



**Sterben in
Würde –
Palliative Care**

ICNP®

**Katalog aus der
Internationalen Klassifikation
für die Pflegepraxis (ICNP®)
2013**



**INTERNATIONAL
COUNCIL OF NURSES**

ICNP®-Katalog (2009) „*Palliative Care for Dignified Dying*“

Die Übersetzung verwendet die Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP® Version 3.0 aus 2011. Vom Originalkatalog aus 2009 abweichende Kodierungen sind aktualisiert.

Alle Rechte vorbehalten einschließlich Übersetzung in andere Sprachen.

Kein Bestandteil dieser Broschüre darf außerhalb des Urheberrechts in gedruckter Form, als Kopie oder in anderer Weise vervielfältigt werden. Gleiches gilt für die Verwendung in Datenbanken, Übertragung in andere Dateisysteme und den Verkauf ohne schriftliche Genehmigung durch ICN. Kurze Auszüge (< 300 Wörter) dürfen ohne Autorisierung unter Angabe von Quellenhinweisen verwendet werden.

Veröffentlicht Juni 2013

Verantwortliche Koordination und Redaktion für die German Speaking ICNP® User Group –
Deutschsprachige ICNP® Nutzergruppe:
Peter Tackenberg, BScN, MScN, E-Mail: tackenberg@dbfk.de

Übersetzungen:

für die Katalogtexte: Monika Simon, Southampton, UK, Peter Tackenberg

für die ICNP®: Peter Tackenberg, Alexander Mitrovic und die Deutschsprachige ICNP® Nutzergruppe

Das **ICNP® Accredited Research and Development Center** wird in Kooperation der Berufsverbände DBfK, ÖGKV und SBK betrieben, die Postadresse ist der DBfK-Bundesverband Berlin Direktor Peter König, Hochschule Furtwangen, E-Mail: Peter.Koenig@hs-furtwangen.de
Ansprechpartner: Peter Tackenberg (DBfK), Franziska Perhab (ÖGKV), Lucien Portenier (SBK)

Gemeinsame Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK

Alt-Moabit 91, D-10559 Berlin, Tel.: +49 (0) 30 219 15 70, E-Mail: dbfk@dbfk.de

Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband - ÖGKV

Wilhelminenstraße 91/IIe, A-1160 Wien, Tel.: +43 (1) 478 27 10, E-Mail: office@oegkv.at

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK

Choisystrasse 1, Postfach 8124, CH-3001 Bern, Tel.: + 41 (0) 31 388 36 36, E-Mail: info@sbk-asi.ch

Copyright © 2009 by International Council of Nurses – ICN
3, place Jean-Marceau, CH-1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95065-68-0

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	3
<i>Danksagung, Mitwirkende und Gutachter für diesen ICNP® Katalog</i>	3
<i>Hintergrund</i>	4
<i>Bedeutung für die Pflege</i>	4
<i>Rahmenstruktur des ICNP® Katalogs Sterben in Würde – Palliative Care</i>	5
<i>ICNP® Aussagen zum Sterben in Würde – Palliative Care</i>	6
<i>Benutzung des Katalogs</i>	18
<i>Zusammenfassung</i>	19
<i>Literatur</i>	19
<i>Anhänge</i>	21
<i>Anhang A: ICNP© Kodierungen für Diagnosen und Ergebnisse</i>	22
<i>Anhang B: ICNP© Kodierungen für Interventionen</i>	26
<i>Anhang C: ICNP® Catalogue User Survey</i>	30

Danksagung

Der ICN bedankt sich bei hunderten Pflegefachpersonen¹ und anderen Expertinnen und Experten² weltweit, die zur fortlaufenden Entwicklung und Verbreitung der ICNP® beitragen.

Mitwirkende und Gutachter für diesen ICNP® Katalog

Erstellung³:

- Ardith Z. Doorenbos, PhD, RN, Assistant Professor at the University of Washington School of Nursing, Seattle, Washington, USA
- Kay Jansen, MSN, PMHCNS-BC, RN, Clinical Assistant Professor at the University of Wisconsin-Milwaukee College of Nursing, Milwaukee, Wisconsin, USA.
- Rhonda P. Oakes, RN, CHPN, Clinical Informatics Director at Caris Healthcare, LP, Knoxville, Tennessee, USA
- Sarah A. Wilson, PhD, RN, Associate Professor and Director, Institute for End-of-Life Care Education at Marquette University College of Nursing, Milwaukee Wisconsin, USA

Begutachtung:

Murat Abazi (Kosovo), Gail Chambers (USA), Bruno Fonseca (Portugal), Jan Marie Graham (Kanada), Yi-fang Yvonne Hsiung (USA), Kae-Hwa Jo (Korea), Susan McCleMET (Kanada), Bonnie Morgan (USA), Stephanie Myers (USA), Margaret O'Connor (Australien), Carol Ott (USA), Stephanie Myers Schim (USA), Dena Jean SuterMaster (USA), Theresa Wadas (USA)

¹ Registrierte Pflegefachpersonen sind Personen, die eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben. Sie sind berechtigt, in ihrem Land den Pflegeberuf auszuüben (vgl. ICN-Statuten, Art. 6). In der Schweiz sind dies Pflegefachfrauen und -männer, in Österreich Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, Diplomierte Kinderkrankenschwester/-pfleger, Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger; in Deutschland Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen.

² Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

³ Die Erstellung dieses Katalogs war eine Gemeinschaftsarbeit. Die Reihenfolge der Autoren lässt keine Rückschlüsse auf die jeweiligen Beiträge zu.

Hintergrund

Die ICNP® ist eine Terminologie, die die Standardisierung der Pflegedokumentation am Ort der Leistungserbringung unterstützt. Die daraus resultierenden datenbasierten Informationen können zur Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung, zur finanziellen Vorausplanung, zur Analyse der Patientenergebnisse sowie zur strategischen Entwicklung genutzt werden. Die ICNP® Strategic Advisory Group (Beirat der ICNP®) und viele andere mit der ICNP® verbundene, hochqualifizierte Pflegefachpersonen haben erkannt, dass den Pflegefachpersonen, die mit Patienten oder Klienten in bestimmten Fachgebieten Versorgungsbereichen arbeiten, handhabbare Teilsätze der ICNP®-Terminologie zur Verfügung stehen sollten.

