

Pflegedokumentation

# Präzises Urteil über den Ge

Die Fallpauschalen DRG verlangen nach einem anwenderfreundlichen Instrument zur Abbildung des Patientenzustandes. Die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft am Universitätsspital Basel (USB) hat zwei Modelle getestet und sich für eines entschieden.

DOROTHEA HELBERG  
IRENA ANNA FREI  
REBECCA SPIRIG

**DURCH** die Einführung von DRG, den diagnosebezogenen Fallpauschalen, in der Schweiz bis Ende 2011 wird eine lückenlose Pflegedokumentation wichtiger denn je. Die DRG erhöhen den Druck in den Spitälern, Kosten einzusparen, um finanzielle Verluste durch ein Überschreiten der pauschalen Vergütungen zu vermeiden (Bocking, Ahrens, Kirch, & Milakovic, 2005). Dadurch werden die Berufsgruppen im Spital gefordert, die Notwendigkeit von Interventionen und somit den Einsatz von Ressourcen zu belegen.

Zwecks Sicherstellung pflegerischer Ressourcen bei DRG müssen deshalb zur Pflegebedarfsplanung, internen Kostenverrechnung und Benchmarking-Vergleichen Patientenzustände dokumentiert wer-

den, die als Indikatoren für Pflegebedarf und Pflegequalität dienen können. Dies erfordert, dass neben Pflegediagnosen zur Begründung von Interventionen auch Pflegeziele und Pflegeergebnisse zur Begründung der Wirksamkeit von Pflege abgebildet werden müssen. Damit diese Patientenzustände statistisch verarbeitet werden können, müssen sie operationalisiert sein. Dies bedeutet, dass festgelegt ist, wie sie zu messen oder zu bewerten sind. (vgl. Kasten)

## Kontinuität und Qualität

In der Pflegepraxis gilt es Kontinuität und Qualität der Pflege der Patienten sicherzustellen. Alle betreuenden Pflegefachpersonen müssen über die Pflegeprobleme, Pflegeziele sowie über Pflegeergebnisse informiert sein. Nur so können sie beurteilen, inwieweit sich der Patientenzustand bereits gebessert hat und entscheiden, ob die bisherigen Interventionen fortgeführt oder geändert werden müssen. Neben einer kontinuierlichen Ergebnisdarstellung ist es für die Nachvollziehbar-

keit des Pflegeverlaufs erforderlich, dass die dokumentierten Patientenzustände vergleichbar sind und Veränderungen des Schweregrades dargestellt werden.

Bei der Auswahl eines Modells zur Abbildung des Patientenzustandes sind somit folgende Kriterien anzulegen:

- Pflegediagnose, Pflegeziel und Pflegeergebnisse müssen vergleichbar und operationalisiert sein und
- Indikatoren unterschiedlicher Schweregrade aufweisen.

## Zwei Modelle im Vergleich

Wir prüften, inwieweit NANDA-Pflegediagnosen (NANDA International, 2005) und ePA-AC, das ergebnisorientiertes Pflege-Assessmentinstrument AcuteCare (Hunstein et al., 2007) die beschriebenen Auswahlkriterien erfüllen können. Die Qualität beider Modelle ist wissenschaftlich belegt. Standardisierte Assessmentinstrumente (von englisch assessment, Beurteilung) mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten unterstützen die systematische Beurteilung und Dokumentation des Patientenzustandes. ePA-AC bildet Fähigkeiten beziehungsweise deren Einschränkungen ab, sowie Risiken für Dekubitus, Sturz, Pneumonie und eines Versorgungsdefizits nach der Entlassung. Es beinhaltet zehn Kategorien mit insgesamt 50 Items und wurde für die Beurteilung erwachse-



Foto: W. Krueper

# gesundheitlicher Zustand

ner Patienten im Akutspital entwickelt. Die Leistung der beiden Modelle wird am Beispiel einer fiktiven Patientin dargestellt (vgl. Tabelle Seite 16).

