

**Universitätsspital Basel**  
**Höhere Fachausbildung in Pflege, Stufe 1**  
**Kurs 2/03**  
**Kursleitung: Verena Rudin**

---

# ***Individuelle Pflegeplanungen auf der Intensivstation***

**Abschlussarbeit von Kay Ryll**  
**Mai 2005**

---

**Kay Ryll**  
**Colmarerstrasse 112**  
**4055 Basel**

**Mentorin**  
**Mena Pretto,**  
**Pflegeberaterin**  
**Fachabteilung Klinische**  
**Pflegewissenschaften**  
**Universitätsspital Basel**

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Danksagung .....</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>5</b>
1.1 Motivation und Problembeschreibung.....	5
1.2 Fragestellung und Zielsetzung .....	5
1.3 Abgrenzung .....	6
<b>2. Hauptteil.....</b>	<b>6</b>
2.1 Theoretische Grundlagen.....	6
2.2 Aufbau des Pflegeprozesses .....	7
2.3 Argumente für die praktische Anwendung des Pflegeprozesses .....	11
2.4 Kritik am Pflegeprozess.....	12
2.5 Individuelle oder Standardisierte Pflegeplanungen? .....	12
2.6 Argumente auf der Abteilung (OIB).....	13
2.7 Wie funktioniert es auf anderen Intensivstationen? .....	15
2.8 Voraussetzungen für den vermehrten Einsatz Individueller Pflegeplanungen .....	16
<b>3. Schlussteil .....</b>	<b>18</b>
3.1 Reflexion .....	18
3.2 Ausblick und konkrete Empfehlungen.....	19
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>20</b>
Weiterführende Literatur .....	20
<b>Anhang.....</b>	<b>21</b>

---

## Danksagung

---

Zuerst möchte ich mich bei Frau Mena Pretto, Pflegeberaterin im Universitätsspital Basel, für ihre Begleitung dieser Abschlussarbeit bedanken.

Ebenso wäre das Entstehen dieser Arbeit ohne den Beitrag vieler Kollegen und Freunde nicht möglich gewesen.

Weiterhin danke ich Frau Ursi Barandun Schäfer für den hilfreichen Austausch bezüglich der Anwendung des Pflegeprozesses in der Intensivpflege.

Nicht zuletzt möchte ich auch dem Team der Abteilung Operative Intensivbehandlung (OIB) für die vielfältige Unterstützung während der Zeit meiner HöFa 1 Weiterbildung danken.

## Zusammenfassung

---

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Umsetzung Individueller Pflegeplanungen unter den spezifischen Bedingungen in der Intensivpflege, speziell erläutert am Beispiel der Abteilung Operative Intensivbehandlung (OIB), am Universitätsspital Basel.

Nach einem kurzen Abriss über die Grundlagen des Pflegeprozesses wird geschildert, warum ein vermehrter Einsatz Individueller Pflegeplanungen auch auf Intensivstationen sinnvoll sein könnte.

In Gesprächen mit Mitarbeitern der OIB konnte herausgefunden werden, welche Argumentationen rund um die Thematik auf dieser Abteilung derzeit vorherrschen.

Im Gegensatz zu anderen Intensivstationen sind die Instrumente des Pflegeprozesses auf der OIB bisher nur ungenügend in die Pflegepraxis integriert.

Infolgedessen werden Beispiele für die erfolgreiche Umsetzung Individueller Pflegeplanungen auf anderen Intensivpflegestationen aufgeführt.

Den Abschluss bilden Empfehlungen zur verbesserten praktischen Integration Individueller Pflegeplanungen auf der OIB.

# 1. Einleitung

---

Diese Arbeit zum Thema „Individuelle Pflegeplanungen auf der Intensivstation“ entstand als Abschluss der Höheren Fachausbildung in der Pflege Stufe 1, Kurs 2/03, am Universitätsspital Basel.

## 1.1 *Motivation und Problembeschreibung*

---

Seit Beginn meiner Tätigkeit im Pflegeberuf, werde ich immer wieder aufs Neue mit der Thematik des Pflegeprozesses konfrontiert. Bereits während der Ausbildung zum Pflegefachmann bemerkte ich eine grosse Diskrepanz zwischen dem Ausbildungsinhalt und der tatsächlichen Anwendung auf den Abteilungen. Mit zunehmender Berufserfahrung wurde mir die Bedeutung für die pflegerische Praxis immer bewusster. Seit meinem Abschluss der Weiterbildung in Intensivpflege interessiert mich nun in erster Linie die Umsetzung von Elementen des Pflegeprozesses gerade in diesem Bereich.

In meinem Arbeitsbereich, der Abteilung für Operative Intensivbehandlung (OIB), werden PatientInnen aller chirurgischen Disziplinen betreut. Die dort angebotene Pflege ist einerseits sehr individuell (Schmerztherapie, Angehörigenbetreuung, Mobilisationen), andererseits jedoch auch sehr schematisiert (Liegezeiten, postoperative Abläufe, Nachbeatmungen). Da sich, auch nach elektiven Eingriffen, immer häufiger komplexe Pflegesituationen ergeben, sollte meiner Meinung nach den Elementen des Pflegeprozesses auch auf unserer Abteilung eine grössere Bedeutung zukommen. Momentan vergehen oft vom Zeitpunkt des Entstehens potentieller Pflegeprobleme bis zum Erstellen eines Individuellen Pflegeplanes viele Tage. Das führt dazu, dass in dieser Zeit jeder „irgendwie“ pflegt. Da die Pflegemassnahmen nach den Prioritäten jedes einzelnen Pflegenden unterschiedlich gesetzt werden, ist derzeit ein einheitliches Vorgehen nicht möglich.

## 1.2 *Fragestellung und Zielsetzung*

---

Die Fragestellungen, die ich aus diesen Gründen bearbeiten möchte, lauten:

Welche Voraussetzungen sollten erfüllt sein, damit auch unter den spezifischen Bedingungen unserer Intensivstation (z.B. Zeitdruck, hohe Patientenfluktuation, rasch wechselnde Pflegeprobleme) die Pflege, vermehrt im Sinne des Pflegeprozesses Individuell geplant wird?