Der Zweck eines Katalogs liegt darin, die ICNP® zu einem nützlichen Instrument für die Pflege am Ort der Leistungserbringung zu machen (ICN 2008). Die Kataloge ermöglichen es den Pflegefachpersonen, die ICNP® einfacher in ihren beruflichen Alltag in einem bestimmten Fachbereich (z.B. ambulante Krebstherapie, Palliativpflege) oder in einem bestimmten Themenfeld der Pflege (Adhärenz, Schmerztherapie, Harninkontinenz) oder in die Arbeit mit Betroffenen, die gesundheitliche Einschränkungen oder besondere Krankheitsverläufe haben (z.B. Diabetes, Depression), zu integrieren.

Kataloge können das klinische Urteilsvermögen der Pflegefachperson nicht ersetzen. Pflegefachpersonen können jedoch den Katalog als Bezugsinstrument für die Dokumentation und Reflexion ihrer pflegerischen Tätigkeit nutzen. Das klinische Urteilsvermögen und die Entscheidungsfindung durch Pflegefachpersonen sind für die individuelle Pflege von Patienten und deren Familien unersetzlich und können keinesfalls von einem Werkzeug ersetzt werden.

Bedeutung für die Pflege

Die Würde des Menschen ist ein grundlegender Wert in der professionellen Pflegepraxis. (ANA 2005; ICN 2006a). Das Konzept der Würde in der palliativen Pflege wurde von Street und Kissane (2001) mittels einer Konzeptanalyse untersucht. Sie kamen zur Schlussfolgerung, dass Würde in die sozialen Beziehungen zwischen Patienten und ihren Familien eingebunden ist. In einer Übersichtsarbeit zum Thema „Sterben in Würde“ entwickelten Rankin und Kollegen (1998) ein Indikatorenset, um zu messen, inwiefern es dem Patienten in Bezug auf sein persönliches Wohlbefinden und unter Aufrechterhaltung der Selbstbestimmtheit am Ende des Lebens möglich sei, würdevoll zu sterben.

Der Begriff Palliative Care wird oft synonym mit Sterbebegleitung gebraucht. Die Weltgesundheitsorganisation WHO (2006) hat Palliative Care definiert als einen Ansatz, „... mit dem die Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, fehlerloser Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“ (Übersetzung Sabine Pleschberger)

Palliative Care ist sowohl eine Philosophie als auch ein differenziert strukturiertes System der Versorgung. Die Versorgung übernimmt ein multidisziplinäres Team, das aus Ärzten, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitern, Geistlichen und anderen professionellen Dienstleistern und Laienpflegenden zusammengesetzt ist. Palliative Care kann den Patienten, gleich welchen Alters, und ihren Angehörigen in allen Versorgungsbereichen während der Diagnose, Behandlung, Heilung oder Tod bis hin zur Trauer in der Familie zur Verfügung gestellt werden. Die Linderung des Leidens ist einer der Eckpfeiler guter Palliative Care (ICN 2006b). Palliative Care Programme haben in den letzten Jahren aufgrund höherer Patientenzahlen mit chronischen und lebensbedrohlichen Krankheiten sowie einem gestiegenen Interesse der Familien, an den anstehenden Entscheidungen über die Pflege am Lebensende ihrer Angehörigen beteiligt zu sein, stark zugenommen.

Rahmenstruktur des ICNP® Katalogs Sterben in Würde – Palliative Care

Der Zweck dieses Katalogs liegt darin,

- Pflegefachpersonen dazu anzuleiten, ein würdiges Sterben im Rahmen der Palliative Care und
- die systematische Pflegedokumentation durch den Gebrauch der ICNP® zu unterstützen.

Die ICNP® macht den Klienten zum Ziel einer Pflegediagnose und gleichzeitig zum Empfänger einer pflegerischen Maßnahme (ICN 2005). Basierend auf der Rahmenstruktur für ICNP® Kataloge (ICN 2008) richtet sich der vorliegende Katalog auf Betroffene im Sterbeprozess sowie deren Familien und Bezugspersonen. Der vorrangige Aspekt der Gesundheit ist dabei Palliativ Care für ein Sterben in Würde, eine Dienstleistung und ein wichtiges Fachgebiet der Pflege weltweit.

Das Modell zum Erhalt der Würde (Original: *Dignity-Conserving Model of Care*, Chochinov 2002; Chochinov 2006; Chochinov et al. 2002) wurde zur Organisation von Diagnosen, Interventionen und Ergebnissen in diesem Katalog benutzt. Dieses Modell zum Erhalt der Würde unheilbar Erkrankter (siehe Tabelle 1) basiert auf einer qualitativen Studie mit sterbenden Patienten. „Die Bereitstellung von qualifizierter und sensibler Pflege am Ende des Lebens erfordert es, dass das Gesundheitspersonal die Würde aus der Perspektive der Patienten betrachtet“ (McClement et al. 2004, p.173).

Tabelle 1: Modell zum Erhalt der Würde

Hauptkategorien der Würde, Themenbereiche und untergeordnete Themen		
<i>Krankheitsspezifische Belastungen</i>	<i>Würde bewahrende individuelle Ressourcen</i>	<i>Würde beeinflussende soziale Bereiche</i>
	Würde bewahrende Perspektiven	
Grad der Unabhängigkeit	• Kontinuität des Selbstgefühls	persönliche Grenzen
• Kognitive Kapazität	• Erhalt der Rollenfunktion	Soziale Unterstützung
• Funktionsfähigkeit	• Vermächtnis	Einstellung gegenüber der Behandlung und dem Patienten
Symptombeschwerden	• Aufrechterhalten des Stolzes	
• Körperliche Beschwerden	• Hoffnung	Belastung für andere
• psychische Belastung	• Autonomie / Kontrolle	Sorge um die Hinterbliebenen
○ Medizinische Unsicherheit	• Akzeptanz	
○ Todesangst	• Widerstandskraft	
	Würde bewahrendes Verhalten	
	• Leben im Hier und Jetzt	
	• Aufrechterhalten der Normalität	
	• Suche nach spirituellem Trost	

Quelle: Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M (2006). Dignity in the Terminally Ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3): 666-672. The publisher for this copyrighted material is Mary Ann Liebert, Inc. publishers. Used with permission.

