

## **Welchen Einfluss hat die Anwendung der ICNP® auf ausgewählte Aspekte der Pflegepraxis in der Schweiz?**

### **Nehmen wir folgendes Szenario an:**

Die gesamte Patientendokumentation in einer Organisation ist auf dem hausinternen Intranet der Gesundheitsorganisationen. Alle Berufsgruppen schreiben ihre Assessments, Interventionen und Outcomes zu einem bestimmten Patienten<sup>1</sup> in dasselbe Dokument. Jede Berufsgruppe kann nachlesen, welche Assessments, Interventionen und Outcomes andere Berufsgruppen bei einem bestimmten Patienten vorsehen, anwenden und beurteilen. Pflegende haben ihre Beobachtungstradition um eine Beurteilungstradition erweitert, indem sie Assessments, Interventionen und Outcomes mit der ICNP (2003) beschreiben und durchführen. Unter interdisziplinärer Zusammenarbeit wird ein kritischer und konstruktiver Austausch über Assessments, Interventionen und Outcomes verstanden, mit dem Ziel, durch gezielte Interventionen die Probleme der Patienten zu verkleinern. Die Patienten können mittels einem Datenchip in ihr elektronisches Dokument einloggen, ihre Beurteilungen ihrer Situation schreiben und Assessments, Interventionen und Outcomes der mit ihnen zusammenarbeitenden Berufsgruppen vernetzen und beurteilen. Das Wissen und die Leistungen der einzelnen Berufsgruppen sind für alle Beteiligten sichtbar.

Dieses Szenario habe ich nicht frei erfunden, sondern in Anlehnung an Rogers (1997) formuliert. Ein Szenario, dass weit weg in der Zukunft liegt? Das glaube ich eher weniger. Einzelne Aspekte davon sind bereits Realität. Leistungserfassungssysteme sind bereits in vielen Organisationen eingeführt. Allerdings ist das Wissen der Pflege noch wenig nach aussen sichtbar, eine Beurteilungstradition der Pflege hat sich noch wenig entwickelt und ein EDV-basiertes Patientendossier findet sich erst in wenigen Organisationen. Die Patienten haben noch keinen Zugriff auf ihr EDV-basiertes Patientendossier.

**Beginnen wir mit dem Wissen.** Wir benötigen dringend eine Vielfalt von Wissen und überzeugende Darstellungen des Wissens in der Öffentlichkeit. Eine Anwendung der ICNP bei den Patienten bedeutet immer auch eine Anwendung der ICNP im öffentlichen Raum, denn die Patienten sind Teil des öffentlichen Raums. Die ICNP bietet mit ihren Phänomenen, Interventionen und der Ueberprüfung der Outcomes (der Grösse der Pflegediagnose) ein umfassendes Repertoire an Beschreibungen des Wissens, der Inhalte und der Handlungsfelder der Pflege an. Solange pflegerisches Wissen als reduziertes medizinisches Wissen betrachtet wird, hat der Berufsstand Pflege ein reduziertes und damit bescheidenes eigenes Wissensrepertoire. Das Wissensrepertoire ist nicht nur klein, sondern auch zum Teil diffus und

---

<sup>1</sup> Gilt für beide Geschlechter

mit Wissen, welches aus anderen Professionen stammt, bestückt. Diese Situation verhindert, dass in der breiten Öffentlichkeit pflegerisches Wissen in strukturierter Form erkannt werden kann; es ist zur Zeit noch für weite Bereiche der Öffentlichkeit diffus und wenig fassbar. Die Fähigkeit zur Darlegung von Wissen ist ein Kennzeichen einer ausgereiften Profession. Auf diesem Hintergrund drängt sich die Akzeptanz und die Anwendung der ICNP als sprachlich strukturierte Klassifikation der Pflege dringend auf.