Wie wird der Pflegeprozess auf anderen Intensivstationen in die pflegerische Praxis umgesetzt?

Mit dieser Arbeit möchte ich vor allem aufzeigen wie die Elemente des Pflegeprozesses, insbesondere Individuelle Pflegeplanungen, vermehrt in die auf der OIB angewandte Intensivpflege integriert werden könnten. Auch in diesem eher medizintechnisch orientierten Pflegebereich scheinen mir Individuelle Pflegeplanungen wichtig, um Anhand verbindlicher Pflegeziele die Wirksamkeit geleisteter Pflege evaluieren zu können.

Auf Grundlagen des Pflegeprozesses, welche besonders im Zusammenhang mit der Intensivpflege von Relevanz sind, werde ich näher eingehen.

Ebenso werde ich mich mit verschiedenen Argumenten im Bezug auf die Thematik auseinandersetzen. Diese habe ich bei einer Mitarbeiterbefragung, im Sinne eines „Stimmungsbildes“, gesammelt. Des weiteren werden Erfahrungen anderer Intensivpflegestationen mit eingebracht und auf deren Anwendbarkeit für unsere Abteilung überprüft.

### **1.3 Abgrenzung**

---

Das Ergebnis dieser Arbeit werden keine Instrumente oder zusätzliche Dokumentationsbögen sein, da dies den Rahmen einer HöFa 1 Abschlussarbeit sprengen würde. Vielmehr sollen die Resultate dieser Arbeit als fundierte Grundlage dienen, um einschätzen zu können, welche Elemente oder Instrumente für eine verbesserte praktische Umsetzung des Pflegeprozesses auf unserer Abteilung nötig sind.

## **2. Hauptteil**

---

### **2.1 Theoretische Grundlagen**

---

Der Pflegeprozess als systematische Beschreibung der Pflege auf der Grundlage eines Problemlösungsprozesses, beschäftigt die Pflegenden bereits seit mehr als dreissig Jahren. Das wichtigste Instrument in diesem Prozess ist die Individuelle Pflegeplanung, die häufig auch als Synonym für den gesamten Prozess gebraucht wird.

So werden Pflegeprozess und Pflegeplanung, unter anderem von Budnik (2003) so definiert:

- *Pflegeprozess*: umfassendes Gebilde, welches alles was sich bei der Pflege eines Menschen entwickelt integriert
- *Pflegeplanung*: ist eine Planungsstruktur bzw. Methode zur geplanten und nachvollziehbaren Pflege. Sie beinhaltet verschiedene Schritte, welche in

dynamischer Wechselbeziehung miteinander stehen. Die inhaltliche Gestaltung ist nicht festgelegt (Budnik 2003, **S.20**).

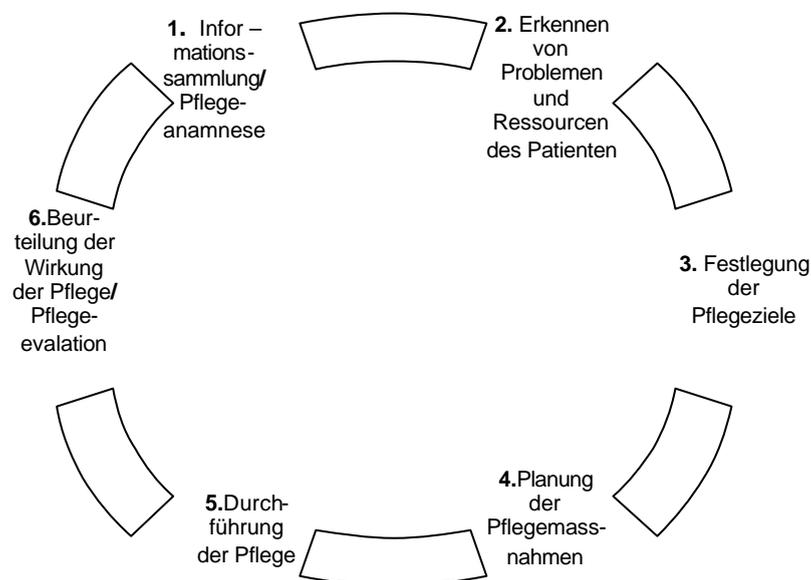
In dieser Arbeit werde ich den Begriff „Pflegeprozess“ für Inhalte im Zusammenhang mit dem Problemlösungsprozess, also dem strukturellen Rahmen verwenden.

Der Ausdruck „Pflegeplanung“ bzw. „Individuelle Pflegeplanung“ bezieht sich daher in folgenden auf inhaltliche Aspekte.

## **2.2 Aufbau des Pflegeprozesses**

---

Der Pflegeprozess gliedert sich nach Fiechter und Maier (1998) in folgende Schritte:



**Bild 1** Pflegeprozess nach Fiechter und Maier (1998)

Diese Schritte sind dynamisch und flexibel; auch können sie sich zum Teil überschneiden. Kann das geplante Ziel mit den dafür eingeplanten Massnahmen nicht erreicht werden, oder tauchen weitere Probleme auf, wird eine Neuevaluation nötig.

Die sechs oben aufgelisteten Schritte sollen hier kurz beschrieben werden. Dabei gilt es verschiedene spezifische Besonderheiten für die Intensivpflege zu beachten. Diese ergeben sich durch die spezielle pflegerische Situation in der sich die PatientInnen, beispielsweise während der Beatmungstherapie oder einer längerandauernden Bewusstseinsbeschränkung befinden. Die daraus resultierenden Zusammenhänge bezüglich der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses beruhen in erster Linie auf eigenen Erkenntnissen, aber auch auf Erfahrungen die auf anderen Intensivstationen gesammelt wurden.

## 1. Informationssammlung/Pflegeanamnese

Dieser Schritt ist nach meiner Meinung der wichtigste, um eine adäquate und wirklich individuelle Pflegeplanung erstellen zu können.