## Analyse des Fallbeispiels

Im Fallbeispiel wird aufgezeigt, dass bei der Dokumentation mit NANDA ein zweites System, die NOC-Pflegeergebnisse, zur Abbildung von Zielen und Ergebnissen erforderlich ist. Die Formulierung der NANDA-Indikatoren (bestimmende Kennzeichen) lässt keine Darstellung des Schweregrades zu. Somit sind NANDA-Diagnosen nicht operationalisiert. Die Vergleichbarkeit der NANDA- und NOC-Indikatoren ist jedoch eingeschränkt, da sich diese hinsichtlich der Begriffe (Toilette *aufsuchen* gegenüber zur Toilette *gehen, hin und zurück*), und der Anzahl der erfassten Verhaltensweisen (auf der Toilette sitzen *oder* wieder aufzustehen gegenüber separaten Indikatoren für auf der Toilette sitzen, von der Toilette aufstehen) unterscheiden. Auch bei den NOC-Ergebnissen ist die Operationalisierung eingeschränkt, da je nach klinischem Bereich unterschiedliche Indikatoren des Ergebnisses relevant sind. Wenn statt NOC-Ergebnissen die eher abstrakten Ziele von Doenges (2002) und frei formulierte Ergebnisse verwendet werden, ist die Vergleichbarkeit noch stärker reduziert, da neben Schweregraden auch standardisierte Bezeichnungen fehlen.

Bei ePA-AC können unterschiedliche Schweregrade dargestellt und somit Pflegegediagnosen, Pflegeziele und -ergebnisse durch Bewertung derselben Items und Indikatoren abgebildet werden. Die Items ergeben zusammen mit ihren Bewertungen operationalisierte Patientenzustände, die auch statistisch zu verarbeiten sind.

## Schlussfolgerungen

Im Zusammenhang mit DRG müssen anhand der dokumentierten Patientenzustände Indikatoren für Pflegebedarf und Pflegequalität erhoben und gleichzeitig in der Pflegepraxis Kontinuität und Qualität der Pflege individueller Patienten sichergestellt werden können. Daraus ergeben sich

zwei wesentliche Anforderungen: Die Dokumentation von Pflegegediagnosen, Pflegezielen und vor allem von Ergebnissen im Verlauf des Pflegeprozesses muss vollständig sein. Die Patientenzustände müssen operationalisiert sein und Indikatoren für unterschiedliche Schweregrade aufweisen.

Da beim Einsatz von NANDA zwei unterschiedliche Systeme beziehungsweise freie Formulierungen erforderlich sind, ist zu befürchten, dass die Dokumentation erschwert und dadurch eine lückenlose Dokumentation verhindert wird. Aufgrund der fehlenden Operationalisierung bei NANDA und Freitext-Ergebnissen müssten zudem die für DRG erforderlichen Indikatoren für Pflegeaufwand und Pflegequalität zusätzlich erhoben werden. Beim Einsatz von NOC wären für eine Operationalisierung der Ergebnisse Festlegungen hinsichtlich der Auswahl der NOC-Indikatoren zu treffen. Da zudem nicht bei allen NOC-Indikatoren die Schweregrade 1 bis 5 so eindeutig definiert sind wie beim dargelegten Beispiel, müssten auch dafür Werte definiert werden.

ePA-AC ist durch die Abbildung aller Patientenzustände im Pflegeprozess im gleichen System sehr anwenderfreundlich. Es ist zu erwarten, dass dadurch eine lückenlose und kontinuierliche Pflegedokumentation und somit die Kontinuität der Pflege gefördert wird. Durch die Operationalisierung der Patientenzustände können ausserdem ohne zusätzlichen Aufwand Indikatoren zu Pflegebedarf und Wirksamkeit von Pflege bei DRG erhoben werden. Aufgrund dieser Überlegungen hat sich das Pflegemanagement am USB für ePA-AC als Grundlage der Pflegedokumentation entschieden. ePA-AC kann jedoch subjektive Zustände wie Angst oder Coping nicht erfassen. Deshalb muss eine Pflegedokumentation mit ePA-AC um diese und weitere Faktoren ergänzt werden. □

**Dorothea Helberg**, Pflegeexpertin, Dipl. Pflegepädagogin, Abteilung Klinische Pflegewissenschaft (KPW), Universitätsspital Basel, Kontakt: dhelberg@uhbs.ch.

