medizinischen Problematik, hin zur pflegerischen zu führen (vgl. Stefan et al. 2006, S.2). In den darauf folgenden Jahren wurde zwar der Versuch unternommen, Pflegeprobleme zu definieren, der Begriff der Pflegediagnose fiel aber erst wieder 1973 bei der ersten Konferenz der American Nursing Association (ANA), in der erstmals „Standards of Nursing Practice“ publiziert wurden. Der Begriff der Diagnose setzte sich lange Zeit nicht durch, da es „bis weit in die 70er Jahre hieß, dass die Diagnose Vorrecht der Ärzte sei“ (Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.6). Erst nach einigen Jahrzehnten und durch Veränderungen in der Sprache bürgerte sich der Begriff der Diagnose in die Alltagssprache ein, wobei heute eine Diagnose nicht zwangsläufig mit dem medizinischen Bereich in Verbindung gebracht wird (vgl. Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.6).

Seit der Konferenz der ANA 1973 fanden regelmäßige Zusammenkünfte statt, in welchen neue Pflegediagnosen erstellt und bestehende diskutiert wurden.

1982 wurde schließlich die Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) gegründet, welche sich mit der Entwicklung, Überprüfung und Klassifizierung von Pflegediagnosen beschäftigt.

Durch diese Entwicklung wurde weltweit die Forderung nach Klassifikationssystemen in der Pflege laut, wobei in den folgenden Jahren verschiedene Pflegeklassifikationssysteme entstanden sind. Die bekanntesten Klassifikationssysteme sind jene nach NANDA und die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP®), welche im Kapitel 3.1.5 noch genauer beschrieben werden.

In Österreich fand der Diskurs bezüglich des Pflegeprozesses und der Pflegediagnosen einige Jahre später statt. Verpflichtend für Pflegepersonen wurde die Durchführung des Pflegeprozesses und in weiterer Folge die Anwendung von Pflegediagnosen erst mit der Novelle des GuKG 1997. Die Durchführung des Pflegeprozesses ist im §14 GuKG im Rahmen des Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs geregelt. Dieser Paragraph verpflichtet unter anderem zur Erstellung einer umfassenden Pflegeanamnese, daraus abgeleitet relevanter Pflegediagnosen, in

weiterer Folge zur Planung darauf abgestimmter Maßnahmen, und im Anschluss daran, zur Evaluation, um dem Patienten in seinem Genesungsprozess optimale Pflege zukommen lassen zu können (vgl. §14 (1) GuKG).

2.1.3 Der Begriff der Pflegediagnose

Im Rahmen der Entwicklung des Pflegeprozesses und der Pflegediagnosen fanden sich immer wieder unterschiedliche Definitionen des Begriffs der Pflegediagnose. Je nachdem welche Ansicht zur Pflege vorherrschend war, wurden die Aspekte, die eine Pflegediagnose beinhalten sollte, unterschiedlich gewichtet. Gordon und Bartholomeyczik (2001) sprechen hier vom so genannten „theoretischen Pluralismus“. „Theoretischer oder begrifflicher Pluralismus beschreibt eine Situation, in der viele Sichtweisen und Theorien über die Pflege nebeneinander existieren“ (Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.13).

Nachfolgend sollen einige Definitionen von Pflegediagnosen aufgelistet, und deren kontextuelle Bedeutung diskutiert werden.

Gordon (1976) definiert eine Pflegediagnose folgendermaßen:

„Pflegediagnosen oder klinische Diagnosen, die von Pflegefachkräften gestellt werden, benennen aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme, die Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung behandeln können und dürfen“ (Gordon 1976, zit. nach Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.13).

Bei dieser Definition kommt zum Ausdruck, dass zu diesem Zeitpunkt darauf Wert gelegt wurde, pflegerische Interventionen von medizinischen zu unterscheiden.

Roy (1982) sieht eine Pflegediagnose als eine

„Kurzbezeichnung für ein Cluster empirisch begründeter Indikatoren für Verhaltensmuster des ganzheitlichen Menschen“ (Roy 1982, zit. nach Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.13).

In dieser Definition lässt sich zwar kein spezifischer Schwerpunkt dieser Zeit erkennen, allerdings wird hier die ganzheitliche Betrachtung des Menschen betont.

Die Definition von Shoemaker (1984) ähnelt der vorherrschenden Begriffsbestimmung der NANDA, welche ebenfalls in diesem Kapitel noch Erwähnung finden soll:

„Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde durch bewusste und systematische Informationssammlung und -analyse. Sie ist Grundlage für die Verordnung einer bestimmten Therapie, für welche die Pflegefachkräfte verantwortlich sind. Sie muss kurz und prägnant formuliert sein und die ätiologischen Faktoren der Situation enthalten, soweit diese bekannt sind“ (Shoemaker 1984, zit. nach Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.13).

Diese umfassende Definition versucht alle möglichen Umstände, in der sich ein Mensch in einer Krankheitssituation befinden kann, zu beschreiben. Weiters wird dargestellt, welche Eigenschaften eine Pflegediagnose zu erfüllen hat, und darauf hingewiesen, dass die Pflegeperson für die Konsequenzen der Pflegediagnose Verantwortung übernehmen muss.

Da wie bereits oben erwähnt, die NANDA Pflegediagnosen zurzeit international sehr häufig Anwendung finden, wird auch diese Definition angeführt und diskutiert:

„Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist“ (NANDA 1992, zit. nach Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.29).

Diese Definition ist sehr global gehalten und versucht, möglichst alle Ereignisse zu erfassen, für welche die Pflegeperson im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Tätigkeit Verantwortung übernehmen muss.

Gordon und Bartholomeyczik (2001) verstehen unter einer klinischen Beurteilung „keine einzelne Beobachtung, sondern vielmehr eine Interpretation, Analyse und Beurteilung einer Reihe von Beobachtungen“ (Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.29). Dies weist darauf hin, dass die reine Wahrnehmung der Pflegeperson nicht ausreicht, um die komplexe Situation des Patienten zu erfassen. Vielmehr bedarf es systematischen Wissens um die Situation im Rahmen des jeweiligen Kontextes zu deuten.

Reaktionen sind laut Gordon und Bartholomeyczik (2001) bestimmte „Verhaltensweisen oder mündliche Aussagen“, welche „physiologischer, psychologischer, soziologischer oder spiritueller Art“ sind (Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.29).

Wichtig in der NANDA Definition einer Pflegediagnose ist der Hinweis auf „aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse“ (NANDA 1992, zit. nach Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.29). Dies verweist auf zwei wichtige Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Zum einen sind dies Interventionen bei bestehenden und wahrnehmbaren Gesundheitsproblemen. Beispiele hierfür sind pflegerische Interventionen bei einem bestehenden Hautdefekt oder Inkontinenz.

Gleichbedeutend sind allerdings auch Tätigkeiten im Rahmen der Prävention. Unter einem potentiellen Gesundheitsproblem versteht man also einen Zustand, in dem ein Patient zu einer Personengruppe zählt, die unter einem erhöhten Risiko steht, ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu entwickeln. Darunter fallen beispielsweise Patienten, die aufgrund von Bettruhe gefährdet sind, einen Dekubitus oder eine Thrombose zu entwickeln (vgl. Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.30).

Im Abschlusssatz der NANDA Definition wird darauf hingewiesen, dass die Pflegeperson „die alleinige Verantwortung für Behandlung und Ergebnisse der Pflegediagnosen im Gegensatz zur gemeinsamen Behandlung nach medizinischen Diagnosen“ (Gordon, Bartholomeyczik 2001, S.30) übernehmen muss.

Die umfassende Erklärung der NANDA Definition einer Pflegediagnose von Gordon und Bartholomeyczik (2001) kann helfen sich einen Überblick über die umfassende Begrifflichkeit der Pflegediagnose zu verschaffen.

Abderhalen (1999) betont in seiner Definition die Wichtigkeit der Anwendung systematisierten Wissens in der Pflegediagnostik:

„Pflegediagnosen sind kurz und präzise formulierte, auf systematische Datensammlungen abgestützte Aussagen über pflegerische Aspekte des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens von Patientinnen und Patienten“ (Abderhalen 1999, zit. nach Stefan et.al. 2006, S.133).

Trotz vielfältiger Erklärungsversuche bleibt die Diskussion bezüglich einer adäquaten Definition einer Pflegediagnose aufrecht, mit welcher sich auch in den kommenden Jahren viele Theoretiker und Praktiker beschäftigen werden.

2.1.4 Unterscheidung Pflegediagnose - Medizinische Diagnose

Brobst et al. (2007) nannten einige Punkte, die es erleichtern, eine Pflegediagnose von einer medizinischen Diagnose abzugrenzen. Dies soll das Verständnis für Pflegediagnosen verbessern und mögliche Fehlerquellen, beispielsweise eine medizinische Diagnose als pflegerische auszugeben, minimieren.

Folgende Punkte wurden genannt:

- „Medizinische Diagnosen sind Bezeichnungen für Krankheiten oder Organstörungen. Pflegediagnosen sind, im Gegensatz dazu, Bezeichnungen für menschliche Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse.
- Medizinische Diagnosen beschreiben gewöhnlich die Krankheit des Patienten ohne Berücksichtigung seiner Beziehungen zur Familie oder Gemeinschaft. Eine spezifische Pflegediagnose (...) beschreibt die Familie als Funktionseinheit.
- Medizinische Diagnosen bleiben gleich, bis die Krankheit oder Störung geheilt ist. Pflegediagnosen können sich stündlich, täglich, monatlich ändern- wann immer sich das Reaktionsmuster des Patienten ändert.
- Medizinische Diagnosen beziehen sich auf pathophysiologische Veränderungen im Körper. Pflegediagnosen beziehen sich auf das Verhalten des Patienten und die physiologischen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse.
- Die Erstellung einer medizinischen Diagnose fällt in die rechtliche Zuständigkeit der Medizin; die Erstellung einer Pflegediagnose in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege.“ (Brobst et al. 2007, S.90f.)

Hier wird abermals die Bedeutung der ganzheitlichen Betrachtung der Patientensituation zum Ausdruck gebracht. Augenmerk soll nicht nur auf etwaige vorliegende Beeinträchtigungen gelegt werden, sondern auf den Patienten in seinem jeweiligen sozialen Kontext.

Die Tatsache, dass sich Pflegediagnosen innerhalb kürzester Zeit ändern können führt dazu, dass Pflegepersonen regelmäßig überprüfen müssen, ob die bestehende Pflegeplanung für die Situation des Patienten noch passend ist.

Im Rahmen der Pflegeplanung übernimmt die Pflegeperson alleinige Verantwortung für die pflegerische Betreuung des Patienten, welche auch gesetzlich verankert ist (vgl. §14 (1) GuKG).

2.1.5 Klassifikationssysteme am Beispiel der NANDA, ICNP® und ENP®

Der Diskurs zur Entwicklung von Klassifikationssystemen begann in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts, wobei der Versuch unternommen wurde, pflegespezifische Phänomene zu benennen und zu ordnen. Es stellte sich rasch heraus, dass es der Pflege an Terminologien fehlte, sie konnte also Phänomene, die in der Pflege häufig auftraten, nicht in Worte fassen. Dies war der Anstoß für Pflegepersonen und Theoretikerinnen sich genauer mit dieser Thematik zu befassen. Dies führte in weiterer Folge zu Zusammenkünften in Form von Konferenzen kam, deren Inhalt die Klassifizierung von Pflegephänomenen war, beziehungsweise immer noch ist (vgl. van der Bruggen 2002, S.52).

Vorrangiges Ziel der Klassifikationssysteme ist „zu benennen, zu ordnen, Beziehungen herzustellen zwischen dem, was Pflegeden tun, warum sie dies tun und den Ergebnissen, die sie damit erzielen“ (Georg 2005, S.133).

Mit Hilfe einer weltweit geltenden Pflegefachsprache kann die Pflege:

- „kontrolliert, bewertet, berechnet werden,
- weltweit vergleichbar sein,
- professionell werden,

- an Qualität gewinnen,
- einen akademische Basis erhalten,
- und eine Basis für die Pflegforschung sein" (Behn 2003, S.91).

Inhalte dieser Klassifikationssysteme sind Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse.

Klassifikationssysteme die weltweit bekannt sind, sind beispielsweise die Klassifikation der „3N“, welche für NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Intervention Classification) und NOC (Nursing Outcome Classification) stehen, oder die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP®). Im Europäischen Raum sind ebenfalls viele Forscher mit der Entwicklung von Klassifikationssystemen beschäftigt, ein Beispiel für ein Pflegeklassifikationssystem aus Europa, genauer gesagt aus Deutschland, ist ENP® (European Nursing care Pathways).

Nachfolgend sollen diese Klassifikationssysteme kurz erläutert werden, wobei ein Schwerpunkt auf die Pflegediagnosenklassifikation gelegt wird.

Die Pflegeklassifikationssysteme sind in ihrer jeweiligen Ausführung sehr komplex, die Darstellung in dieser Arbeit beschränkt sich hingegen nur auf die wesentlichen Punkte.

2.1.5.1 Die NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NANDA ist ein Klassifikationssystem für Pflegediagnosen, das weltweit am bekanntesten und um weitesten verbreitet ist. Derzeit umfasst die NANDA Taxonomie II 172 Pflegediagnosen, die je nach Anwender in 13 Bereiche der NANDA oder beispielsweise in die acht Selbstfürsorgebedürfnisse nach Orem eingeteilt werden (vgl. Stefan et al. 2003, S.42).

Eine Pflegediagnose nach NANDA besteht laut Stefan et al. (2003) aus einem Pflegediagnosentitel, einer Definition, einer Ätiologie, und eventuell aus der Angabe von Risikofaktoren.

Unterschieden werden in dieser Form der Klassifikation „Aktuelle Diagnosen“, „Hoch-Risiko-Diagnosen“, „Gesundheitsdiagnosen“ und „Syndromdiagnosen“ (vgl. Stefan et al. 2006, S.31).

- Aktuelle Diagnosen:

beinhalten die derzeitigen Reaktionen des Patienten auf das vorliegende Gesundheitsproblem. Maßgeblich ist das Vorliegen von bestimmten Symptomen.

Aktuelle Pflegediagnosen bestehen immer aus drei Teilen, nämlich aus dem Problem (P), der Ätiologie (Ä) oder auch Ursache genannt und Symptomen (S). Zusammen ergibt dies das sogenannte PÄS- Format.

Ein Beispiel für einer Aktuelle Pflegediagnose ist „Hautdefekt, bestehend“, wobei dieser Ausdruck für das Problem beziehungsweise den Titel der Diagnose steht.

- Hoch-Risiko-Diagnosen:

Voraussetzung für diese Diagnosen ist das Vorliegen von Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für den Patienten, ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu entwickeln, erhöhen.

Hoch-Risiko-Diagnosen bestehen immer aus zwei Teilen, nämlich dem Problem und den dazugehörigen Risikofaktoren.

Unter Risikofaktoren werden „physiologische, psychologische, genetische oder chemische Faktoren verstanden, welche die Gesundheit von Menschen, Familien oder sozialen Gemeinschaften gefährden“ (Stefan et al. 2003, S.30).

Eine Pflegediagnose mit dem Titel „Flüssigkeitsdefizit, hohes Risiko“ wäre ein Beispiel für eine Hoch-Risiko-Diagnose.

- Wellness- oder Gesundheitsdiagnosen:

beinhalten die Ressourcen des Patienten, welche ihm zur Verbesserung seines Wohlbefindens verhelfen können. Diese Diagnosen bestehen entweder aus zwei oder drei Teilen, einem Diagnosetitel und der Angabe von Voraussetzungen die erfüllt werden müssen, damit der erwünschte Gesundheitszustand eintritt. Ein Beispiel hierfür wäre eine Pflegediagnose mit dem Titel „Ernährung, Bereitschaft zur Verbesserung“.

- Syndromdiagnosen:

setzen sich aus mehreren aktuellen und Hoch-Risiko-Diagnosen zusammen. Die einzelnen Pflegediagnosen können je nach Typ, also entweder Aktuelle Pflegediagnose oder Hoch- Risiko- Diagnose aus drei oder zwei Teilen bestehen.

Bei der Pflegediagnose mit dem Titel „Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko“ handelt es sich um eine Syndromdiagnose, welche aus einer Vielzahl von einzelnen Pflegediagnosen besteht (vgl. Stefan et al. 2003, S.31f.).

Zusammen mit der NIC (Nursing Intervention Classification), welche Maßnahmen klassifiziert und der NOC (Nursing Outcome Classification), in der Ergebnisse klassifiziert werden, stellt die NANDA ein umfangreiches System dar, das wie bereits angesprochen, weltweit sehr häufig Anwendung findet.

2.1.5.2 Die ICNP® - die internationale Klassifikation für die Pflegepraxis

Seit dem Jahr 1989 versucht das International Council of Nurses (ICN) im Rahmen von Konferenzen die Entwicklung einer Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (= ICNP®) voranzutreiben (vgl. Haase Nielsen 2003, S.23).

Seit diesem Zeitpunkt entstanden mehrere Versionen beziehungsweise Weiterentwicklungen der ICNP®. 1995 entstand die Alpha Version, 1999 die Beta-Version und 2005 die Version 1.0., welche drei Jahre später durch die Version 1.1. erweitert wurde. Beim letzten ICN- Kongress 2009 wurde schließlich die Version 2.0.

vorgestellt (vgl.http://www.icnp.info/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=59, [11.11.10]).

Die ICNP® ist wie die NNN- Klassifikation (NANDA, NIC, NOC) eine Klassifikation von Pflegephänomenen, Pflegehandlungen und Pflegeergebnissen.

Da die verschiedenen Versionen Weiterentwicklungen von der vorangegangenen Version sind, und somit alle auf dem gleichen Gerüst beruhen, werden nachfolgend kurz die wichtigsten Elemente der ICNP®-Beta-2-Version, mit Schwerpunkt auf die Pflegediagnostik, vorgestellt.

Die ICNP® geht von einer dynamischen Pflegepraxis aus, wobei sie auch versucht breit genug zu sein, um kulturelle Unterschiede berücksichtigen zu können.

Sie zeichnet sich durch einen polyhierarchischen beziehungsweise multiaxialen Aufbau aus, wobei die Beta-2-Version aus acht Achsen für die Klassifikation von Pflegephänomenen, Pflegehandlungen und Pflegeergebnissen besteht.

Unter einem Pflegephänomen wird ein „für die Praxis relevanter Aspekt der Gesundheit“ (Hinz et al. 2003, S.135) verstanden.

Eine Pflegediagnose ist „eine Bezeichnung, die einer Entscheidung von Pflegenden gegeben wird, die im Fokus von Pflegehandlungen ist. Eine Pflegediagnose setzt sich aus Begriffen zusammen, die in den Achsen der Klassifikation der Pflegephänomene enthalten sind“ (ebenda 2003, S.135).

Die acht Achsen, welche zur Definition einer Pflegediagnose führen sollten, werden wie folgt benannt:

- Achse A: *Fokus der pflegerischen Praxis*: ist das Interessensgebiet, welches durch den sozialen Auftrag und den professionellen und konzeptuellen Rahmen der Praxis beschrieben wird. Beispiele hierfür wären: Schmerz, Atemnot, Armut
- Achse B: *Beurteilung*: ist das klinische Einschätzen durch die professionelle Pflegepraxis in Bezug auf das Stadium eines Pflegephänomens. Dies beinhaltet die Beurteilung der verhältnismäßigen Qualität, Intensität oder Manifestation des Pflegephänomens. Beispiele wären: gesteigert, ungenügend, verbessert

- Achse C: *Häufigkeit*: beschreibt die Anzahl des Auftretens eines Pflegephänomens innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Beispiele sind: oft, unterbrochen
- Achse D: *Dauer*: definiert den Zeitraum, in dem ein Pflegephänomen vorkommt. Beispiele für die Achse D: akut, chronisch
- Achse E: *Topologie*: versteht die Ausdehnung eines Pflegephänomens beziehungsweise die anatomische Region in Bezug auf einen mittleren Punkt. Beispiele hierfür: links, rechts, total, teilweise
- Achse F: *Körperstelle*: darunter wird die anatomische Position oder Lokalisation eines Pflegephänomens verstanden. Beispiele: Auge, Finger
- Achse G: *Wahrscheinlichkeit*: beschreibt die Möglichkeit, mit der ein Pflegephänomen auftreten kann. Beispiele: Risiko für, Chance für
- Achse H: *Träger*: ist eine Person, bei der das Pflegephänomen auftreten kann. Beispiele für die Achse H: Individuum, Familie, Gemeinschaft (vgl. ebenda 2003, S.136f.)

Durch die Kombination dieser Achsen lassen sich sowohl bestehende Pflegephänomene, als auch solche, welche noch nicht aufgetreten sind, beschreiben.

Zur Formulierung einer Pflegediagnose müssen folgende Richtlinien eingehalten werden:

- Pro Achse darf nur ein Begriff für die Formulierung einer Pflegediagnose verwendet werden
- Die Pflegediagnose muss einen Begriff aus der Achse A „Fokus der pflegerischen Praxis“ enthalten
- Die Pflegediagnose muss einen Begriff aus der Achse B „Beurteilung“ oder der Achse G „Wahrscheinlichkeit“ enthalten
- Alle anderen Achsen sind optional für die Formulierung einer Pflegediagnose zu verwenden

Ein Beispiel für eine Pflegediagnose unter Anwendung dieses Prinzips wäre:

Ausgeprägte (Beurteilung) intermittierende (Häufigkeit) Schmerzen (Fokus der pflegerischen Praxis) im Fuß (Körperseite).

Dieses axiale System kommt auch bei der Formulierung der Pflegehandlungen und Pflegeergebnisse zum Tragen.

Ein Vorteil der ICNP® ist vor allem, dass durch die Kombination der verschiedenen vorgegebenen Begrifflichkeiten die Daten leichter in ein Gesundheitssystem eingetragen und computergestützt verarbeitet werden können. Somit werden klare Daten geliefert, wodurch die Pflege nach außen an Transparenz gewinnt (vgl. ebenda 2003, S.135-137).

2.1.5.3 ENP®- European Nursing care Pathways

Die Entwicklung von Pflegeklassifikationssystemen, die vor allem vom amerikanischen Raum ausging, hat zu Bestrebungen in Europa geführt, ein solches Klassifikationssystem, welches auf vorliegende kontextuelle Rahmenbedingungen Rücksicht nimmt, zu entwerfen.

ENP® ist eines dieser Klassifikationssysteme, welches in Deutschland von Pflegewissenschaftlern konzipiert wurde. Nach wie vor wird versucht, dieses Klassifikationssystem zu modifizieren und an die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen.

Wie die übrigen Klassifikationssysteme hat ENP® zum Ziel, die Kommunikation von Mitarbeitern im Gesundheitssystem zu verbessern, Prozessabläufe zu unterstützen, Pflegehandlungen transparent zu machen, die Durchführung des Pflegeprozesses zu optimieren, sowie Daten für Qualitätssicherung und -entwicklung zu generieren.

ENP® besteht aus drei Bereichen, dem Pflegeklassifikationssystem, dem Präkombinationen, wobei hier die Elemente vom Pflegeklassifikationssystem verknüpft werden, und den daraus abgeleiteten Praxisleitlinien.

Das Pflegeklassifikationssystem ist hierarchisch aufgebaut, wobei es folgende Elemente umfasst: Gruppe – Domäne – Klasse – Kategorie – Subkategorie. Ein Element ist dem jeweils vorangegangenen untergeordnet.

Das Element der Gruppe unterteilt sich in: Pflegeprobleme, Ressourcen, Kennzeichen, Ursachen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen und Interventionsspezifikationen.

In der Gruppe der Pflegeprobleme, gibt es beispielsweise vier Domänen:

- „Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich
- Pflegeprobleme im emotionalen/psychosozialen Bereich
- Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken
- und umfeldbezogene Pflegeprobleme“ (Berger et al. 2009, S.3)

Die Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich unterteilen sich in elf Klassen, denen wiederum 66 Kategorien zugeordnet sind.

Bei der Formulierung einer Pflegediagnose, welche im ENP® Teilbereich „Präkombinationen“ durchgeführt wird, muss beachtet werden, dass eine Pflegediagnose aus einem Pflegeproblem (Begriff aus der Gruppe Pflegeprobleme) und einer Spezifikation (Begriff aus der Gruppe Kennzeichen, Ursachen oder Pflegeinterventionen) bestehen muss (vgl. ebenda 2009, S.8).

Ein Beispiel für eine Pflegediagnose wäre: „Der Patient kann sich aufgrund einer Apraxie nicht selbstständig kleiden.“

Das Pflegeproblem besteht hier im Ausdruck „kann sich nicht selbstständig kleiden“, die Spezifikation besteht in der Ursache „Apraxie“.

Bei der Formulierung von Pflegezielen und -interventionen werden ebenfalls Elemente aus Präkombinationen gebildet.

ENP® stellt also, wie die beiden anderen vorgestellten Klassifikationssysteme eine gute Möglichkeit dar, die vorgegebenen Ziele, beispielsweise die Entwicklung einer Pflegefachsprache, zu erreichen (vgl. ebenda 2009, S.2).

2.1.6 Vor- und Nachteile von Pflegediagnosen und Klassifikationssystemen

2.1.6.1 Vorteile

Im Zuge der Entwicklung von Pflegediagnosen und Klassifikationssystemen wurde von verschiedenen Theoretikerinnen und Praktikerinnen auf mögliche Vorteile, aber auch auf Nachteile in deren Anwendung hingewiesen.