Bei der Informationssammlung ist zwischen subjektiven, also auf Aussagen der PatientInnen beruhenden Informationen (Gedanken, Empfindungen) einerseits und objektiven, d.h. messbaren Daten andererseits, zu unterscheiden (Brobst, 1997; Budnik, 2003). Bei der Einschätzung des Pflegebedarfs von PatientInnen auf Intensivstationen werden aufgrund des häufig kritischen Gesundheitszustandes die objektiven Informationen überwiegen. Dazu gehören beispielsweise: Laborwerte, Untersuchungsergebnisse, Beatmungsparameter, oder auch klinische Messwerte wie Herzzeitvolumen, oder Hirndruckwerte.

Auch bei den subjektiven Informationen werden wir, vor allem bei bewusstseinsingeschränkten PatientInnen, meist auf Angaben von Angehörigen angewiesen sein. Das Erheben dieser Informationen dient zum einen dazu weitere Auskünfte die für die Pflege relevant sind zu erhalten, aber auch um Angehörigen aufzuzeigen, dass der schwerst erkrankte Mensch nicht nur auf Vitalzeichen reduziert wird. Aber auch die Angaben aus der Pflegebedarfserfassung, die hauptsächlich auf subjektiven Informationen beruht und noch vor einem operativen Eingriff erhoben wurden, sind sehr hilfreich.

## 2. Erkennen von Problemen und Ressourcen

Das Erkennen und Formulieren von Pflegeproblemen gehört zu den anspruchvollsten Schritten im Pflegeprozess.

*„Ein Pflegeproblem besteht, wenn Beeinträchtigungen die Selbständigkeit der Klienten einschränken und diese nicht eigenständig kompensiert werden können“* (Budnik 2003, S. 64).

Gerade in der Intensivpflege scheint es schwer, tatsächlich pflegerische Probleme zu beschreiben, da eine enge Verflechtung medizinischer und pflegerischer Belange besteht.

Selbstverständlich haben auf der Intensivstation Probleme Vorrang, von denen eine unmittelbare Bedrohung der Vitalfunktionen, wie z.B. Atemnot, ausgeht. Weiterhin können die Pflegeprobleme nach Kurmann (1999) in drei Bereiche unterteilt werden und zwar in die aktuellen, potentiellen, sowie die verdeckten Probleme.

Die aktuellen Probleme sind beobachtbar oder messbar beziehungsweise werden von PatientInnen geäußert (z.B. Schmerzen, Atemnot). Unter den Bedingungen der Intensivstation bedeutet das meist eine unmittelbare physische Gefährdung der PatientInnen.

Potentielle oder verdeckte Probleme sind momentan noch nicht relevant, sie können jedoch unter gewissen Umständen auftreten. So zum Beispiel Pflegeprobleme wie Hautschädigungen, aufgrund fehlender Lagerungsmöglichkeiten. Dies kommt bei bestimmten intensivmedizinischen Massnahmen wie Beatmungstherapie in Bauchlage, längerandauernder Einsatz vasoaktiver Medikamente, oder bei ausgeprägten Knochenverletzungen immer wieder vor.

Aufgrund dieser Erfahrungen ist es weiterhin wichtig, zwischen generellen und individuellen Pflegeproblemen zu unterscheiden. So sind nach Budnik (2003) generelle Probleme bei allen PatientInnen unter den gleichen Bedingungen oder mit gleichen Erkrankungen voraussehbar. Deren Eintreten kann jedoch durch gezielte Massnahmen vermieden werden. Dagegen sind individuelle Pflegeprobleme für die einzelnen PatientInnen spezifisch. Diese Probleme sind geprägt vom persönlichen Erleben beziehungsweise den spezifischen Lebensumständen.

Wurden aktuelle oder potentielle Probleme erkannt, müssen diese auch noch richtig formuliert werden. Nach Budnik (2003) heisst das:

- kurz und knapp
- genau und detailliert
- so objektiv wie möglich (ohne Werturteil).

Das Erkennen und Miteinbeziehen vorhandener Ressourcen von PatientInnen tritt in der defizitorientierten Sichtweise der Intensivpflege noch zu häufig in den Hintergrund. Dabei gilt es gerade dort Ressourcen im Sinne von vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, zu erkennen, zu nutzen und zu fördern.

Zunächst einmal müssen diese Ressourcen mit Hilfe der Angehörigen natürlich herausgefunden werden. Mit diesem Wissen ist es beispielsweise möglich bei der Körperpflege bekannte Pflegeutensilien zu verwenden, eigene Lagerungshilfen einzusetzen, oder die Mundpflege mit Lieblingsgetränken durchzuführen.

### **3. Festlegung der Pflegeziele**

Im weiteren Verlauf des Problemlösungsprozesses erfolgt für jedes erkannte Problem das Formulieren eines Pflegezieles.

So ist laut Budnik (2003) ein Pflegeziel ein Ergebnis, welches das Pflegeteam oder auch Angehörige in einem festgelegten Zeitraum erreichen wollen. Ebenso beschreibt es, welche Fortschritte oder Eigenständigkeiten erreicht werden sollen. Wichtig ist dabei auch der Miteinbezug vorhandener Ressourcen.

Pflegeziele können nach Brobst (1997) auch Verbesserungen von Fähigkeiten der PatientInnen, oder die Besserung eines Problems beschreiben.

In der Argumentation der Pflegenden ist häufig zu hören, dass sie bereits „geplant“ an ihre Arbeit gingen. Dieser Plan ist jedoch weder für die PatientInnen noch für das Team transparent.

Des Weiteren ist beim Formulieren der Pflegeziele folgendes zu beachten: sie müssen realistisch, erreichbar und vor allem überprüfbar sein.

So beschreibt, Budnik (2003), ein Pflegeziel als einen Zustand der erreicht werden soll. Es sagt jedoch nichts darüber aus was wir vermeiden, verhindern oder nicht erreichen wollen. Diese Anforderung scheint besonders in der Intensivpflege schwer zu erfüllen, da die wichtigsten Pflegeprobleme häufig im Bereich der potentiellen Probleme (Minderdurchblutung, Lagerungsschäden) liegen. Somit sind die Pflegeziele die wichtigsten Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit geplanter Massnahmen.