**Irena Anna Frei**, PhD, RN, Programmleiterin und stellvertretende Abteilungsleiterin KPW, ifrei@uhbs.ch.

**Rebecca Spirig**, Prof., PhD, RN, Abteilungsleiterin KPW und Extraordinaria am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, rsprig@uhbs.ch.

## Pflegegediagnosen

### Indikatoren und Patientenzustand

Pflegegediagnose wird unterschiedlich definiert. Im allgemeinen Sinn ist eine Pflegegediagnose ein klinisches Urteil über einen Gesundheitszustand, der pflegerische Interventionen erforderlich macht (Höhmman, 1999; NANDA International, 2005). Somit stellen Pflegende immer Pflegegediagnosen, da sie nicht handeln könnten, ohne zu einem Urteil über die Art des vorliegenden Patientenzustandes gelangt zu sein. Im Verlauf des Pflegeprozesses werden auch Pflegeziele und -ergebnisse klinisch beurteilt.

Ein Indikator laut Duden ist ein Merkmal oder Umstand, das als (beweiskräftiges) Anzeichen für etwas anderes dient. In der Pflege sind Indikatoren zum einen beobachtbare Patientenmerkmale oder Verhaltensweisen, die zur Beurteilung von Pflegegediagnosen, -zielen und -ergebnissen dienen. Auf einer abstrakteren Ebene dienen Pflegegediagnosen und Pflegeergebnisse als Indikatoren für Pflegeaufwand und Pflegequalität (Johnson, Maas & Moorhead, 2005).

Patientenzustand bezeichnet in dieser Arbeit die beurteilten Zustände von Patienten die sich im pflegerischen Prozess zeigen.

#### Literaturhinweise

- Bocking, W., Ahrens, U., Kirch, W., & Milakovic, M. (2005). First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries [electronic version]. *Journal of Public Health*, 13, 128–137.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Geissler-Murr, A. C. (2002). *Pflegegediagnosen und Massnahmen* (3 ed.). Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Höhmman, U. (1999). Pflegegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege? *Pflege und Gesellschaft*, 4(1), 8–13.
- Hunstein, D., Sippel, B., & Dintelmann, Y. (2007). ePA-AC(c) 1.0.11.2 ergebnisorientiertes Pflegeassessment Acute Care. Wiesbaden: HSK Pflegeforschung/-entwicklung.
- Johnson, M., Maas, M. L. & Moorhead, S. (Eds.). (2005). *Pflegeergebnisklassifikation NOC* (Second ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- NANDA International. (2005). *NANDA-Pflegegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006* (J. Georg, Trans.). Bern: Hans Huber Verlag.

Fallbeispiel

## Pflegerische Beurteilung der Urinausscheidung

Was NANDA und ePA-AC leisten, wird am Beispiel der 77-jährigen Patientin Erika Tanner erklärt. Die Patientin wird mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz im Spital aufgenommen. Sie ist sehr kurzatmig und hat Angst. Frau Tanner lebt in der eigenen Wohnung. Ihre Tochter hilft ihr im Haushalt. Im Folgenden wird ein kleiner Ausschnitt der pflegerischen Beurteilung von Frau Tanners Zustand im Verlauf des Pflegeprozesses dargestellt. Er bezieht sich auf den Bereich Urinausscheidung.




Beschreibung			
<b>Pflegediagnose</b>	<b>Pflegeziele für Tag 4</b>	<b>Pflegeergebnisse Tag 2</b>	
Frau Tanner kann zur Urinausscheidung nicht die Toilette oder den Nachtstuhl benutzen. Sie braucht die Bettschüssel.	Frau Tanner führt die Urinausscheidung wieder selbständig durch.	Frau Tanner kann schon den Nachtstuhl neben ihrem Bett benutzen, aber noch nicht zur Toilette laufen.	
			