Stefan et al. (2003) weisen auf die Wichtigkeit von Pflegediagnosen „als Grundlagen für weitere Professionalisierung im Pflegebereich“ hin. Ohne eine einheitliche Fachsprache seien eine einheitliche Ausbildung und ein einheitlicher Wissensstand kaum erreichbar. Im Speziellen befürworten Stefan et al. (2003) die Anwendung von Klassifikationssystemen, da dadurch wissenschaftlich fundiertes Pflegewissen generiert werden kann (vgl. Stefan et al. 2003, S.25).

Schrems (2003) versucht in folgender Aufzählung, die wesentlichen Vorteile, die von verschiedenen Autoren genannt wurden, zusammenzufassen:

- „Strukturierung und Systematisierung des pflegerischen Wissens und Sicherung der fachlichen Kontinuität mittels Klassifikationsschemata,
- Entwicklung einer einheitlichen Fachsprache,
- Wissenschaftliche Überprüfbarkeit,
- Grundlagen für einheitliche klinische Entscheidungen,
- Grundlagen für eine einheitliche Dokumentation,
- Grundlagen für die Entwicklung der Profession und für die Aufwertung des Pflegeberufs“ (Schrems 2003, S.29)

Käppeli (2000) beschreibt die Pflegediagnostik als eine Möglichkeit Patienten und Angehörige aktiv am Pflegeprozess mitwirken zu lassen. Durch die zu Beginn der Pflegebeziehung erfolgende Informationssammlung und den daraus resultierenden Pflegediagnosen wird versucht, dem Patienten jene Pflege zukommen zu lassen, die er aufgrund seiner individuellen Situation braucht. Einen weiteren Vorteil sieht die Autorin darin, dass mit Hilfe von Pflegediagnosen „eine kontinuierliche Pflege gewährleistet und die Leistungen der Pflege und deren Wirkung überprüft werden können“ (Käppeli 2000, S.20).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pflegediagnosen und Klassifikationssysteme eine Möglichkeit darstellen, die Pflege als Profession weiterzuentwickeln, neues Wissen zu generieren und Pflege transparent zu machen. Neben diesem übergeordneten Bereich sind Pflegediagnosen auch auf individueller Ebene nützlich. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses soll die individuelle Situation des Patienten so erfasst werden, dass der Patient jene Pflege erhält, die er gerade benötigt.

2.1.6.2 Nachteile

Kean (1999) setzt sich hingegen vor allem mit der Anwendung von Klassifikationssystemen kritisch auseinander und versucht, einen Blick auf mögliche negative Konsequenzen in der Anwendung von Pflegediagnosen zu werfen. Sie betont, dass die Strukturierung pflegerischen Wissens auch die Gefahr der „Stereotypisierung“ der Pflege mit sich bringt. Das heißt, das Ziel einer individuellen Pflege wäre nur sehr schwer zu erreichen. Somit besteht die Gefahr, sich an vorgefertigten Schemata zu halten und sich nicht an den Informationen des Patienten, die im Rahmen des Aufnahmegesprächs gesammelt wurden, zu orientieren (vgl. Kean 1999, S.209-215).

Eine Studie von Käppeli (2000) behandelte ein ähnliches Thema, und zeigte, dass der wünschenswerte Einbezug der Patienten im Rahmen der Pflegediagnostik nur unzureichend stattfand. Somit wussten viele der befragten Patienten nicht, dass vom Pflegepersonal überhaupt Pflegediagnosen erstellt wurden (vgl. Käppeli 2000, S.81).

Ein weiteres Problem sieht Kean (1999) in der Entwicklung der Fachsprache. Die Verwendung vordefinierter Termini könnte zu einer erschwerten Kommunikation mit Patienten und Angehörigen führen, weil die Gefahr besteht, dass diese den Begriffen keine eindeutige Bedeutung beimessen können.

Die Autorin weist generell auf die Gefahr der Übernahme von bestehenden Klassifikationssystemen wie zum Beispiel NANDA hin, da diese in einem anderen kulturellen, philosophischen, sozio- ökonomischen und gesetzlichen Kontext entstanden sind, und nicht ohne weiteres auf den europäischen, im Speziellen auf den deutschsprachigen Raum übertragen werden können (vgl. Kean 1999, S.209).

Es ist somit ersichtlich, dass sowohl der Nutzen der Pflegediagnosen, als auch deren kritische Hinterfragung ihre Berechtigung haben, und somit der Diskurs rund um Pflegediagnosen und Klassifikationssysteme sicher noch lange bestehen bleiben wird.

Die Anwendung von Pflegediagnosen und Pflegeklassifikationssystemen wird aber nur dann Sinn machen, wenn sie auf den jeweiligen Kontext angepasst wird, und dem Patienten im Rahmen der Durchführung die Möglichkeit gibt, sich aktiv in die Behandlung miteinzubringen.

Pflegepersonen sollten daher vor der Anwendung genau über den Nutzen, als auch über mögliche Nachteile der Klassifikationssysteme und Pflegediagnosen informiert werden.

2.1.7 Pflegediagnostik am Rudolfinerhaus

Im Gegensatz zu vielen anderen nationalen Organisationen und Institutionen orientiert sich die Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus bei der Erstellung von Pflegediagnosen nicht an vorherrschenden Klassifikationssystemen. Sich von diesen loszusagen war keine kurzfristige Entscheidung, vielmehr geschah dies im Rahmen von einigen Projektarbeiten, welche am Rudolfinerhaus zum Thema „Pflegediagnosen“ durchgeführt wurden.

Im Zuge einer patientenorientierten Pflege hat jeder Patient eine bestimmte Pflegeperson als Bezugsperson, die in ihrer Schicht für ihn verantwortlich ist. Diese

Pflegeperson holt am Beginn ihrer Schicht mit Hilfe der bestehenden Pflegediagnosen Informationen über den Patienten ein. Anschließend werden gemeinsam mit dem Patienten die Pflegemaßnahmen besprochen und in den Tagesablauf integriert.

Die im Jahr 2003 eingeführte Pflegevisite hat zum Ziel, gemeinsam mit dem Patienten die bestehenden Pflegediagnosen zu besprechen und sie gegebenenfalls zu adaptieren. Die Pflegevisite soll dem Patienten die Möglichkeit geben, sich aktiv an pflegerischen Entscheidungen beteiligen zu können und Raum bieten, etwaige Fragen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu klären. Die Titel der Pflegediagnosen, werden im Unterschied zur Anwendung von Klassifikationssystemen, frei unter Einbezug des Patienten formuliert.

Kommt es zu Veränderungen bei den Pflegediagnosen wird dies im Formblatt „Pflegeübersicht“ dokumentiert. Bei dieser „Pflegeübersicht“ handelt es um eine Auflistung aller Pflegediagnosen, die für den Patienten relevant erscheinen, des Weiteren finden sich hier patientenbezogene Ziele und die Maßnahmen zur Erreichung dieser (vgl. Smoliner 2007, S.23-27).

2.2 Das Konzept der Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten

2.2.1 Einführung

2.2.1.1 Das Assessment- die Sichtweise des Patienten erfassen

Grundlage für die gesamte Durchführung des Pflegeprozesses ist der erste Schritt, nämlich die Durchführung eines genauen Assessments. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs soll gemeinsam mit dem Patienten seine derzeitige Situation erörtert werden, um herauszufinden, ob es Bereiche gibt, in denen der Patient pflegerische Unterstützung benötigt. Eine gute Pflegeplanung gelingt nur, wenn die Pflegeperson es schafft, die Situation des Patienten adäquat einzuschätzen (vgl. Brobst et al. 2007, S.31).

Im Rahmen einer Pflegeanamnese wird die Erreichung folgender Ziele verfolgt:

- „Die gesundheitlichen [sic!] Versorgung und Pflege zu planen
- Einzuschätzen wie sich eine Krankheit oder das Kranksein auf den Patienten und seine Familie auswirkt
- Den Lernbedarf eines Patienten zu bewerten und einzuschätzen welche Information, Schulung, Anleitung und Beratung der Patient benötigt
- Dem Entlassungsbedarf des Patienten einzuschätzen und die Entlassungsplanung vorzubereiten“ (Brobst et al. 2007, S.34)

Primäre Informationsquelle im Rahmen eines Assessments ist der Patient, allerdings kann es aufgrund seiner Erkrankung sein, dass auf andere Quellen, beispielsweise Angehörige, zurückgegriffen werden muss.

Zu unterscheiden sind des Weiteren objektive und subjektive Informationen. Unter „objektiv“ versteht man Informationen, die unabhängig von persönlichen Ansichten und Meinungen bestehen. Dies sind zum Beispiel alle messbaren Daten, wie Blutdruck oder Temperatur.

„Subjektiv“ sind Daten, welche unter anderem auf Aussagen von Patienten beruhen. Diese werden von persönlichen Merkmalen und Empfindungen beeinflusst, was bedeutet, dass ähnliche Situationen von Patienten oft sehr unterschiedlich erlebt werden können (vgl. Budnik 2003, S.40).

Wichtig ist hierbei, die Sichtweise des Patienten im Rahmen der Dokumentation festzuhalten.

Die Erhebung der Patientensituation im Rahmen des Assessments ist kein einmaliger Vorgang, sondern stellt einen kontinuierlichen Prozess dar. Alle erhobenen Informationen müssen geordnet, dokumentiert, und auch im Rahmen des Krankenhausaufenthalts regelmäßig evaluiert werden. Nur so kann überprüft werden, ob die gesetzten Pflegeinterventionen wirksam waren, sich die Situation des Patienten verändert hat, neue Ressourcen erkennbar sind, oder ob neue Ziele zu vereinbaren sind (vgl. Brobst et al. 2007, S. 83f.).

Ein exaktes Assessment bietet die Möglichkeit, neben Beobachtungen der Pflegeperson die Sichtweise des Patienten zu erfassen, und diese in die Pflegeplanung mit einfließen zu lassen. Dies erleichtert im Weiteren die Erstellung der passenden Pflegediagnosen und das Setzen von adäquaten Maßnahmen.

Wie bereits oben angesprochen soll dies allerdings kein einmaliges Ereignis darstellen, sondern in regelmäßigen Abständen erfolgen. Ein Instrument um die Sichtweise des Patienten in die tägliche Pflegeplanung mit einzubeziehen, wäre die Pflegevisite, auf die im Kapitel 2.2.1.4 noch näher eingegangen wird.

2.2.1.2 Bedeutung einer übereinstimmenden Sichtweise von Pflegepersonen und Patienten

Im folgenden Teil soll kurz darauf eingegangen werden, warum es sowohl für die Pflege, als auch für den Patienten von großer Wichtigkeit ist, in ihrer Sichtweise bezüglich vorliegender Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen möglichst überein zu stimmen.

Für die Pflege bringt die genaue Erfassung der Patientensichtweise unter anderem den Vorteil der Qualitätssicherung mit sich (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120).

Somit kann eine optimale Pflege, die sich an den Präferenzen der Patienten orientiert, garantiert werden, indem Pflegepersonen bei der Erstellung relevanter Pflegediagnosen individuelle Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen.

Ein wichtiges Anliegen der Pflege ist, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich aktiv am Entscheidungsprozess beteiligen zu können (vgl. Florin et al. 2005, S.140).

Gelingt es der Pflegeperson die Vorzüge und Wünsche der Patienten wahrzunehmen und zu benennen, kann sie dem Patienten so optimal im Entscheidungsprozess unterstützen und mit bestimmten Maßnahmen beratend zur Seite stehen.

Eine genaue Aufzeichnung der pflegerelevanten Situationen der Patienten soll Pflegekontinuität gewährleisten (vgl. Ehrenberg, Ehnfors 2001, S.303).

Werden die vorliegenden Probleme möglichst genau erhoben und auch die Sicht der Patienten ausreichend mit einbezogen, kann somit sichergestellt werden, dass andere

Pflegepersonen und auch Mitarbeiter anderer Disziplinen, die ihre Information aus der vorliegenden Pflegeplanung beziehen, ausreichend über die Situation des Patienten Bescheid wissen und in seinem Sinne Maßnahmen setzen.

Studien im Bereich der Erfassung der Schmerzintensität von Krebspatienten haben gezeigt, dass es durch ungenaue Schmerzerfassung auch zu Problemen im Aufbau eines Beziehungsprozesses zwischen Pflegepersonen und Patienten kommen kann. Finden Patienten sich und ihre Situation in der Sichtweise der Pflege nicht wieder, kann sich dies auf ihre Bereitschaft, aktiv an der Durchführung von Maßnahmen mitzuarbeiten, negativ auswirken.

Von Pflegepersonen wird somit erwartet, die individuellen Probleme des Patienten genau zu erfassen, um die Pflege optimal auf ihn abstimmen zu können (vgl. Martensson et al. 2008, S.350).

2.2.1.3 Voraussetzungen für die Übereinstimmung von Pflegepersonen und Patienten

Damit es zu einer Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten bezüglich vorliegender Pflegediagnosen kommen kann, sollten einige Voraussetzungen erfüllt werden. Diese lassen sich grob in 3 Kategorien einteilen:

- Voraussetzungen an die Institution:

Von Seiten der Institution sollte eine Richtung vorgegeben werden, in der der Patient ganzheitlich im Rahmen seiner spezifischen Situation wahrgenommen wird, und ihm unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse und Ressourcen Unterstützung angeboten wird.

Eine solche Richtungsvorgabe könnte eine Institution im Leitbild verankern (vgl. Käppeli 2000, S.17).

Eine weitere Möglichkeit, die Sensibilität auf die individuelle Patientensituation zu verbessern, wären Fort- und Weiterbildungsangebote für die Mitarbeiter.

Eine Studie von Florin et al. (2005) zeigt, dass sich das Verständnis der Pflegeperson für die vorliegende Situation des Patienten und gleichzeitig die Qualität des diagnostischen Prozess deutlich verbessert hat, nachdem eine Versuchsgruppe an einer fünfmaligen Schulung teilnahm. In der dazugehörigen Kontrollgruppe konnten diese Verbesserungen nicht festgestellt werden (vgl. Florin et al. 2005, S.33).

Eine Hilfestellung von Seiten der Institution wäre die Verpflichtung zu regelmäßig stattfindenden Patientengesprächen, um die momentane Situation mit den Aufzeichnungen der Pflege zu vergleichen. Wichtig wären hierbei genügend Zeit und Personalressourcen zur Verfügung zu stellen, damit dies ein integrativer Bestandteil des Pflegealltags werden kann.

Ein Instrument, diese Patientengespräche regelmäßig stattfinden zu lassen, ist die Pflegevisite, auf die im nächsten Kapitel noch genauer eingegangen wird.

- Voraussetzungen an die Pflegeperson:

Käppeli (2000) gibt an, dass neben angemessener Ausbildung, die Qualität der Erfassung der Patientensituation, auch die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Pflegeperson ausschlaggebend sind.

So sind folgende Merkmale im Rahmen des diagnostischen Prozesses wichtig:

- „die Wahrnehmungsfähigkeit
- die Kommunikationsfähigkeit
- die Intuition
- die fachliche Qualifikation
- individuelle Persönlichkeitsmerkmale“ (Käppeli 2000, S.19)

Dies bedeutet, dass Pflegepersonen wie bereits im letzten Punkt erwähnt, auf die Erfassung der Patientensituation geschult werden können, jedoch spielen persönliche Eigenschaften und Einstellungen eine große Rolle. Eine intervenierende Variable ist

natürlich auch die Berufserfahrung, welche die Wahrnehmung und Entscheidungsfähigkeit der Pflegeperson beeinflusst.

- Voraussetzung von Seiten der Patienten:

Wie auch die Persönlichkeit der Pflegepersonen eine genaue Erfassung der Patientensicht entweder fördern oder hindern kann, so können dies auch Eigenschaften der Patienten. Patienten befinden sich außerhalb ihres gewohnten Umfelds und müssen versuchen mit einer neuen Situation möglichst gut umzugehen. Hier kann es sein, dass sie aufgrund der ungewohnten Umgebung, der vielen Informationen, oder des oftmals straffen Tagesablaufs gehindert werden, ihre Bedürfnisse und Wünsche mitzuteilen. Häufig findet sich nicht der geeignete Zeitpunkt über persönliche Anliegen mit den Pflegepersonen zu sprechen. Wie bereits bei den Voraussetzungen an die Institution erwähnt, wäre hier ein Lösungsansatz fixe Zeitpunkte mit der den Pflegenden zu vereinbaren, um nötige Punkte zu besprechen.

2.2.1.4 Instrument zum Einbeziehen der Patientensicht - die Pflegevisite

Im Rahmen einer Pflegevisite bekommt der Patient die Möglichkeit, seine Sichtweise bezüglich vorliegender Probleme mit einer Pflegeperson zu besprechen, um dann gemeinsam einen Lösungsweg zu finden, der auf seine individuelle Situation abgestimmt ist.

Heering (2006) weist darauf hin, dass die Pflegevisite folgende Ziele verfolgen kann:

„Pflegevisite als:

- Dienstübergabe mit dem Patienten
- Führungsinstrument
- Qualitätssicherungsinstrument
- Instrument zum Miteinbezug der Patienten“ (Heering 2006, S.6)

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit und der stattfindenden Pflegevisite am Rudolfinerhaus ist besonders der Punkt „Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten“ interessant.

Laut Heering et al. (1997) dient die Pflegevisite „so der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen beziehungsweise der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Vereinbarung der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit der Pflege“ (Heering et al. 1997, zit. nach Heering 2006, S.52).

Diese umfassende Definition zeigt bereits, welche Inhalte eine Pflegevisite mit dem Ziel des Miteinbezugs des Patienten verfolgt.

Dem Patienten soll somit Raum gegeben werden, sein Erleben der Situation wiederzugeben, und seine Sicht mit der der Pflegeperson abzustimmen.

Dieses aktive Auseinandersetzen mit der Sicht des Patienten bringt auch viele Vorteile für die Pflegeperson. Es ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten, indem sie mit ihm nicht nur über seine physiologischen und psychosozialen Probleme spricht, sondern auch über deren Bedeutung für den Patienten (vgl. Heering 2006, S.54).

Das genaue Kennenlernen der Bedürfnisse und Anliegen des Patienten führt in weiterer Folge zu einer Erleichterung in der Durchführung des Pflegeprozesses. Die vorhandenen Probleme werden gemeinsam mit dem Patienten in Kategorien eingeteilt, woraufhin die Pflegeperson aufgrund ihres fachlichen Wissens passende Pflegediagnosen formuliert. Nachfolgend werden gemeinsam mit dem Patienten Maßnahmen und Ziele festgelegt. Im Rahmen einer regelmäßig stattfindenden Pflegevisite kann so evaluiert werden, ob die Pflegedokumentation noch für die derzeitige Patientensituation passend ist.

In einer Studie untersuchten Görres et al. (2002) „Verbreitung, Verständnis und Ziele von Pflegevisiten als auch die praktische Umsetzung und Erfahrungen mit Pflegevisiten“ (Görres et al. 2002, S.25) an 87 norddeutschen Krankenhäusern mittels standardisierten Fragebögen.

In den meisten Fällen wurde die Pflegevisite als „Instrument zur Einbeziehung des Patienten und als Möglichkeit, ein Gespräch über den Pflegeprozess zu führen“ (ebenda 2002, S.27) wahrgenommen.

Bei den Stationen, an denen regelmäßig eine Pflegevisite durchgeführt wurde, wurden im Rahmen dessen vor allem Inhalte wie „aktuelles Befinden des Patienten“, „Bedürfnisse“ und „pflegerisch relevante Informationen“ besprochen.

Von den Patienten wurde die Durchführung der Pflegevisite als sehr positiv empfunden, 73,9% gaben an, diese zu befürworten.

Eine große Zustimmung (72,5%) erfuhr die Pflegevisite auch von Seiten der Mitarbeiter. Ein Teil dieser lehnte die Durchführung allerdings auch ab, Gründe hierfür waren „Angst vor Kontrolle“, „zeitliche Gründe“, „Entdeckung eigener Kompetenzmängel“ oder „Pflegevisite ist nicht notwendig“ (vgl. Görres et al. 2002, S.25-32).

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Patienten als auch Mitarbeiter grundsätzlich positiv auf die Durchführung einer Pflegevisite reagierten. Zu beachten ist allerdings, dass der Patient informiert werden sollte, zu welchem Zweck die Pflegevisite stattfindet, außerdem ist es wichtig, den Mitarbeiter eine ausführliche Einschulung zukommen zu lassen, damit diese auch über die nötigen Kompetenzen verfügen.

Im nachfolgenden Teil wird ein Augenmerk auf bislang veröffentlichte Studien gerichtet, die sich mit der Übereinstimmung der Sichtweise von Pflegepersonen und Patienten beschäftigen. Ziel der Studien war es zu beschreiben, inwieweit Pflegepersonen die Sichtweise der Patienten im Rahmen der Pflegediagnostik erfassen.

2.2.2 Übereinstimmung von Patienten und Pflegepersonen zu pflegerelevanten Situationen

Eine vorliegende Studie von Florin et al. aus dem Jahr 2005 beschäftigte sich mit der Frage, inwieweit die Wahrnehmung von bestehenden Problemen, deren Intensität und Wichtigkeit von Pflegepersonen und Patienten übereinstimmen. Durchgeführt wurde die Untersuchung mittels deskriptiven, komparativen Designs. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von Fragebögen, insgesamt wurden 76 Pflegepersonen - Patienten

Paare befragt. Die Befragung erfolgte ausschließlich im Akutbereich. Der Fragebogen bestand aus 43 Items, welche in 9 Unterkategorien (Kommunikation, Atmung/Kreislauf, Ernährung, Ausscheidung, Hautzustand, Mobilität, Schlafen, Schmerz, Gefühlszustand) unterteilt waren. Die Fragen versuchten, physische, psychische und spirituelle Pflegeprobleme abzudecken.

Bezüglich der Wahrnehmung von bestehenden Problemen war ein wichtiges Ergebnis, dass Pflegepersonen 47% der Probleme, welche die Patienten nannten, nicht erwähnten. Dies weist darauf hin, dass es in diesem Setting einige Patientenprobleme gab, die von den Pflegepersonen nicht erkannt wurden, und somit auch kein Versuch unternommen wurde, auf diese einzugehen.

Andererseits zeigt die Studie auch, dass von den Pflegepersonen Diagnosen definiert wurden, die von den Patienten nicht genannt wurden. Dies könnte durch das Fachwissen der Pflegepersonen erklärt werden, da viele Patienten von einigen Gefahren im Krankenhaus nichts wissen.

Die Schwere der Probleme betreffend, stimmten nur 27% der Pflegediagnosen mit der Sicht der Patienten überein. Die Ergebnisse zeigten weiters, dass Pflegepersonen dazu neigten, die Intensität der Probleme zu unterschätzen. Einzig in der Subskala „Ernährung“ schätzten die Pflegepersonen die Intensität der Problematik schwerer ein als die Patienten.

In Bezug auf die Wichtigkeit von Patientenproblemen ließ sich feststellen, dass Pflegepersonen in 32% der Fälle die Probleme unter- und in 24% sie überschätzten. Im Bereich der Wichtigkeit der Probleme zeigten die Ergebnisse die geringsten Abweichungen zwischen Pflegepersonen und Patienten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es zu klaren Abweichungen zwischen Pflegepersonen und Patienten bezüglich Wahrnehmung bestehender Pflegediagnosen, deren Intensität und Wichtigkeit, gab. Um eine individuelle und qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten, ist es allerdings von großer Wichtigkeit, die Sicht des Patienten im Rahmen der Pflegediagnostik akkurat zu erfassen (vgl. Florin et al. 2005, S.140-149).

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie von Lauri, Lepistö, und Käppeli aus dem Jahr 1997. Diese Studie hatte zum Ziel herauszufinden, welches die häufigsten Bedürfnisse von Patienten auf operativen und konservativen Stationen sind, außerdem, inwiefern die definierten Patientenprobleme mit den definierten Diagnosen der Pflegepersonen übereinstimmen.

Insgesamt wurden 92 Patienten und 69 Pflegepersonen mittels standardisierten Fragebögen befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die wichtigsten Bedürfnisse von Seiten der Patienten die Vitalfunktionen und den Gesundheitszustand allgemein betrafen. Pflegepersonen definierten Probleme mit der Umgebung (beispielsweise Informationsmangel der Patienten) als wichtigstes Bedürfnis der Patienten. Ausgenommen von dieser Kategorie, definierten die Pflegepersonen in allen anderen weniger Diagnosen als die Patienten.

Ein interessantes Ergebnis ist, dass Pflegepersonen auf operativen Stationen dazu neigten, die Bedürfnisse der Patienten zu unterschätzen, die Pflegepersonen auf konservativen Abteilungen hingegen die Bedürfnisse überschätzten.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Einschätzung der Bedürfnisse und die Erstellung der Pflegediagnosen von Seiten der Pflege noch Verbesserung bedürfen um die individuelle Sicht der Patienten in die Pflege miteinfließen zu lassen (vgl. Lauri, Lepistö, Käppeli 1997, S.339-346).

2.2.3 Unterschiede in der Sichtweise von Pflegepersonen und Patienten einer spezifischen Gruppen

Bezüglich der Einschätzung von Schmerzen liegen interessante Ergebnisse vor die darauf hinweisen, dass es auch in diesem Bereich häufig zu unterschiedlichen Einschätzungen von Pflegepersonen und Patienten kommt.