#### **4. Planung der Pflegemassnahmen**

Die Planung von für das gesamte Team verbindlichen Pflegemassnahmen kann, laut Fiechter und Maier (1998), auch als Pflegeverordnung verstanden werden. Dabei ist entscheidend, dass genau beschrieben ist, welche Massnahmen in welchem Zeitraum zum Erreichen des Zieles führen sollen.

In Abhängigkeit von den Ressourcen der PatientInnen können Pflegemassnahmen, nach Budnik (2003), entweder vollständig kompensatorisch, teilweise kompensatorisch oder unterstützend sein.

Auf Intensivstationen werden wir immer wieder verschiedene „Mischformen“ antreffen. Während am Anfang der Intensivbehandlung die vitale Bedrohung der PatientInnen im Vordergrund steht, wird die Pflege vor allem vollständig kompensatorische Massnahmen ergreifen. Im Verlauf der schrittweisen Verbesserung der Krankheitssituation wird der unterstützende und fördernde Anteil immer grössere Bedeutung erlangen.

Zu Beginn des Aufenthaltes auf der Intensivstation ist es sicher von Vorteil, bei generellen Pflegeproblemen auf standardisierte Pflegepläne zurückzugreifen.

Auf vielen Intensivstationen existieren diese zum Beispiel für unterschiedliche Prophylaxen, aber auch für die Mund- und Augenpflege oder die Bronchialtoilette. Doch ist auch bei diesen Standards der Individualität Platz einzuräumen.

Des Weiteren wird ein individueller Pflegeplan dann nötig, wenn sich im Verlauf Pflegeprobleme darstellen, die über die häufig Auftretenden hinausgehen. Dies kann zum Beispiel bei der gezielten Förderung der Kommunikation mittels Kommunikationshilfsmitteln, oder auch der Anwendung einzelner Elemente aus den Konzepten der Kinästhetik beziehungsweise der Basalen Stimulation der Fall sein.

Ebenso kann der Miteinbezug von Angehörigen bei pflegerischen Massnahmen wie der Körperpflege oder der Mobilisation sehr förderlich sein.

## 5. Durchführung der Pflege

Die geplanten Massnahmen werden nun in die tägliche Pflege integriert. Hierbei sei noch einmal darauf hingewiesen, dass diese Massnahmen für alle Pflegenden verbindlich sind (Budnik, 2003). Das Durchführen von Pflegemassnahmen bedarf auch bei bestehendem Pflegeplan grosser Genauigkeit und Sorgfalt. Veränderungen oder Abweichungen müssen beobachtet und exakt dokumentiert werden (Fiechter und Meier, 1998).

## 6. Beurteilung der Wirkung der Pflege/Pflegeevaluation

Anhand der gesetzten Ziele wird die Pflegewirkung überprüfbar. Die erzielten und erwarteten Ergebnisse werden miteinander verglichen. Bei einer Diskrepanz zwischen den Resultaten und den angestrebten Zielen wird eine Neueinschätzung erforderlich (Kurmann, 1999). Da die Schritte des Pflegeprozesses flexibel sind, ist es in der Folge wichtig herauszufinden, welcher Punkt nicht richtig eingeschätzt werden konnte. So ist zu überprüfen, ob das Pflegeproblem zutreffend erkannt und formuliert wurde.

Des weiteren gilt es zu klären in wie weit die geplanten Pflegeziele erreichbar, der Zeitplan realistisch, beziehungsweise die geplanten Massnahmen wirksam waren.

### 2.3 Argumente für die praktische Anwendung des Pflegeprozesses

---

Wie bereits aufgeführt, ist der Pflegeprozess ein systematischer Ansatz, um aktuelle oder potentielle Probleme von PatientInnen zu erkennen (Brobst, 1997).

Die wichtigsten Argumente für dessen verbesserte Verankerung im Pflegealltag sind unter anderem:

- Gewährleisten des gleichen Informationsstandes bezüglich der PatientInnen bei allen Pflegenden
- Sicherstellen der Kontinuität pflegerischer Massnahmen
- Individuell formulierte Pflegeziele werden verbindlich und sind überprüfbar
- Laut Budnik geht es aber in erster Linie darum „*die positive gesundheitliche Entwicklung von Menschen zu unterstützen*“ (Budnik, 2003, **S.120**)

Das kann unter anderem heissen, dass die PatientInnen in ihrer Autonomie gefördert werden, beziehungsweise dazu befähigt werden ein für sie bedeutendes Ziel (Selbständigkeit in bestimmten Verrichtungen, Spitalaustritt) zu erreichen.

Besonders die ersten Punkte sind meiner Ansicht nach auf Intensivpflegestationen von grosser Bedeutung. Da häufig viele Pflegenden und Mitarbeiter anderer Therapiedienste in die Pflege involviert sind, hat die Weitergabe relevanter Informationen einen hohen Stellenwert.

Da nicht allein die Veränderungen der klinischen Parameter zur Einschätzung des Patientenzustandes herangezogen werden dürfen, sondern ebenso Anzeichen von Stress, Schmerz oder Änderungen des Bewusstseinszustandes, sollte die Verbindlichkeit, sowie die Überprüfbarkeit von Pflegezielen auch für uns Intensivpflegende von erheblichem Interesse sein. In der Praxis kann dies beispielsweise bedeuten, dass beobachtet und dokumentiert wurde, wenn sich die PatientInnen in einer bestimmten Lagerung wohler fühlen, oder bei Anhören der Lieblingsmusik beruhigter wirken.

## **2.4 Kritik am Pflegeprozess**

---

Beinahe ebenso lange, wie die Bemühungen zur praktischen Umsetzung des Pflegeprozesses bereits dauern, wird dieses Instrument auch schon kritisiert.

Diese Kritik manifestiert sich einerseits durch eine fehlende Umsetzung in der Pflegepraxis; wird aber andererseits in Fachkreisen in unterschiedlichen Publikationen dargestellt.