Das Modell zum Erhalt der Würde beschreibt drei Themenbereiche und jeweils untergeordnete Themen in Bezug auf die Würde am Ende des Lebens:

- *Krankheitsspezifische Belastungen:* basierend auf dem Grad der Unabhängigkeit sowie den Beschwerden, die die Symptome verursachen, resultieren diese Sorgen direkt aus der Krankheitserfahrung (z.B. das Bedürfnis nach Trost)
- *Würde bewahrende individuelle Ressourcen:* bestehen aus den Perspektiven, die die Patienten für sich selbst sehen, die ihnen helfen, ihren Sinn für Würde zu bewahren und die Art und Weise, wie Patienten versuchen, ihren Sinn für Würde im Angesicht einer lebensbedrohlichen Krankheit zu bewahren bzw. zu unterstützen.
- *Würde beeinflussende soziale Bereiche:* setzt sich aus den verschiedenen, "...für den Patienten externen Faktoren zusammen, die die Art und Weise sowie die Qualität der Interaktion mit anderen dahingehend beeinflussen, dass die Würde entweder gestärkt oder geschwächt wird" (beispielsweise Respekt und Mitgefühl von anderen zu bekommen). (McClement et al. 2004, p.177).

Pflegefachpersonen benutzen das Konzept des würdigen Sterbens, um dadurch ein positives Ergebnis oder auch Ziel der Palliativ Care darzustellen. Sterbende Menschen und ihre Familien verdienen eine kompetente, kulturell angemessene und mitfühlende Pflege am Ende des Lebens. Pflegeinterventionen, die das würdevolle Sterben unterstützen, unterscheiden sich in verschiedenen Kulturen (Braun et al. 2000; Gelfand et al. 2005). Pflegeinterventionen, die das würdevolle Sterben unterstützen, wurden aus der Perspektive von Advanced Practice Nurses (Volker et al. 2004) und bei Pflegefachpersonen, die am End of Life Nursing Education Consortium, ELNEC (sinngemäß: Konsortium für Weiterbildung in der Palliativpflege) in den USA teilgenommen haben (Wilson et al. 2006), untersucht. Diese Untersuchung fand drei Bereiche, die Patienten am Ende des Lebens dabei unterstützt, Kontrolle zu bewahren und Trost zu erfahren:

- Schlechte Nachrichten in den Kontext von Wahlmöglichkeiten einzubetten
- Körperliche Pflege und seelische Bedürfnisse in Einklang zu bringen, und
- Pflegedienste und -systeme im erforderlichen Ausmaß zur Verfügung zu stellen

Diese Themenbereiche, zusammen mit dem Modell zum Erhalt der Würde, können kulturübergreifend relevante Pflegediagnosen, Interventionen und Ergebnisse bereitstellen, die Palliative Care im Sinne des Sterbens in Würde unterstützen.

ICNP® Aussagen zum Sterben in Würde – Palliative Care

Durch die Auflistung der ICNP® Aussagen für Diagnosen, Ergebnisse und Interventionen in der palliativen Pflegeversorgung schließt dieses Kapitel eine bestehende Lücke. Die unten aufgeführte Liste zielt darauf ab, möglichst umfassend zu sein, wenngleich sie diesem komplexen Themengebiet nicht vollständig gerecht werden kann. Es ist beabsichtigt, dass die Aussagen lediglich als Beispiele dienen und nicht als Vorschriften für die pflegerische Praxis genutzt werden. Kataloge können nicht das klinische Urteil einer professionellen Pflegefachperson ersetzen.

Die Anordnung der Aussagen orientiert sich an den drei Themenbereichen des Modells zum Erhalt der Würde: Krankheitsspezifische Belastungen, Würde bewahrende individuelle Ressourcen und die die Würde beeinflussenden sozialen Bereiche. Jedes Thema hat untergeordnete Themen, in denen die Aussagen genauer zugeordnet werden (Tabelle 2).

Pflegediagnosen und Pflegeergebnisse werden in jeder Untergruppe aufgeführt. Pflegeergebnisse sind das Maß oder der Zustand einer Pflegediagnose zu verschiedenen Zeitpunkten, nachdem eine Pflegeintervention stattgefunden hat (ICN 2001). Im vorliegenden Katalog werden sie unter der

Überschrift Diagnosen und Ergebnisse aufgeführt. Diese Konzepte würden gemäß der üblichen Praxis in der Krankenakte der Klienten dokumentiert werden. Beispielsweise kann die Aussage „Wissen bezüglich der medikamentösen Behandlung“ als Diagnose oder als Ergebnis identifiziert werden.

Pflegeinterventionen werden innerhalb jeder Untergruppe des Modells zum Erhalt der Würde ebenfalls alphabetisch aufgeführt. Das Modell ist eine nützliche Anleitung im Hinblick auf die Organisation von ICNP® Aussagen. Die Interventionen sind nicht notwendigerweise auf ein bestimmtes Thema oder untergeordnetes Thema des Modells begrenzt. Ebenso könnten Diagnosen und Interventionen in Abhängigkeit des vorgegebenen Rahmens oder des kulturellen Kontextes der jeweiligen Klienten, Pflegedienstleister und der Pflegeumgebung verschiedenen Subthemen eines Modells zugeordnet werden.

