

Erkennen Patient*innen und Pflegeexpert*innen dieselben Pflegediagnosen wie Bezugspflegende?

Univ. Ass. Dr. Claudia Leoni-Scheiber, MMSc;

Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer; Prof. Dr. Maria Müller Stau, MNS

1



das Forschungsteam

2

Dr. Claudia Leoni-Scheiber, MMSc

- **Ausbildung** ⇨

DGKP (1991), Fachkraft für Intensivpflege (1994),
Pflegepädagogik (ULG 2003, MSc 2007), Pflegewissenschaft
(MScN 2013, Promotion 6/2021 an der Universität Wien)

- **Praktische Erfahrung** ⇨

Intensivpflege (10 Jahre), Pflegepädagogin (20 Jahre),
Organisationsentwicklung und diverse Forschungsprojekte

Kompetenz zur klinischen Entscheidungsfindung

- Diagnostische Urteilsbildung, therapeutische und ethische Entscheidungsfindung (Gordon, 2004)
- Partizipation der Patienten*innen ⇨ in enger Abstimmung mit diesen (sofern sie zustimmen) (Smoliner et al., 2009)
- Validieren diagnostischer Hypothesen, ob sie wirklich zutreffen; Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse sollten vorzugsweise in Zusammenarbeit mit der Patientin / dem Patienten entwickelt werden

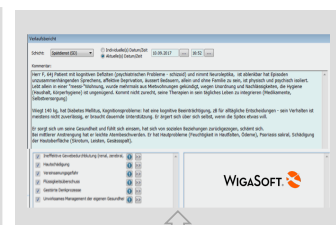
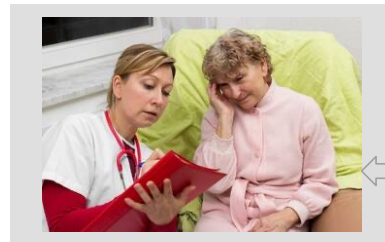
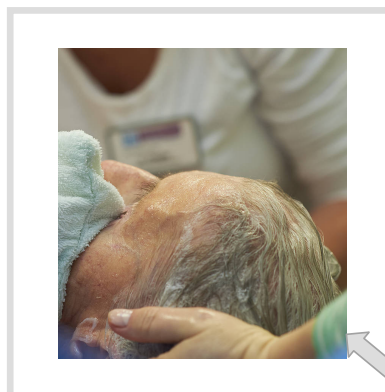
Übereinstimmung zwischen verschiedenen Perspektiven

- Nur ein Drittel der von den Patient*innen geäußerten „Pflegediagnosen“ war dokumentiert (Kobleder, 2011)
- Pflegefachpersonen (DGKP) erkannten die Hälfte der von den Patient*innen geäußerten „Pflegediagnosen“ (Florin et al., 2005)
- Wurden DGKP befragt, gaben sie deutlich mehr PD an, als sie dokumentierten (Ehrenberg & Ehnfors, 2001; Kärkkäinen & Eriksson, 2005)
- Signifikante Unterschiede zwischen Beobachtungen, verbalen Beschreibungen der Patient*innen und den Aufzeichnungen der DGKP; z. B. zum Schlaf, zu FEM (Laurin et al., 2004; Ritmala-Castren et al., 2014)

5

Ziel der Studie

Übereinstimmung von Pflege-diagnosen, -interventionen und -ergebnissen zwischen drei Perspektiven



Dokumenten-analyse

Patienten-beobachtungen

Patienten-interviews

6

Methode

- **Multiple case study** (Ethikkommission PB_2016_00990)
- **Schweizer Stadtpital** (2 chirurgische, 2 medizinische, 2 akutgeriatrische Stationen)
- Von 90 Patient*innen \Rightarrow $n = 4$ pro Station / $N = 24$
(Einschlusskriterien: LOS 3 Tage, mind. 1 PD, dazu in der Lage)
- **1. Beobachtung** (nicht teilnehmend, semistrukturierter Leitfaden, in Pflegesituationen mit Pflegeinterventionen),
2. Interview (semistrukturierter Leitfaden zu ihren Bedarfen),
3. Dokumentenanalyse (qualitativ, Vergleich zwischen den drei Perspektiven)