Einige Einwände sind unter anderem:

- der Individualität wird zu wenig Bedeutung beigemessen
- die Beziehung zu den PatientInnen verläuft nicht so linear, wie im Problemlösungsprozess beschrieben
- trotz vielfältiger Weiterbildungsmaßnahmen verbraucht das Erstellen eines Individuellen Pflegeplanes noch zuviel Zeit
- gestellte Ziele sind oft wenig realistisch
- zuwenig Anerkennung der „Ganzheitlichkeit“; die PatientInnen als „Problemkomplex“ (Fischbach, 2001)
- Pflegende werden in ihrer Berufspraxis bevormundet (Fischbach, 2001)
- erfahrene Pflegende entscheiden aufgrund ihrer Erfahrungen und müssen nicht an ein starres Gerüst gebunden werden.

Nach meiner Meinung soll es jedoch in der intensivpflegerischen Praxis nicht darum gehen, das Schema des Pflegeprozesses unreflektiert zu übernehmen, sondern es als Instrument zu einem strukturierteren pflegerischen Handeln zu verstehen.

Ebenso stellt er eine wirksame Handhabe zur Qualitätssicherung dar, da transparent wird, ob die geplante Massnahme auch zu dem erwarteten Ergebnis führt.

## **2.5 Individuelle oder Standardisierte Pflegeplanungen?**

---

Wie bereits erwähnt lassen sich bestimmte zu erwartende Pflegeprobleme, die bei den meisten PatientInnen auch auf der Intensivstation unter gleichen Bedingungen vorkommen können, in standardisierten Pflegeplänen zusammenfassen (Fiechter und Maier, 1998).

Diese können für jede intensivpflegerische Abteilung spezifisch formuliert werden. In einem standardisierten Pflegeplan wird jedem Problem bereits im Voraus eine entsprechende Massnahme zugeordnet. Dabei ist es wichtig, dass bei der Erarbeitung dieser abteilungsspezifischen Standards die Anwendung des Problemlösungsprozesses nachvollziehbar bleibt. Bei der Arbeit mit diesen Standards muss aber umso sorgfältiger auf individuelle Reaktionen der PatientInnen geachtet und diese im Pflegebericht dokumentiert werden (Budnik, 2003).

Besonders unter dem Argument des Zeitdruckes können diese als Einstieg in eine individuellere Planung dienen. Existiert ein Dokumentationssystem, in dem die zu erwartenden Pflegeprobleme aufgelistet sind, kann aufgrund dieser Aufzählung der Pflegebedarf von PatientInnen eingeschätzt werden. Ergebnisse Pflegeprobleme, die über die bekannten standardisierten hinausgehen, können gezielter mit einem individuellen Pflegeplan angegangen werden.

## **2.6 Argumente auf der Abteilung (OIB)**

---

In Vorbereitung dieser Abschlussarbeit führte ich Gespräche mit 12 Pflegenden der OIB über das Thema „Individuelle Pflegeplanungen auf der Intensivstation“. Im Voraus verschickte ich einen „Gesprächsleitfaden“ (Anhang 1) und vereinbarte mit ihnen einen Gesprächstermin. Auf diese Weise wollte ich erfahren, welche Meinungen oder auch Vorurteile im Hinblick auf die Thematik „Individuelle Pflegeplanungen“ auf der OIB bestehen. Dadurch traf ich auf ein nichtrepräsentatives Stimmungsbild; gleichzeitig entwickelte sich in diesen Gesprächen eine lebhafte Diskussion.

Ein Argument, welches im Zusammenhang mit dem Erstellen Individueller Pflegeplanungen immer wieder genannt wurde, war der herrschende Zeitdruck.

Dies in zweierlei Hinsicht: Als erstes, weil die Liegedauer der PatientInnen auf unserer Abteilung mit 1,8 Tagen in der Tat relativ kurz ist. Des Weiteren, weil PatientInnen, welche intensivmedizinische Betreuung benötigen anfangs vor allem gründliche Überwachung der Vitalfunktionen benötigen.

Ein weiteres Phänomen ist, dass durch sehr schnell wechselnde Zustände der PatientInnen ein gerade erkanntes und formuliertes Pflegeproblem bereits nach wenigen Stunden überholt sein kann.

Da es jedoch heutzutage möglich ist, an PatientInnen mit fortgeschrittenen Lebensalter, sowie mit diversen Nebenerkrankungen, Herz- Thoraxchirurgische Eingriffe, oder auch Transplantationen vorzunehmen, erleben wir andererseits immer häufiger PatientInnen, bei denen die Dauer des Intensivstationsaufenthalts, zunehmend länger wird.

Auf die anfänglich vital bedrohliche gesundheitliche Situation folgt ein unterschiedlich lang andauernder Zustand der Konsolidierung. Gerade in dieser Phase ist es von grosser Bedeutung für uns Pflegende, die PatientInnen gezielt nach besten pflegerischen Know-How, abgestimmt auf deren Bedürfnisse und unter Miteinbezug vorhandener Ressourcen unterstützen und fördern zu können.

Aus den vorher erläuterten Gründen genügt nicht die Überzeugung der einzelnen Pflegenden schon zu wissen, was jetzt das Beste ist, sondern ist vielmehr ein geplantes einheitliches und begründetes Vorgehen nötig.

In diesem Sinne war auch eines der Argumente, auf das ich während der Gespräche recht oft stiess, die Annahme, dass Individuelle Pflegeplanungen besonders bei PatientInnen mit längerem Aufenthalt auf der Intensivstation vorteilhaft wären.

Ebenfalls wurde als sehr positiv bewertet, dass auf diese Weise, bei Vorliegen eines entsprechenden Pflegeplanes, für unterschiedliche pflegerische Massnahmen eine einheitliche Vorgehensweise festgelegt ist. Das sieht auf unserer Abteilung meist so aus, dass Tagesabläufe geregelt, Mobilisationsschemen aufgestellt, oder bestimmte Kommunikationshilfen vereinbart werden. In diesem Zusammenhang wurde auch wiederholt auf die Bedeutung eines identischen Informationsstandes für alle Pflegenden hingewiesen. Auch um das zu erreichen scheint die Individuelle Pflegeplanung ein bewährtes Instrument. Durch dieses einheitliche Vorgehen wird die geleistete Pflege nach aussen und im Team transparenter. Die im vornherein bestimmten Ziele werden überprüfbar.