Abbildung bei NANDA			
<b>Pflegediagnose</b>	<b>Pflegeziele für Tag 4</b>	<b>Pflegeergebnisse Tag 2</b>	
<i>NANDA-Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit: Toilettenbenutzung<sup>1</sup></i>	Es gibt zwei Möglichkeiten: 1. <i>NOC-Pflegeergebnis Selbstversorgung: Toilettenbenutzung</i> (NOC, Nursing Outcomes Classification (Johnson, Maas et al., 2005): NOC-Ergebnisse haben Indikatoren und Messskalen. Das erwünschte Pflegeergebnis wird anhand der gewünschten Ausprägung der Indikatoren auf der Messskala dargestellt. Aus den 13 Indikatoren des Ergebnisses werden drei passende ausgewählt: <b>Indikatoren:</b> • Kann zur Toilette gehen und zurück • Setzt sich selbst auf die Toilette/den Nachtstuhl • Steht von der Toilette auf <b>Erwünschte Ausprägung</b> 5 = vollständig selbständig 5 = vollständig unabhängig 5 = vollständig unabhängig	Es gibt zwei Möglichkeiten: 1. <i>NOC-Pflegeergebnis Selbstversorgung: Toilettenbenutzung</i>  Das aktuelle Pflegeergebnis wird anhand der aktuellen Ausprägung der Indikatoren auf der Messskala dargestellt.  <b>Indikatoren</b> • Kann zur Toilette gehen und zurück <sup>2</sup> • Setzt sich selbst auf die Toilette/den Nachtstuhl • Steht von der Toilette auf <b>Aktuelle Ausprägung</b> 1 = abhängig, beteiligt sich nicht 3 = benötigt unterstützende Person 3 = benötigt unterstützende Person	
Von den fünf bestimmenden Merkmalen/Kennzeichen der Diagnose treffen drei zu: Unfähigkeit, • die Toilette/den Nachtstuhl aufzusuchen • auf der Toilette/dem Nachtstuhl zu sitzen oder wieder aufzustehen • die Toilettenspülung zu betätigen/den Nachtstuhl zu reinigen	2. <i>Patientenbezogenes Pflegeziel/Evaluationskriterium nach Doenges et al. (2002):</i> Die Patientin, • führt Aktivitäten zur persönlichen Pflege/Versorgung entsprechend den eigenen	2. <i>Freie Formulierung</i>	

Abbildung bei ePA-AC		
<b>Pflegediagnose</b>	<b>Pflegeziele für Tag 4</b>	<b>Pflegeergebnisse Tag 2</b>
<i>Item Selbstpflegefähigkeit Urinausscheidung durchzuführen (Kategorie Ausscheidung):</i> Anhand von Items, deren Bewertung Einschränkungen zeigen, wird die Pflegediagnose abgebildet.  <i>Bewertung:</i> 2 = umfangreiche Unterstützung nötig	<i>Item Selbstpflegefähigkeit Urinausscheidung durchzuführen (Kategorie Ausscheidung):</i> Anhand der erwünschten Ausprägung eines Items wird das zu erzielende Pflegeergebnis dargestellt.  <i>Erwünschte Bewertung:</i> 4 = selbständig	<i>Item Selbstpflegefähigkeit Urinausscheidung durchzuführen (Kategorie Ausscheidung):</i> Anhand der aktuellen Ausprägung eines Items wird das aktuelle Pflegeergebnis dargestellt.  <i>Aktuelle Bewertung:</i> 3 = geringe Unterstützung nötig

<sup>1</sup> In der aktuellen 2007/2008 Version ist keine Einstufung des Funktionsniveaus der Diagnose, also ihres Schweregrades, mehr angegeben.

<sup>2</sup> Indikator entfällt, wenn die Einschränkung des Gehens über das NOC-Ergebnis Fortbewegung: Gehen, dargestellt wird.

# Assessments und Diagnosen

Für die sechs Schritte des Pflegeprozesses stehen eine Fülle von Mess- und Erfassungsinstrumenten zur Verfügung. Wir stehen jedoch erst am Anfang einer Entwicklung, die in Richtung einheitlicherer Instrumente gehen muss.



Foto: H. Bärtschi

**IM** Pflegeprozess nach Verena Fiechter und Martha Meier mit den sechs Schritten Informationssammlung, Erkennen von Ressourcen und Problemen, Festlegung der Pflegeziele, Planung der Pflegemassnahmen, Durchführung der Pflegemassnahmen und Beurteilung der Wirkung (Evaluation) ist das Assessment mit bestimmten Instrumenten ein fakultativer Bestandteil des *ersten* Schritts der Informationssammlung.