7

Auszug aus dem Beobachtungsleitfaden

B. Beobachtung zentraler Pflegeszenen

Inhalte	Woran habe ich das konkret festgestellt?
Was sind die zentralen Pflegeprobleme der Patientin/des Patienten?	
Welche Pflegeinterventionen werden hauptsächlich durchgeführt?	
Worauf reagiert die Pflegenden mit diesen Maßnahmen?	
Welche Pflegeergebnisse werden angestrebt bzw. wurden erreicht?	

8

Auszug aus dem Interviewleitfaden

Pflegeplanung aus der Sicht der Patientin/des Patienten

1. Wie zufrieden sind Sie generell mit der Pflege an der Station?
 - unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden
 Bemerkungen:
2. Was ist oder sind Ihre zentralen Bedürfnisse/Probleme/Sorgen/Wünsche in Bezug auf Ihren Krankenhausaufenthalt (im Speziellen auf die Pflege)?
3. Wie erleben Sie das Interesse der Pflegefachpersonen an Ihren Bedürfnissen/Problemen/Sorgen/Wünschen?
4. Wie beurteilen Sie die Fähigkeiten der Pflegenden, ihre wichtigsten Bedürfnisse/Sorgen etc. wahrzunehmen?
5. Welche pflegerischen Maßnahmen (zur Unterstützung) erhalten Sie konkret?

Datenanalyse

- MAXQDA 12 Software (VERBI GmbH, 2015)
- **Within-case-analysis** – pro Fall (Creswell, 2013)
(Beobachtungen, Interview, Dokumentenanalyse)
- **Kodierung in zwei Phasen** (Saldaña, 2015):
 1. ‚first coding cycle‘ (paraphrasieren und Invivo-Codes, induktiv), Einfärben jedes Codes nach Datenquelle, um Übereinstimmung zu visualisieren
 2. ‚second coding cycle‘ (eruieren von Verbindungen, deduktiv), NNN-Taxonomie wurde zugrunde gelegt

Liste der Codes

PD: Sturzgefahr

- leichter Schwindel, deutlich besser zu Aufnahme
- 3mal alleine auf dem Gang spazieren
- verspürt den Schwindel weiterhin
- Gehtraining
- Kann kurze Strecken gerade gehen. M
- öffnet im Zimmer s/s ohne Begleitung
- Gehtraining durchgeführt
- Gehtraining durchgeführt. P
- Schwindel ist immer noch vorhanden.
- t. mehrmals aufgefordert sich zu melden
- Sensormatte re. vom Bett aktiviert
- 2mal aufs WC hin und zurück begleite
- wird aufs WC begleitet g
- Sensormatte ist aktiviert
- benötigt Hilfe für Mob
- mit Physio Getraining
- auf Toilette begleitet,
- Sensormatte ist aktiviert.
- Pat. ist info, dass sie sich für Mob. melden sollte wegen Sturz
- Pat. aufs WC begleitet.
- beim Gehen den Schwindel.
- Zolpidem
- sieht dies nicht ganz ein
- Hält sich überall fest
- Sensormatte wurde installiert
- Antirutschsocken wurden angezogen
- äußert leichten Schwindel
- Ev Sie geht mehrmals täglich alleine auf dem Gang spazieren.