Eine Studie, die sich mit der Erfassung von Schmerzen bei Krebspatienten beschäftigte wies darauf hin, dass es signifikante Unterschiede bei der Einschätzung der Intensität und der Ausdrucksweise von Schmerzen bei dieser Patientengruppe gab. Pflegepersonen tendierten dazu, die Schmerzen der Patienten zu unterschätzen. Um

zu diesem Ergebnis zu kommen wurden 51 Patienten und deren Pflegepersonen mittels standardisiertem Fragebogen befragt. Die Intensität des Schmerzes wurde mit Hilfe der VAS (Visuelle Analog Skala) und des „Finnish Pain Questionnaire“ erhoben. Während die Patienten den schlimmsten Schmerz in den letzten 7 Stunden mit einem Mittelwert von 51,8 mm angaben, führten die Pflegepersonen einen Wert von 38,3 mm an. Ein weiteres Ergebnis war, dass Patienten und Pflegepersonen den Schmerz unterschiedlich beschrieben. Die Patienten äußerten ihre Schmerzerfahrung als „schmerzhaft“, „empfindlich“ und „erschöpfend“, während die Pflegepersonen die Schmerzen der Patienten als „intensiv“, „rasend“, oder „pulsierend“ schilderten. Ein interessantes Ergebnis wies darauf hin, dass die Einschätzung der Schmerzintensität maßgeblich vom Wissen der Pflegeperson bezüglich adäquater Schmerzmedikation abhängig war. Pflegepersonen, die nur wenig über eine Schmerzbehandlung mit Morphinen wussten, schätzten die Intensität der Schmerzen signifikant geringer ein, als diejenigen, die gut über die Schmerzmedikation Bescheid wussten.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen ebenfalls, wie wichtig eine ähnliche Sichtweise der Patienten und Pflegepersonen ist, um dieser sensiblen Patientengruppe eine fachgerechte, individuelle Pflege zukommen zu lassen. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass die Perspektiven von Patienten und Pflegepersonen teils weit auseinander lagen. Eine Maßnahme dieser Situation entgegen zu wirken ist laut den Autoren geeignete Schulungsprogramme für Pflegepersonen zu entwickeln, die vor allem das Wissen bezüglich der Krankheitsbilder bei der Berufsgruppe verbessern sollen (vgl. Hovi, Lauri 1999, S.213-219).

Zum Thema Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten mit einer Krebserkrankung liegt eine weitere interessante Studie von Martensson et al. (2008) vor. Die Autoren wollten herausfinden, inwieweit sich Pflegepersonen und Patienten in den Bereichen „Bewältigungsstrategien des Patienten“, „psychische Belastung“ und „Lebensqualität“ einig sind. Dazu wurden 90 Patienten und ihre betreuende Pflegeperson mit Hilfe von verschiedenen Skalen befragt. Im Gegensatz zur vorher diskutierten Studie, in der die Pflegepersonen die Schmerzen von Krebspatienten unterschätzten, zeigte sich hier, dass beinahe die Hälfte der Pflegepersonen die Bewältigungsstrategien der Patienten unterschätzten. Außerdem überschätzte ein Drittel der Pflegepersonen die Angst der Patienten und bis zu 46% schätzten die Lebensqualität der Patienten niedriger ein, als die Personen selber.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Pflegepersonen dazu neigten, die persönlichen Ressourcen (Bewältigungsstrategien, psychische Belastbarkeit) der Patienten zu unterschätzen. Die Autoren bemerkten des Weiteren, dass es bei Themen, die sich mit dem physischen Wohlbefinden der Patienten auseinandersetzten eher zu einer Übereinstimmung kam, als bei Themen, die sich mit psychosozialen Aspekten beschäftigten. Dies impliziert, dass Pflegepersonen ein größeres Augenmerk auf die psychosozialen Ressourcen der Patienten legen sollten, um den Pflegebedarf des Erkrankten adäquat erfassen, um darauf eine optimale, individuelle Pflege ausrichten zu können (vgl. Martensson et al. 2008, S.350-360).

Eine an diese anschließende Studie, ebenfalls durchgeführt von Martensson et al. (2010) beschäftigte sich mit Thema, inwieweit sich eine Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten auf die Zufriedenheit der Pflegenden mit ihrer vollbrachten Pflege auswirkt. Die Ergebnisse bezüglich Patienten-Pflegenden-Übereinstimmung glichen den Ergebnissen der vorangegangenen Studie, überraschend war allerdings das Ergebnis, dass eine Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegenden keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der erbrachten Pflege hatte. Vielmehr wirkten sich eine geringere Arbeitszeit und eine mehr als zweijährige Erfahrung mit Krebspatienten positiv auf die Zufriedenheit mit der erbrachten Pflege aus. Die Autorinnen erklärten dies unter anderem damit, dass viele Pflegenden sich nicht bewusst waren, dass sie die Bedürfnisse der Patienten nicht adäquat erfassten, und somit nur nach den Bedürfnissen handelten, von denen sie glaubten, dass diese auf die Patienten zuträfen. Dies gibt ebenfalls einen Hinweis auf die Wichtigkeit einer korrekten Erfassung der Patientensichtweise von Seiten der Pflege (vgl. Martensson et al. 2010, S.573-582).

Hall-Lord, Larsson und Stehen (1999) haben sich in einer Studie genauer mit der unterschiedlichen Einschätzung von Bedürfnissen zwischen Pflegepersonen und Patienten mit chronischen Schmerzen beschäftigt. Befragt wurden 38 Patienten mittels Interviews, und 38 Pflegepersonen mit Hilfe von Fragebögen. Auch hier zeigte sich, dass die Pflegepersonen die Bedürfnisse der Patienten in den Bereichen „körperliche Schmerzen“, „körperliches Unbehagen“, „Atemprobleme“, „Resignation“ und „Abhängigkeit“ unterschätzten. Dieses Ergebnis weist wiederum auf die Wichtigkeit einer Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten hin, da Patienten mit chronischen Schmerzen einem hohen Leidensdruck ausgesetzt sind, und es somit von großer Wichtigkeit ist, ihren Bedürfnissen adäquat gerecht zu werden. Werden diese

Bedürfnisse dauerhaft unterschätzt, kann das bei den Betroffenen zu vermehrter Unzufriedenheit führen, und die Patienten müssen abgesehen von den vorliegenden Schmerzen mit einer weiteren Belastung zurechtkommen (vgl. Hall- Lord, Larsson, Stehen 1999, S.45-54).

2.2.4 Übereinstimmung der Pflegeplanung mit der Sicht des Patienten

Ein weiterer Aspekt rund um das Thema Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten ist, inwieweit die Sichtweise der Patienten mit der von den Pflegepersonen durchgeführten Dokumentation übereinstimmt.

Eine Studie von Adamsen und Tewes (2000) hat sich genau mit diesem Thema auseinandergesetzt. Die Autorinnen gingen von folgenden Hypothesen aus:

- Patienten nennen mehr pflegerelevante Probleme, als im Pflegeplan verzeichnet sind.
- Ein Gespräch mit den Pflegepersonen würde zeigen, dass diese über mehr Wissen über den Patienten verfügen, als im Pflegeplan dokumentiert ist.

Um die Hypothesen zu überprüfen wurde die Methode der Triangulation gewählt. Patienten wurden mit einem standardisierten Fragebogen, Pflegepersonen innerhalb eines standardisierten Gruppeninterviews befragt, und die Pflegeplanung wurde einer Dokumentenanalyse unterzogen. Insgesamt wurden 120 Patienten und 22 Pflegepersonen befragt, und die zum Patienten gehörige Pflegeplanung analysiert.

Die Ergebnisse untermauerten die erste Hypothese, indem sich zeigte, dass nur 31% der Probleme, welche die Patienten nannten in der Pflegeplanung dokumentiert waren.

Dies würde bedeuten, dass Pflegepersonen 69% der pflegerelevanten Probleme der Patienten ungenügend erfasst haben.

Die weiteren Ergebnisse der Studie beleuchteten diese Thematik allerdings von einem anderen Standpunkt, und bestätigten dabei die zweite Hypothese der Autorinnen. Im

Rahmen der Gruppeninterviews zeigte sich, dass Pflegepersonen Kenntnis über 68% der Probleme, die die Patienten nannten, hatten.

Dies bedeutet, dass Pflegepersonen über mehr pflegerelevante Probleme der Patienten wussten, als dies in der Pflegeplanung ersichtlich war. Wichtig wäre allerdings, die relevanten Pflegeprobleme aus Sicht der Patienten zu dokumentieren, um zu gewährleisten, dass Pflegepersonen der nachfolgenden Schicht sich dieser Probleme bewusst sind, und ihre Pflege adäquat danach auslegen können (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120-129).

Eine Studie von Ehrenberg und Ehnfors (2001) setzte sich ebenfalls damit auseinander, inwieweit Pflegeplanungen und die Sichtweise von Pflegepersonen und Bewohnern eines Pflegeheims übereinstimmen. Es wurden 42 Bewohner und 22 Pflegepersonen mittels standardisierten Interviews befragt, die Pflegeplanungen wurden einer Dokumentenanalyse unterzogen. Die Bewohner und Pflegepersonen wurden befragt, ob die Bewohner in unterschiedlichen Bereichen, wie zum Beispiel Ernährung, Ausscheidung, Schlaf oder Bewegung Einschränkungen beziehungsweise Probleme haben.

Die Aussagen der befragten Gruppen wurden anschließend mit der Pflegeplanung verglichen. Auch hier zeigte sich, dass einige Probleme, die sowohl Pflegepersonen, als auch Bewohner nannten, in der Pflegeplanung nicht aufschienen.

Die Aussagen der Pflegepersonen stimmten eher mit den Aufzeichnungen der Pflegeplanung überein, als die Angaben der Bewohner.

Diese Ergebnisse ähneln den Ergebnissen früheren Studien (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120-129) und zeigten, dass Pflegepersonen zwar über viele pflegerelevante Probleme der Bewohner Bescheid wussten, diese aber unzureichend in der Pflegeplanung nachvollziehbar waren. Somit kann nicht gewährleistet werden, dass Pflegepersonen, die ihre Information aus der Pflegeplanung ziehen, dem Patienten jene Pflege zukommen lassen, die er in seiner individuellen Situation benötigt (vgl. Ehrenberg, Ehnfors 2001, S.303-310). Dies stellt hinderliche Faktoren für eine individuelle und kontinuierliche Pflege dar.

2.2.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich mit Hilfe der vorliegenden Studien feststellen, dass es im Kontext, in dem die Studien durchgeführt wurden, noch Defizite im Bereich des Erkennens und Erstellens von Pflegediagnosen gab.

Im Zuge der Diskussion der unterschiedlichen Arbeiten wurde aber angeführt, welche Wichtigkeit eine genaue Erfassung der Patientensichtweise sowohl für die Pflege, als auch die Patienten hat.

Es geht hervor, dass Pflegepersonen und Patienten mitunter sehr divergierende Ansichten der jeweiligen Patientensituation hatten. Pflegepersonen neigten dazu, ihren Fokus eher auf die physische Situation des Patienten zu lenken, und hatten Schwierigkeiten das psychische Befinden einzuschätzen (vgl. Martensson et al. 2008, S.350).

Klar ist, dass es schwierig sein wird, eine komplette Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten zu erreichen, da beide Gruppen einen unterschiedlichen Zugangsweg zur jeweiligen Situation haben. Patienten haben meist keine Kenntnisse über mögliche Gefahren, die im Krankenhaus auf sie zukommen könnten. Pflegepersonen müssen hingegen aufgrund ihres fachlichen Wissens die Patientensituation soweit einschätzen, dass bestimmte Gefahren, wie zum Beispiel die Gefahr einer Pneumonie, vermieden werden. Alleine diese Tatsache führt dazu, dass Pflegepersonen mitunter andere Pflegediagnosen definieren, als die Patienten.

Nichts desto trotz ist es essentiell, die Situation des Patienten soweit zu erfassen, dass er seine Sichtweise in den definierten Pflegediagnosen wiederfindet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der auch in der Diskussion der oben angeführten Studien hervor geht, ist die Wichtigkeit der genauen Dokumentation der Pflegediagnosen (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120). Hier zeigte sich, dass nur ungenügend Pflegediagnosen schriftlich festgehalten wurden, was einen negativen Einfluss auf die Pflegekontinuität hat.

Somit wird verhindert, dass das Pflegepersonal konsequent mit den gleichen Maßnahmen arbeitet, was Nachteile für den Patienten mit sich bringt, da dieser durch unterschiedliche Maßnahmen verunsichert werden, und seine aktive Mitarbeit an der

Genesung beeinflusst werden kann. Weiters bringt dies Nachteile für den letzten Schritt des Pflegeprozesses, die Evaluation. Werden nicht kontinuierlich gleiche Maßnahmen gesetzt, kann nicht eruiert werden, worin eine Besserung beziehungsweise eine Verschlechterung der Patientensituation ihren Ursprung hat.

3 Empirischer Teil

3.1 Design

Bei der durchgeführten Studie handelte es sich um ein deskriptives Design. Deskriptive Studien „haben zum Ziel, ein Phänomen (...) oder einen Ist-Zustand- eine bestimmte Situation oder ein bestimmtes Verhalten - möglichst vollständig zu beschreiben, zu analysieren“ (Mayer 2002, S.96). Ziel der vorliegenden Studie war die Beschreibung eines Ist - Zustands, und zwar inwiefern die Sichtweisen von Pflegepersonen bezüglich der Patientensituation und Ansicht der Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt übereinstimmen.

Darüber hinaus wurde beschrieben, welche Probleme in den Bereichen des täglichen Lebens für die Patienten von großer Bedeutung waren, und welche Probleme Pflegepersonen definierten, die den Patienten nicht bekannt waren.

Im Zuge der Datenerhebung wurden standardisierte Patienteninterviews und eine daran anschließende Dokumentenanalyse der Pflegeübersichtsblätter durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 17.0.

3.2 Studienpopulation

Bei der Stichprobe handelte es sich ausschließlich um Patienten der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus, welche folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Mindestalter 18 Jahre
- Gute Deutschkenntnisse
- Körperliche und Geistige Verfassung lassen eine Befragung zu
- Mindestaufenthaltsdauer von 3 Tagen

Eine Mindestaufenthaltsdauer von 3 Tagen wurde deshalb als sinnvoll erachtet, da viele Patienten besonders in den ersten beiden Tagen nach der Aufnahme viele Untersuchungen und Termine haben, und es dadurch schwierig sein könnte, einen passenden Zeitpunkt für das Interview zu finden. Des Weiteren kann es besonders am Tag der Aufnahme vorkommen, dass die Pflegeplanung noch nicht vollständig ist, und sich somit die Aussagen der Patienten nicht mit der Dokumentation der Pflege vergleichen lassen.

3.3 Setting

Die Datenerhebung erfolgte auf unterschiedlichen Stationen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus. Das Rudolfinerhaus ist „ein privates Belegspital, d.h. die Patienten haben die Möglichkeit, den Arzt ihres Vertrauens in diese Klinik mitzubringen“ (<http://www.rudolfinerhaus.at/de/das-rudolfinerhaus/privatklinik-mit-erstklassiger-pflege.html>, [8.02.2010]).

Das Rudolfinerhaus verfügt über 7 Bettenstationen, eine Intermediate Care, eine Geburtshilfliche Abteilung, eine Ambulanz bzw. Tagesklinik und drei Operationssäle.

Die Befragung fand ausschließlich auf den Bettenstationen statt, wobei zu erwähnen ist, dass dort Patienten unterschiedlicher medizinischer Fachrichtung betreut werden.

Ein besonderes Anliegen des Rudolfinerhauses ist eine individuelle Betreuung der Patienten nach neuesten medizinischen und pflegerischen Erkenntnissen. Im Rahmen dessen machte das Rudolfinerhaus die Durchführung der Datenerhebung möglich.

Die Datenerhebung erfolgte auf sieben verschiedenen Stationen, die im Nachfolgenden mit Station 1 bis Station 7 benannt werden.

3.4 Ethische Überlegungen

Vor Beginn der Datenerhebung wurde der geplante Ablauf mit der Pflegedirektorin des Rudolfinerhauses Fr. Deutsch-Hohberg besprochen, welche im Anschluss daran ihr schriftliches Einverständnis zur Durchführung der Erhebung gegeben hat.

Die Interviewpartner erhielten von der Leiterin der Stabstelle für Pflegeentwicklung am Rudolfinerhaus, Fr. Dr. Smoliner am Tag vor dem geplanten Interview einen Informationsbrief. Darin wurden sie über die Inhalte und Ziele der Studie informiert, und ihnen wurde im Falle einer Teilnahme Anonymität zugesichert (siehe Anhang 1). Durch die Unterschrift des Informationsbriefes stimmten die Teilnehmer einem Gespräch mit der Autorin und einer Einsichtnahme ihrer Pflegedokumentation zu.

Durch diesen Brief wurde außerdem sichergestellt, dass die Teilnahme freiwillig ist, und die Teilnehmer ihre Zustimmung jederzeit widerrufen können.

3.5 Erhebungsinstrumente

Basierend auf der vorliegenden Literatur wurden von der Autorin zwei Fragebögen entwickelt, wobei das eine Instrument für ein Gespräch mit den Patienten konzipiert wurde (siehe Anhang 2), und das andere für die Analyse, der von der Pflege definierten Pflegediagnosen in der Dokumentation (siehe Anhang 3) .

Ziel des Patientenfragenbogens war es, die derzeitige Situation des Patienten in den unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens zu erfassen.

Um einen Vergleich zwischen Patienten und Pflegepersonen zu ermöglichen, wurde ein Fragebogen entwickelt, der abgestimmt auf das Erhebungsinstrument für die Patienten, die Pflegediagnosen in die unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens einordnete. Zusätzlich wurden zwei weitere Items eingefügt, die Raum für Pflegediagnosen boten, welche nicht in eine der oben genannten Kategorien eingeordnet werden konnten.

3.5.1 Den Erhebungsinstrumenten zugrunde liegende Theorie

Grundlegend für die Erstellung der beiden Erhebungsinstrumente war die Theorie von Virginia Henderson mit dem Titel „Das Wesen der Pflege“. Henderson, welche als „eine der ersten Pionierinnen moderner Krankenpflege“ (Kühne-Ponesch 2004, S.71) gilt, beschäftigte sich mit dem Gegenstand von Pflege und den daraus resultierenden Aufgaben einer Pflegeperson. Im Zentrum steht eine Person, die aufgrund einer bestimmten Erkrankung nicht mehr fähig ist, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen. Hier setzt die Pflegeperson an, indem sie versucht, den Patienten zu unterstützen seine Unabhängigkeit wieder herzustellen (vgl. Kühne- Ponesch 2004, S.71).

Henderson erachtet eine Pflegeperson als „selbständig praktizierende Kraft“ (Schaeffer et al. 2008, S.47), welche für die grundlegende pflegerische Betreuung verantwortlich ist.

Henderson definierte, basierend auf der Theorie von Maslow, folgende Grundbedürfnisse, bei deren Erfüllung eine Pflegeperson dem Patienten unterstützend zur Seite stehen sollte:

- „Normal atmen
- Ausreichend essen und trinken
- Körperliche Abbauprodukte ausscheiden
- Sich bewegen und an der Körperhaltung arbeiten
- Schlafen und ruhen
- Passende Kleidung aussuchen, sich an- und auskleiden

- Durch entsprechende Bekleidung und Veränderung der Umwelt die Körpertemperatur im Normalbereich halten
- Den Körper reinigen, pflegen und die Haut schützen
- Selbstgefährdungen und Gefährdungen anderer vermeiden
- Durch Äußerungen von Gefühlen, Bedürfnissen, Ängste usw. mit anderen kommunizieren
- Sich entsprechend seiner Religion betätigen
- In einer Art und Weise arbeiten, die das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu leisten
- Spielen oder an Freizeitaktivitäten teilnehmen
- Lernen, entdecken oder die Neugier befriedigen, die eine „normale“ Entwicklung und Gesundheit zur Folge hat
- Die vorhandenen Gesundheitsversorgungseinrichtungen nutzen“ (Schaeffer, Moers, Steppe, Meleis 2008, S.47)

Basierend auf diesen Grundbedürfnissen wurde von der Autorin erarbeitet, welche Kategorien für einen Patienten, der sich im Moment zur Behandlung auf einer Akutstation befindet, von besonderer Bedeutung sind.

Somit wurden die letzten fünf der oben genannten Grundbedürfnisse nicht als eigenständige Items in den Fragenbogen integriert, da diese im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts von der Autorin nicht als zentrales Element angesehen wurden.

Auf Grundlage der ersten zehn genannten Grundbedürfnisse wurden acht Kategorien entwickelt, in welchen vorliegende Besonderheiten bei den Patienten erfasst werden sollten. Zwei weitere, nämlich die Kategorie „Schmerzen“ und „Geistiges Wohlbefinden“ wurden von der Autorin in den Fragebogen integriert, weil sie ebenfalls im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts als wichtige Bedürfnisse von Patienten angesehen wurden.

Nachfolgend werden alle zehn definierten Kategorien, welche die Grundlage für beide Erhebungsinstrumente bilden, aufgelistet:

- Atmung
- Ernährung
- Ausscheidung
- Hautzustand
- Körperpflege
- Mobilität
- Schmerzen
- Schlafen
- Kommunikation
- Geistiges Wohlbefinden

Die genauen Inhalte der Kategorien werden nachfolgend in der Beschreibung der beiden Fragebögen genauer erörtert.

3.5.2 Instrument zur Erhebung pflegerelevanter Situationen aus Sicht der Patienten

Dieser Fragebogen dient dazu, etwaige Probleme in den unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens aus Sicht der Patienten zu erfassen. Zu Beginn des Fragebogens finden sich allgemeine Daten, nämlich die ID- Nummer, die Station, Zimmer, Alter und Geschlecht des Patienten, Aufenthaltsdauer in Tagen und der Aufnahmegrund (siehe Anhang 2). Die letzten beiden Items wurden vom Patienten erfragt, die übrigen Daten wurden basierend auf der Pflegedokumentation von der Autorin in den Fragebogen eingetragen.

Das eigentliche Gespräch begann mit der Einstiegsfrage „Wie geht es Ihnen zurzeit?“, wobei Informationen, welche aus dieser Frage resultierten, nicht in die Datenauswertung mit einfließen. Diese Frage diente rein zum Gesprächsaufbau, und deren Antwort wäre für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht relevant gewesen.

Danach ist der Fragebogen in die unterschiedlichen Bereiche des täglichen Lebens gegliedert, wobei in jedem Bereich nach bestimmten Problemen gefragt wurde und wenn ein Problem vorhanden war, ob dieses mit einer Pflegeperson besprochen wurde.

Bei den oben genannten Kategorien wurden folgende Informationen erhoben:

- **Atmung:** Diese Kategorie, angelehnt auf Hendersons Grundbedürfnis „normal zu atmen“, sollte erheben, ob der Patient Probleme in dieser Kategorie aufweist, beispielsweise ob er in bestimmten Situationen an Kurzatmigkeit leidet, ob er Probleme beim Ein- beziehungsweise Ausatmen hat, oder ob er vermehrt hustet.

- **Ernährung:** Hier wurde erfasst, ob es Probleme in den Bereichen Essen und Trinken gibt. Es wurde das derzeitige Durst- und Appetitgefühl erhoben, um die Gefahr eines etwaigen Flüssigkeitsdefizits zu erkennen oder auf die Gefahr einer Unterbeziehungsweise Mangelernährung aufmerksam gemacht zu werden. Weiters wurde der Patient zu vorliegenden Schluckstörungen befragt. Ebenfalls erhoben wurden vorliegende Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Diäten, welche der Patient einhalten muss.

- **Ausscheidung:** Hier sollte eruiert werden, ob beim Patienten im Bereich Ausscheidung Probleme vorliegen. Es wurde erhoben, ob die befragten Personen beispielsweise zu Obstipation oder Diarrhoe neigen, und ob sie ungewollt Harn oder Stuhl verlieren.

- **Hautzustand:** Diese Dimension stellt bei Henderson zwar keinen eigenen Bereich dar, wurde allerdings in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt, in welchem Patienten mit eventuellen OP- Wunden, Ausschlägen, oder mit der Gefahr einer Hautschädigung aufgrund Immobilität konfrontiert sind, als sehr wichtig erachtet. Die Patienten wurden befragt, ob bei ihnen eine der eben genannten Hautschädigungen vorliegt, außerdem ob sie an sehr trockener Haut leiden, oder ob sie seit der Aufnahme vermehrt schwitzen.

- **Körperpflege:** Hier finden sich zwei von Hendersons Grundbedürfnissen wieder, nämlich wurden hier „passende Kleidung aussuchen, sich an- und auskleiden“, „den Körper reinigen, pflegen und die Haut schützen“ zu einer Kategorie zusammengefasst. Es wurde erhoben, ob die befragte Person die Körperpflege selbständig durchführen kann, und wenn nicht, in welchen Bereichen sie Unterstützung braucht.

- **Mobilität:** Basierend auf dem Grundbedürfnis „Sich zu bewegen und an der Körperhaltung arbeiten“ umfasst diese Kategorie Besonderheiten, die in Zusammenhang mit der Mobilität auftreten können. Zu Beginn wurde erfragt, ob es Einschränkungen in der Mobilität gibt, und wenn ja, worauf diese basieren. Außerdem wurden die Interviewpartner befragt, ob es in den vergangenen sechs Monaten zu einem Sturz gekommen ist, um einschätzen zu können, ob die Gefahr eines weiteren Sturzes besteht.

- **Schmerzen:** Obwohl Henderson hierzu kein Grundbedürfnis definierte, wurde es in Zusammenhang mit einer Krankenhausaufnahme als wichtig erachtet, die Dimension „Schmerz“ als eigenständige Kategorie in den Fragebogen aufzunehmen. Der Patient wurde befragt, ob er zum Zeitpunkt der Befragung Schmerzen hat, und wenn ja, wie schlimm er diese auf einer Skala von 1- 10, wobei 10 als intensivster Schmerz gilt, einschätzen würde. Ein weiteres wichtiges Element bestand darin, ob er die Schmerzen bereits vor dem Krankenhausaufenthalt hatte, um einschätzen zu können, ob es sich um akuten Schmerz handelt, oder ob dieser bereits chronisch ist.