Tabelle 2: Diagnosen, Ergebnisse und Interventionen zum Katalog Sterben in Würde – Palliative Care

KRANKHEITSSPEZIFISCHE BELASTUNGEN
GRAD DER UNABHÄNGIGKEIT: KOGNITIVE KAPAZITÄT
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU KOGNITIVER KAPAZITÄT
• beeinträchtigte Erkenntnis
• akute Verwirrtheit
• chronische Verwirrtheit
• verminderte Verwirrung
• Delirium
• Risiko eines Deliriums
• beeinträchtigt Gedächtnis
• gestörter Denkprozess
INTERVENTIONEN ZU KOGNITIVER KAPAZITÄT
• beurteilen der Erkenntnis
• implementieren der Validation als Therapie
• Priorisierung der Verordnungen
• Gebrauch von Gedächtnisstützen fördern
• Realitätsorientierungstraining anbieten
GRAD DER UNABHÄNGIGKEIT: FUNKTIONSFÄHIGKEIT
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU FUNKTIONSFÄHIGKEIT
• beeinträchtigte Fähigkeit zu baden
• Aktivitätsintoleranz
• Risiko der Aktivitätsintoleranz
• beeinträchtigt Kleiden und Haar, Nagel- und Zahnpflege
• beeinträchtigte Gesundheitsvorsorge
• Selbstpflegedefizit
• beeinträchtigte eigenständige Nahrungsaufnahme
• Unfähigkeit Eigenhygiene zu wahren
• beeinträchtigte Fähigkeit selbst die Toilette zu benutzen

KRANKHEITSSPEZIFISCHE BELASTUNGEN

INTERVENTIONEN ZU FUNKTIONSFÄHIGKEIT

- beurteilen der Fähigkeiten
- beurteilen der Selbstpflege
- Selbstpflege fördern
- Sicherheitsvorrichtung anbieten
- überweisen zur Beschäftigungstherapie
- überweisen zur Physiotherapie

SYMPTOMBESCHWERDEN: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN

- körperliche Unruhe / Agitation
- beeinträchtigt Atemmusters
- bequem / behaglich
- Obstipation
- Dehydrierung
- Diarrhöe
- Beschwerden
- Halluzination
- Risiko zur Infektion
- Risiko zur Verletzung
- Übelkeit
- beeinträchtigt Ernährungsstatus
- Schmerz
- Schmerzkontrolle
- akuter Schmerz
- chronischer Schmerz
- veränderte Wahrnehmung
- Dekubitus
- Rastlosigkeit
- beeinträchtigte sexuelle Funktion
- beeinträchtigte Hautintegrität
- angemessener Schlaf
- beeinträchtigt Schlaf
- Symptomkontrolle
- Harninkontinenz
- Erbrechen

INTERVENTIONEN ZU KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN

- Verabreichung von Schmerzmedikation
- beurteilen der Kontrolle von Schmerz

KRANKHEITSSPEZIFISCHE BELASTUNGEN

INTERVENTIONEN ZU KÖRPERLICHEN BESCHWERDEN (FORTSETZUNG)

- beurteilen des Ess- oder Trinkverhaltens
- beurteilen der Umwelt
- beurteilen des Schmerzes
- beurteilen des körperlichen Wohlbefindens*
- beurteilen der Sturzgefahr
- beurteilen der Anfälligkeit für Infektion
- beurteilen der Symptomkontrolle
- beurteilen traditioneller Therapieformen
- zusammenarbeiten bei der Einleitung einer durch den Patienten kontrollierten Analgesie
- zusammenarbeiten bei der diätetischen Verordnung
- zusammenarbeiten bei der Flüssigkeits- oder Elektrolyttherapie*
- Zusammenarbeit mit Apotheker
- Zusammenarbeit mit Arzt
- sich zum Schmerzmanagement beraten lassen
- Sturzprophylaxe demonstrieren
- zur Ruhe ermutigen
- umweltbezogene Sicherheitshandhabungen
- evaluieren der Reaktion auf Flüssigkeitstherapie
- evaluieren der Reaktion auf Medikation
- Schmerzrichtlinie implementieren
- Handhabung von diätetischen Verordnungen
- Handhabung von verordneten Bewegungsübungen
- Handhabung der Medikation
- Handhabung von medikamentösen Verordnungen
- Handhabung von Schmerz
- Handhabung von Verordnungen
- überwachen des physiologischen Status
- überwachen des respiratorischen Status
- veränderte Wahrnehmung beobachten
- lagern des Patienten
- unterstützen der Benutzung traditioneller Behandlung / Therapie
- über diätetische Erfordernisse unterrichten
- über den Sterbeprozess unterrichten
- über Schmerzmanagement unterrichten
- über Ernährung unterrichten
- Sturzprävention unterrichten
- unterrichten der Familie über diätetische Verordnung
- Sicherheitsmaßnahmen unterrichten

KRANKHEITSSPEZIFISCHE BELASTUNGEN
SYMPTOMBESCHWERDEN: PSYCHISCHE BELASTUNG
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU PSYCHISCHER BELASTUNG
• Adhärenz bezüglich der Ernährungsverordnung
• Adhärenz bezüglich der Medikation
• Adhärenz bezüglich der vorbeugenden Schutzmaßnahmen
• defensiver Bewältigungsprozess
• leugnen
• Depression
• Fatigue
• Furcht
• vorwegnehmende Trauerreaktion
• gestörte Trauerreaktion
• angemessenes Wissen
• Mangel an Wissen
• Wissen über Erkrankung (pathologischen Prozess)
• Mangel an Wissen über Erkrankung
• Wissen über medikamentöse Verordnung
• Mangel an Wissen über medikamentöse Verordnung
• Wissen über Behandlungsverordnung
• Mangel an Wissen über Behandlungsverordnung
• psychologisches Wohlbefinden*
• beeinträchtigtes psychologisches Wohlbefinden*
• Behandlungerschöpfung
INTERVENTIONEN ZU PSYCHISCHER BELASTUNG
• beurteilen der Einstellung zur Medikamentenhandhabung
• beurteilen der Leugnung
• beurteilen der Depression
• beurteilen der Fatigue
• beurteilen der Furcht
• beurteilen der Furcht vor dem Tod
• beurteilen des Kammers
• beurteilen der Reaktion auf Unterricht
• beurteilen des psychologischen Wohlbefindens*
• Medikamentenverabreichung demonstrieren
• Entspannungsmethode demonstrieren
• Beziehung herstellen
• evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung
• evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung zur Medikation