Summary Table:

äußert leichten Schwindel	1
Ev Sie geht mehrmals täglich alleine auf dem Gang spazieren.	1
EV meldete sich regelmässig für Begleitung.	1
Ev. geht sicher auf den Beinen	1
PI: tgl. ein Gehtraining	1
PI: Antirutschsocken	1
PI: aufmerksam gemacht sich bei und zu melden für die Begleitung	1
PI: Glocke wird in Griffnähe	1
PI: Sensormatte	1
PI: Sturzschild	1
PO: kann trotz Schwindel sich fortbewegen	1
PO: frei von Verletzung	1
Mühe mit schnellen Bewegungen	1
deshalb aktuell einen schlechten Stand	1
PS: Support schwindel	1
PD: Sturzgefahr	1
Entw. und Sturz	1
ohne Gehhilfe unterwegs	1
Teilweise Anstrengungsdissonanz	1
Sturzgefahr aufgrund unsicheren Gang, schlechten Stand	1
PI: Begleitung beim Laufen im Gang (Gehtraining).	1
„Mein grösster Wunsch ist, dass der Schwindel wieder weg geht.“	1
Angestrebtes Pflegeergebnis/Pflegeziel: Förderung Gangsicherheit	1
PO: Förderung Gangsicherheit.	1
Zuerst durfte ich nicht alleine im Zimmer laufen, jetzt schon.	1

PRÄSENTATION PBS - AARAU, LEONI-SCHIEBER, 9.2021 11

11

Datenanalyse

- Bewertung der Übereinstimmung erfolgte durch Datensynthese, ausgehend von der Dokumentenanalyse
- 3-stufig ⇒ **hoch** (eindeutige Aussagen in allen drei Quellen), **teilweise** (eindeutige Aussagen in zwei Quellen) und **keine** Übereinstimmung (Aussagen in nur einer Quelle)
- Die Wesentlichkeit der PD wurde anhand der Anzahl von Codes in den drei Quellen inkl. jener der assoziierten Pflegeinterventionen und -ergebnisse ermittelt (Miles & Huberman, 1994)

12

Within-case-analysis Frau Küstner, 93 Jahre alt, LOS: 24 Tage

	Pflegediagnosen	Pflegeinterventionen	Pflegeergebnisse
Beobachtung	Keine Beobachtung	Unterstützung bei Körperpflege und Sich Kleiden	Sicherheit und Sturzvermeidung
Interview	„Mein größtes Problem ist das Schlafen“	Unterstützung bei Körperpflege und Sich Kleiden	„Ich möchte gerne mehr laufen, ich muss doch üben; brauche Gefühl v. Sicherheit“
Dokumentenanalyse	Schlafstörung in der Pflegeanamnese und im Pflegebericht	Unterstützung bei Körperpflege und Sich Kleiden im Pflegeplan und -bericht	Äußert Verständnis für Risikofaktoren und Situation, meldet sich für Begleitung
Within-case-analysis	Schlafstörung: meiste Codes (51), nicht im Pflegeplan	Unterstützung bei Körperpflege/Sich Kleiden - alle Quellen	Sturzpräventionsverhalten – in allen drei Datenquellen

PRÄSENTATION PBS - AARAU, LEONI-SCHEIBER, 9.2021

13

13

Datenanalyse

- **Cross-case-analysis** ⇨ Über alle 24 Fälle (Creswell, 2013)
- Prozentuelle Übereinstimmung zwischen den drei Datenquellen über alle 24 Fälle (hoch, teilweise und keine)