- **Schlafen:** Der Patient wurde in dieser Kategorie bezüglich vorliegender Einbeziehungsweise Durchschlafstörungen befragt. Wie in der vorigen Kategorie wurde erhoben, ob etwaig vorliegende Schlafstörungen erstmals während des Krankenhausaufenthalts aufgetreten sind. Des Weiteren wurde erfragt, worauf der Patient vorhandene Schlafstörungen zurückführt.

- **Kommunikation:** In dieser Kategorie wurde erhoben, ob es Besonderheiten im Bereich Kommunikation gibt. Der Patient wurde befragt, ob er eine Brille oder ein Hörgerät hat. Damit sollte einer etwaigen Seh- oder Hörbeeinträchtigung Aufmerksamkeit geschenkt werden.

- **Geistiges Wohlbefinden:** Diese Dimension wurde als sehr wichtig erachtet, da Patienten neben körperlichen Beschwerden mit einer Reihe anderer Probleme konfrontiert sind, die unter Umständen psychisch als sehr belastend erlebt werden können. Die Patienten wurden gefragt, ob es beispielsweise Dinge gibt, die ihnen Sorgen bereiten. Hier sollte dem Patienten Raum gegeben werden, über Sorgen zu sprechen, welche nicht primär mit ihrem körperlichen Befinden zusammenhängen.

Die Reihenfolge der Bereiche wurde nicht strikt nach der Vorgabe des Fragebogens eingehalten, sondern die Kategorien wurden je nach Richtung des Gesprächsverlaufs besprochen.

Am Ende des Fragebogens wurde ein Resümee gezogen, wobei nochmals besprochen wurde, in welchen Bereichen Probleme bei dem jeweiligen Patienten bestehen, und welches Problem für den Patienten das wichtigste darstellt.

3.5.3 Instrument zur Erhebung pflegerelevanter Situationen der Patienten aus Sicht der Pflege

Ähnlich wie das Instrument für die Patienten beginnt der Fragebogen zur Erhebung pflegerelevanter Situationen aus Sicht der Pflege ebenfalls mit allgemeinen Informationen, nämlich der ID- Nummer, Station, Zimmer, und anders als beim Instrument für die Patienten, die Anzahl der definierten Pflegediagnosen (siehe Anhang 3).

Daran anschließend wurde nach den Kategorien, welche in Kapitel 3.5.1. beschrieben wurden, ermittelt, ob eine Pflegediagnose erstellt wurde, und wenn ja, welchen Titel die Pflegediagnose trägt, und welche Ursachen beziehungsweise Risikofaktoren dafür definiert wurden.

Diese Struktur findet sich in allen zehn Kategorien wieder.

Von Seiten der Pflege wurden einige Pflegediagnosen erstellt, die nicht in eine der genannten Kategorien eingeordnet werden konnten. Um Raum für diese Pflegediagnosen zu schaffen, wurden am Ende des Fragebogens zwei Items eingefügt. Ein Beispiel für eine solche Pflegediagnose wäre „Gefahr von Infektion“ beim Vorhandensein eines peripheren Venenverweilkatheters.

3.6 Datenerhebung

Die Studienteilnehmer wurden am Vortag der stattfindenden Erhebung von Fr. Dr. Smoliner rekrutiert. Dazu wählte sie in Absprache mit der jeweils verantwortlichen Stationsschwester jene Patienten aus, die den Einschlusskriterien der Untersuchung (siehe Kapitel 3.2.) entsprachen. Im Anschluss daran informierte sie die ausgewählten Patienten persönlich über die geplante Datenerhebung, gab ihnen das Informationsblatt und wies sie auf die Möglichkeit hin, sich bis zum Folgetag entscheiden zu können, ob sie an der Befragung teilnehmen möchten. Bei einer Anzahl von circa acht Teilnehmern pro Erhebungstag wurde die Rekrutierung beendet, da diese Anzahl für eine Befragung an einem Nachmittag als ausreichend angesehen wurde. Diese Vorgehensweise entspricht den Vorgaben einer klassischen

Gelegenheitsstichprobe, wobei man hier „diejenigen Personen auswählt, die für diese Studie am leichtesten zugänglich sind“ (Mayer 2002, S.189).

Nach erfolgter Kontaktaufnahme mit den Patienten, wurden am darauf folgenden Tag die Patienteninterviews von der Autorin geführt. Die Datenerhebung erfolgte an insgesamt acht unterschiedlichen Terminen, an denen jeweils zwischen vier und acht Patienteninterviews geführt wurden, je nachdem wie viele Patienten am Vortag rekrutiert werden konnten. Alle 51 Patienteninterviews wurden in dem Zeitraum vom 18. August bis zum 4. Oktober 2010 geführt.

Die Interviews fanden je nach Wunsch der Interviewpartner vorwiegend in den Patientenzimmern statt, einige bevorzugten ein Gespräch in den stationseigenen Aufenthaltsbereichen. Die Gesprächsdauer variierte von zehn Minuten bis zu einer halben Stunde, da einige Gespräche über die eigentliche Befragung hinausliefen.

Während der Patientengespräche wurden von Fr. Dr. Smoliner die zum Interviewpartner gehörigen Patientenübersichten mit den Pflegediagnosen kopiert. Dies bedeutet, dass bis zum Beginn des Gesprächs noch Änderungen an der Pflegeübersicht von der Pflegeperson durchgeführt werden konnten.

3.7 Methode der Datenauswertung

Nach erfolgter Datensammlung wurden die Daten von beiden Fragebögen in das Datenverarbeitungsprogramm SPSS 17.0 eingegeben.

Des Weiteren wurde eine Tabelle erstellt, indem je nach Kategorie festgehalten wurde, ob eine Pflegediagnose und/oder ein Patientenproblem definiert wurde, ob diese übereinstimmen, ob das Patientenproblem mit einer Pflegeperson besprochen wurde, und ob es sich um das wichtigste Patientenproblem handelt (siehe Anhang 4). Anhand dieser Tabellen wurde die Anzahl der Pflegediagnosen beziehungsweise Patientenprobleme pro Kategorie deskriptiv dargestellt, außerdem wurde eine Aussage über die Anzahl der Übereinstimmungen und der mit einer Pflegeperson besprochenen Patientenprobleme getroffen. In der Auswertung wurde auch festgehalten, wie viele Probleme in der jeweiligen Kategorie für die Patienten die wichtigsten waren.

Die eingegebenen Daten aus dem SPSS 17.0 wurden zuerst deskriptiv dargestellt. Um zu eruieren inwiefern die Häufigkeit der Patientenprobleme beziehungsweise Pflegediagnosen von der erwarteten Häufigkeit abweichen, wurde pro Kategorie der Chi-Square-Test durchgeführt.

Um herauszufinden, inwiefern sich die mittleren Ränge der beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ unterscheiden, wurde der Mann-Whitney-Test zur Entscheidung herangezogen.

Für beide Tests, also sowohl für den Chi-Square-Test, als auch den Mann-Whitney-Test wurde ein Signifikanzniveau von $p = 0,05$ festgelegt.

Die Entscheidung fiel auf den Chi-Square-Test, wenn pro Kategorie höchstens eine Pflegediagnose beziehungsweise ein Patientenproblem definiert wurde. Lagen mehrere Pflegediagnosen beziehungsweise Patientenprobleme in einer Kategorie vor, wurde ein Mann-Whitney-Test durchgeführt. Dieser wurde deshalb gewählt, da jede Kategorie einen signifikanten Kolomogorov-Smirnov-Test zum Ergebnis hatte ($p < 0,05$), der darauf hinwies, dass keine dieser Variablen normalverteilt ist..

4 Ergebnisdarstellung

4.1 Stichprobe

Insgesamt wurden 90 Patienten des Rudolfinerhauses gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Davon sprachen sich 28 Patienten gegen eine Teilnahme aus, wobei die Begründung dafür der Tabelle 1 zu entnehmen ist.

Trotz Zusage zum Interview konnten elf Patientengespräche nicht durchgeführt werden, die Gründe hierfür werden ebenfalls in der Tabelle 1 aufgelistet.

Dies ergibt eine Anzahl von 52 durchgeführten Patienteninterviews, wobei ein Gespräch nicht in die Auswertung genommen werden konnte, da der Interviewpartner die Einwilligungserklärung nicht unterschreiben wollte, und somit die Autorin nicht berechtigt war, sich einen Einblick in die Pflegeübersicht zu verschaffen.

Tabelle 1: Stichprobe

Kontaktierte Patienten	
Interview abgelehnt wegen:	Anzahl
• Entlassung zum geplanten Zeitpunkt des Interviews	17
• „bin zu alt dafür“	2
• „ist mir zu anstrengend“	1
• „ist mir momentan zu viel“	1
• „kein Interesse“	2
• Keine Begründung	5
Summe	28
Trotz Zusage Interview nicht durchgeführt wegen:	
• Nicht im Zimmer angetroffen	5
• Fieber/schlechter Allgemeinzustand	2
• Bereits entlassen	3
• Meinung geändert → doch keine Teilnahme	1
Summe	11
Durchgeführte Interviews	52
Einwilligungserklärung nicht unterschrieben	1
Für die Auswertung verwendbare Interviews	51

4.2 Alter und Geschlecht der interviewten Personen

Von den zur Auswertung zugelassenen Patienteninterviews (n=51) waren insgesamt 33 Personen (64,7%) weiblich und 18 (35,3%) männlich.

Die Interviewpartner waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 28 und 88 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der interviewten Personen betrug 67 Jahre.

In Tabelle 2 wird dargestellt, mit welcher Häufigkeit sich die Interviewpartner in den verschiedenen Altersgruppen einfanden:

Tabelle 2: Altersverteilung

Altersgruppe	Häufigkeit (n,%)
Unter 50 Jahre	6 (11,8%)
50-59	4 (7,8%)
60-69	20 (39,2%)
70-79	13 (25,5%)
Ab 80	8 (15,7%)
Gesamt	51 (100%)

Dies zeigt, dass 11,8% jünger als 50 Jahre sind, 7,8% der Befragten zwischen 50 und 59 Jahre, und 41,2% 70 Jahre oder älter sind.

4.3 Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsgrund

4.3.1 Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer wurde in drei, vier, fünf, sechs Tage und ab sieben Tagen eingeteilt (siehe Tabelle 3). Es zeigt sich, dass 13 Befragte (25,5%) eine Aufenthaltsdauer von drei Tagen verzeichneten, jeweils neun (17,6%) befanden sich vier beziehungsweise fünf Tage auf der Station, vier (7,8%) waren sechs Tage im Spital und bei 16 (31,4%) betrug die Aufenthaltsdauer sieben Tage oder länger. Dies zeigt, dass circa ein Viertel der Befragten sich erst drei Tage auf der Station befanden, im Gegensatz dazu aber beinahe ein Drittel sieben Tage oder mehr.

Tabelle 3: Aufenthaltsdauer

Aufenthaltsdauer	Häufigkeit (n,%)
3 Tage	13 (25,5%)
4 Tage	9 (17,6%)
5 Tage	9 (17,6%)
6 Tage	4 (7,8%)
7 Tage oder länger	16 (31,4%)
Gesamt	51 (100%)

4.3.2 Aufnahmegrund

Um eine Darstellung der Aufnahmegründe zu ermöglichen, wurden die unterschiedlichen medizinischen Diagnosen in Gruppen eingeteilt, wobei nachfolgend dargestellt wird, welche Krankheitsbilder beziehungsweise medizinische Eingriffe in den unterschiedlichen Kategorien vorgekommen sind:

- *Herz-Kreislaufferkrankungen:* kardiale Dekompensation, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, kardiale Instabilität, Dyspnoe, koronare Herzkrankheit
- *Orthopädische Operationen:* Meniskusoperation, Achillessehnenruptur, Oberschenkelhalsfraktur, Totale Endoprothese Knie beziehungsweise Hüfte, Bandscheibenoperationen, Operationen an den Wirbelkörpern, Arthroskopie, Halux OP, Kreuzbandplastik
- *Sonstige Operationen:* Lobektomie, Prostataoperation, Tonsillektomie, Fettschürzenkorrektur, Hernienoperation
- *Schmerzen:* Schmerzen aufgrund eines Discusprolaps, Dorsolumbalgie, Hüftschmerzen, postoperative Schmerzen
- *Neurologische Erkrankungen:* TIA, Insult, Quadriparesen, Multiple Sklerose
- *Infektionen:* Wundinfektionen, Pneumonie
- *Sonstige:* Entgleisung Diabetes, akute Depression, abdominale Koliken

Die größte Gruppe stellt jene der orthopädischen Operationen dar (siehe Tabelle 4). Insgesamt 19 Personen (37,3%) wurden aufgrund einer solchen Operation aufgenommen.

Aufgrund einer Herz-Kreislaufferkrankung, sonstigen Operation oder Schmerzen kamen jeweils sieben Personen zur Aufnahme (13,7%). Für fünf Patienten (9,8%) war eine neurologische Erkrankung ausschlaggebend für die Aufnahme, jeweils drei (5,9%) kamen aufgrund einer Infektion oder eines sonstigen Aufnahmegrundes.

Tabelle 4: Verteilung der Aufnahmegründe

Aufnahmegrund	Häufigkeit (n,%)
Herz-Kreislauferkrankungen	7 (13,7%)
Orthopädische Operationen	19 (37,3%)
Sonstige Operationen	7 (13,7%)
Schmerzen	7 (13,7%)
Neurologische Erkrankungen	5 (9,8%)
Infektionen	3 (5,9%)
Sonstige	3 (5,9%)
Gesamt	51 (100%)

4.4 Befinden seit der Aufnahme

35 Personen (68,6%) gaben an, dass sich ihr Befinden seit dem Zeitpunkt der Aufnahme verbessert hat, bei zwölf (23,5%) ist ihr Zustand gleich geblieben und bei drei (5,9%) hat sich das Allgemeinbefinden verschlechtert (siehe Tabelle 5). Eine Person (2%) konnte dazu keine Aussage treffen. Circa zwei Drittel der Interviewpartner fühlten sich also seit der Aufnahme besser.

Tabelle 5: Befinden seit der Aufnahme

Befinden seit der Aufnahme	Häufigkeit (n,%)
Verbessert	35 (68,6%)
Gleich geblieben	12 (23,5%)
Verschlechtert	3 (5,9%)
Keine Aussage	1 (2%)
Gesamt	51 (100%)

4.5 Anzahl Probleme/Pflegediagnosen

Insgesamt wurden von Seiten der Patienten 181 Probleme definiert, im Gegensatz dazu formulierten die Pflegepersonen 133 Pflegediagnosen (siehe Tabelle 6).

Bei den formulierten Pflegediagnosen handelte es sich nur um solche, die eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden konnten, somit ist die Liste übriger Pflegediagnosen von der oben genannten Anzahl ausgeschlossen (siehe Anhang 4).

Die Anzahl der Patientenprobleme variierte von null bis acht. Am häufigsten wurden von den Patienten vier (27,5%) Probleme definiert, gefolgt von zwei (23,5%) und fünf (13,7%).

Pflegepersonen formulierten zwischen null und acht Pflegediagnosen pro Patient. Bei zwölf Patienten wurden drei Pflegediagnosen (23,5%) formuliert, was die größte Gruppe darstellte. In zehn Fällen (19,6%) wurde keine Pflegediagnose erstellt, die in eine der vorab definierten Kategorien eingeordnet werden konnte. Neunmal formulierten die Pflegepersonen eine Pflegediagnose pro Patient, was einem Prozentsatz von 17,6% entspricht.

Um herauszufinden ob die mittleren Ränge der beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ gleich verteilt sind, wurde der Mann-Whitney-Test durchgeführt. Dieser wurde aufgrund eines signifikanten Kolmogorov-Smirnov-Tests verwendet ($p=0,043$), der erklärt, dass die Variable „Anzahl Pflegediagnosen nach Kategorien ohne Sonstiges“ nicht normalverteilt ist.

Der Mann-Whitney-Test lieferte ein signifikantes Ergebnis ($p=0,009$), was darauf hinweist, dass die mittleren Ränge der beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ in Bezug auf die Anzahl der Pflegediagnosen und definierten Probleme nicht gleich sind.

Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse zur Häufigkeit und Übereinstimmung der Patientenprobleme und Pflegediagnosen

Anzahl der Probleme/Pflegediagnosen (n)	Pflege (n,%)	Patient (n,%)	Übereinstimmung Häufigkeit (Mann-Whitney-Test)
0	10 (19,6%)	1 (2,0%)	
1	9 (17,6%)	5 (9,8%)	
2	6 (11,8%)	12 (23,5%)	
3	12 (23,5%)	5 (9,8%)	
4	5 (9,8%)	14 (27,5%)	
5	3 (5,9%)	7 (13,7%)	
6	3 (5,9%)	4 (7,8%)	
7	1 (2,0%)	2 (3,9%)	
8	2 (3,9%)	1 (2,0%)	
Gesamt	133 (100%)	181 (100%)	$p=0,009$

4.6 Häufigkeitsverteilung von Problemen und Pflegediagnosen in den einzelnen Kategorien

In Abbildung 1 wird dargestellt, mit welcher Häufigkeit Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen von den beiden Gruppen „Patienten“ und „Pfleger“ in den einzelnen Kategorien genannt wurden.

Nachfolgend wird kurz beschrieben, wie sich die insgesamt 181 formulierten Patientenprobleme beziehungsweise die 133 formulierten Pflegediagnosen auf die unterschiedlichen Kategorien aufteilen.

In der Kategorie „Atmung“ wurden zehn Patientenprobleme (5,5%) und keine Pflegediagnose formuliert.

Im Kapitel Ernährung nannten vier Patienten (2,2%) Schwierigkeiten zu haben, die Pflege definierte dazu sieben Pflegediagnosen (5,3%).

19 Probleme (10,5%), welche Patienten formulierten, fallen in die Kategorie „Ausscheidung“, dazu bestehen 14 Pflegediagnosen (10,5%).

Bezüglich vorliegender Probleme mit dem „Hautzustand“ wurden insgesamt 37 Patientenprobleme (20,4%) definiert, in der Pflege wurden 27 Diagnosen (20,3%) erstellt, die dem Kapitel „Hautzustand“ zugeordnet werden konnten.

18 Patientenprobleme (9,9%) standen mit dem Kapitel „Körperpflege“ in Zusammenhang, die Pflege formulierte dazu 30 Pflegediagnosen (22,6%).

Im Kapitel „Mobilität“ findet sich der größte Anteil von Patientenproblemen und Pflegediagnosen. 39 Patientenprobleme (21,5%) fallen in diese Kategorie, im Gegensatz dazu existieren 52 Pflegediagnosen (39,1%).

21 Patientenprobleme (11,6%) konnten in die Kategorie „Schmerzen“ eingeordnet werden, in der Pflege lag hier nur eine Pflegediagnose (0,75%) vor.

19 Patientenprobleme (10,5%) handelten von vorliegenden Ein- oder Durchschlafstörungen, wurden somit in die Kategorie „Schlafen“ eingeordnet. Die Pflege definierte hierzu keine Pflegediagnose.

Vier Patientenprobleme (2,2%) handelten von Schwierigkeiten im Bereich „Kommunikation“, zwei Pflegediagnosen (1,5%) existierten ebenfalls in dieser Kategorie.

Zum Thema „Geistiges Wohlbefinden“ wurden zehn Patientenprobleme (5,5%) definiert, in dieser Kategorie wurde keine Pflegediagnose erstellt.

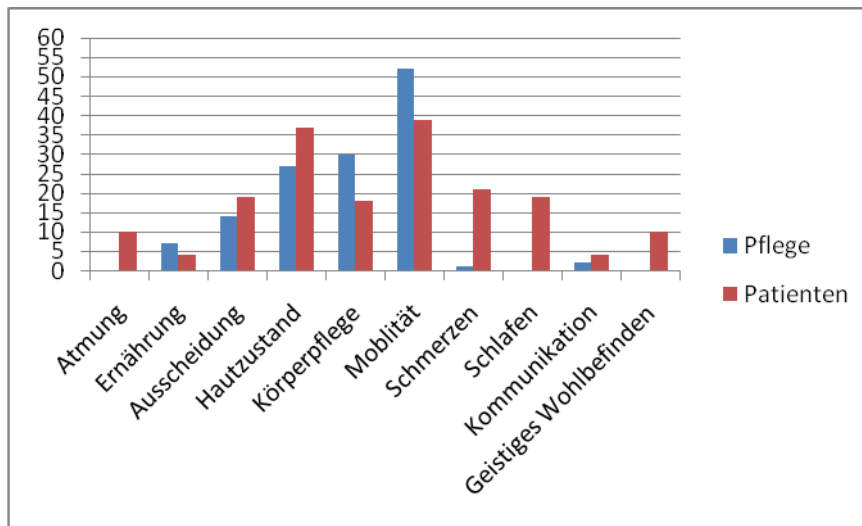


Abbildung 1: Häufigkeiten in den Kategorien

4.7 Häufigkeitsverteilung und Übereinstimmung von pflegerelevanten Situationen zwischen Pflegepersonen und Patienten nach Stationen

Nachfolgend wird dargestellt, wie viele Patientenprobleme beziehungsweise Pflegediagnosen an den sieben verschiedenen Stationen, an denen die Erhebung durchgeführt wurde, definiert wurden. Außerdem wird beschrieben in wie vielen Fällen es zu einer Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen gekommen ist (siehe Tabelle 7).

Auf *Station 1* wurden sieben Patienten befragt. Diese neun Personen äußerten insgesamt 32 Probleme, aus der Pflegedokumentation wurden 28 Pflegediagnosen ersichtlich. Zu einer Übereinstimmung kam es in 14 Fällen (43,8%).

Vier Personen der *Station 2* nahmen an der Befragung teil, wobei diese in Summe 14 Probleme angaben, die Pflege formulierte hierzu neun Pflegediagnosen. In fünf Fällen (35,7%) kam es zu einer Übereinstimmung.

Auf *Station 3* erklärten sich neun Patienten bereit, an der Studie mitzuwirken. Diese nannten 27 Probleme in den unterschiedlichen Kategorien zu haben, im Gegensatz dazu fanden sich 23 Pflegediagnosen. Elfmal (40,7%) kam es zur Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen.

Auf *Station 4* erklärten sich elf Patienten für ein Gespräch bereit. Insgesamt wurden 36 Probleme von Seiten der Patienten beschrieben, die Pflege erstellte 25 Pflegediagnosen. In 13 Fällen (36,1%) stimmten die Patientenprobleme mit den Pflegediagnosen überein.

Neun Patienten der *Station 5* erwähnten 28 Probleme. Von den Pflegepersonen wurden 21 Pflegediagnosen dokumentiert, wobei es in acht Fällen (28,6%) zu einer Übereinstimmung mit dem Patienten gekommen ist.

Auf *Station 6* wurden sieben Patienten befragt, wobei sich hier 29 Probleme zeigten, und die Pflegepersonen 22 Pflegediagnosen niederschrieben. Zwölfmal (41,4%) kam es zu einer Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen.

Von vier Patienten der *Station 7* gingen 15 Probleme aus den Gesprächen hervor. Die Pflege formulierte fünf Pflegediagnosen, wobei zwei (13,3%) inhaltlich mit einem definierten Patientenproblem übereinstimmten.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung und Übereinstimmung nach Station

Station	Befragte Patienten (n)	Patientenprobleme (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung (n,%)
1	7	32	28	14 (43,8%)
2	4	14	9	5 (35,7%)
3	9	27	23	11 (40,7%)
4	11	36	25	13 (36,1%)
5	9	28	21	8 (28,6%)
6	7	29	22	12 (41,4%)
7	4	15	5	2 (13,3%)
Gesamt	51	181	133	65

4.8 Unterschiede in der Wahrnehmung pflegerelevanter Situationen zwischen Patienten und Pflegepersonen nach Kategorien

4.8.1 Atmung

In der Kategorie Atmung gaben insgesamt zehn Patienten an, jeweils ein Problem in diesem Bereich zu haben (siehe Tabelle 8). Bei allen war das Hauptproblem Kurzatmigkeit beziehungsweise Atemnot in bestimmten Situationen.

Von Seiten der Pflege gab es in diesem Bereich bei keinem Patienten eine Pflegediagnose, was zu keiner Übereinstimmung führt.

Die Durchführung des Chi-Square-Tests (χ^2 - Test) zeigte, wie bereits an der Anzahl der definierten Patientenproblem und Pflegediagnosen ersichtlich ist, dass sich die Häufigkeiten der Patientenprobleme und Pflegediagnosen signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden, mit einem p-Wert von 0,001.

Drei Befragte, die ein Problem hierzu formulierten, besprachen dies auch mit einer Pflegeperson.

Für vier der zehn Befragten, die angegeben haben in der Kategorie Atmung ein Problem zu haben, war dies das wichtigste, das also am dringlichsten behoben werden sollte.

Tabelle 8: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Atmung

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (χ^2 - Test)	Überein- stimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
10	0	p=0,001	0 (0%)	3	4

4.8.2 Ernährung

Hier wurden von Seiten der Pflege sieben Pflegediagnosen erstellt, im Gegensatz dazu gaben vier Befragte an, in diesem Bereich ein Problem zu haben (siehe Tabelle 9).

Zu einer Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegeperson kam es in einem Fall (14,3%), in dem von beiden Seiten ein zu geringes Körpergewicht als Problem formuliert wurde. Die Durchführung des Chi-Square-Tests zeigte, dass sich die Anzahl der definierten Probleme und Pflegediagnosen in den beiden Gruppen nicht signifikant von der erwarteten Anzahl unterscheidet ($p=0,338$).