Es findet bei den meisten Pflegenden positiven Anklang, wenn eine Pflegeplanung erstellt wurde. Ebenso sind im Bezug auf die Individuellen Pflegeplanungen auch verschiedene Anliegen geäussert worden; so scheint rund um die Thematik Pflegeplanung/Pflegeprozess bezüglich dem Formulieren von Pflegeproblemen, aber auch im Zusammenhang mit dem Umsetzen der daraus resultierenden Massnahmen, weiterhin Schulungsbedarf zu bestehen. Eine weitere Äusserung war der Wunsch nach einer vereinfachten, standardisierten Form der Pflegeplanung für „Normalpatienten“. Aus einer Liste wiederholter Pflegeprobleme, die sich am Pflegeprozess orientiert, könnten die für die PatientInnen momentan relevanten ausgewählt werden.

Die pflegerischen Massnahmen erfolgen dann nach einem für die Abteilung verbindlichen Standard. Für den Fall, dass im Laufe eines längeren Intensivstationsaufenthaltes weitere Defizite offenbar werden, fällt dann der Übergang zu einer Individuellen Pflegeplanung nicht mehr schwer.

Zudem scheint die momentan verwendete Pflegedokumentation aufgrund fehlender Übersichtlichkeit (viele unterschiedliche Vordrucke, Tageskurven, Übertragungsfehler), das Erstellen Individueller Pflegepläne zusätzlich zu erschweren.

Auch gerät immer wieder in Vergessenheit, nicht mehr relevante Pflegeprobleme oder Interventionen als nicht mehr aktuell zu markieren.

Der Verbindlichkeit einer Individuellen Pflegeplanung kann noch mehr Gewicht verliehen werden, indem sie von mehreren Pflegenden, beispielsweise im Rahmen einer Fallbesprechung, erstellt und evaluiert wird.

## **2.7 Wie funktioniert es auf anderen Intensivstationen?**

---

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen über den Pflegeprozess, möchte ich im Folgenden darauf eingehen, wie das Instrument der Individuellen Pflegeplanung auf anderen Intensivstationen umgesetzt wird. Dabei war es mir wichtig, die Erfahrungen einer externen Intensivstation, in diesem Fall die Abteilung für Intensivbehandlung des Universitätsspitals Bern, kennen zu lernen. Andererseits interessierte mich der Vergleich mit der Intensive Care Unit (ICU) wie die OIB, ebenfalls im Universitätsspital Basel (USB), da dort vor allem die Ausgangssituation aufgrund eines identischen, hausinternen Dokumentationssystems ähnlich ist. Ich vereinbarte jeweils Termine mit Pflegenden, die für die Ausarbeitung der abteilungsspezifischen Dokumentation mitverantwortlich waren. Die Fragen zur Thematik stellte ich wiederum nach einem Gesprächsleitfaden (Anhang 2). Ebenso analysierte ich die verwendeten Pflegedokumentationen mit Schwerpunkt auf Pflegestandards und Individuelle Pflegeplanungen.

Abteilung für Intensivbehandlung Universitätsspital Bern:

Hier gibt es ein sehr umfangreiches Dokumentationssystem, welches zum Teil im gesamten Universitätsspital Bern verwendet wird, das aber auch für die Intensivpflege spezifische Bestandteile aufweist. Ebenso beruht die Pflege dort auf einer Reihe von Standards. So wurden beispielsweise Standards für die „Körperpflege“, die „Anwendung von Ätherischen Ölen“, oder auch für das „Intratracheale Absaugen“ erarbeitet. Zusätzlich wird ein sehr ausführliches Wundprotokoll eingesetzt. Das Erstellen einer Individuellen Pflegeplanung richtet sich allerdings nach den spezifischen Pflegeproblemen der PatientInnen. Es existiert also keine verbindliche Vorgabe, ab welchem Zeitpunkt eine Individuelle Pflegeplanung vorliegen muss. Die Erfassung individueller Pflegeprobleme geschieht auf einem Dokumentationsbogen, der ausserdem für eine Individuelle Pflegeplanung vorgesehen ist. Das gesamte Dokumentationssystem wird momentan überarbeitet, da die Umstellung auf eine elektronische Patientendokumentation geplant ist.

Intensiv Care Unit (ICU) Universitätsspital Basel:

Auf den so genannten Medizinischen Intensivstationen ist der Umgang mit Individuellen Pflegeplanungen bereits seit längerer Zeit in die Praxis integriert.

So wurde eigens für die Bedürfnisse dieser Abteilung ein Dokumentationssystem erarbeitet. Dieses beinhaltet zwar Elemente der Dokumentation des USB, weist jedoch auch einige Eigenheiten auf. So besteht unter anderem die verbindliche Regelung, dass bis 48 Stunden nach Eintritt ein Eintrittsgespräch stattgefunden haben muss. In Abhängigkeit vom gesundheitlichen Zustand des Patienten wird dies in den meisten Fällen mit dessen Angehörigen durchgeführt. Weiterhin besteht eine Auflistung von 20 möglichen Pflegeproblemen. Zu diesen gehören unter anderem: „generalisierte Minderdurchblutung“, „beeinträchtigte Kommunikation“, oder „Entwöhnung vom Respirator“. Für diese Probleme wurden Standards erarbeitet, die eine einheitliche Vorgehensweise für die Pflege regeln. Durch Markieren, eines entsprechenden Problems wird die momentane Relevanz für die PatientInnen sichtbar. Tritt ein pflegerisches Problem auf, welches über die aufgeführten hinausgeht, ist auf dem Dokumentationsbogen Platz für eine zu erstellende Individuelle Pflegeplanung.

Die Meinungen unterschiedlicher Pflegenden der ICU zu dieser Vorgehensweise fielen sehr positiv aus. Ebenso scheint das Konzept, da es vom Team genutzt und immer wieder aktualisiert wird, gut in den pflegerischen Alltag integriert.

Die Individuelle Pflegeplanung wird, trotz elektronischer Dokumentation, handschriftlich geführt.