PRÄSENTATION PBS - AARAU, LEONI-SCHEIBER, 9.2021

14

14

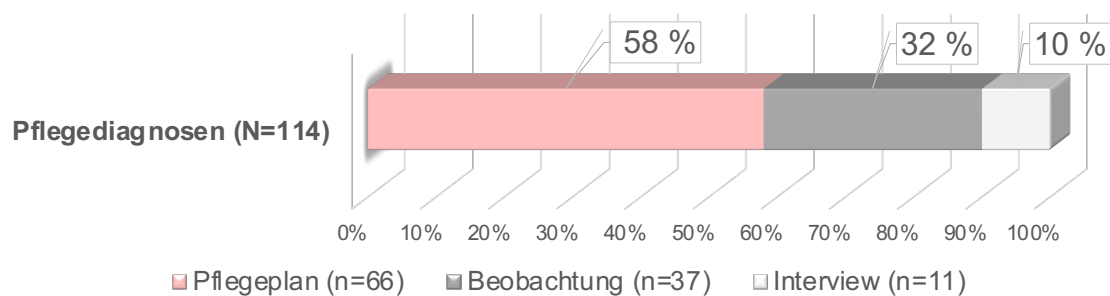
Ergebnisse

- **24 Patient*innen** ⇒ 13 Frauen, 11 Männer
- **Alter:** zwischen 47 und 93 Jahre alt (durchschnittlich 78,5)
- **LOS:** zwischen 6 und 52 Tagen (durchschnittlich 18,5)
- **Beobachtungen/Interviews:** durchschnittlich 24/25 Minuten
- Am häufigsten im Patientenzimmer, Beobachtungen mehrerer differenter Sequenzen (z.B. Körperpflege, Mobilisation)
- **Pflegediagnosen:** insgesamt 114, durchschnittlich 4,8 pro Patient*in (min. 2, max. 8, Median 4,5)