Von den sieben Pflegediagnosen hatten drei den Titel „Verminderte Selbstständigkeit bezüglich Essen und Trinken“, drei „Gefahr von Flüssigkeitsdefizit“, und eine „Gefahr von Mangelernährung“. Bei den Patienten handelte es sich bei den Problemen jeweils einmal um „zu geringes Körpergewicht“, „Schluckschwierigkeiten aufgrund von OP“, „vermindertes Durstgefühl“, und „nur Breikost aufgrund von OP möglich“. Zwei von den vier Patienten gaben an, ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben.

Zwei Patienten äußerten, dass das Problem in diesem Bereich jenes ist, für das am schnellsten eine Lösung gefunden werden sollte. Bei einer dieser zwei Personen kam es zu einer Übereinstimmung mit der Pflege, die das Problem mit Hilfe einer Pflegediagnose festhielt.

Tabelle 9: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Ernährung

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (χ^2 -Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
4	7	$p=0,338$	1 (14,3%)	2	2

4.8.3 Ausscheidung

Wie Tabelle 10 zeigt, wurden im Bereich Ausscheidung 14 Pflegediagnosen erstellt, die Patienten formulierten dazu 19 Probleme. Zu einer Übereinstimmung kam es in fünf Fällen (26,3%), wobei davon viermal eine vorliegende Inkontinenz als Problem

beziehungsweise Pflegediagnose definiert wurde, und einmal das Vorhandensein eines Dauerkatheters.

Bei allen fünf Übereinstimmungen haben die Befragten ihr Problem mit der Pflegeperson besprochen.

Die Durchführung des Mann-Whitney-Tests ergab ein nicht signifikantes Ergebnis, mit einem p-Wert von 0,296. Dies bedeutet, dass es keinen Unterschied bei den mittleren Rängen in den beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ bei der Anzahl von Problemen beziehungsweise Pflegediagnosen in der Kategorie „Ausscheidung“ gibt.

Die neun Pflegediagnosen, bei denen es zu keiner Übereinstimmung mit den Patienten gekommen ist, hatten alle den Titel „verminderte Selbständigkeit bezüglich Ausscheidung“, unterschieden sich allerdings durch die Ätiologie.

Sieben Patienten gaben an, zu „Verstopfung zu neigen“, fünf leiden an einer „Harnbeziehungsweise Stuhlinkontinenz“, eine Person gab ein „Problem aufgrund des vorhandenen Dauerkatheters“ an, und eine weitere klagte über „wässrige Durchfälle“.

Elf Personen, die angaben ein Problem in diesem Bereich zu haben, es aber zu keiner Übereinstimmung mit der Pflege gekommen ist, haben ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen. Drei hingegen haben dies nicht mit einer Pflegeperson besprochen.

Eine Befragte gab an, die „wässrigen Durchfälle“ seien das Problem, welches am schnellsten gelöst werden sollte. Bei dieser Person gab es von Seiten der Pflege keine vorliegende Pflegediagnose.

Tabelle 10: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Ausscheidung

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (Mann-Whitney-Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
19	14	p=0,296	5 (26,3%)	16	1

4.8.4 Hautzustand

Die Patienten äußerten insgesamt 37 Probleme in Zusammenhang mit dem Hautzustand, die Pflege erstellte zu diesem Thema 27 Pflegediagnosen (siehe Tabelle 11).

In dieser Kategorie wurden bei einzelnen Patienten mehr als eine Pflegediagnose definiert, die Patienten gaben ebenfalls mitunter mehr als ein Problem an.

Achtmal lag ein Problem von Seiten der Befragten vor, welches von der Pflege mit einer dazugehörigen Pflegediagnose korrekterweise erkannt wurde. Dies ergibt eine Übereinstimmung in 21,6% der Fälle, die hier ein Problem formuliert haben.

Um zu klären, inwieweit sich die mittleren Ränge der definierten Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen in den beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ unterscheiden, wurde ein Mann-Whitney-Test durchgeführt, welcher ein p-Wert von 0,013 als Ergebnis hervorbrachte. Dies zeigt, dass sich die mittleren Ränge der beiden Gruppen signifikant unterscheiden, die Patienten definierten in diesem Bereich also deutlich mehr Probleme als von der Pflege in Form einer Pflegediagnose festgehalten wurde.

Bei allen Übereinstimmungen haben die Befragten ihre Besonderheit im Bereich „Hautzustand“ mit einer Pflegeperson besprochen.

Von allen Befragten, die hier ein Problem ansprachen, haben 21 ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen, allerdings liegen dazu keine dazugehörigen Pflegediagnosen vor.

Besonderheiten, zu denen es keine dazugehörige Pflegediagnose gab, von den Patienten allerdings als Problem angesehen wurden, bestanden vor allem im „Vorhandensein einer OP Wunde“ (18-mal genannt) und in „trockener Haut“ (sechsmal genannt). Im Gegensatz dazu wurden von Pflegepersonen einige Pflegediagnosen genannt, welche die Patienten nicht in Form eines Problems erwähnten. Achtmal wurde eine Pflegediagnose mit dem Titel „Gefahr von Hautveränderung“, fünfmal wurde eine „bestehende Hautveränderung“ in einer Pflegediagnose festgehalten, und vier Pflegediagnosen beinhalteten die „Gefahr von Dekubitus“.

Sieben Befragte gaben an, dass die Besonderheit im Bereich Hautzustand für sie das wichtigste Problem sei. Bei diesen sieben gab es zweimal eine dazugehörige Pflegediagnose, und somit zweimal eine Übereinstimmung.

Tabelle 11: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Hautzustand

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (Mann-Whitney-Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
37	27	p=0,013	8 (21,6%)	29	7

4.8.5 Körperpflege

Tabelle 12 veranschaulicht, dass die Pflege im Bereich „Körperpflege“ 30 Pflegediagnosen erstellte, im Gegensatz dazu erklärten 18 Patienten, dass bei ihnen hier eine Einschränkung vorliegt. In 17 Fällen (56,7%) kam es hier zu einer Übereinstimmung, was bedeutet dass sowohl die Patienten angaben die Körperpflege aus einem bestimmten Grund nicht selbständig durchführen zu können, als auch die Pflege in Form einer Pflegediagnose festhielt, dass der Patient in diesem Bereich Unterstützung benötigt. Bei den Übereinstimmungen haben alle Befragte ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen.

Um herauszufinden, inwiefern die Verteilung der beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ in der Kategorie „Körperpflege“ der erwarteten Häufigkeit ähnelt, wurde ein Chi-Square-Test durchgeführt, der auf einen signifikanten Unterschied ($p=0,017$) zwischen den beiden Gruppen hinwies. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die beiden Gruppen signifikant von der erwarteten Häufigkeit unterscheiden, in diesem Fall definierte die Pflege wesentlich mehr Pflegediagnosen als dies erwartet wurde.

13-mal wurde von Seiten der Pflege die Pflegediagnose „Verminderte Selbständigkeit bezüglich Körperpflege“ erstellt, für die dazugehörigen Patienten lag hier allerdings kein Problem vor.

In einem Fall gab ein Befragter an, Unterstützung bei der Körperpflege zu benötigen, bei der Pflege war hierzu allerdings keine Pflegediagnose vorliegend. Dieser Befragte berichtete, dieses Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben.

Tabelle 12: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Körperpflege

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (χ^2 -Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
18	30	p=0,017	17 (56,7%)	18	-

4.8.6 Mobilität

Die Befragten nannten in diesem Bereich insgesamt 39 Probleme, in der Gegenüberstellung formulierten die Pflegepersonen 52 Pflegediagnosen, die der Kategorie „Mobilität“ zugeordnet werden konnten (siehe Tabelle 13).

Zu einer Übereinstimmung kam es in 32 Fällen, was bedeutet, dass 61,5% aller formulierten Probleme in dieser Kategorie mit einer Pflegediagnose konform sind.

30 der 32 übereinstimmenden Fälle wurden mit einer Pflegeperson besprochen. Bei zwei übereinstimmenden Fällen gaben die Befragten an, ihr Problem nicht mit einer Pflegeperson besprochen zu haben.

Sechs der Befragten äußerten eine Einschränkung der Mobilität, welche nicht von einer Pflegeperson in Form einer Pflegediagnose erkannt wurde. Fünf dieser sechs Personen haben laut eigener Aussage ihre Bewegungseinschränkung mit einer Pflegeperson besprochen.

Von Seiten der Pflege wurden insgesamt 19 Pflegediagnosen erstellt, wobei die betroffenen Patienten kein Problem in diesem Bereich nannten. Von den 19 Pflegediagnosen lauteten 14 „Gefahr von Sturz“ und fünf „Bewegungseinschränkung“ unterschiedlicher Ursache.

Um die Frage zu beantworten, inwieweit die mittleren Ränge der Anzahl von Pflegediagnosen und Problemen in den beiden Gruppen „Pflege“ und „Patienten“ in der Kategorie „Mobilität“ gleich sind, wurde der Mann-Whitney-Test durchgeführt.

Dieser wies auf ein nicht signifikantes Ergebnis hin, mit einem p-Wert von 0,082. Dies bedeutet, dass die Nullhypothese, nämlich dass die mittleren Ränge der beiden Gruppen in der Kategorie „Mobilität“ gleich sind, beibehalten werden kann. Es zeigt sich, dass in dieser Kategorie von Seiten der Pflege ähnlich viele Pflegediagnosen formuliert wurden, wie dies durch die Patienten in Form einer Problemformulierung geäußert wurde.

Für 19 Patienten war die vorliegende Bewegungseinschränkung das Problem, welches für sie am wichtigsten zu lösen ist. Davon stimmten 17 Patientenprobleme mit einer erstellten Pflegediagnose überein.

Tabelle 13: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Mobilität

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (Mann-Whitney-Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
39	52	p=0,082	32 (61,5%)	35	19

4.8.7 Schmerzen

Tabelle 14 zeigt, dass in dieser Kategorie von Seiten der Patienten 21 Probleme definiert wurden, die Pflege formulierte dazu eine Pflegediagnose. Das heißt, dass es in 4,8% der Fälle zu einer Übereinstimmung gekommen ist.

Im Fall der Übereinstimmung wurden von beiden Seiten Schmerzen im Rücken als Problem definiert, die betroffene Person gab an, das Vorhandensein der Schmerzen mit den Pflegepersonen besprochen zu haben.

Um zu klären, inwiefern sich die Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ hinsichtlich der Anzahl der definierten Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen von der erwarteten Anzahl unterscheiden, wurde ein Chi-Square-Test durchgeführt, der ein signifikantes Ergebnis ($p < 0,001$) hervorbrachte. Dies bedeutet, dass die Gruppe der Patienten wesentlich mehr Probleme im Bereich „Schmerzen“ angab, als dies unter Annahme der Nullhypothese vermutet wurde: Die Pflege formulierte im Gegensatz dazu weniger Pflegediagnosen als erwartet.

Die Ursache für die Schmerzen war bei den befragten Personen unterschiedlich. Am häufigsten wurden Schmerzen aufgrund der Operation (n=12), und Schmerzen aufgrund eines Bandscheibenvorfalles (n=5) genannt.

Alle 21 Befragten, die hier ein Problem angaben, haben dieses mit einer Pflegeperson besprochen.

Für elf Personen waren die vorliegenden Schmerzen das Problem, welches am schnellsten behoben werden sollte. Bei keinem dieser elf wurde eine dazugehörige Pflegediagnose erstellt.

Tabelle 14: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Schmerzen

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (χ^2 -Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
21	1	p<0,001	1 (4,8%)	21	11

4.8.8 Schlafen

19 Befragte gaben an, entweder an Ein- oder Durchschlafstörungen zu leiden. Hierzu wurden keine Pflegediagnosen erstellt, wodurch es zu keiner Übereinstimmung kam (siehe Tabelle 15).

Um zu klären, inwieweit sich die beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ in der Kategorie „Schlafen“ bezüglich der Anzahl der definierten Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen von der erwarteten Anzahl unterscheiden, wurde der Chi-Square-Test durchgeführt. Das Ergebnis war, klar ersichtlich an der Anzahl der definierten Patientenprobleme und Pflegediagnosen, signifikant, mit einem p-Wert von kleiner 0,001. Es besteht also ein hochsignifikanter Unterschied der beiden Gruppen von den erwarteten Häufigkeiten, von Seiten der Pflege wurden weniger Pflegediagnosen definiert, als es der Test unter Annahme der Nullhypothese erwartete, die Patienten gaben dagegen mehr Probleme als erwartet an.

Begründet wurden die Ein- oder Durchschlafstörungen hauptsächlich durch die ungewohnte Umgebung. Sieben der 19 Befragten, die hier ein Problem angaben,

hatten diese Ein- beziehungsweise Durchschlafstörungen bereits vor dem Krankenhausaufenthalt.

Elf Personen haben ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen, acht Patienten haben sich bezüglich dieses Problems noch keiner Pflegeperson anvertraut.

Tabelle 15: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Schlafen

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (χ^2 -Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
19	0	p<0,001	0 (0%)	11	-

4.8.9 Kommunikation

Im Bereich Kommunikation formulierte die Pflege zwei Pflegediagnosen, von den befragten Patienten äußerten vier ein Problem in diesem Bereich zu haben (siehe Tabelle 16).

Zu einer Übereinstimmung kam es in einem Fall (25%), wobei die befragte Person auch angab, das Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben. Von beiden Seiten wurde ein „eingeschränktes Hörvermögen“ als Problem definiert.

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit sich die Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ bezüglich der Anzahl der formulierten Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen von der erwarteten Anzahl unterscheiden, ergab die Durchführung des Chi-Square-Tests ein nicht signifikantes Ergebnis. Da zwei Zellen eine minimale erwartete Häufigkeit von 3,00 hatten, wurde der p-Wert Exakter Test nach Fisher zur Beurteilung herangezogen, mit einem Wert von 0,678. Dies weist darauf hin, dass sich die Häufigkeit der Patientenprobleme und Pflegediagnosen nicht von der erwarteten Häufigkeit unterscheidet.

Bei den Patienten, die ein Problem definierten, es allerdings keine dazugehörige Pflegediagnose gab, äußerte eine Person, aufgrund einer Operation „kaum sprechen zu können“, eine litt unter einer „Hörschwäche“, und eine weitere hatte „ein sehr eingeschränktes Sichtfeld“.

Die Pflege definierte bei einer Person eine „erschwerter Kommunikation“ aufgrund einer „leichten Hörschwäche“, für die Person selbst war dies allerdings kein Problem. Bei zwei Fällen, in denen die Patienten ein Problem äußerten, es aber keine dazugehörige Pflegediagnose gab, berichteten die Patienten, ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben. Ein Patient hat das vorliegende Problem nicht mit einer Pflegeperson besprochen.

Tabelle 16: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Kommunikation

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (χ^2 -Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
4	2	p=0,678	1 (25%)	3	-

4.8.10 Geistiges Wohlbefinden

Zehn der Befragten äußerten in diesem Bereich ein Problem. Von Seiten der Pflege wurden hier keine Pflegediagnosen erstellt, womit es zu keiner Übereinstimmung kam (siehe Tabelle 17).

Das Ergebnis des Chi-Square-Tests, der durchgeführt wurde um herauszufinden, inwieweit sich die Anzahl der definierten Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen in den Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ in der Kategorie „Geistiges Wohlbefinden“ von der erwarteten Anzahl unterscheidet, brachte ein signifikantes Ergebnis (p=0,001).

Unter Annahme der Nullhypothese, es bestehe kein Unterschied zwischen der erwarteten und beobachteten Häufigkeit, wurden von Seiten der Pflege weniger Pflegediagnosen formuliert, als erwartet. Die Patienten äußerten im Gegensatz dazu doppelt so viele Probleme, als erwartet.

Drei Personen gaben „Sorgen um ein Familienmitglied“, vier „Sorgen um die eigene Zukunft“, zwei „Sorgen aufgrund der Erkrankung“ an, und eine Person äußerte „Angst bezüglich einer wieder aufkommenden Depression“.

Drei der Befragten haben mit einer Pflegeperson über ihre Sorgen gesprochen.

Für einen Patienten war das Problem in dieser Kategorie jenes, das am Schnellsten behoben werden sollte.

Tabelle 17: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Geistiges Wohlbefinden

Patientenproblem (n)	Pflegediagnosen (n)	Übereinstimmung Häufigkeit PP/PD (x ² -Test)	Übereinstimmung Inhalt PP/PD (n,%)	Besprochen mit Pflegeperson (n)	Wichtigstes Patientenproblem (n)
10	0	p=0,001	0 (0%)	3	1

4.9 Sonstige Pflegediagnosen

Von den Pflegepersonen wurden einige Pflegediagnosen erstellt, die nicht in eine der Kategorien, welche in Kapitel 3.5.1 erarbeitet worden sind, eingeordnet werden konnten. Insgesamt handelte es sich um 79 Pflegediagnosen, welche in dieser Form nicht von einem Patienten als Problem formuliert wurde.

Wie in Tabelle 18 dargestellt, wurde die Pflegediagnose mit dem Titel „Gefahr von Infektion“ am häufigsten erstellt, nämlich 44-mal. Gemessen an allen 212 erstellten Pflegediagnosen, entspricht dies einem prozentuellen Anteil von 20,8%. Bei allen 44 Pflegediagnosen mit diesem Titel war die zugrunde liegende Ursache das Vorhandensein eines peripheren Venenverweilkatheters.

26 Pflegediagnosen (12,3%), die nicht in eine Kategorie eingeteilt werden konnten, hatten den Titel „Gefahr von Thrombose“. Als Ätiologie wurde hier bei 16 Pflegediagnosen eine durchgeführte „Operation“ definiert, sechsmal wurde eine „verringerte Mobilität“ als Grund für die Thrombosegefahr genannt, und bei vier Pflegediagnosen dieser Art wurden beide Gründe, also sowohl die „Operation“, als auch die „verringerte Mobilität“ als Ursache beschrieben.

Sieben Pflegediagnosen (3,3%) aus dem Bereich „Sonstiges“ hatten den Titel „Gefahr von Infektion und Komplikation“. Bei drei dieser Pflegediagnosen war die Ätiologie das Vorhandensein eines „Harnblasenkatheters“, zwei Diagnosen wurden aufgrund einer „Sauerstoffgabe“ erstellt, und jeweils einmal war die Ätiologie eine bestehende „Operationswunde“ beziehungsweise eine „Drainage“.

Einmal wurde eine Pflegediagnose mit dem Titel „Gefahr von Pneumonie“ erstellt, wobei als Ursache „verringerte Mobilität“ angegeben wurde. Dies entspricht einem prozentuellen Anteil von 0,5%, gemessen an allen 212 Pflegediagnosen.

In einem Fall (0,5%) wurde die Pflegediagnose „Parese linkes Bein“ formuliert, als Ätiologie wurde hier ein „Insult“ angegeben.

Tabelle 18: Häufigkeit sonstiger Pflegediagnosen

Titel der Pflegediagnose	Häufigkeit (n,%)
Gefahr von Infektion	44 (20,8%)
Gefahr von Thrombose	26 (12,3%)
Gefahr von Infektion und Komplikation	7 (3,3%)
Gefahr von Pneumonie	1 (0,5%)
Parese linkes Bein	1 (0,5%)
Gesamt	79 (100%)

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Folgender Teil dient dazu, die in Kapitel 1.4. vorgestellten Forschungsfragen mit Hilfe der Ergebnisse zu beantworten und zu diskutieren.

- Inwieweit stimmen die von Pflegepersonen erstellten Pflegediagnosen mit der Sicht der Patienten überein?

Die Ergebnisse der Studie zeigen deutlich, dass es zum Teil zu sehr unterschiedlichen Sichtweisen bezüglich vorliegender Probleme beziehungsweise Pflegediagnosen zwischen Patienten und Pflegepersonen kam. Zu einer inhaltlichen Übereinstimmung

zwischen Patienten und Pflegepersonen kam es in nur 35,9% aller definierten Probleme. Besonders deutlich zeigte sich dieser Unterschied in den Bereichen „Atmung“, „Schmerzen“, „Schlafen“ und „Geistiges Wohlbefinden“. In den Kategorien „Körperpflege“ und „Mobilität“ wurde hingegen von Seiten der Pflege die Sicht des Patienten gut erfasst. Dieses Ergebnis stimmt auch mit den Resultaten der Studie von Florin et al. (2005) überein, wo sich zeigte, dass 46% der definierten Patientenprobleme nicht von Pflegepersonen in Form einer Pflegediagnose festgehalten wurden (vgl. Florin et al. 2005, S.144).

Bei der Betrachtung der Gesamtanzahl der definierten Patientenprobleme beziehungsweise Pflegediagnosen zeigt sich, dass sich diese eindeutig unterscheidet. Die Patienten formulierten insgesamt 181 Probleme, die Pflege erstellte im Vergleich dazu 133 Pflegediagnosen. Auch die Durchführung des Mann-Whitney- Tests bestätigte die Hypothese, dass sich die mittleren Ränge in den beiden Gruppen „Patienten“ und „Pflege“ voneinander unterscheiden. In einer Studie von Lauri et al. (1997) formulierten die Pflegepersonen ebenfalls in nahezu allen Bereich weniger Pflegediagnosen, als Patienten Probleme (vgl. Lauri et al. 1997, S.339-346).

Nachfolgend werden die Unterschiede in den Kategorien genauer erläutert und mögliche Gründe für die unterschiedlichen Sichtweisen dargelegt.

In der Kategorie „**Atmung**“ kam es zu keiner Übereinstimmung. Zehn Patienten äußerten in diesem Bereich ein Problem. Dazu wurde allerdings in keinem Fall eine Pflegediagnose erstellt. Lediglich drei der zehn Patienten gaben an, ihr Problem im Bereich „Atmung“ mit einer Pflegeperson besprochen zu haben, was mitunter ein Grund dafür sein könnte, dass es zu einer derart geringen Übereinstimmung gekommen ist. Viele Patienten leben bereits jahrelang mit bestehenden Problemen im Bereich „Atmung“ und finden es daher nicht relevant, dieses Problem explizit in einem Gespräch mit einer Pflegeperson zu erwähnen.

Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl der Pflegediagnosen könnte sein, dass nach Ansicht der Pflegepersonen bei beispielsweise bestehender Atemnot von pflegerischer Seite nur wenige Interventionen möglich sind. Häufig wird von Seiten der Pflege die Ansicht vertreten, dass es sich primär um ein medizinisches Problem handelt. Eine Studie von Hall- Lord et al. (1999) zeigte ebenfalls, dass Pflegepersonen bestehende

Atemprobleme von Patienten unterschätzten (vgl. Hall- Lord et al. 1999, S.45-54). Es wäre also empfehlenswert, wenn Pflegepersonen vermehrt Fokus auf diesen Bereich legen würden.

In der Kategorie „**Ernährung**“ wurden von Seite der Pflege sieben Pflegediagnosen erstellt, die Patienten definierten hier vier Probleme. Zu einer Übereinstimmung kam es in einem Fall, wobei ein zu geringes Körpergewicht als Problem beziehungsweise Pflegediagnose angegeben wurde. Der Patient gab an, nicht mit einer Pflegeperson über dieses Problem gesprochen zu haben. Ein Grund, dass es dennoch zu einer Übereinstimmung kam, könnte sein, dass dieses Problem schnell ersichtlich ist und es der Patient nicht als notwendig empfand, mit einer Pflegeperson darüber zu sprechen.

Drei Pflegediagnosen hatten den Titel „Verminderte Selbständigkeit bezüglich Essen und Trinken“. Die dazugehörigen Patienten definierten hierzu kein Problem. Als Ursache für die „verminderte Selbstständigkeit bezüglich Essen und Trinken“ wurde „verringerte Mobilität“, „post OP- Situation“ und „Fraktur“ angegeben. Darin könnte auch der Grund für die nicht vorhandene Übereinstimmung zwischen „Pflegeperson“ und „Patienten“ liegen, da für die betreffenden Patienten das Problem weniger im Bereich „Essen und Trinken“ liegt, sondern vielmehr in der Einschränkung der Mobilität. Deshalb sollte auch überlegt werden, ob eine Pflegediagnose in diesem Bereich sinnvoll ist, wenn das eigentliche Problem in der Kategorie „Mobilität“ liegt.

Drei Pflegediagnosen waren Risikopflegediagnosen mit dem Titel „Gefahr von Flüssigkeitsdefizit“, wobei auch hier die dazugehörigen Patienten kein Problem definierten. Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, da vor allem ältere Menschen ein geringeres Durstgefühl haben und sich oft nicht bewusst sind, dass sie zu wenig trinken. Auf diese Pflegediagnose sollte vermehrt Aufmerksamkeit gerichtet werden, damit einhergehen sollten eine ausführliche Information und das Anhalten des Patienten zum Trinken.

In der Kategorie „**Ausscheidung**“ wurden 19 Patientenprobleme geäußert, in der Pflegedokumentation fanden sich 14 Pflegediagnosen. Zu einer Übereinstimmung kam es in fünf Fällen, wobei die Patienten angaben, ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben. Bei den übrigen 14 Patientenproblemen, wo keine dazugehörige Pflegediagnose existierte, haben elf Patienten ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen. Dies zeigt, dass trotz eines Gespräches mit einer Pflegeperson, diese das

Patientenproblem nicht in Form einer Pflegediagnose dokumentiert hat. Bei sieben dieser Patienten war die Neigung zu Obstipation das Hauptproblem. Ein Grund, dass es zu diesem Thema keine Pflegediagnose gab, könnte sein, dass sich Pflegepersonen zwar sehr wohl der Obstipationsgefahr im Krankenhaus klar sind, sie allerdings oft unbewusst Maßnahmen treffen, um diese Gefahr zu verhindern. Beispielsweise werden die Patienten angehalten, ausreichend Flüssigkeit zu trinken und sich wenn möglich, ausreichend zu bewegen. Diese Maßnahmen sind täglicher Bestandteil der Arbeit einer Pflegeperson, und deshalb wird es möglicherweise nicht als notwendig angesehen, diese extra zu dokumentieren. Von Seiten der Patienten könnte die Möglichkeit bestehen, dass sie Besonderheiten in diesem Bereich im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt als „normal“ ansehen, und diese somit nicht mit einer Pflegeperson besprechen.