Wissensentwicklung findet häufig über die Forschung statt, deren Forschungsfragen sich sowohl aus der Praxis sowie aus der Theorie entwickeln. Sie ist in der Pflege noch in den Kinderschuhen und es besteht grosser Entwicklungsbedarf. Für die Bereitstellung und Publikation von Wissen aus Pflegeforschungen sind einzelne Pflegewissenschaftler<sup>1</sup> bemüht. Das berührt aber kaum die Kultur in der Pflege, dass Pflegeforschung und das daraus resultierende Wissen nicht immer von allen Berufskollegen<sup>1</sup> für nötig gehalten wird. Innerhalb und ausserhalb der Pflege kann hin und wieder die Frage wahrgenommen werden "warum braucht eine Pflegefachperson für das Ausleeren des Topfes (oder der Bettschüssel) ein pflegewissenschaftliches Studium, das kann doch Jeder". Vielleicht ist für viele innerhalb und ausserhalb der Profession Pflege die Pflegeforschung als Instrument zur Wissensentwicklung unklar. Damit Pflegeforschung überhaupt stattfinden kann, müssen Inhalte der Pflege benannt, bekannt und wenigstens teilweise anerkannt sein. Erst dann können sich anhand der Inhalte, z.B. anhand der ICNP, Forschungsfragen entwickeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ICNP nicht als abschliessendes Werk verstanden werden sollte, sondern in ihrer ersten Auflage eine Basis für weitere Entwicklungen bieten will.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Pflege muss sich mindestens zur Hälfte mit der überzeugenden Produktion und Darstellung von Wissen befassen und mit der anderen Hälfte mit Arbeitsbedingungen wie z.B. Zeit, Personalmenge und Lohnhöhe. Derzeit nehme ich die Öffentlichkeitsarbeit der Pflege mehrheitlich als die Bearbeitung von Aspekten wie Arbeitsbedingungen, Lohnfragen und der Bedrohung, dass gefährliche Pflege geleistet wird, wahr.

**Kommen wir zur Beurteilungstradition in der Pflege.** Die Pflege hat eine lange Beobachtungstradition, aber noch keine Beurteilungstradition (Chung und Nolan, 1994). In der Grundausbildung hiess das Fach "Krankenbeobachtung" und nicht etwa "Beobachtung und Beurteilung der Situation des Kranken aus pflegerischer Sicht". Die Schwierigkeit beginnt bereits mit der diffusen Festlegung was pflegerische Sicht denn eigentlich sei. Die pflegerische Sicht wird in der ICNP durch die Sammlung von Bezeichnungen und Begriffen in den beschriebenen Phänomene und Interventionen sprachlich abgesteckt, die Auffassung was Pflege sei und wie zu diagnostizieren sei, ist in der ICNP nicht enthalten (ICNP, 2003). Voraussetzung für die Anwendung der ICNP sind aber die Klärung und

Kenntnisse der Auffassung was Pflege ist und wie der diagnostische Prozess (z.B. nach Little und Carnevalli, 1976) anzuwenden ist. Beurteilung wird vermutlich diffus als diagnostizieren wahrgenommen und diagnostizieren ist eine Tätigkeit der Ärzte. Eine aussagekräftige Beurteilung der Situation des Patienten gemeinsam mit dem Patienten ist Voraussetzung für effektives Handeln und Erfolg. Die Profession Pflege muss diese Beurteilung lernen und für sich akzeptieren. Unter Beurteilung wird oft in diffuser Art Stigmatisierung und Verurteilung verstanden, beides als höchst subjektiven abwertenden Vorgang verstanden. Eine Beurteilung ist immer ein subjektives Vorgehen, je nachdem welche Beurteilungskriterien der Beurteiler auswählt und benutzt. Folgend dem Anspruch nach objektiven Messkriterien der früheren Lehrmeister –gemeint sind die Ärzte, die unter Pflegewissen häufig reduziertes medizinisches Wissen verstanden- wünscht Pflege für sich auch immer wieder die objektive Sicht auf die Dinge (Chung und Nolan, 1994, Closs, 1994). Das ärztliche Wissen befasst sich mit Krankheiten, und Krankheit wird hier als Manifestation von Anomalien auf zellulärer, geweblicher und organischer Ebene verstanden (Benner und Wrubel, 1997). Pflege befasst sich mit Krankheiten und mit Kranksein. Mit Kranksein sind die menschlichen Erfahrungen von Dysfunktion und Verlust gemeint (Benner und Wrubel, 1997). Wenn Krankheit und Kranksein nicht unterschieden werden, und wenn nur die Krankheit beurteilt wird, kommt es zur einseitigen vermeintlich objektiven Beurteilung von Patientensituationen. Aber ist das Erleben von Krankheit, das Kranksein, mit objektiven Messkriterien messbar? Fehlende Kenntnisse, wie in der Pflege diagnostiziert werden kann und diffuse Wahrnehmung was diagnostizieren ist, können als mögliche ausgewählte Erklärungen dienen, warum die ICNP und andere Pflegediagnosensammlungen bei den Pflegenden häufig Skepsis hervorruft.