PRÄSENTATION PBS - AARAU, LEONI-SCHEIBER, 9.2021

15

15

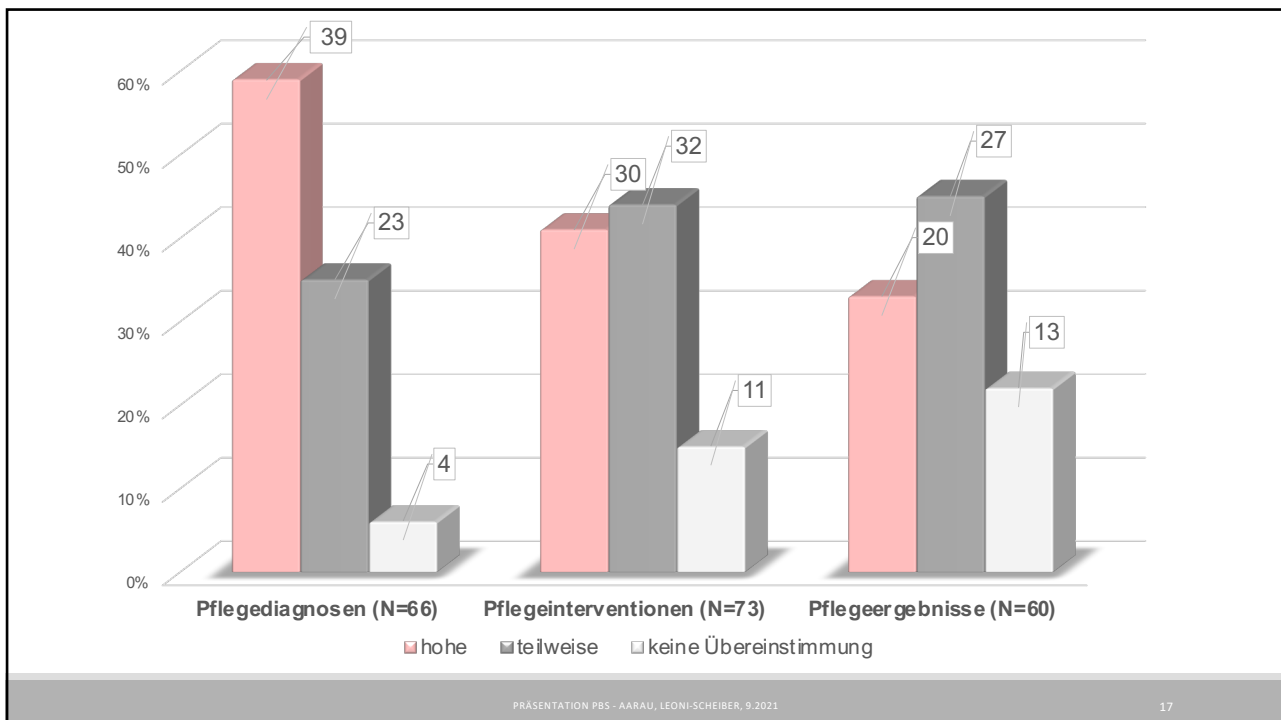


Verteilung der Pflegediagnosen
innerhalb der drei Datenquellen

PRÄSENTATION PBS - AARAU, LEONI-SCHEIBER, 9.2021

16

16



17

Ergebnisse – Übereinstimmung von Pflegediagnosen

- **Hoch** (59%): Selbstversorgungsdefizit Körperpflege/Sich Kleiden (11-mal), Beeinträchtigte körperliche Mobilität, Sturzgefahr (12-mal)
- **Teilweise** (35%): nicht beobachtet (z.B. Sturzgefahr, Fatigue (HM36), von der Patient*in nicht genannt (z.B. Mangelernährung (WM41) oder geringe Übereinstimmung zwischen allen drei Datenquellen
- **Keine** (6%): Risiko einer akuten Verwirrtheit (Polytoxikomanie (RT63), plötzlicher Unterbruch des Alkoholkonsums (FR60), beeinträchtigte Gedächtnisleistung (BA28)

PRÄSENTATION PBS - AARAU, LEONI-SCHIEBER, 9.2021

18

18

Ergebnisse – Übereinstimmung von Pflegediagnosen

- **Aus den Beobachtungen:**
32 von 37 (87%) waren im Pflegebericht festgehalten – insbes. durch assoziierte Pflegeinterventionen oder -ergebnisse, 22 (59%) wurden auch von den Patient*innen berichtet
- **Aus den Interviews:** vor allem psychosoziale Probleme, Schlafstörung (3-mal), Ungewissheit im Kontext eines akuten Nierenversagens (FR60); 80-jähriger Mann: „... mein Problem ist vor allem psychisch – ich muss viel weinen und bin traurig.“
Vielzahl von Pflegeinterventionen, nicht dokumentiert

Ergebnisse – Übereinstimmung von Pflegeinterventionen

- **Hoch** (41%): Bewegungsförderung/Sturzprävention (13-mal), Hilfestellung zur Körperpflege und Kleiden (9-mal),
Verbandswechsel (4-mal)
- **Teilweise** (44%): beobachtet, von Patient*in berichtet, aber nicht dokumentiert (z.B. Sturzprävention, Wundkontrolle, Austrittsgespräch (LA48), Pflegende haben viel mehr getan, als sie dokumentierten, Patient*innen *verkannten* Pflegehandlungen)
- **Keine** (15%): Psychosoziale Pflegeinterventionen gingen mehrmals ausschließlich aus der Beobachtung hervor

Ergebnisse – Übereinstimmung von Pflegeergebnissen

- **Hoch** (33%): Mobilitätsverbesserung (8-mal),
Erhaltung oder Verbesserung der Selbstpflegefähigkeit (6-mal),
Sturzpräventionsverhalten (4-mal), Wundheilung (3-mal)
- **Teilweise** (45%):
am häufigsten Sturzpräventionsverhalten
- **Keine** (22%): Emotionale Pflegeergebnisse ausschließlich
beobachtet, z.B. Wohlbefinden nach emotionaler
Unterstützung bei zunehmender Angst vor Abhängigkeit
einer 90-jährigen Frau (SM28)

Diskussion und Limitationen

- Multiple Case Study ⇒ ermöglichte einen vertieften Einblick
der Übereinstimmung zwischen den drei Quellen
- Psychosoziale Pflegediagnosen waren fast nie dokumentiert
(Irlinger Wimmer et al., 2008; Kobleder, 2011; Stewart et al., 2017)
- Geringe Übereinstimmung der Pflegeergebnisse ⇒
DGKP haben Schwierigkeiten bei der Formulierung
(Tuinman et al., 2017; Wang et al., 2015)
- Limitationen ⇒ Ausdruck des Pflegebedarfs in der Sprache
der Patient*innen, Rahmenbedingungen der DGKP

Schluss- folgerungen

-

Take home messages

PRÄSENTATION PBS - AARA

1. Die klinische Entscheidungsfindungskompetenz der DGKP sollte gefördert werden, damit genauere Pflege-diagnosen gestellt werden können.
2. Patient*innen sollten entsprechend ihrer Präferenzen in den Advanced Nursing Process einbezogen werden.