In der Kategorie „**Hautzustand**“ wurden 37 Patientenprobleme genannt, aus der Pflegedokumentation konnten 27 Pflegediagnosen herausgelesen werden. Zu einer Übereinstimmung kam es in acht Fällen, wobei das vorliegende Problem in allen acht Fällen mit einer Pflegeperson besprochen wurde. Gemessen an der Gesamtanzahl der Patientenprobleme ist die Übereinstimmung relativ gering. Das häufigste Patientenproblem, zu dem keine Pflegediagnose bestand, war das Vorliegen einer Operationswunde. Die Patienten gaben an, dass sie täglich mit einer Pflegeperson über den Verlauf der Wundheilung gesprochen haben. Dies war jedoch in der Pflegedokumentation nicht ersichtlich.

Auch hier lässt sich feststellen, dass die Pflegepersonen sehr wohl über das Vorhandensein der Wunde Bescheid wissen, und auch mit der Versorgung dieser beauftragt sind. Dennoch ist dieses Wissen und die Tätigkeit nicht im Rahmen einer Pflegediagnose dokumentiert. Um allerdings eine kontinuierliche Versorgung des Patienten zu gewährleisten, sollte die Wunde und deren Behandlung genau durch die Erstellung einer Pflegediagnose beschrieben werden.

Die meisten Pflegediagnosen (n=8), die nicht von einem Patienten als Problem formuliert wurden, waren zum Thema „Gefahr der Hautveränderung“. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sich viele Patienten der Gefahr einer Hautveränderung durch eine beispielsweise verringerte Mobilität nicht bewusst sind. Von Seiten der Pflege wäre es allerdings wichtig, die Patienten bezüglich dieser Gefahr zu informieren Maßnahmen aufzuzeigen, diese zu verhindern.

In der Kategorie „**Körperpflege**“ kam es bei 18 definierten Patientenproblemen und 30 Pflegediagnosen zu insgesamt 17 Übereinstimmungen. Dies zeigt, dass bei nahezu allen Patienten, die hier eine Einschränkung angaben, eine dazugehörige Pflegediagnose vorlag. Die Erfassung der Patientensicht hat in diesem Bereich also gut funktioniert. Die Pflege formulierte zu dieser Kategorie allerdings zwölf Pflegediagnosen, wobei die dazugehörigen Patienten kein Problem im Bereich „Körperpflege“ äußerten. Ein Grund dafür könnte sein, dass Patienten beispielsweise nach einer Operation damit rechnen, bei der Körperpflege einen Teil der Selbstständigkeit einzubüßen. Sie sehen also geringfügige und zeitlich limitierte Einschränkungen in diesem Bereich nicht unbedingt als Problem. Für die Pflege sind aber bereits geringe Unterstützungen des Patienten bei der Körperpflege, auch in Hinblick auf die Leistungserfassung, wichtig zu dokumentieren.

Im Bereich „**Mobilität**“ wurden 39 Patientenprobleme und 52 Pflegediagnosen erstellt, wobei es in 32 Fällen zu einer Übereinstimmung kam. Auch hier zeigt sich eine gute Erfassung der Patientensichtweise von Seiten der Pflege. Für die Patienten ist eine Einschränkung der Mobilität eine große Belastung, was auch, wie die Ergebnisse zeigen, häufig mit einer Pflegeperson besprochen wurde. Die gute Erfassung der Pflege lässt sich dadurch erklären, dass sie dem Patienten aufgrund der eingeschränkten Mobilität in vielen anderen Bereichen, beispielsweise Körperpflege, unterstützend zur Seite stehen. Die relativ große Anzahl der Pflegediagnosen, welche nicht von einem Patienten in einer Problemformulierung geäußert wurde, lässt sich auf ein häufiges Vorkommen von Risikodiagnosen, beispielsweise „Gefahr von Sturz“, zurückführen. Im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches ist es Aufgabe der Pflegeperson präventiv Maßnahmen zu setzen, wozu auch die Sturzprophylaxe zählt. Patienten sind sich dieser Gefahr oft nicht bewusst, wodurch sich auch erklären lässt, warum diese Gefahr kaum als Problem formuliert wurde. Dennoch wäre es wichtig, den Patienten über die Sturzgefahr zu informieren, damit er Maßnahmen treffen kann, um dieses Ereignis zu vermeiden. Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl der Patientenprobleme zum Thema „Sturzgefahr“ ist auch, dass der Fragenbogen kein Item enthielt, das direkt nach diesem Thema gefragt hätte. Dadurch haben einige Patienten möglicherweise nicht an das Sturzrisiko gedacht, obwohl sie von einer Pflegeperson darüber aufgeklärt wurden.

In der Kategorie „**Schmerzen**“ wurden 21 Patientenprobleme gezählt, in der Pflegedokumentation gab es dazu nur eine Pflegediagnose. Der dazugehörige Patient

definierte auch hierzu ein Problem, wodurch es zu einer Übereinstimmung kam. Alle 21 Patienten gaben an, mehrmals täglich mit einer Pflegeperson über ihre Schmerzen gesprochen zu haben. Dies impliziert, dass die Pflegepersonen zwar sehr wohl vom Vorliegen der Schmerzen wissen und auch Maßnahmen setzen, dieses allerdings nicht durch eine Pflegediagnose festgehalten wird. Dieses Ergebnis ähnelt den Resultaten einer Studie von Adamsen und Tewes (2000), wo hervorging, dass Probleme im Bereich „Schmerzen“ sehr häufig von Patienten genannt wurden, jedoch in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar waren. In einem Gespräch mit den Pflegepersonen stellte sich allerdings heraus, dass sich diese sehr wohl dem Vorliegen von Schmerzen bei dem Patienten bewusst waren, und auch Maßnahmen dagegen setzten (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120-129).

Ein weiterer Grund für die geringe Übereinstimmung könnte sein, dass auch hier vielfach die Meinung vertreten wird, dass das Problem „Schmerzen“ vor allem mit medizinischen Interventionen, meist in Form von Medikamenten, behandelt werden kann. Vergessen wird allerdings die Tatsache, dass es auch von Seiten der Pflege Möglichkeiten gibt, die Situation eines Patienten mit Schmerzen zu verbessern. Auch wenn die Pflegeperson in der Praxis vor allem Maßnahmen aus dem interdisziplinären Bereich ergreift, ist es wichtig, die Situation des Patienten im Rahmen einer Pflegediagnose festzuhalten. Studien zeigen außerdem, dass es häufig zu einer Unterschätzung der Schmerzen durch die Pflege kommt. Daher ist eine korrekte Schmerzerfassung, beispielsweise durch die Anwendung von standardisierten Skalen, ein wichtiges Element in der pflegerischen Praxis (vgl. Hovi, Lauri 1999; Hall- Lord, Larsson, Stehen 1999).

In der Kategorie „**Schlafen**“ zeigt sich ein ähnliches Bild wie in der vorangegangenen. Hier wurden 19 Patientenprobleme geäußert, wobei keine Pflegediagnose in diesem Bereich ersichtlich war. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Florin et al. (2005), wo ebenfalls festgestellt wurde, dass es im Bereich „Schlafen“ zu einer geringen Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen kam (vgl. Florin et al. 2005, S.140).

Erstaunlich war, dass acht Patienten nicht mit einer Pflegeperson über ihre Einbeziehungsweise Durchschlafprobleme gesprochen haben. Von vielen Personen wurde es als gegeben angesehen, dass es im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts zu Schlafschwierigkeiten kommt. Vielfach wurde von den Patienten die Meinung vertreten, dass die Pflege, abgesehen von der Verabreichung einer Schlafmedikation,

keine Maßnahmen zur Linderung dieser Problematik setzen kann. Da zu diesem Thema auch aus Sicht der Pflege keine Pflegediagnose erstellt wurde, könnte diese Meinung auch im Pflorgeteam vorherrschend sein. Wichtig wäre es allerdings, dem Patienten Möglichkeiten anzubieten den Schlaf zu fördern, beispielsweise durch das Angebot von Aromapflege oder beruhigenden Körperwaschungen. Sollte der Patient Probleme in diesem Bereich äußern, ist es wichtig, dies im Rahmen einer Pflegediagnose festzuhalten, und mit ihm Möglichkeiten zu besprechen, wie seine Situation verbessert werden kann.

Eine weitere Erklärung für die geringe Übereinstimmung könnte auch hier wieder in der unzureichenden Dokumentation durch die Pflegepersonen liegen. Adamsen und Tewes (2000) kamen hier ebenfalls zu dem Resultat, dass die Dimension „Schlafen“ häufig von Patienten in Form einer Problemdarstellung erwähnt wurde, sich diese allerdings in der Pflegedokumentation nicht widerspiegelte (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120-129).

In der Kategorie „**Kommunikation**“ wurden vier Patientenprobleme und zwei Pflegediagnosen erstellt, zu einer Übereinstimmung kam es in einem Fall. Die Anzahl der Patientenprobleme beziehungsweise Pflegediagnosen zeigt bereits, dass diese Kategorie im Vergleich zu den anderen, eher selten genannt wurde. Für die Pflege wäre es von großer Bedeutung, vorliegende Seh- Hör- und Sprechbeeinträchtigungen durch eine Pflegediagnose festzuhalten, damit auch Pflegepersonen der nachfolgenden Schichten über diese Problematik informiert werden, und somit alle Pflegepersonen kontinuierlich die gleichen Interventionen durchführen können. Auch wenn beispielsweise für einen Patienten eine bestehende Hörschwäche kein Problem darstellen mag, ist es also dennoch wichtig, dies als Pflegediagnose zu formulieren.

In der Kategorie „**Geistiges Wohlbefinden**“ wurden zehn Patientenprobleme geäußert, dazu gab es in der Pflegedokumentation keine Pflegediagnose. Dieses Ergebnis zeigt sich auch in einer Studie von Martensson et al. (2008), wobei sich herausstellte, dass Pflegepersonen eher dazu neigten, sich auf die physischen als auf die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten zu konzentrieren (vgl. Martensson et al. 2008, S.350-360). Auch die Studie von Florin et al. (2005) bracht dieses Ergebnis hervor, nämlich dass die Übereinstimmung zwischen Pflegepersonen und Patienten im Bereich „emotions/spirituality“ sehr gering war (vgl. Florin et al. 2005, S.144).

Allerdings stellte sich bei der vorliegenden Studie heraus, dass nur drei der zehn Patienten, die hierzu ein Problem angaben, mit einer Pflegeperson darüber gesprochen haben. Viele Patienten hadern mit privaten Problemen und glauben, damit alleine zurechtkommen zu müssen. Aufgabe der Pflegeperson wäre es allerdings, durch das Angebot von Gesprächen dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich ihnen anvertrauen zu können. Natürlich bleibt es dem Patienten überlassen, ob er mit einer Pflegeperson über seine Probleme sprechen möchte, allerdings liegt es in der Profession einer Pflegeperson bei geäußerten Problemen in diesem Bereich zu intervenieren, und dies auch in einer Pflegediagnose festzuhalten.

- Inwiefern werden die wichtigsten Patientenprobleme als Pflegediagnosen definiert?

Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass es noch Nachholbedarf im Erfassen der Patientensichtweise von Seiten der Pflege gibt. Ungefähr die Hälfte (46,7%) der Probleme, welche die Patienten als ihre wichtigsten nannten, wurde von der Pflege durch eine Pflegediagnose erfasst.

Die Kategorie „Mobilität“ war jene, in der am meisten Patienten (n=19) angaben, dass hier ihr wichtigstes Problem liegt. Der Pflege gelang es in dieser Kategorie gut, dies zu erfassen, indem sie zu 17 von den 19 Patienten eine dazugehörige Pflegediagnose erstellte. In der Kategorie „Schmerzen“ äußerten elf Patienten, dass das Problem in diesem Bereich das dringlichste sei, welches es zu lösen gilt. Hier gelang es der Pflege nicht, die Sichtweise des Patienten zu erfassen und in einer Pflegediagnose festzuhalten, denn zu keinem der elf Patienten existierte eine passende Pflegediagnose. Dies zeigt, dass es je nach Kategorie unterschiedlich gut gelang, das Problem, das für den Patienten das wichtigste darstellt, in Form einer Pflegediagnose festzuhalten. Die genauen Unterschiede in den Kategorien werden nachfolgend dargestellt und diskutiert.

In der Kategorie „**Atmung**“ gaben vier Patienten an, dass das Problem in diesem Bereich für sie das wichtigste darstellt. Zwei dieser Personen äußerten, ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben. Hier wurde keines der wichtigsten Patientenprobleme korrekt als Pflegediagnose definiert. Ein mögliches Motiv dafür ist,

dass die Hälfte der Patienten nicht mit einer Pflegeperson über ihr Problem gesprochen hat. Des Weiteren zeigt sich, dass die Pflege im Bereich „Atmung“ keine Pflegediagnosen erstellt hat, und somit dieser Kategorie in der Pflegedokumentation nur geringe Beachtung geschenkt wird.

In der Kategorie „**Ernährung**“ gaben zwei Patienten an, dass das Problem in diesem Bereich jenes ist, welches für sie am raschesten gelöst werden sollte. Eine dieser beiden Personen gab an, dass sie ihr Problem nicht mit einer Pflegeperson besprochen habe, dennoch gab es eine dazugehörige Pflegediagnose. Bei der anderen Person fand sich keine, obwohl sie angab, dies mit einer Pflegeperson besprochen zu haben.

In der Kategorie „**Ausscheidung**“ gab lediglich eine Person an, dass das Problem in diesem Bereich ihr wichtigstes sei. Bei dem Problem handelte es sich um „wässrige Durchfälle“, an welchen die Person schon seit mehreren Jahren litt. Sie gab an ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben, in der Pflegedokumentation lag hierzu aber keine Pflegediagnose vor. Hier wäre es allerdings von Bedeutung gewesen, die Aufmerksamkeit der Pflegepersonen auf dieses Problem zu lenken, da dieses noch eine Reihe anderer Komplikationen, wie zum Beispiel Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits, mit sich bringen kann.

Im Bereich „**Hautzustand**“ erklärten sieben Patienten, dass das Problem in diesem Bereich für sie das wichtigste darstellte. In zwei Fällen lag hierzu eine passende Pflegediagnose vor, wobei die beiden Patienten äußerten, ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben. Die übrigen fünf Patienten, bei denen keine Pflegediagnose formuliert wurde, gaben ebenfalls an, ihre Besonderheit im Bereich „Hautzustand“ mit einer Pflegeperson besprochen zu haben.

Für die Patienten stellt ein Problem in dieser Kategorie, beispielsweise eine vorhandene Operationswunde, eine große Besonderheit dar. Häufig besteht die Befürchtung, im Umgang mit der Einschränkung etwas falsch zu machen, und dass in Folge dessen Komplikationen auftreten können. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass sieben Patienten, welche auch Probleme in anderen Kategorien angaben, der Ansicht waren, dass das Problem in der Kategorie „Hautzustand“ für sie das wichtigste darstellt.

Ein Grund, weshalb es nur in zwei Fällen eine dazugehörige Pflegediagnose gab, könnte sein, dass sich die Pflegepersonen zwar durchaus dem Vorhandensein der Einschränkung im Bereich „Hautzustand“ bewusst sind, da sie täglich mit der Versorgung dieser konfrontiert sind, die Information darüber allerdings lediglich mündlich weitergeben, und dies nicht in Form einer Pflegediagnose festhalten. Wichtig für kontinuierliche Versorgung des Patienten mit seinem Problem wäre allerdings, dies durch eine Pflegediagnose zu dokumentieren, um so sicher zu stellen, dass alle Pflegepersonen die gleichen Maßnahmen durchführen, um so einen optimalen Outcome zu erreichen (vgl. Ehrenberg, Ehnfors 2001, S.303-310).

In der Kategorie „**Mobilität**“ gaben 19 Patienten an, dass die Einschränkung in diesem Bereich für sie am intensivsten erlebt wird. Alle 19 Personen haben ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen, eine dazugehörige Pflegediagnose gab es in 17 Fällen. Dies zeigt, dass eine Einschränkung im Bereich „Mobilität“, welche von den Patienten oft als sehr belastend erlebt wird, von Seiten der Pflege gut erkannt, und in Form einer Pflegediagnose dokumentiert wurde. Für die Patienten ist sehr wichtig, dass die Pflegeperson dieser Einschränkung Aufmerksamkeit schenkt, da im Rahmen einer Bewegungseinschränkung häufig noch andere Probleme, beispielsweise bei der selbstständigen Durchführung der Körperpflege, auftreten können.

In dieser Kategorie ist es der Pflege gut gelungen, das wichtigste Problem des Patienten herauszufinden, und dieses im Rahmen der Pflegediagnostik zu dokumentieren.

In der Kategorie „**Schmerzen**“ gaben elf Patienten an, dass dieses Problem für sie das wichtigste darstellt, das es zu lösen gilt. All diese Personen äußerten, das Vorhandensein der Schmerzen mit einer Pflegeperson besprochen zu haben, allerdings gibt es zu keinem der elf Fälle eine dazugehörige Pflegediagnose. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass die Pflegepersonen nicht über die vorhandenen Schmerzen Bescheid wissen. Wie bei der Beantwortung der ersten Forschungsfrage bereits erwähnt, liegt es möglicherweise an der Unzureichenden Dokumentation von Seiten der Pflege, dass es hier zu keiner Übereinstimmung gekommen ist (vgl. Adamsen, Tewes 2000, S.120-129, Ehrenberg, Ehnfors 2001, S.303-310).

In der Kategorie „**Geistiges Wohlbefinden**“ äußerte eine Person, dass das vorliegende Problem in diesem Bereich jenes ist, welches sie am meisten belastet.

Diese Person gab an, über ihr Problem mit einer Pflegeperson gesprochen zu haben. Eine dazugehörige Pflegediagnose existiert dazu allerdings nicht.

Hier zeigt sich mitunter der nach wie vor vorherrschende Fokus auf somatische Beschwerden. Dies zeigt auch eine Studie von Martesson et al. (2010), die zum Ergebnis hatte, dass die Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen in physischen Bereichen wesentlich besser als in psychosozialen Bereichen war (vgl. Martesson et al. 2010, S.350-360).

Obwohl sich die Pflegepersonen dieser Probleme durchaus bewusst sind, und auch häufig in Form von Gesprächen unterstützend wirken, werden Besonderheiten in diesem Bereich nur unzureichend durch eine Pflegediagnose dokumentiert.

- Welche Pflegediagnosen, die nicht in dieser Form als Patientenproblem geäußert werden, werden von Pflegepersonen definiert? Welche Bedeutung haben diese Diagnosen für den Pflegeprozess?

Insgesamt wurden 79 Pflegediagnosen erstellt, die nicht eindeutig in eine Kategorie, welche in Kapitel 3.5.2. genauer erläutert wurden, eingeordnet werden konnten und auch von Patienten nicht in dieser Form als Problem formuliert wurden.

Dieses Ergebnis ähnelt den Resultaten der Studie von Florin et al. (2005), die ebenfalls zeigten, dass Pflegepersonen eine Reihe von Pflegediagnosen definierten, die von Patienten nicht als Problem genannt wurden (vgl. Florin et al. 2005, S.140-149).

In der vorliegenden Studie hatten 44 Pflegediagnosen den Titel „Gefahr von Infektion“, wobei bei jeder die Ätiologie im Vorhandensein eines „Venflons“ bestand. 26 Diagnosen wurden mit „Gefahr von Thrombose“ betitelt, und sieben wurden mit „Gefahr von Infektion und Komplikation“ benannt. Jeweils eine Pflegediagnose wurde definiert durch „Gefahr von Pneumonie“ beziehungsweise „Parese linkes Bein“.

Klar ersichtlich ist hier, dass es sich bei nahezu allen Pflegediagnosen dieser Kategorie per definitionem um „Risikopflegediagnosen“ handelt. Stefan et al. (2003) definierten eine Risikopflegediagnose wie folgt: „Hoch-Risiko- Diagnosen beschreiben ungesunde Reaktionen, die sich bei einem anfälligen Patienten entwickeln können.

Risikodiagnosen werden durch das Vorhandensein von Risikofaktoren gestellt (...) welche die Anfälligkeit des Patienten auf ein gesundheitsschädigendes Ereignis erhöhen“ (Stefan et al. 2003, S.31).

Das bedeutet, dass bei Risikopflegediagnosen noch keine Symptome beim Patienten erkennbar sind, sie allerdings der Gefahr ausgesetzt sind, ein gesundheitsschädigendes Ereignis zu erleiden. Dies drückt sich auch in der Pflegediagnose mit dem Titel „Gefahr von Infektion“ aufgrund eines vorhandenen „Venflons“ aus. Der Patient läuft Gefahr, aufgrund dieses peripheren Venenverweilkatheters eine Infektion zu bekommen, welche in weiterer Folge den gesamten Organismus schädigen kann. Durch diese Pflegediagnose werden Pflegepersonen darauf aufmerksam gemacht, auf mögliche Infektionszeichen zu achten, um so möglichst rasch intervenieren zu können.

Wichtig wäre es allerdings auch, den Patienten auf die Möglichkeit einer Infektion hinzuweisen, sodass er sich bei den Pflegepersonen meldet, sobald er Veränderungen an der Einstichstelle bemerkt.

Die Patienten gaben hinsichtlich Risikopflegediagnosen keine dazugehörigen Probleme oder Bedenken an, was unter anderem auf eine unzureichende Information von Seiten der Pflege hinweisen kann.

Allerdings muss an dieser Stelle auch bemerkt werden, dass es aufgrund des Erhebungsinstrumentes zu verfälschten Ergebnissen gekommen sein könnte, da dieses kein eigenständiges Item enthielt, welches die Sichtweise der Patienten zu diesem Thema erfasst.

Genauso wie die Notwendigkeit zur Definition der Pflegediagnose mit dem Titel „Gefahr von Infektion“ aufgrund eines vorhandenen „Venflons“, besteht auch die Formulierung der Pflegediagnosen „Gefahr von Thrombose“, „Gefahr von Infektion und Komplikation“ und „Gefahr von Pneumonie“.

Ein Krankenhausaufenthalt birgt für jeden Patienten die Gefahr einer nosokomialen Infektion, vor allem wenn aufgrund einer Operation Wunden vorhanden sind. Des Weiteren sind die Patienten oft mit einer Bewegungseinschränkung konfrontiert, welche die Gefahr einer Thrombose und Pneumonie massiv erhöhen kann.

Im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind die Pflegepersonen verpflichtet, Prophylaxen zur Verhinderung der eben genannten Komplikationen durchzuführen (vgl. §14 (1) GuKG). Durch die Erstellung der Pflegediagnosen wird diesem Thema erhöht Aufmerksamkeit geschenkt, und somit verhindert, dass dieser wichtige Bereich möglicherweise vernachlässigt wird.

In der Durchführung des Pflegeprozesses sind die Risikodiagnosen unerlässlich. Innerhalb des diagnostischen Prozesses muss die Pflegeperson die Kompetenz besitzen, sowohl aktuelle als auch potentielle Probleme des Patienten zu erkennen. Damit einhergehen muss auch die Erfassung der Patientensicht, seiner Ressourcen und seines sozialen Kontextes. Nur wenn der Patient ganzheitlich betrachtet wird, kann der Pflegeprozess in all seinen Schritten adäquat ausgeführt werden, und bietet dem Patienten somit eine optimale Versorgung (vgl. Brobst et al. 2007, S.31).

In der Kategorie „Sonstige Pflegediagnosen“ wurde eine Pflegediagnose erstellt, welche nicht in eine der Kategorien eingeteilt werden konnte. Sie wurde mit dem Titel „Parese linkes Bein“ versehen. Diese Diagnose wurde nicht korrekt erstellt, da es sich bei einer Diagnose mit einem solchen Titel nicht um eine Pflegediagnose, sondern um eine medizinische Diagnose handelt. Wie in Kapitel 2.1.4. beschrieben, ist dies die Bezeichnung einer „Erkrankung oder Organstörung“ (vgl. Brobst et al. 2007) und fällt somit in den Zuständigkeitsbereich der Medizin.

6 Schlussfolgerungen

Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich folgende Punkte daraus ableiten:

- In allen Bereichen des täglichen Lebens kommt es zu einer unterschiedlichen Sichtweise zwischen Patienten und Pflegepersonen. Insgesamt wurden 35,9% aller definierten Patientenprobleme von einer Pflegeperson durch eine zugehörige Pflegediagnose dokumentiert.
- Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in den Kategorien „Atmung“, „Schlafen“ und „Geistiges Wohlbefinden“, wo es zu keiner Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen gekommen ist.
- In den Bereichen „Körperpflege“ (Übereinstimmung von 56,7%) und „Mobilität“ (Übereinstimmung von 61,5%) kam es zu einer guten Erfassung der Patientensicht. Allerdings sollten auch hier die Patienten genauer über potentielle Gefahren, beispielsweise über eine mögliche Sturzgefahr, informiert werden.
- Von den Problemen, welche die Patienten als ihre wichtigsten formulierten, wurden nur 46,7% in Form einer Pflegediagnose festgehalten.
- Häufig gaben Patienten an, ihre Probleme mit einer Pflegeperson besprochen zu haben, allerdings lag dazu keine dazugehörige Pflegediagnose vor. Dies impliziert, dass Pflegepersonen zwar durch aus über die Probleme ihrer Patienten Bescheid wissen, dieses Wissen allerdings nicht in Form einer Pflegediagnose dokumentieren.
- Pflegediagnosen, welche nicht von Patienten als Problem formuliert wurden, kamen vor allem aus dem Bereich der „Risikopflegediagnosen“. Eine bessere Aufklärung und Information der Patienten bezüglich möglicher Komplikationen ist also notwendig.