KRANKHEITSSPEZIFISCHE BELASTUNGEN

INTERVENTIONEN ZU PSYCHISCHER BELASTUNG (FORTSETZUNG)

- evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung zur Ernährung
- evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung zu Schmerz
- evaluieren der psychosozialen Reaktion auf den Versorgungsplan
- anbieten emotionaler Unterstützung
- unterstützen des Trauerprozesses
- psychologischen Status unterstützen
- über Erkrankung unterrichten
- über Medikation unterrichten
- über Behandlungsverordnung unterrichten

WÜRDE BEWAHRENDE INDIVIDUELLE RESSOURCEN
WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN
WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: KONTINUITÄT DES SELBSTGEFÜHLS
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU KONTINUITÄT DES SELBSTGEFÜHLS
<ul style="list-style-type: none"> • gestörtes Körperverständnis • gestörte persönliche Identität • positive persönliche Identität • Bereitschaft für positives Selbstverständnis
INTERVENTIONEN ZU KONTINUITÄT DES SELBSTGEFÜHLS
<ul style="list-style-type: none"> • zur positiven Bestätigung ermutigen • Fähigkeiten bekräftigen • persönliche Identität bekräftigen
WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: ERHALT DER ROLLENFUNKTION
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZUM ERHALT DER ROLLENFUNKTION
<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigte Haushaltsführung • unterbrochener Familienprozess • Elternstress • wirksame Kindererziehung • beeinträchtigte Rollenausübung
INTERVENTIONEN ZUM ERHALT DER ROLLENFUNKTION
<ul style="list-style-type: none"> • beurteilen der Rolle • erleichtern der Fähigkeit eine Rolle auszuüben
WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: AUFRECHTERHALTEN DES STOLZES
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU AUFRECHTERHALTEN DES STOLZES
<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Stolz • positiver Stolz • chronisch herabgesetztes Selbstwertgefühl • positives Selbstwertgefühl • situativ herabgesetztes Selbstwertgefühl • negatives Selbstverständnis • positives Selbstverständnis
INTERVENTIONEN ZU AUFRECHTERHALTEN DES STOLZES
<ul style="list-style-type: none"> • beurteilen des Selbstwertgefühl • beurteilen des Selbstverständnisses • Selbstwertgefühl fördern • Errungenschaften bekräftigen

WÜRDE BEWAHRENDE INDIVIDUELLE RESSOURCEN

WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: HOFFNUNG / VERMÄCHTNIS

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU HOFFNUNG / VERMÄCHTNIS

- Hoffnung
- Hoffnungslosigkeit
- Mangel an Bedeutung

INTERVENTIONEN ZU HOFFNUNG / VERMÄCHTNIS

- beurteilen der Erwartungen
- implementieren einer Erinnerungstherapie
- Hoffnung fördern

WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: AUTONOMIE / KONTROLLE

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU AUTONOMIE / KONTROLLE

- Entscheidungskonflikt
- Machtlosigkeit
- verminderte Machtlosigkeit
- herabgesetzte Selbstwirksamkeit
- positive Selbstwirksamkeit

INTERVENTIONEN ZU AUTONOMIE / KONTROLLE

- beurteilen des Selbstvertrauens
- einbeziehen in den Entscheidungsprozess
- kulturellen Glauben schützen
- Schützen des religiösen Glaubens
- Vorrangigkeit bekräftigen
- Selbstvertrauen festigen
- Entscheidungsfindungsprozess unterstützen
- unterstützen des familiären Entscheidungsprozesses

WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: AKZEPTANZ

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU AKZEPTANZ

- beeinträchtigte Akzeptanz des Gesundheitsstatus
- beeinträchtigte Anpassung

INTERVENTIONEN ZU AKZEPTANZ

- beurteilen der Akzeptanz des Gesundheitsstatus
- beurteilen der Einstellung gegenüber Krankheit
- beurteilen der Einstellung gegenüber Behandlungsverordnung
- erleichtern der Fähigkeit über den Sterbeprozess zu sprechen

WÜRDE BEWAHRENDE INDIVIDUELLE RESSOURCEN
WÜRDE BEWAHRENDE PERSPEKTIVEN: WIDERSTANDSKRAFT
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU WIDERSTANDSKRAFT
<ul style="list-style-type: none"> • wirksame Bewältigung
<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigte Bewältigung
<ul style="list-style-type: none"> • Wirksamer Bewältigungsprozess in der Familie
<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigte Bewältigung in der Familie
<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft für wirksame Bewältigung in der Familie
INTERVENTIONEN ZU WIDERSTANDSKRAFT
<ul style="list-style-type: none"> • beurteilen der Bewältigung
<ul style="list-style-type: none"> • beurteilen der Bewältigung in der Familie
WÜRDE BEWAHRENDES VERHALTEN
WÜRDE BEWAHRENDES VERHALTEN: LEBEN IM HIER UND JETZT
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU LEBEN IM HIER UND JETZT
<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit Freizeitaktivitäten auszuführen
<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor dem Tod
<ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit Freizeitaktivitäten auszuführen
INTERVENTIONEN ZU LEBEN IM HIER UND JETZT
<ul style="list-style-type: none"> • beraten über Furcht
<ul style="list-style-type: none"> • beraten über Hoffnung
<ul style="list-style-type: none"> • implementieren einer Ablenkungstherapie
WÜRDE BEWAHRENDES VERHALTEN: AUFRECHTERHALTEN DER NORMALITÄT
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU AUFRECHTERHALTEN DER NORMALITÄT
<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigte Anpassung
<ul style="list-style-type: none"> • soziales Wohlbefinden*
<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigt soziales Wohlbefinden*
INTERVENTIONEN ZU AUFRECHTERHALTEN DER NORMALITÄT
<ul style="list-style-type: none"> • implementieren einer Humorthherapie
<ul style="list-style-type: none"> • soziales Wohlbefinden fördern*
WÜRDE BEWAHRENDES VERHALTEN: SUCHE NACH SPIRITUELLEM TROST
DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU SUCHE NACH SPIRITUELLEM TROST
<ul style="list-style-type: none"> • widersprüchlicher religiöser Glaube
<ul style="list-style-type: none"> • widersprüchliche spirituelle Glaubensvorstellungen
<ul style="list-style-type: none"> • seelisches Leid
<ul style="list-style-type: none"> • vermindertes seelisches Leid
<ul style="list-style-type: none"> • seelisches Wohlbefinden*
<ul style="list-style-type: none"> • Leiden