## ***2.8 Voraussetzungen für den vermehrten Einsatz Individueller Pflegeplanungen***

---

In der von mir bearbeiteten Literatur liess sich wenig bezüglich den Voraussetzungen für eine verbesserte Umsetzung Individueller Pflegeplanungen in der Praxis finden.

So sprechen Fiechter und Meier (1998) beispielsweise von Voraussetzungen, die von Seiten der Pflegenden zu erfüllen sind: einerseits mitmenschliche und intellektuelle Fähigkeiten, wie Kommunikationsfähigkeit oder systematisches Denkvermögen, sowie auf der anderen Seite fachliches Grundlagenwissen. Auch hielten sie organisatorische Voraussetzungen wie ausgearbeitete Stationsziele oder ein förderndes Führungsverhalten durch die Stationsleitung, für wichtig. Nicht zuletzt erachten sie eine übersichtliche und leicht zu führende Dokumentation, bei der die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses nachvollziehbar sind, für einen vermehrten Einsatz in der pflegerischen Praxis als wichtige Voraussetzung.

Ebenso geht Budnik (2003) davon aus, dass generelle Pflegeprobleme durch Standards abgedeckt werden können, wobei die Anwendung des Standards und die geleisteten Massnahmen in der Dokumentation erkennbar sein müssen.

Nach meinen Erkenntnissen aus der Mitarbeiterbefragung sowie der Erfahrungen anderer Intensivpflegestationen, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen, um Individuelle Pflegeplanungen auch auf der OIB vermehrt umsetzen zu können:

- Als erstes bedarf es einer Auflistung von oft wieder anzutreffenden, potentiellen pflegerischen Problemen. Diese könnten auf der OIB beispielsweise „Verwirrtheit/Unruhe“, „Entwöhnung vom Respirator“, oder auch „Durchblutungsstörungen (zerebral/kardial)“ sein.

Anhand dieser Aufführung wäre es möglich, eine erste Einschätzung des aktuellen Pflegebedarfs vorzunehmen. Erlangen die PatientInnen innerhalb kurzer Zeit in den relevanten Punkten ihre Eigenständigkeit wieder, erfordert es keine weitere Unterstützung von Seiten der Pflegenden. Verlängert sich jedoch die Notwendigkeit intensivpflegerischer Massnahmen, ist es anhand der vorher eingeschätzten potentiellen Pflegeprobleme schnell möglich, im Rahmen eines ebenso noch zu erarbeitenden Abteilungsstandards zu reagieren.

Dabei muss nachvollziehbar sein, dass zwischen dem Erfassen des Pflegeproblems und der im Standard beschriebenen Massnahmen ein Zusammenhang im Sinne des Pflegeprozesses besteht. Falls aus unterschiedlichen Gründen Abweichungen von diesem Standard nötig werden, müssen diese begründet werden. Darauf wird dann, wie auch von Fiechter und Maier (1998) bereits erwähnt, mit einer Individuellen Pflegeplanung reagiert. Ebenso sind Pflegeprobleme, die nicht im Standard erfasst werden, Bestandteil einer Individuellen Pflegeplanung.

- Es gilt also deutlich zu machen, dass bisher die Pflege auch bei PatientInnen, die nur für eine kurze Zeit intensivpflegerische Unterstützung benötigten, bereits „im Kopf“ der einzelnen Pflegenden prozesshaft organisiert war.
- Weiterhin ist es nötig, die Mitarbeiter zu Inhalten des Pflegeprozesses und damit auch bezüglich der Formulierung von Pflegeproblemen zu schulen, um so eine einheitliche Wissensbasis zu schaffen und die Pflegenden noch mehr für die Vorteile Individueller Pflegeplanungen zu sensibilisieren.

Wie aus den Erfahrungen der von mir befragten Abteilungen hervorgeht, kann durch die Mitarbeit in Arbeitsgruppen, die Standards für den Umgang mit den am häufigsten angetroffenen Pflegeproblemen erarbeitet haben, die Akzeptanz im Pflegeteam gegenüber Elementen des Pflegeprozesses erhöht werden.

## 3. Schlussteil

---

### 3.1 Reflexion

---

Bei der Vorbereitung und Recherche für die Bearbeitung des Themas, fiel mir vor allem auf, wie viel Literatur zur Thematik des Pflegeprozesses bereits veröffentlicht wurde. Umso mehr überraschte es mich, bald einsehen zu müssen, wie wenig deutschsprachige Literatur andererseits im Bereich der Intensivpflege zu finden war. Hat diese Tatsache damit zu tun, dass das Thema unter Intensivpflegenden noch immer nicht sehr populär ist? Oder ist bei Veröffentlichungen mit Beatmungs- oder anderweitig technischen Inhalten das Renommé einfach höher?

Die systematische Arbeit zur Fragestellung bedeutete für mich in erster Linie eine sorgfältige persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Eine weitere Herausforderung bestand darin, diese komplexe Themenstellung in nur 15 Seiten zusammenzufassen.

Während des Literaturstudiums wurde mir zunehmend deutlich, dass der Pflegeprozess zwar eine Grundstruktur darstellt, aber sowohl bei der Einschätzung pflegerischer Probleme, als auch bei der Umsetzung von Massnahmen, die ganze Professionalität von uns Pflegenden erfordert. Er darf keinesfalls als festgelegtes Instrumentarium verstanden werden. Im Mittelpunkt unserer pflegerischen Bemühungen steht nicht ein struktureller Prozess sondern die PatientInnen mit ihren individuellen Bedürfnissen.

Bei den Gesprächen mit Kollegen auf der eigenen Abteilung, aber auch mit denen externer Intensivstationen wurde für mich deutlich, wie viel Gesprächsstoff das aufgegriffene Thema noch bietet. Von den Schilderungen der Abteilungen mit einem funktionierenden Konzept wurde mir bewusst, dass Individuelle Pflegeplanungen auch unter den spezifischen Bedingungen der Intensivstationen in einem professionellen Rahmen umsetzbar sind.