7 Limitationen der Studie und Empfehlungen für die Praxis

7.1 Limitationen der Studie

Die Ergebnisse der Studie können lediglich auf die Patienten und Pflegepersonen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus übertragen werden. Grund dafür ist, dass in anderen Organisationen und Institutionen eine andere Form der Pflegediagnostik durchgeführt wird, und somit könnte diese Studie an anderen Häusern ganz andere Resultate hervorbringen. Des Weiteren wird die Verallgemeinerung der Ergebnisse durch eine relativ kleine Studienpopulation beeinflusst, da insgesamt nur 51 Patienteninterviews durchgeführt wurden. Obwohl die Auswertung dieser Interviews erste Tendenzen zeigen, können diese nicht generalisiert, und auf einen weiteren Kontext umgelegt werden.

Eine weitere Limitation besteht in den beiden Fragebögen, welche von der Autorin auf Basis der vorliegenden Literatur erarbeitet wurden. Diese wurden nicht auf Reliabilität und Validität überprüft, deshalb müssen die Ergebnisse auch unter Berücksichtigung des Fehlens der Gütekriterien beurteilt werden. Nach erfolgter Datenerhebung und -auswertung zeigte sich, dass manche Items genauer definiert werden sollten, um genauere Ergebnisse zu erzielen. So wurden beispielsweise Patienten in der Kategorie „Mobilität“ nicht direkt gefragt, ob sie ein Problem in Zusammenhang mit der „Sturzgefahr“ definieren würden. Somit wäre es sinnvoll den Fragebogen mit Items zu ergänzen, welche genauer potentielle Probleme aus Sicht der Patienten erheben.

Interessant wäre in weiteren Studien zu erheben, ob die Patienten ausreichend über mögliche Gefahren im Krankenhaus, wie zum Beispiel die Gefahr einer Thrombose oder einer Pneumonie, von den Pflegepersonen informiert wurden. Diese Frage konnte ihm Rahmen der durchgeführten Studie nicht beantwortet werden.

Des Weiteren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Pflegepersonen eventuell mehr über die Situation des Patienten wissen, als dies in der Dokumentation ersichtlich ist. Dies zeigt sich dadurch, dass viele Patienten angaben, ihr Problem mit einer Pflegeperson besprochen zu haben, ohne dass dies allerdings in der Pflegedokumentation ersichtlich war. Deshalb wäre es sinnvoll, im Rahmen einer

weiteren Studie zu erheben, inwieweit sich das Wissen der Pflegeperson über die Patienten in der Pflegedokumentation widerspiegelt.

7.2 Empfehlungen für die Praxis

Aus den Ergebnissen geht klar hervor, dass es noch Aufholbedarf beim Erfassen der Patientensichtweise von Seiten der Pflegenden gibt. Klar ist jedoch, dass eine vollkommene Übereinstimmung nie möglich sein wird, da sich die Situation des Patienten oft rasch ändern kann, und dies oft nicht sofort durch eine Pflegediagnose dokumentiert wird. Um aber die pflegerische Betreuung auf die Bedürfnisse des Patienten abstimmen zu können, ist eine kontinuierliche Durchführung der Pflegevisite empfehlenswert, da diese ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Patientensicht darstellt (vgl. Heering 2006, S.52).

Eine Verbesserungsmöglichkeit in der Praxis wäre außerdem, beispielsweise im Rahmen der Pflegevisite herauszufinden, welches Problem für den Patienten am belastendsten ist. Dieses könnte dann in der Pflegedokumentation vermerkt werden, sodass gezielt Maßnahmen geplant werden können, dieses Problem rasch zu lösen. Dies führt zu einer verbesserten Patientenorientierung, da sich hier der Patient besser verstanden und in den Pflegeprozess integriert fühlen könnte.

Da die Ergebnisse dieser Studie andeuten, dass Pflegepersonen über mehr Wissen bezüglich der vorliegenden Patientensituation verfügen, als dies aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, wird hier eine Verbesserung der Dokumentation empfohlen. Nur wenn das Wissen der Pflegeperson niedergeschrieben wird, kann eine kontinuierliche und patientenzentrierte Pflege stattfinden. Durch eine adäquate Dokumentation kann gewährleistet werden, dass alle Pflegepersonen in gleicher Weise über den Patienten informiert sind, und sie somit die gleichen Maßnahmen setzen und die gleichen Ziele verfolgen. Eine korrekte Dokumentation würde auch die Transparenz der Pflege nach außen verbessern.

Ein weiterer wichtiger Faktor für eine optimale Pflege ist, die Situation des Patienten ganzheitlich zu erfassen. Dazu gehört neben der Erfassung von physiologischen und psychosozialen Besonderheiten auch das Erkennen von potentiellen Gefahren. Die vorliegende Studie zeigt, dass dies schon relativ gut funktioniert, immerhin wurden 79

Pflegediagnosen aus der Gruppe der „Risikodiagnosen“ definiert, allerdings scheint es, als ob die Patienten darüber noch ungenügend informiert wurden. Deshalb wird den Pflegepersonen angeraten, vermehrt darauf zu achten, die Patienten bezüglich möglicher Gefahren im Krankenhaus zu informieren.

Für eine kontinuierliche und patientenzentrierte Pflege ist eine genaue Erfassung der Patientensicht unabdingbar, weshalb jede Pflegeperson im Rahmen von Gesprächen und Intervention herausfinden sollte, welche Probleme für den Patienten im Mittelpunkt stehen.

8 Literaturverzeichnis

- Adamsen L; Tewes M.: Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences. 14, 2000, S.120-129
- Behn V.: Die Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®): Entwicklung der Beta- Version und Perspektiven für die Zukunft (offizielle deutsche Übersetzung). In: Etzel B.: Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme. Entwicklung und Anwendung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2003, S.91-98
- Berger S; Helmbold A; Mosebach H; Opel B; Wieteck P.: Wissenschaftliche Hintergründe ENP®. Baar- Ebenhausen 2009
- Brobst R.A. et al.: Der Pflegeprozess in der Praxis. Verlag Hans Huber, Bern 2007
- Budnik B.: Pflegeplanung leicht gemacht. Für die Gesundheits- und Krankenpflege. Urban & Fischer, München, Jena 2003
- Ehrenberg A; Ehnfors M.: The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences. 15, 2001, S.303- 310
- Florin J; Ehrenberg A; Ehnfors M.: Patients' und nurses' perception of nursing problems in an acute care setting. In: Journal of Advanced Nursing. 51(2), 2005, S.140-149
- Florin J; Ehrenberg A; Ehnfors M.: Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. In: International Journal of Terminologies and Classifications. 16 (2), 2005, S.33-42
- Georg J.: Klassifikationssysteme in der Pflege. In: Abt-Zegelin A; Schnell M.W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. Verlag Hans Huber, Bern 2005, S.131- 148
- Gordon M; Bartholomeyczik S.: Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. Urban&Fischer, München, Jena 2001
- Görres S; Hinz I.M; Reif K.: Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen. In: Pflege. 15 (1), 2002, S.25-32

- Haase Nielsen G.: ICNP- Architektur und Systematik. In: Hinz et al. (Hrsg.): ICNP®. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Verlag Hans Huber, Bern 2003, S.23-41
- Hall- Lord M.L; Larsson G; Stehen B.: Chronic pain and distress among elderly in the community: comparison of patients' experience with enrolled nurses' assessments. In: Journal of Nursing Mangagement. 7, 1999, S.45-54
- Hallström I; Elander G.: A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. In: Scandinavian Journal of Nursing Sciences. 15, 2001, S.228-234
- Heering C. (Hrsg): Das Pflegevisiten- Buch. 2. unveränderte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern 2006
- Hinz et al. (Hrsg.): ICNP®. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Verlag Hans Huber, Bern 2003
- Hovi S.L; Lauri S.: Patients's and nurses' assessment of cancer pain. In: European Journal of Cancer Care. 8, 1999, S.213-219
- Käppeli S.: Pflegediagnostik unter der Lupe. wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitäts Spital Zürich. Pflegedienst am Universitätsspital, Zürich 2000
- Kean S.: Pflegediagnosen: Fragen und Kontroversen. In: Pflege. 12(4), 1999,S.209-215
- Kühne- Ponesch S.: Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas, Wien 2004
- Lauri S; Lepistö M; Käppeli S.: Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views. In: Journal of Advanced Nursing. 25, 1997, S.339- 346
- Martensson G; Carlsson M; Lampic C.: Do nurses and cancer patients agree on cancer patients' coping resources, emotional distress and quality of life? In: European Journal of Cancer Care. 17, 2008, S.350-360
- Martensson G; Carlsson M; Lampic C.: Is nurse- patient agreement of importance to cancer nurses' satisfaction with care? In: Journal of Advanced Nursing. 66 (3), 2010, S.573- 582

Mayer H.: Einführung in die Pflegeforschung. Facultas, Wien 2002

Müller Staub M.: Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen- Zufriedenheit. Eine Studie zur Frage nach dem Zusammenhang. In: Pflege. 15, 2002, S.113-121

Schaeffer D; Moers M; Steppe H; Meleis A.: Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Verlag Hans Huber, Bern 2008

Schrems B.: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Facultas, Wien 2003

Smoliner A.: Das Arbeiten mit Pflegediagnosen am Rudolfinerhaus Wien. Ein Weg zum Ziel...oder der Weg ist das Ziel? In: Österreichische Pflegezeitschrift. 2007, 3, S.23-27

Stefan H; Allmer F; et al.: Praxis der Pflegediagnosen. Springer, Wien, New York 2003

Stefan H; Eberl J; Schalek H; Streif H; Pointner H.: Praxishandbuch Pflegeprozess. Lernen- Verstehen- Anwenden. Springer, Wien, New York 2006

Van der Bruggen H.: Pflegeklassifikationen. Verlag Hans Huber, Bern 2002

Internetquellen:

http://www.icnp.info/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=59,
[11.11.10]

<http://www.rudolfinerhaus.at/de/das-rudolfinerhaus/privatklinik-mit-erstklassiger-pflege.html>, [8.02.2010]

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeiten in den Kategorien	62
Tabelle 1: Stichprobe	56
Tabelle 2: Altersverteilung	56
Tabelle 3: Aufenthaltsdauer	57
Tabelle 4: Verteilung der Aufnahmegründe	59
Tabelle 5: Befinden seit der Aufnahme	59
Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse zur Häufigkeit und Übereinstimmung der Patientenprobleme und Pflegediagnosen.....	60
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung und Übereinstimmung nach Station	63
Tabelle 8: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Atmung.....	64
Tabelle 9: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Ernährung	65
Tabelle 10: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Ausscheidung.....	66
Tabelle 11: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Hautzustand	68
Tabelle 12: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Körperpflege.....	69
Tabelle 13: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Mobilität.....	70
Tabelle 14: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Schmerzen	71
Tabelle 15: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Schlafen	72
Tabelle 16: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Kommunikation.....	73
Tabelle 17: Darstellung der Ergebnisse zum Kapitel Geistiges Wohlbefinden.....	74
Tabelle 18: Häufigkeit sonstiger Pflegediagnosen.....	75

10 Abkürzungsverzeichnis

ANA	American Nursing Association
ENP®	European Nursing care Pathways
et al.	et alii
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICN	International Council of Nurses
ICNP®	Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcome Classification
VAS	Visuelle Analog Skala
vgl.	vergleiche
zit. nach	zitiert nach

11 Anhang

11.1 Anhang 1



Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren!

Mein Name ist Andrea Kobleder und ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich eine Befragung zum Thema „Pflegerische Situationen aus der Sicht der Patientinnen/Patienten und Pflegenden“ durch.

Ziel dieser Studie ist herauszufinden, inwiefern die von Ihnen genannten pflegerelevanten Probleme mit der Dokumentation übereinstimmen, da das richtige Erkennen der Patientensituation die Grundlage ist, die geeignete Pflege einleiten zu können.

Die Ergebnisse meiner Arbeit sollen helfen, die Versorgung von Patientinnen/Patienten bzw. die Qualität der Pflege zu optimieren.

Aus diesem Grund würde ich mich freuen, wenn Sie einem Gespräch mit mir zustimmen, und mir gleichzeitig einen Einblick in Ihre Pflegedokumentation gewähren.

Die Teilnahme am Gespräch erfolgt freiwillig, Ihre Angaben werden anonym behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gemacht werden können.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu

- ein Gespräch mit mir über ihre derzeitige gesundheitliche Situation, und etwaig vorliegende Probleme zu führen
- dass ich einen Einblick in Ihre Pflegedokumentation nehme, um Ihre Aussagen mit der pflegerischen Dokumentation zu vergleichen

Datum, Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Kobleder

11.2 Anhang 2

Instrument zur Erhebung pflegerelevanter Situationen aus Sicht der Patienten

1. Allgemeine Daten:

- ID-Nr.: _____
- Station: _____
- Zimmer: _____
- Alter in Jahren: _____ Jahre
- Geschlecht: o männlich o weiblich
- Aufenthaltsdauer in Tagen: _____ Tage
- Aufnahmegrund: _____

2. Momentane Befindlichkeit:

Wie geht es Ihnen zurzeit?

Wie hat sich Ihr Befinden seit dem Tag der Aufnahme verändert?

☐ es hat sich verbessert ☐ es hat sich verschlechtert ☐ es ist gleich
geblieben

3. Befinden in unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens:

3.1. Atmung:

Gibt es Besonderheiten bei Ihrer Atmung, leiden Sie beispielsweise in bestimmten Situationen unter Atemnot?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche Besonderheiten gibt es in diesem Bereich?

Verspüren Sie Probleme beim Ein- bzw. Ausatmen?

☐ Ja ☐ Nein

Husten Sie vermehrt?

☐ Ja ☐ Nein

Verspüren Sie in gewissen Situationen Atemnot?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, in welchen?

Wenn in diesem Bereich Probleme präsent sind:

Haben Sie mit einer Pflegeperson über dieses Problem gesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.2.Ernährung:

Gibt es Besonderheiten beim Essen und/oder Trinken?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche Probleme haben Sie in diesem Bereich?

Wie würden Sie ihr derzeitiges Durstgefühl beschreiben?

☐ normal ☐ erhöht ☐ erniedrigt

Wie würden Sie ihren derzeitigen Appetit beschreiben?

☐ normal ☐ erhöht ☐ erniedrigt

Haben Sie Probleme beim Schlucken von Flüssigkeit?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Probleme beim Schlucken von fester Nahrung?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit?

☐ Ja ☐ Nein

Müssen Sie zurzeit eine bestimmte Diät einhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche?

Sind Sie mit Ihrem derzeitigen Körpergewicht zufrieden?

☐ Ja ☐ Nein, ich wiege zu viel ☐ Nein, ich wiege zu wenig

Wenn in diesem Bereich Probleme präsent sind:

Haben Sie mit einer Pflegeperson über dieses Problem gesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.3.Ausscheidung:

Gibt es Besonderheiten bei Ihrer Ausscheidung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja,

Worin genau liegen Probleme vor?

Verlieren Sie ungewollt Harn?

☐ Ja ☐ Nein

Verlieren Sie ungewollt Stuhl?

☐ Ja ☐ Nein

Neigen Sie zu Verstopfung?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie diese Probleme mit einer Pflegeperson besprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.4.Hautzustand:

Haben Sie derzeit Probleme mit ihrer Haut, wie zum Beispiel Ausschläge, Hämatome, Wunden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche der folgenden Punkte trifft auf Sie zu?

Ich habe eine sehr trockene Haut ☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu

Ich habe zurzeit eine oder mehrere Wunden ☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu

Mein Hautzustand hat sich seit der KH Aufnahme verändert ☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu

Ich habe derzeit einen Ausschlag ☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu

Seit der KH Aufnahme schwitze ich vermehrt ☐ trifft zu ☐ trifft nicht zu

Wenn in diesem Bereich Probleme präsent sind:

Haben Sie mit einer Pflegeperson über dieses Problem gesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.5.Körperpflege:

Können Sie derzeit selbstständig die Körperpflege durchführen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Nein, in welchen Bereichen benötigen Sie Unterstützung?

☐ beim Waschen von bestimmten Körperteilen, nämlich: _____

☐ beim Abtrocknen

☐ bei der Intimpflege

☐ bei Mundpflege/ Zähne putzen/ Prothesenpflege

☐ beim Haare waschen/ frisieren

☐ bei der Nagelpflege

☐ bei der Rasur

☐ beim Transfer ins Badezimmer

☐ Sonstiges: _____

Wenn in diesem Bereich Probleme präsent sind:

Haben Sie mit einer Pflegeperson über dieses Problem gesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.6.Mobilität:

Gibt es derzeit Einschränkungen in ihrer Bewegung?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche:

Was ist der Grund für Ihre Bewegungseinschränkung?

- ☐ allgemeine Schwäche ☐ Schmerzen ☐ Bettruhe ☐ Verband/Gips
☐ Körperliche Beeinträchtigungen ☐ Op-Wunde
☐ Sonstiges: _____

Benötigen Sie eins der folgenden Hilfsmittel um zu gehen?

- ☐ Rollator ☐ Rollmobil ☐ Stock ☐ Rollstuhl
☐ Unterstützung durch eine Person ☐ Krücken ☐ Nein

Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn in diesem Bereich Probleme präsent sind:

Haben Sie mit einer Pflegeperson über dieses Problem gesprochen?

- ☐ Ja ☐ Nein

3.7.Schmerzen:

Haben Sie in diesem Moment Schmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja,

Wie schlimm würden Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 (1= geringster Schmerz, 10= intensivster Schmerz) beschreiben?

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

Hatten Sie diesen Schmerz bereits vor Krankenhausaufenthalt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja,

Haben Sie dies mit einer Pflegeperson besprochen?

☐ Ja ☐ Nein

Wie oft wurden Sie während ihres bisherigen Krankenhausaufenthalts bezüglich vorliegender Schmerzen befragt?

☐ mehrmals täglich ☐ täglich ☐ 1-2-mal ☐ nie

☐ _____

3.8.Schlafen:

Haben Sie derzeit Schwierigkeiten einzuschlafen?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie derzeit Schwierigkeiten durchzuschlafen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja,

Worauf führen Sie die Ein- bzw. Durchschlafstörungen zurück?

Traten diese Probleme erstmals während Ihres Krankenhausaufenthalts auf?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie die Probleme mit einer Pflegeperson besprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.9. Kommunikation

Gibt es derzeit Besonderheiten im Bereich „Kommunikation“?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche?

Benötigen Sie eine Brille?

☐ Ja ☐ Nein

Benötigen Sie ein Hörgerät?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Besonderheiten vorliegen, haben Sie die Besonderheiten mit einer Pflegeperson besprochen?

☐ Ja ☐ Nein

3.10.Geistiges Wohlbefinden:

Wie geht es Ihnen sonst mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand, gibt es beispielsweise Dinge, die Ihnen Sorgen bereiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja,

Was bereitet Ihnen im Genauen Sorgen?

Haben Sie mit einer Pflegeperson über Ihre Situation gesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

4.Resümee:

Sie haben gesagt, dass es bei Ihnen in den Bereichen..... Besonderheiten gibt.
Welche Besonderheit sollte Ihrer Meinung nach am schnellsten behoben werden?

11.3 Anhang 3

Instrument zur Erhebung pflegerelevanter Situationen der Patienten aus Sicht der Pflege

Allgemein:

- ID- Nr.: _____
- Station: _____
- Zimmer: _____
- Anzahl der Pflegediagnosen: _____
- Aufnahmegrund: _____

Pflegediagnosen in den unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Atmung**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Ernährung**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Ausscheidung**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Hautzustand**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Körperpflege**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Mobilität**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Schmerzen**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:
 - Titel der Pflegediagnose:
-

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:
-

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Schlafen**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:
 - Titel der Pflegediagnose:
-

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:
-

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Kommunikation**“ erstellt?

☐ Ja ☐ Nein

- Wenn Ja:
 - Titel der Pflegediagnose:
-

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:
-

Wurde eine Pflegediagnose im Bereich „**Geistiges Wohlbefinden**“ erstellt?

☐ Ja

☐ Nein

- Wenn Ja:

- Titel der Pflegediagnose:

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt:

Welche Pflegediagnose wurde außerdem erstellt?

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt?

Welche Pflegediagnose wurde außerdem erstellt?

- Welche Ursachen bzw. Risikofaktoren werden genannt?

11.4 Anhang 4

Übersicht PD und Probleme nach Kategorien

Atmung

ID-Nummer	PD/Pflege (n=0)	Problem/Patient (n=10)	Übereinstimmung (n=0)	Besprochen (n=3)	Wichtigstes Problem (n=4)
4	0	Atemnot bei Anstrengung	Nein	Ja	✓
5	0	Kurzatmigkeit bei Anstrengung	Nein	Nein	
6	0	Kurzatmigkeit am Morgen, Atemnot bei Anstrengung	Nein	Ja	✓
19	0	Kurzatmigkeit bei größerer Anstrengung	Nein	Nein	
20	0	Atemnot bei Anstrengung	Nein	Nein	
23	0	Atemnot bei Aufregung und Anstrengung	Nein	Nein	✓
24	0	Kurzatmig bei Anstrengung	Nein	Nein	
31	0	Kurzatmig bei Anstrengung	Nein	Nein	
32	0	Kurzatmig bei Anstrengung und Angst	Nein	Nein	✓
48	0	Kurzatmigkeit aufgrund Bronchialasthma	Nein	Ja	

Ernährung

ID-Nummer	PD/Pflege (n=7)	Problem/Patient (n=4)	Übereinstimmung (n=1)	Besprochen (n=2)	Wichtigstes Problem (n=2)
7	Verminderte S. bez. Essen und Trinken Ä.: Fraktur	0	Nein		
9	Gefahr von Flüssigkeitsdefizit Ä.: vermind. Durstgefühl	0	Nein		
10	Verminderte S.bez. Essen und Trinken Ä.: p.OP Sit.	0	Nein		
11	Gefahr von Flüssigkeitsdefizit Ä.: vermind. Durstgefühl	0	Nein		
14	Verminderte	0	Nein		

	S.bez. Essen und Trinken Ä.: OP, Mob. ↓				
15	Gefahr von Mangelernährung Ä.: BMI kleiner 15	Zu geringes Gewicht aufgrund empfindlichen Magen	Ja	Nein	✓
26	0	Schlucken aufgrund von OP erschwert	Nein	Ja	✓
31	0	Vermindertes Durstgefühl	Nein	Nein	
33	0	Nur Breikost aufgrund OP möglich	Nein	Ja	
34	Gefahr von Flüssigkeitsdefizit Ä.: vermind. Durstgefühl	0	Nein		

Ausscheidung

ID-Nummer	PD/Pflege (n=14)	Problem/Patient (n=19)	Übereinstimmung (n=5)	Besprochen (n=16)	Wichtigstes Problem (n=1)
2	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Mob.↓, SZ	0	Nein		
3	1.Verminderte S. bez. Ausscheidung Ä.: Inkontinenz 2.Inkontinenz Ä.: unklare Ursache	1.Erreicht Toilette nicht allein 2.Inkontinenz	1. Nein 2.Ja	Ja	
4	0	Neigt zur Verstopfung	Nein	Nein	
5	0	Neigt zur Verstopfung	Nein	Ja	
6	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Inkontinenz	0	Nein		
7	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Fraktur	Neigt zur Verstopfung	Nein	Ja	
8	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Schmerzen, Schwäche	Erreicht Toilette nicht rechtzeitig	Ja	Ja	
10	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: DK, Inkontinenz	Spürt Stuhl und Harn nicht rechtzeitig	Ja	Ja	
14	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Mob.↓, OP	0	Nein		

17	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Bettruhe, p.OP Sit.	0	Nein		
18	Harninkontinenz Ä.: unklare Ursache	Verliert ungewollt Harn	Ja	Ja	
20	0	Neigt zur Verstopfung	Nein	Ja	
21	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: SP DK	Benötigt dzt. noch DK	Ja	Ja	
22	0	DK nach der Operation	Nein	Ja	
25	0	Verstopfung im KH und leichte Inkontinenz	Nein	Ja	
34	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: Mob.↓	0	Nein		
36	0	Wässrige Durchfälle aufgrund Colitis ulcerosa	Nein	Ja	✓
37	Verminderte S.bez. Ausscheidung	Neigt zur Verstopfung	Nein	Ja	
38	0	Verliert ungewollt Harn	Nein	Nein	
44	0	Neigt zur Verstopfung	Nein	Ja	
45	Verminderte S.bez. Ausscheidung Ä.: OP	0	Nein		
47	0	Verliert ungewollt kleine Mengen Harn und neigt zur Verstopfung	Nein	Nein	
49	0	Neigt zur Verstopfung	Nein	Ja	
50	0	Verliert ungewollt Harn	Nein	Ja	

Hautzustand

ID-Nummer	PD/Pflege (n=27)	Problem/Patient (n=37)	Übereinstimmung (n=8)	Besprochen (n=29)	Wichtigstes Problem (n=7)
2	0	Leidet derzeit an Ausschlag	Nein	Ja	
3	1.Rötung und Schwellung re. UA Ä.: ex ESST 2.Gefahr von Hautveränderung Ä.: Inkontinenz 3.Gefahr von Dekubitus Ä.: Scherkräfte	0	Nein		