**Die Entwicklung einer Kultur der ähnlichen Sprache und des Verstehens** ist ein dringendes Anliegen der ICNP. Unter dem Begriff Kultur kann hier folgendes verstanden werden: Inhalt und Art der Sprache und der Diskussionen, Aktivitäten der Praxis, Formen der Beziehungen und Organisation der Arbeit (McTaggart, 1991). Das klingt im ersten Moment sehr abstrakt, aber lassen wir uns auf die Begriffe Aktivitäten in der Praxis und die Beziehungen ein. Die Aktivitäten und Beziehungen untereinander im Team in der Praxis werden zukünftig gekennzeichnet sein von "lesenden, schreibenden, beurteilenden und handelnden diplomierten Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern". Wann bin ich eine "gute" diplomierte Pflegefachfrau und ein guter diplomierter Pflegefachmann? Seien wir ehrlich, eine gute Pflegefachperson ist dann "gut" wenn sie mit der Arbeit fertig wird (Johns, no date, 1992, 1994, 1995a, 1996b). Ich finde diese Erkenntnis erschreckend und habe deshalb reichlich "Beweisliteratur" angefügt. Die "lesende, schreibende, beurteilende und handelnde Pflegefachperson" wird mit Skepsis betrachtet und vermutlich nicht gerade gefördert im Alltag, arbeitet sie überhaupt? Verehrte Anwesende: diese Pflegefachperson arbeitet hart und muss sich zur Zeit noch gegen diese Vorurteile

durchsetzen. Hier kann die Veränderung nur im eigenen Kopf beginnen mit der Frage "wann betrachte ich mich selber als gute Pflegefachperson?". Die äusseren Umstände auf den Stationen sind ebenfalls nicht einladend: es fehlt häufig ein geeignetes Lesezimmer, die Stationszimmer sind häufig durchschaubare "Glaskästen", in denen es wie in einem Bienenhaus zu geht – die 24 Stunden Pflegefachperson lebt immer noch! Unter diesen Bedingungen kann nur wenig Konzentration für das Lesen, Schreiben und Beurteilen aufgebracht werden, selbst wenn dies in der Stellenbeschreibung verankert ist. Die Anwendung von Wissen aus Publikationen wie die ICNP ist demzufolge nicht so einfach. Wenn auf grund von neuem Wissen resultierend aus einer Ansammlung von ICNP-Phänomenen und Interventionen "altbewährte" Praktiken hinterfragt werden, kann die funktionierende Routine ins Wanken geraten. Alle dieses skizzierten Umstände dürfte die "Pflegewelt" verunsichern.

### Schlussfolgerung

Wir werden an der Novellierung, die uns die ICNP bietet, nicht vorbeikommen, wir müssen uns mit ihr befassen und unsere Vorurteile aktiv hinterfragen bzw. reflektieren. Nur so können wir gemeinsam die Profession Pflege weiter mit entwickeln. Und die Weiterentwicklung dürfte uns allen sehr am Herzen liegen! Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

### Literatur

Benner, P. and Wrubel, J. (1997) *Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*, Bern: Huber.

Chung, M.C. and Nolan, P. (1994) The influence of positivistic thought on nineteenth century asylum nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 19 (2), pp. 226-232.

Closs, J. (1994) What's so awful about science?, *Nurse Researcher*, 2 (2), pp. 69-83.

International Council of Nurses (ICN) (2003) ICNP® Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis, Bern: Huber.

Johns, C. (no date) *Model for structured reflection: 5<sup>th</sup> edition*, (no place): (no publisher), cited in *Exploring Expert Practice Study Guide*, p. 46.

Johns, C. (1992) Ownership and the harmonious team: barriers to developing the therapeutic nursing team in primary nursing, *Journal of Clinical Nursing*, 1 (2), pp. 89-94.

Johns, C. (1994) 'Constructing the Burford NDU model', in Johns, C. (editor) *The Burford NDU model: caring in practice*, Oxford: Blackwell Science, pp. 20-58.

Johns, C. (1995a) 'Achieving effective work as a professional activity' in Schober, J.E. and Hinchliff, S.M. (editors) *Towards advanced nursing practice: key concepts for health care*, London: Arnold, pp. 252-280.

## SBK-Kongress Montreux 20. Juni 2003

---

Johns, C. (1996b) Visualizing and realizing caring in practice through guided reflection, *Journal of Advanced Nursing*, 24 (6), pp. 1135-1143.

Little, D. and Carnevalli, D. (1976) *Nursing Care Planning*, (2<sup>nd</sup> edition), New York: Lippincott.

McTaggart, R. (1991) Principles for partizipatory action research, *Adult Education Quarterly*, 41 (3), pp. 168-187)

Rogers, M. (1997) `Futures thinking and futures research`, from *Canadian nursing in the year 2020: five futures scenarios*, Canadian Nurses Association, pp. 1-3.

Adresse der Referentin:  
Christina Holzer-Pruss, Pflegeexpertin MScN (c)  
Edenstrasse 8  
CH-8593 Kesswil  
T. + 41 71 463 69 41  
E-Mail: holzer\_pruss@bluewin.ch