WÜRDE BEWAHRENDE INDIVIDUELLE RESSOURCEN

INTERVENTIONEN ZU SUCHE NACH SPIRITUELLEM TROST

- beurteilen des spirituellen Glaubens
- beurteilen des spirituellen Glaubens der Familie
- beurteilen des seelischen Wohlbefindens*
- beraten über seelisches Leid
- Privatsphäre für spirituelles Verhalten anbieten
- anbieten seelischer Unterstützung
- überweisen zu religiösem Angebot
- Glauben unterstützen
- spirituelle Rituale unterstützen

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE: PERSÖNLICHE GRENZEN

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU PERSÖNLICHE GRENZEN

- Privatsphäre
- Mangel an Privatsphäre

INTERVENTIONEN ZU PERSÖNLICHE GRENZEN

- erklären der Patientenrechte
- aufrechterhalten der Würde und Privatsphäre
- Grenzsetzung fördern
- schützen der Vertraulichkeit
- schützen der Patientenrechte
- Privatsphäre anbieten

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE: SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

- Belastung von Pflegenden / Betreuenden
- Risiko für Stress der / des Betreuenden / der / des Pflegenden
- beeinträchtigte Fähigkeit der Familie in der Handhabung von Verordnungen
- widersprüchliche (negative) familiäre Einstellung
- beeinträchtigter Familienprozess
- soziale Isolation
- Mangel an sozialer Unterstützung
- beeinträchtigtes Sozialisieren
- herabgesetztes Vertrauen

INTERVENTIONEN ZU SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

- beurteilen der Belastung von Pflegenden / Betreuenden
- beurteilen der sozialen Unterstützung
- Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter
- Vertrauen herstellen
- Zugang zu Behandlung erleichtern
- Soziale Unterstützung fördern
- der Familie vorausschauende Anleitung anbieten
- anbieten sozialer Unterstützung
- Familienmitgliedern über den Status berichten
- unterstützen des familiären Trauerprozesses
- Familie über Behandlungsverordnung unterrichten

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE: EINSTELLUNG GEGENÜBER DER BEHANDLUNG UND DEM PATIENTEN

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU EINSTELLUNG GEGENÜBER DER BEHANDLUNG UND DEM PATIENTEN

- Fähigkeit zu pflegen / betreuen
- negative Einstellung des / der Pflegenden / Betreuenden
- positive Einstellung des / der Pflegenden / Betreuenden

INTERVENTIONEN ZU EINSTELLUNG GEGENÜBER DER BEHANDLUNG UND DEM PATIENTEN

- versichern der Versorgungskontinuität
- Einstellung gegenüber Versorgung identifizieren
- unterstützen der Pflegenden / Betreuenden
- unterrichten der Familie über Delirium
- Familie über Krankheit unterrichten

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE: BELASTUNG FÜR ANDERE

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU BELASTUNG FÜR ANDERE

- positive Fähigkeit Selbstpflege durchzuführen
- unangemessenes Einkommen
- Mangel an Transportmöglichkeit

INTERVENTIONEN ZU BELASTUNG FÜR ANDERE

- Transportdienst organisieren
- beurteilen der Angst für andere eine Belastung darzustellen
- sich vom häuslichen Pflegedienst beraten lassen

WÜRDE BEEINFLUSSENDE SOZIALE BEREICHE: SORGE UM DIE HINTERBLIEBENEN

DIAGNOSEN UND ERGEBNISSE ZU SORGE UM DIE HINTERBLIEBENEN

- Angst
- Kummer

INTERVENTIONEN ZU SORGE UM DIE HINTERBLIEBENEN

- beurteilen kultureller Glaubensmuster
- erleichtern der Fähigkeit Gefühle zu kommunizieren
- überweisen zum Bestattungsdienst
- überweisen zum Rechtsdienst

Benutzung des Katalogs

Wenn Pflegefachpersonen die ICNP® in ihre klinische Praxis integrieren, können Kataloge Inhalte und Informationen über einen vorrangigen Aspekt der Gesundheit wie hier palliative Pflege bieten. Aussagen über Diagnosen, Ergebnisse und Interventionen können als Startpunkte für die Pflegedokumentation verwendet werden. Der Pflegekontext (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim etc.) und das Dokumentationsmedium (z.B. Papier, elektronische Patientenakte) beeinflussen, welche Items ausgewählt werden und inwieweit diese durch neue Aussagen erweitert werden.

Die Anhänge A und B enthalten Listen der ICNP® Aussagen mit ihren eindeutigen Identifikationsnummern (Kodierungen). Die Nutzer werden oftmals Anpassungen der Aussagen hinsichtlich Diagnose, Intervention und Ergebnis vornehmen (z.B. durch zusätzliche Kriterien = qualifiers), so dass sie bestmöglich an den Ort der Leistungserbringung angepasst sind.