### **3.2 Ausblick und konkrete Empfehlungen**

---

Sicher wäre es wünschenswert, die Ergebnisse dieser Arbeit auf der OIB in Arbeitsgruppen einbringen zu können. Ein erster Schritt könnte das Erarbeiten einer Aufstellung der häufigsten Pflegeprobleme, wie zum Beispiel: „Entwöhnung vom Respirator“, „Beeinträchtigte Kommunikationsfähigkeit“, oder „Beeinträchtigte Spontanatmung“ sein. Diese Auflistung beinhaltet ebenso die aus diesen Problemen abgeleiteten pflegerischen Massnahmen. Weiterhin könnten im Rahmen von Fallbesprechungen Individuelle Pflegeplanungen anhand konkreter Pflegesituationen erstellt werden.

Ebenso sollten Weiterbildungen zur Thematik in Zusammenarbeit mit der Stelle zur „Weiterentwicklung Pflege“ organisiert werden. Außerdem erscheint es wichtig darauf hinzuwirken, dass besonders in der Intensivpflege, pflegerische und medizintechnische Themen als gleichrangig betrachtet werden.

## Literaturverzeichnis

---

Brobst, R. (Hrsg.) (1997). Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Hans Huber.

Budnik, B. (2003). Pflegeplanung leicht gemacht (4. Auflage). München, Jena: Urban und Fischer.

Fiechter, V., und Meier, M. (1998). Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis (10. Auflage). Fritzlar: Recom.

Fischbach, A., (2001). Vom Ende des Pflegeprozesses. Die Schwester/Der Pfleger, 40.Jahrgang, 2, 173-175.

Kurmann, C., (1999). Die Intensivpflege. In: Baumann, P. C., Frey, P., Kurmann, C., und Pasch, T. (Hrsg.) (1999). Anästhesiologie und Intensivmedizin (2. Auflage.). Bern: Hans Huber.

### **Weiterführende Literatur**

---

Lay, R.und Brandenburg, H., (2001). Pflegeplanung abschaffen? Die Schwester/Der Pfleger, 40.Jahrgang, 11, 938- 942.

Millar, B., Burnhard, P. H., und Strunk, H. H. (Hrsg.) (2002). *Intensivpflege-High- touch und High-tech*. Bern: Hans Huber.

Müller, G. (1994). Ist die Anwendung des Pflegeprozessmodells in der Intensivpflege sinnvoll? Intensiv, 2, 61-66.

Thiel, V., (2001). Der Pflegeprozess- ein Instrument professioneller Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 40.Jahrgang, 4, 338- 342.

# Anhang

---

Anhang 1: Leitfaden Gespräche auf der OIB

Anhang 2: Leitfaden Gespräche ICU / Abteilung für  
Intensivbehandlung Universitätsspital Bern

## **Anhang 1: Leitfaden Gespräche auf der OIB:**

---

Im Rahmen meiner HöFa 1 Abschlussarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „Individuelle Pflegeplanung auf der Intensivstation“.

Aus diesem Grund möchte ich gerne Eure Meinung zu dieser Thematik erfahren.

Die folgenden Fragen sind als Denkanstoss gedacht.

Über diese möchte ich mit Euch in unserem Gespräch am 25. Januar sprechen.

- Was fällt Dir zum Thema „Individuelle Pflegeplanung auf der OIB“ ein?
- Sind Individuelle Pflegeplanungen das richtige Instrument, um Pflege unter den Bedingungen der Intensivstation zu organisieren?
- Scheinen Elemente aus dem Pflegeprozess für „Intensivpatienten“ weniger sinnvoll?
- Wenn ja warum? Sind z. B. die Liegezeiten der PatientInnen zu kurz?
  - Ist unsere Pflege zu technisch orientiert?
  - Fehlt es an Aus- oder Weiterbildung?
  - Sind die vorhandenen Instrumente (Pflegebedarfserfassung, Dokumentation) nicht praktikabel?
- Gibt es Pflegeprobleme die, Deiner Meinung nach, „zwingend“ das Erstellen eines Individuellen Pflegeplanes nötig machen?
- Welche Kriterien lassen Dich eine Entscheidung Für oder Gegen einen Individuellen Pflegeplan treffen?

## **Anhang 2: Leitfaden Gespräche ICU / Abteilung für Intensivbehandlung Universitätsspital Bern:**

---

- Nach welchen „Vorgaben“ richtet sich das Erarbeiten einer Individuellen Pflegeplanung auf der ICU / Abteilung für Intensivbehandlung?
- Existiert eine Vorgabe bezüglich der Zeit? Muss nach „x“ Tagen von jedem Pat. ein Pflegeplan vorliegen?
- Wird auf der Abteilung ein IPS spezifisches Dokumentationssystem verwendet?
- Wurden IPS spezifische Pflegestandards erarbeitet?
- Wie sind die Erfahrungen bezüglich der Umsetzung dieser Standards?
- Ist der Gedanke des Pflegeprozesses gut auf der Abteilung integriert?
- Sind Individuelle Pflegeplanungen das richtige Instrument, um Pflege unter den Bedingungen der Intensivstation zu organisieren?
- Scheinen Elemente aus dem Pflegeprozess für „Intensivpatienten“ weniger sinnvoll?
- Gibt es Pflegeprobleme, die Deiner Meinung nach, „zwingend“ das Erstellen eines Individuellen Pflegeplanes nötig machen?
- Welchen Vorurteilen bezüglich Pflegeplanungen begegnest Du immer wieder?
- Welche Voraussetzungen müssen für eine erfolgreiche Umsetzung von IPPs gegeben sein?
- Existieren Checklisten oder Vorgaben, um einheitliches Vorgehen zu gewährleisten?
- Wie war das Team zusammengesetzt, das die Planung ausgearbeitet hat?
- Wie ist die Akzeptanz im Team?
- Ist die Umsetzung im Alltag als Arbeitsinstrument zufriedenstellend?
- Gibt es ein Gremium das die Dokumentation/Planungsschema evaluiert und Anpassungen vornimmt?
- Wie verhält es sich mit dem Zeitargument?
- Lassen sich Aussagen bzw. Beobachtungen bezüglich der Pflegequalität machen?