4	Hämatome u. Schwellung re. u. li. UA Ä.: St.p. Venflon	0	Nein		
5	0	OP Wunde	Nein	Ja	
7	1.sez. Wunde li. Hüfte Ä.: ex Redon ESST 2.Gefahr von Dekubitus Mob.↓	1.Hämatom am li. OSCH 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	
8	Gefahr von Hautverletzung Ä.: Papierhaut	Papierhaut	Ja	Ja	
10	1.Hautdefekt gluteal, an den Fersen Ä.:Mob.↓ 2.Gefahr von Dekubitus Ä.:Mob.↓ 3. Rötung und Schwellung re. UA. Ä.: Alte VEEST	1.trockene Haut 2.0 3.0	Nein	Ja	
11	1.Hämatome Ä.: re Taille, Gesäß	1. OP Wunde 2.trockene Haut	1.Ja 2.Nein	Ja	
13	0	Hat derzeit einen Ausschlag	Nein	Ja	
14	Gefahr von Hautveränderung an Fersen und Gesäß Ä.: TEP Knie	OP Wunde	Nein	Ja	
15	0	Trockene Haut	Nein	Nein	
17	Gefahr von Dekubitus Ä.: Bettruhe	OP Wunde	Nein	Ja	
18	0	Hat derzeit einen Ausschlag	Nein	Ja	
19	0	Trockene Haut	Nein	Nein	
20	0	Trockene Haut	Nein	Nein	
21	0	OP Wunde	Nein	Ja	
22	0	OP Wunde	Nein	Ja	✓
24	Hautschaden li. Ellbogen Ä.: unklare Genese	Entzündene OP Wunde am Ellbogen	Ja	Ja	✓
25	0	OP Wunde	Nein	Ja	
29	0	Schuppenflechte	Nein	Ja	
33	0	OP Wunde am Bauch	Nein	Ja	✓
34	Gefahr von Hautveränderung Fersen und Gesäß Ä.: TEP	OP Wunde am Knie	Nein	Ja	
35	0	OP Wunde am Arm	Nein	Ja	✓
37	0	OP Wunde am Bauch	Nein	Ja	✓
38	0	OP Wunde	Nein	Ja	

		aufgrund Halux OP			
40	Hautveränderung li. Ellbogen Ä.: St.p. Sturz, Infektion	Entzündene Wunde li. Ellbogen	Ja	Ja	✓
42	Gefahr von Hautveränderung Ferse u. Gesäß Ä.: TEP	OP Wunde Knie	Nein	Ja	
43	1.Hämatom re. UA Ä.: Arterienzugang 2.Verhärtung li. u. re. UA Ä.: Venflon 3.Gefahr von Hautveränderung an Fersen und Gesäß Ä.: TEP	1.Hämatome 2.OP Wunde am Knie 3.0	1.Ja 2.Nein 3.Nein	Ja	
44	Hautveränderung bd. Ellbogen u. Steissbein Ä.: Psoriasis	Schuppenflechte	Ja	Ja	
45	0	1.OP Wunde am Knie 2.Hämatome am OSCH	Nein	Ja	✓
47	0	Trockene Haut	Nein	Nein	
49	Gefahr von Hautveränderung Fersen u. Gesäß Ä.: TEP	OP Wunde	Nein	Ja	
50	1.SZ im After Ä.: vermehrter Stuhlgang 2.geröt.Haut rund um OP Wunde Ä.: starke Sezernierung 3.Gefahr von Hautveränderung an Fersen und Gesäß Ä.: TEP	1.OP Wunde 2.Infektion OP Wunde 3.0	1.Nein 2.Ja 3.Nein	Ja	
51	1.Ausschlag am Rücken Ä.: Schwitzen 2.Gefahr von Hautveränderung an Fersen und Gesäß Ä.: TEP	1.OP Wunde 2.0	1.Nein 2.Nein	Ja	
52	0	OP Wunde am Fuß	Nein	Ja	

Körperpflege

ID- Nummer	PD/Pflege (n=30)	Problem/Patient (n=18)	Überei- stimmung (n=17)	Besprochen (n=18)	Wichtigstes Problem (n=0)
2	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Bewegungseinsch ränkung, SZ	Unterstützung bei der Körperpflege notwendig	Ja	Ja	
3	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓	Unterstützung beim Waschen von Rücken und Füßen nötig	Ja	Ja	
4	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Atemnot u. bei Anstrengung	0	Nein		
5	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓, Verband, Schiene	Unterstützung beim Waschen von Rücken und Beinen nötig	Ja	Ja	
7	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Fraktur	Unterstützung bei der gesamten Körperpflege nötig	Ja	Ja	
8	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Schmerzen, Schwäche	Unterstützung beim Waschen von Rücken und Beinen nötig	Ja	Ja	
10	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: p.OP Sit.	Unterstützung bei der gesamten Körperpflege nötig	Ja	Ja	
11	0	Unterstützung beim Waschen von Rücken und Beinen nötig	Nein	Ja	
14	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: OP, Mob. ↓	Unterstützung beim Waschen vom Rücken nötig	Ja	Ja	
17	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Bettruhe, p.OP Sit.	Unterstützung bei der gesamten Körperpflege nötig	Ja	Ja	
18	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Muskelschwäche (MS)	Unterstützung beim Duschen nötig	Ja	Ja	
21	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Schmerzen p.OP	0	Nein		
22	Verminderte	0	Nein		

	S.bez. Körperpflege Ä.: OP				
24	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: SZ li. Arm	Unterstützung beim Waschen von Rücken und Beinen nötig	Ja	Ja	
25	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓	Unterstützung beim Waschen von Rücken und Beinen nötig	Ja	Ja	
26	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓	0	Nein		
27	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mobilität/ Verband	0	Nein		
33	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: OP	Unterstützung beim Waschen notwendig	Ja	Ja	
34	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: OP, Mob.↓	Unterstützung beim Waschen von Beinen und Anziehen der Strümpfe nötig	Ja	Ja	
35	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Bewegung↓	Unterstützung beim Duschen nötig	Ja	Ja	
37	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: p.OP Sit.	0	Nein		
41	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓	0	Nein		
42	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: OP	0	Nein		
43	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓	Unterstützung beim Duschen nötig	Ja	Ja	
44	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Grunderkrankung	0	Nein		
45	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: OP	Unterstützung beim Duschen nötig	Ja	Ja	
47	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Unsicherheit	0	Nein		
49	Verminderte S.bez.	0	Nein		

	Körperpflege Ä.: Mob.↓				
50	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Bewegungseinschränkung	Unterstützung beim Duschen und Eincremen nötig	Ja	Ja	
51	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓	0	Nein		
52	Verminderte S.bez. Körperpflege Ä.: Mob.↓, Verband	0	Nein		

Mobilität

ID- Nummer	PD/Pflege (n=52)	Problem/Patient (n=39)	Übereinstimmung (n=32)	Besprochen (n=35)	Wichtigstes Problem (n=19)
2	Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit; SZ	Einschränkung in der Mobilität aufgrund OP	Ja	Ja	✓
3	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Insult 2.Gefahr von Sturz Ä.: Parese li. Bein	1.Rollstuhlbedürftig seit Insult 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
4	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Unsicherheit u. Atemnot 2.Gefahr von Sturz	1.Einschränkung in der Mobilität durch Schwäche/Unsicherheit 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	
5	Bewegungseinschränkung Ä.: ärztl.Anordnung, Unsicherheit	Einschränkung in der Mobilität aufgrund OP	Ja	Ja	✓
6	0	Einschränkung in der Mobilität aufgrund Atemnot	Nein	Ja	
7	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Fraktur 2.Gefahr von Sturz Ä.: Bewegungseinschränkung	1.Einschränkung in der Mobilität aufgrund SHF 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
8	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Schmerzen,	1.Einschränkung der Mobilität aufgrund von	1.Ja	Ja	

	Schwäche 2.Gefahr von Sturz Ä.: Schmerzen, Schwäche	Schmerzen 2.0	2.Nein		
9	0	Einschränkung der Mobilität aufgrund von Schmerzen	Nein	Nein	
10	Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit.	Einschränkung der Mobilität durch Bettruhe	Ja	Ja	✓
11	Bewegungseinschränkung Ä.: Mob. ↓	0	Nein		
14	Bewegungseinschränkung Ä.:OP	Einschränkung der Mobilität aufgrund OP	Ja	Ja	✓
15	Bewegungseinschränkung Ä.: Schwäche	0	Nein		
17	Bewegungseinschränkung Ä.: Bettruhe, p.OP Sit.	Einschränkung der Mobilität aufgrund OP und Bettruhe	Ja	Ja	✓
18	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Muskelschwäche (MS) 2.Gefahr von Sturz Ä.: Muskelschwäche (MS)	1.Einschränkung der Mobilität durch MS 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	
19	Bewegungseinschränkung Ä.: Schmerzen	Einschränkung der Mobilität durch Schmerzen	Ja	Nein	
20	Bewegungseinschränkung Ä.: St.p.Insult	Langsame Bewegung aufgrund Insult	Ja	Ja	
21	Bewegungseinschränkung Ä.: Schmerzen, p.OP Sit	0	Nein		
22	Bewegungseinschränkung Ä.: OP	Einschränkung der Mobilität aufgrund allg. Schwäche	Ja	Ja	
24	1.Bewegungseinschränkung Ä.: SZ i.li.Arm 2.Gefahr von Sturz Ä.: Mob. ↓	1.Einschränkung der Mobilität aufgrund Schmerzen und Schwäche 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	
25	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Grunderkrankung 2.Gefahr von	1.Einschränkung in der Mobilität aufgrund Parkinson 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	

	Sturz Ä.: St.p.Sturz, Grunderkrankung				
27	0	Einschränkung in der Mobilität aufgrund OP	Nein	Ja	
31	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Knieschmerzen 2.Gefahr von Sturz Ä.: Knieschmerzen, Alter	1.Einschränkung in der Mobilität aufgrund allg. Schwäche und Schmerzen 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	
32	1.Bewegungseinschränkung Ä.: re.Bein kürzer 2.Gefahr von Sturz Ä.: unsicherer Gang	1.Einschränkung in der Mobilität aufgrund Hüftluxation 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	
33	Bewegungseinschränkung Ä.: Mob.↓	Einschränkung in der Mobilität aufgrund OP	Ja	Ja	
34	1.Bewegungseinschränkung Ä.: OP, Mob.↓ 2.Gefahr von Sturz Ä.: Mob.↓	1.Einschränkung in der Mobilität aufgrund OP 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
35	Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit.	Einschränkung in der Mobilität aufgrund allg. Schwäche	Ja	Nein	
37	Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit.	0	Nein		
38	Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit.	Einschränkung der Mobilität aufgrund Gips	Ja	Ja	✓
39	0	Einschränkung in der Mobilität aufgrund von Schmerzen	Nein	Ja	✓
40	Bewegungseinschränkung Ä.: Verband	0	Nein		
41	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Unsicherheit, Grunderkrankung 2.Gefahr von Sturz Ä.: Schwäche	1.Einschränkung in der Mobilität aufgrund allg. Schwäche 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
42	Bewegungseinsch	Einschränkung in	Ja	Ja	✓

	ränkung Ä.: OP	der Mobilität aufgrund OP			
43	1.Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit. 2.Gefahr von Sturz Ä.: Schmerzen	1.Einschränkung der Mobilität aufgrund Schmerzen und OP 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
44	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Grunderkrankung 2.Gefahr von Sturz Ä.: Gangunsicherheit	1.Einschränkung der Mobilität aufgrund MS 2. Rezidivierende Stürze	1.Ja 2.Ja	Ja	✓
45	Bewegungseinschränkung Ä.: OP	Einschränkung der Mobilität aufgrund Schmerzen und OP	Ja	Ja	
46	Bewegungseinschränkung Ä.: Schmerzen	Einschränkung der Mobilität aufgrund Schmerzen	Ja	Ja	
47	1.Bewegungseinschränkung Ä.: Schwäche 2.Gefahr von Sturz Ä.: Schwäche, Unsicherheit	1.Einschränkung der Mobilität aufgrund allg. Schwäche 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
48	0	Einschränkung der Mobilität aufgrund Schmerzen	Nein	Ja	
49	Bewegungseinschränkung Ä.: OP, Mob.↓	Einschränkung der Mobilität aufgrund OP Wunde	Ja	Ja	✓
50	1.Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP.Sit. 2.Gefahr von Sturz Ä.: Unsicherheit, Schwäche	1. Einschränkung der Mobilität aufgrund OP 2.Angst vor Stürzen aufgrund rez.Stürzen in der Vergangenheit	1.Ja 2.Ja	Ja	✓
51	1.Bewegungseinschränkung Ä.: p.OP Sit. 2.Gefahr von Sturz Ä.: p.OP Sit.	1. Eingeschränkte Mobilität aufgrund OP 2.0	1.Ja 2.Nein	Ja	✓
52	0	Eingeschränkte Mobilität aufgrund Verband	Nein	Ja	✓

Schmerzen

ID-Nummer	PD/Pflege (n=1)	Problem/Patient (n=21)	Übereinstimmung (n=1)	Besprochen (n=21)	Wichtigstes Problem (n=11)
5	0	Leichte Schmerzen im OP Gebiet	Nein	Ja	
8	0	Starke Schmerzen verursacht durch Bandscheibenvorfall	Nein	Ja	✓
9	0	Schmerzen durch Bandscheibenvorfall	Nein	Ja	✓
16	0	Starke Schmerzen im Rücken	Nein	Ja	✓
17	0	Schmerzen im OP Gebiet	Nein	Ja	
18	0	Schmerzen aufgrund Bandscheibenvorfall	Nein	Ja	✓
19	0	Schmerzen ausgehend von den Bandscheiben	Nein	Ja	✓
24	0	Schmerzen OP Wunde	Nein	Ja	
25	0	Schmerzen aufgrund Wirbelbrüche	Nein	Ja	✓
26	0	Schmerzen im Hals aufgrund OP	Nein	Ja	
27	0	Schmerzen im OP Gebiet	Nein	Ja	✓
28	0	Leichte Schmerzen post OP	Nein	Ja	✓
29	0	Leichte Schmerzen in der Hüfte	Nein	Ja	✓
35	Schmerzen LWS	Schmerzen im Rücken	Ja	Ja	
39	0	Schmerzen in Bandscheiben	Nein	Ja	
42	0	Schmerzen im Knie nach OP	Nein	Ja	
45	0	Schmerzen im Knie im OP Gebiet	Nein	Ja	
46	0	Schmerzen im Knie	Nein	Ja	✓
48	0	Schmerzen in Hüfte und Rücken	Nein	Ja	✓
49	0	Schmerzen in der Hüfte aufgrund OP	Nein	Ja	
51	0	Schmerzen in der Hüfte aufgrund OP	Nein	Ja	

Schlafen

ID-Nummer	PD/Pflege (n=0)	Problem/Patient (n=19)	Übereinstimmung (n=0)	Besprochen (n=11)	Wichtigstes Problem (n=0)
1	0	Durchschlafstörungen aufgrund Stress	Nein	Nein	

		und ungewohnter Umgebung			
2	0	Durchschlafstörungen aufgrund ungewohnter Umgebung und lauter Nachbarn	Nein	Nein	
4	0	Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund ungewohnter Umgebung und lauter Nachbarn	Nein	Ja	
5	0	Durchschlafstörungen aufgrund ungewohnter Umgebung und Lärm	Nein	Ja	
6	0	Durchschlafstörungen aufgrund ungewohnter Umgebung und häufigen Harndrang	Nein	Nein	
8	0	Einschlafstörungen aufgrund Schmerzen	Nein	Nein	
13	0	Durchschlafstörungen aufgrund allg. Unwohlsein	Nein	Nein	
16	0	Ein- und Durchschlafstörungen (auch schon zu Hause)	Nein	Ja	
17	0	Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund ungewohnter Schlafposition (OP Wunde)	Nein	Ja	
18	0	Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund Inkontinenz (unangenehmes Gefühl)	Nein	Nein	
26	0	Durchschlafstörungen aufgrund trockenem Hals	Nein	Ja	
31	0	Generelle Einschlafschwierigkeiten (auch zu Hause)	Nein	Ja	
33	0	Ein- und Durchschlafstörungen (auch zu Hause)	Nein	Ja	
34	0	Generelle Ein- und Durchschlafstörungen (auch zu Hause)	Nein	Ja	
35	0	Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund Gips und ungewohnter Umgebung	Nein	Ja	
41	0	Ein- und	Nein	Ja	

		Durchschlafstörungen aufgrund häufigen Harndrang			
44	0	Ein- und Durchschlafstörungen (auch zu Hause)	Nein	Nein	
48	0	Durchschlafstörungen (auch zu Hause)	Nein	Ja	
50	0	Durchschlafstörungen (auch zu Hause)	Nein	Nein	

Kommunikation

ID-Nummer	PD/Pflege (n=2)	Problem/Patient (n=4)	Übereinstimmung (n=1)	Besprochen (n=3)	Wichtigstes Problem (n=0)
10	Erschwerte Kommunikation Ä.: Schwerhörigkeit	Einschränkung des Hörvermögens	Ja	Ja	
26	0	Kann kaum sprechen aufgrund Mandel OP	Nein	Ja	
31	Erschwerte Kommunikation Ä.: leichte Schwerhörigkeit	0	Nein		
38	0	Hörschwäche	Nein	Nein	
46	0	Sehr eingeschränktes Sichtfeld (mehrere Hornhauttransplantationen)	Nein	Ja	

Geistiges Wohlbefinden

ID-Nummer	PD/Pflege (n=0)	Problem/Patient (n=10)	Übereinstimmung (n=0)	Besprochen (n=3)	Wichtigstes Problem (n=1)
6	0	Große Sorge um Zukunft, lebt allein	Nein	Nein	
7	0	Sorge um die Betreuung der Mutter	Nein	Nein	
8	0	Sorge um sterbende Schwester	Nein	Nein	
24	0	Sorge um Zukunft, Wohnung wird verkauft	Nein	Nein	
25	0	Sorge um Zukunft, wie geht es weiter (Grunderkrankung Parkinson)	Nein	Nein	
31	0	Leidet an sozialer Situation, lebt allein	Nein	Ja	✓
45	0	Sorge um neuerliche Operation, dauerhafte	Nein	Ja	

		Einschränkung der Mobilität?			
46	0	Sorge um Augenlicht	Nein	Nein	
47	0	Sorge um Gatte (chron. krank)	Nein	Nein	
50	0	Angst vor neuerlichen Depression	Nein	Ja	

Liste übrige Pflegediagnosen

ID- Nummer	Titel der Pflegediagnose (N=79)
1	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
2	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
3	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: Mob.↓ 3.Parese li.Bein Ä.: Insult
4	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von I.u.K. Ä.: Sauerstoffgabe
5	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
6	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von I.u.K. Ä.: Sauerstoffgabe
7	1.Gefahr von Thrombose Ä.: Mob.↓ 2.Gefahr von I.u.K. Ä.: OP Wunde
8	Gefahr von Thrombose Ä.: Mob.↓
9	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
10	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von I.u.K. Ä.: DK 3.Gefahr von Thrombose OP
11	1.Gefahr von Pneumonie Ä.: Mob.↓ 2.Gefahr von Thrombose Ä.: Mob.↓
12	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
13	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
14	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
15	Gefahr von Infektion

	Ä.: Venflon
16	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
17	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: Bettruhe, OP
18	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
19	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
20	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
21	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP 3.Gefahr von I.u.K. Ä.: SPDK
22	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von I.u.K. Ä.: 3 Weg DK
23	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
24	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: Mob.↓
25	Gefahr von Thrombose Ä.: OP
26	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
27	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
28	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
29	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
31	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
32	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
33	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP 3.Gefahr von I.u.K. Ä.: Drain 1, 2, 3
34	Gefahr von Thrombose Ä.: OP, Mob.↓
35	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP, bds. Bandagiert
37	1.Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose

	Ä.: p.OP Sit.
38	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
39	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
40	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
41	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: Mob.↓
42	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
43	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
44	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
45	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP, Mob.↓
46	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
47	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
48	Gefahr von Infektion Ä.: Venflon
49	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP
50	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP, Mob.↓
51	1. Gefahr von Infektion Ä.: Venflon 2.Gefahr von Thrombose Ä.: OP, Mob.↓

12 Zusammenfassung

Hintergrund: Die gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung des Pflegeprozesses fordert von einer Pflegeperson die Kompetenz, die Situation von Patienten individuell zu erfassen und die Planung der Pflege nach den jeweiligen Bedürfnissen auszurichten. Um der Forderung nach Patientenorientierung gerecht zu werden, ist es wichtig, die Sicht des Patienten, insbesondere beim Erstellen der Pflegediagnosen mit einfließen zu lassen. Inwieweit dies im Rahmen der Pflegediagnostik bereits geschieht, wurde zwar bereits im angloamerikanischen Raum untersucht, konkrete Ergebnisse im deutschsprachigen Raum liegen dazu allerdings derzeit noch nicht vor. Mit solchen Resultaten könnten hiesige Pflegepersonen auf Problematiken der Patienten sensibilisiert und so die Durchführung des Pflegeprozesses optimiert werden.

Ziel: Ziel ist es darzustellen, inwieweit formulierte Patientenprobleme mit erstellten Pflegediagnosen übereinstimmen. Außerdem soll erhoben werden, welche Probleme für den Patienten am bedeutendsten sind, und welche Pflegediagnosen ohne vorliegende Patientenformulierung erstellt wurden.

Methode: Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um ein quantitatives, deskriptives Design. Insgesamt wurden 51 Patienten der Wiener Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragt, und ihre Pflegedokumentation einer Dokumentenanalyse unterzogen.

Ergebnisse: In Summe stimmten 35,9% der Patientenprobleme inhaltlich mit einer erstellten Pflegediagnose überein. Bei 46,7% aller Probleme, welche Patienten als ihre bedeutendsten beschrieben, lag eine zugehörige Pflegediagnose vor. Die Übereinstimmung zwischen Patienten und Pflegepersonen variierten je nach Kategorie, so war beispielsweise die Übereinstimmung in den Bereichen „Körperpflege“ und „Mobilität“ gut, wo es zu einer Übereinstimmung in 56,7% beziehungsweise 61,5% der Fälle gekommen ist. In den Kategorien „Schmerzen“ und „Schlafen“ war die Erfassung der Patientensicht beispielsweise weniger gut, hier kam es nur in 4,8% beziehungsweise 0% zu einer Übereinstimmung.

Schlussfolgerung: Für eine individuelle und ganzheitliche Betreuung von Patienten, bedarf es von Seiten der Pflege einer Verbesserung in der Erfassung der

Patientensichtweise. Nur durch vermehrten Einbezug der Patienten kann sichergestellt werden, dass diese eine aktive Rolle im Genesungsprozess einnehmen können.

Die Ergebnisse implizieren des Weiteren, dass Pflegepersonen über mehr Wissen bezüglich der Patientensituation verfügen, als sie dokumentieren. Deshalb wird eine genauere Durchführung der Pflegedokumentation empfohlen, um eine kontinuierliche Pflege zu ermöglichen.

13 Abstract

Background: The legal obligation to perform the nursing process expects special competences from a nurse. In connection with that, a nurse has to assess the individual situation of a patient and so the given care is tailored to the particular needs of the patient. To reach the claim for patient orientation, it is necessary to generate nursing diagnoses, which include patients' views. How far this occurs in a nurse's daily routine is described in studies in an Anglo-American context, though not in German speaking countries. These results can help to call nurses attention to patients' problems and optimize the nursing process.

Aim: The aim of this study was to determine the degree of agreement between patients and nurses in their verbalised problems, and respectively in the nursing diagnoses created. Furthermore the study reveals problems, which are very important to patients, and nursing diagnoses, which were created by nurses, but not mentioned by patients.

Method: By means of a quantitative survey, 51 patients at Rudolfinerhaus were asked via a standardised questionnaire and their nursing documentation was subjected to a documentary analysis.

Results: In total, 35,9% of the patients' problems were in regard to content in agreement with the nursing diagnoses created. 46,7% of the problems, which the patients specified as their most important ones, were correctly created as nursing diagnoses. The agreement between patients and nurses depended on the category. On the one hand, agreement was good in the categories "personal hygiene" and

“mobility”, with an agreement of 56,7% and 61,5%. On the other hand it was less good in categories like “pain” and “sleep”, with an agreement of 4,8% and 0%.

Conclusion: In connection with patient orientation, nurses have to improve their ability to assess patients' views of their problems. Therefore it can be guaranteed, that a patient can have an active role in the nursing process. The results implication is, that nurses know more about the patients' situation, than is noted in the nursing documentation. In order to provide continuous care, nursing documentation should be improved.

14 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: ANDREA KOBLEDER

Adresse: Widldorf 14, 4715 Neumarkt

Geboren: 28.08.1988 in Ried im Innkreis

Staatsangehörigkeit: Österreich

Familienstand: ledig

Schulbildung

1994 - 1998: Volksschule II Ried im Innkreis

1998 - 2002: Unterstufe des Bundesgymnasiums Ried im Innkreis

2002 - 2006: Oberstufe des Bundesgymnasiums Ried im Innkreis

Juni 2006: Matura am BG Ried

Seit Oktober 2006: Studium der Pflegewissenschaft an der UNI Wien

Seit September 2008: Ausbildung zur diplomieren Gesundheits- und Krankenschwester an der Krankenpflegeschule Hietzing

Praktika

- Freiwilliges einmonatiges Praktikum bei „assista Soziale Dienste GmbH“ im Februar 2008
- Freiwilliges einmonatiges Praktikum im Bezirksalten-und Pflegeheim Andorf im August 2008
- Diverse Praktika im Rahmen der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester

Besondere Kenntnisse

- Gute Sprachenkenntnisse in Englisch, Italienisch und Latein
- Maschinschreiben