Pflegefachpersonen und deren Kooperationspartner für Gesundheitssysteme, die die ICNP® in elektronischen Patientenakten nutzen, unterstützen die Nachfrage nach Katalogen (subsets) der ICNP® Begriffe als eine Möglichkeit, den umfangreichen Inhalt des spezifischen Pflegebereichs abzubilden. Die Richtlinien für die Entwicklung des ICNP® Kataloges (2008) können ebenfalls dabei helfen, diesen Katalog an die speziellen lokalen Bedürfnisse anzupassen.

Zusammenfassung

Der ICNP®-Katalog dient dazu, die Benutzung und Anwendung der ICNP® in der Praxis zu unterstützen. Palliativ Care für ein würdiges Sterben ist ein vielschichtiger Prozess für Pflegefachpersonen und andere interdisziplinäre Teammitglieder. Die Entwicklung von pflegerischen Behandlungsplänen, die Pflegedokumentation und weiterführende Forschung kann durch die Einführung der ICNP® zur Dokumentation, Speicherung und Abfrage von Gesundheitsdaten in Gesundheitssystemen unterstützt werden.

Das ICNP®-Programm wird von Ihrer Rückmeldung zu diesem Katalog profitieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen in Anhang C aus und reichen Sie ihn ein.

Weitere Informationen über ICNP® sind beim ICN über die Homepage verfügbar:
<http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>

Bitte kontaktieren Sie das ICN eHealth Programme:

- um eine Erlaubnis, ICNP® zu nutzen oder um Ihr Interesse an einer Rezension oder Weiterentwicklung des ICNP® Katalogs zu bekunden;
- für verwendbare Dateien der ICNP® Begriffe mit eindeutigen Kodierungen für diese oder andere ICNP® Kataloge.

Kontakt über

Amy Amherdt
ICN eHealth Programme
University of Wisconsin - Milwaukee College of Nursing
P.O. Box 413 Milwaukee
WI 53201-0413
USA

Telephone: +414 229 5501
Fax: +414 229 6474
E-mail : aamherdt@uwm.edu

Literatur

- American Nurses Association (ANA) (2005). *Code of ethics for nurses with interpretative statements*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Braun KL, Pietsch JH & Blanchette PL (Eds.) (2000). *Cultural issues in end-of-life decision making*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chochinov HM (2002). Dignity-conserving care-a new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *JAMA* 287, 2253-2260.
- Chochinov HM (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 56, 84-103.
- Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M (2002). Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Social Science and Medicine* 54(3), 433-443.
- Chochinov HM, Kristjanson L, Hack TF, Hassard T, McClement S & Harlos M (2006). *Journal of Palliative Medicine* 9(3), 666-672.
- Gelfand DE, Raspa R, Briller SH & Schim SM (Eds.) (2005). *End of life stories: Crossing disciplinary boundaries*. New York: Springer.

- International Council of Nurses (ICN) (2001). *ICNP® Beta 2 Version*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (ICN) (2005). *International Classification for Nursing Practice-Version 1.0*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (ICN) (2006a). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (ICN) (2006b). *Nursing Matters Fact Sheet: Palliative Care*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/8b_FS-Palliative_Care.pdf (accessed 2 June 13).
- International Council of Nurses (ICN) (2008). *Guidelines for ICNP® Catalogue Development*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- McClement SE, Chochinov HM, Hack TF, Kristjanson LJ & Harlos M (2004). Dignity-conserving care: Application of research findings to practice. *International Journal of Palliative Nursing* 10(4), 173-179.
- Rankin MA, Donahue MP, Davis K, Katseres JK, Wedig JA, Johnson M & Maas M (1998). Dignified dying as a nursing outcome. *Outcomes Management for Nursing Practice* 2(3), 105-110.
- Street AF & Kissane DW (2001). Constructions of dignity in end-of-life care. *Journal of Palliative Care* 17(2), 93-101.
- Volker DL, Kahn D & Penticuff J (2004). Patient control and end-of-life care: Part I: The advanced practice nurse perspective. *Oncol Nurs Forum* 31 (5), 945-953.
- Wilson SA, Coenen A & Doorenbos A (2006). Dignified dying as a nursing phenomenon in the United States. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(1), 34-41.
- World Health Organization (2006). WHO definition of palliative care. Geneva, Switzerland: World Health Organization. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html. (accessed 2 June 13)

Anhänge

Anhang A: ICNP® Kodierungen für Diagnosen und Ergebnisse

Die Kodierungen beziehen sich auf die ICNP®-Version 3.0 vom März 2011. Die vom Originalkatalog aus 2008 abweichenden Kodierungen sind mit einem * gekennzeichnet. Die 2013 inaktiven ICNP®-Aussagen sind mit einem ** gekennzeichnet.

Pflegediagnosen und Ergebnisse	Code
beeinträchtigte Fähigkeit zu baden	10000956
Fähigkeit zu pflegen / betreuen	10025655
Fähigkeit Freizeitaktivitäten auszuführen	10025767
positive Fähigkeit Selbstpflege durchzuführen	10025714
beeinträchtigte Akzeptanz des Gesundheitsstatus	10029480
Aktivitätsintoleranz	10000431
Risiko der Aktivitätsintoleranz	10015011
beeinträchtigte Anpassung	10022027
Adhärenz bezüglich der Ernährungsverordnung	10030159*
Adhärenz bezüglich der Medikation	10030192*
Adhärenz bezüglich der vorbeugenden Schutzmaßnahmen	10030214*
beeinträchtigte Anpassung	10000863
körperliche Unruhe / Agitation	10025705
Angst	10000477
gestörtes Körperverständnis	10001079
beeinträchtigttes Atmungsmuster	10001108
negative Einstellung des / der Pflegenden / Betreuenden	10025629
positive Einstellung des / der Pflegenden / Betreuenden	10025638
Belastung von Pflegenden / Betreuenden	10024775*
Risiko für Stress der / des Betreuenden / der / des Pflegenden	10027787*
beeinträchtigte Erkenntnis	10022321
bequem / behaglich	10025574
akute Verwirrtheit	10000449
chronische Verwirrtheit	10000522
verminderte Verwirrung	10027098
Obstipation	10000567
defensiver Bewältigungsprozess	10034840*
wirksame Bewältigung	10022378
beeinträchtigte Bewältigung	10001120
Angst vor dem Tod	10000483
Entscheidungskonflikt	10000579
Dehydrierung	10025808