Das Basisassessment liefert eine umfassende, detaillierte und meist auch in Zahlen ausgedrückte Gesamteinschätzung der Situation. In der Schweiz werden dazu vor allem die Instrumente RAI (Resident Assessment Instrument), BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem in Altersheimen) und PLAISIR (Planification informatisée des soins infirmiers requis) in Pflegeheimen (RAI auch in der Spitex) eingesetzt. Einzelne Spitäler sammeln nun im Akutbereich erste Erfahrungen mit dem ePA-AC.

## Informationssammlung

Fokusassessments liefern Situationseinschätzungen zu spezifischen Problemen, zum Beispiel zum Thema Sturzgefahr oder Dekubitus. Die Informationssammlung kann mit Begriffen aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP oder der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF ausgedrückt und dokumentiert werden. In den European Nursing Pathways ENP stehen Satzbausteine dazu zur Verfügung. Weder ein Basis- noch ein Fokusassessment ersetzt den diagnosti-

schen Prozess im *zweiten* Schritt des Pflegeprozesses, auch wenn das Resultat nicht in jedem Fall eine standardisierte Pflegediagnose nach NANDA ist. Aufgrund der Informationssammlung werden Probleme und Ressourcen, Ursachen und Erscheinungsbild so zu einem Gesamtbild zusammengefügt, dass sich daraus die prioritären Ziele für den *dritten* Schritt des Pflegeprozesses und Massnahmen, die im *vierten* Schritt geplant und im *fünften* durchgeführt werden, ableiten lassen. Im Minimaldatensatz des NURSING data wird das Resultat des pflegediagnostischen Prozesses als Pflegephänomen erfasst.

Im Zusammenhang mit einem DRG-Fallpauschalensystem können sowohl auf der Ebene der Assessments wie auch der Ebene der Pflegediagnosen Zusatzinformationen gewonnen werden, um die Grundlage zur angemessenen Mittelzuteilung zu verbessern. Die dargestellten Unterschiede beim Einbezug in statistische Berechnungen spielen dabei eine Rolle, aber auch Verbreitung, Vergleichbarkeit und Datenqualität. Da stehen wir noch ganz am Anfang einer Entwicklung, die in Richtung einheitlicherer Instrumente gehen müsste, deren professioneller Einsatz auch in der Aus- und Weiterbildung fest verankert ist.

## Pflegemassnahmen

Anders präsentiert sich die Ausgangslage im vierten und fünften Schritt des Pflegeprozesses, wo es um Planung und Durchführung der Pflegemassnahmen geht. LEP (Leistungserfassung in der Pflege) und PRN (Projet de recherche en nursing) decken gemeinsam einen sehr grossen Anteil der

Schweizer Spitallandschaft ab und liefern Informationen zum Umfang der geplanten (mit PRN) oder der durchgeführten Pflegemassnahmen (mit LEP), die ziemlich direkt statistisch ausgewertet werden können.

Es bleibt das nicht ganz triviale Problem der Umrechnung zwischen den doch recht unterschiedlichen Ansätzen, aber zumindest nur zwischen deren zwei. Das ist einer der Gründe, der dazu führte, dass das Projekt zu Pflege und SwissDRG des SBK zusammen mit der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter SVPL in einem ersten Schritt auf dieser Ebene Analysen anstellt. Pflegemassnahmen können zusätzlich mit Begriffen der ICNP oder der Pflegeinterventionsklassifikation NIC oder mit Textbausteinen der ENP ausgedrückt und dokumentiert werden. Im Minimaldatensatz des NURSING data werden die relevanten Massnahmen als Pflegeinterventionen erfasst.

Im Pflegeprozess bleibt noch der *sechste* und letzte Schritt: die Evaluation, gleichzeitig auch wieder Ausgangspunkt für den nächsten ersten Schritt. Zur strukturierten Dokumentation kann die Pflege-Outcome-Klassifikation NOC dienen, und auch ICNP und ENP bieten Elemente dazu an.

Lucien Portenier

[www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch)

- Pflegediagnosen
- Dokumentation
- DRG