Pflegediagnosen und Ergebnisse	Code
Delirium	10022091
Risiko eines Deliriums	10022070
leugnen	10000624
Depression	10022402
Diarrhöe	10000630
Beschwerden	10023066
beeinträchtigt Kleiden und Haar, Nagel- und Zahnpflege	10000960
beeinträchtigte Fähigkeit der Familie in der Handhabung von Verordnungen	10000902
widersprüchliche (negative) familiäre Einstellung	10022456
Wirksamer Bewältigungsprozess in der Familie	10034762*
Beeinträchtigte Bewältigung in der Familie	10034789*
Bereitschaft für wirksame Bewältigung in der Familie	10001476
beeinträchtiger Familienprozess	10023078
Fatigue	10000695
Furcht	10000703
Kummer	10022345
vorwegnehmende Trauerreaktion	10000726
gestörte Trauerreaktion	10001183
Halluzination	10022500
beeinträchtigte Gesundheitsvorsorge	10000918
beeinträchtigte Haushaltsführung	10000925
Hoffnung	10025780
Hoffnungslosigkeit	10000742
Unfähigkeit Freizeitaktivitäten auszuführen	10000800
unangemessenes Einkommen	10022563
Risiko zur Infektion	10015133
Risiko zur Verletzung	10015146
unterbrochener Familienprozess	10000788
Wissen über Erkrankung (pathologischen Prozess)	10023826
Mangel an Wissen über Erkrankung	10021994
Wissen über medikamentöse Verordnung	10023819
Mangel an Wissen über medikamentöse Verordnung	10021941
Wissen über Behandlungsverordnung	10025733
Mangel an Wissen über Behandlungsverordnung	10021925
angemessenes Wissen	10027112
Mangel an Wissen	10000837
Mangel an Bedeutung	10023423
beeinträchtigt Gedächtnis	10001203

Pflegediagnosen und Ergebnisse	Code
Übelkeit	10000859
beeinträchtigtger Ernährungsstatus	10025746
Schmerz	10023130
Schmerzkontrolle	10025831
akuter Schmerz	10000454*
chronischer Schmerz	10000546
Elternstress	10001385
wirksame Kindererziehung	10014902
veränderte Wahrnehmung	10001242
gestörte persönliche Identität	10001257
positive persönliche Identität	10025664
Machtlosigkeit	10001578
verminderte Machtlosigkeit	10027120
Dekubitus	10025798
Mangel an Stolz	10025693
positiver Stolz	10025779
Privatsphäre	10025590
Mangel an Privatsphäre	10025601
psychologisches Wohlbefinden**	10026029
beeinträchtigtges psychologisches Wohlbefinden**	10026017
widersprüchlicher religiöser Glaube	10021757
Rastlosigkeit	10025722
beeinträchtigte Rollenausübung	10000941
Selbstopflegedefizit	10023410
herabgesetzte Selbstwirksamkeit	10027131
positive Selbstwirksamkeit	10025672
chronisch herabgesetztes Selbstwertgefühl	10004400*
positives Selbstwertgefühl	10025751
situativ herabgesetztes Selbstwertgefühl	10000844
beeinträchtigte eigenständige Nahrungsaufnahme	10000973
Unfähigkeit Eigenhygiene zu wahren	10000987
negatives Selbstverständnis	10022724
positives Selbstverständnis	10027108
Bereitschaft für positives Selbstverständnis	10001532
beeinträchtigte Fähigkeit selbst die Toilette zu benutzen	10000994
beeinträchtigte sexuelle Funktion	10001288
beeinträchtigte Hautintegrität	10001290
angemessener Schlaf	10024930

Pflegediagnosen und Ergebnisse	Code
beeinträchtiger Schlaf	10001300
soziale Isolation	10001647
Mangel an sozialer Unterstützung	10022753
soziales Wohlbefinden**	10026001
beeinträchtigt soziales Wohlbefinden*	10025999
beeinträchtigt Sozialisieren	10001022
widersprüchliche spirituelle Glaubensvorstellungen	10022769
seelisches Leid	10001652
vermindertes seelisches Leid	10027149
seelisches Wohlbefinden**	10014941
Leiden	10025588
Symptomkontrolle	10025820
gestörter Denkprozess	10000669
Mangel an Transportmöglichkeit	10022822
Behandlungerschöpfung	10022833
herabgesetztes Vertrauen	10025947
Harninkontinenz	10025686
Erbrechen	10025981

Anhang B: ICNP© Kodierungen für Interventionen

Die Kodierungen beziehen sich auf die ICNP®-Version 3.0 vom März 2011. Die vom Originalkatalog aus 2008 abweichenden Kodierungen sind mit einem * gekennzeichnet. Die 2013 inaktiven ICNP®-Aussagen sind mit einem ** gekennzeichnet.

Pflegeinterventionen	Code
Verabreichung von Schmerzmedikation	10023084
Transportdienst organisieren	10024171
beurteilen der Akzeptanz des Gesundheitsstatus	10026249
beurteilen der Einstellung gegenüber Krankheit	10024192
beurteilen der Einstellung zur Medikamentenhandhabung	10002687
beurteilen der Einstellung gegenüber Behandlungsverordnung	10024205
beurteilen der Fähigkeiten	10026040
beurteilen der Belastung von Pflegenden / Betreuenden	10024222
beurteilen der Erkenntnis	10025883
beurteilen der Kontrolle von Schmerz	10002710
beurteilen der Bewältigung	10002723
beurteilen kultureller Glaubensmuster	10024233
beurteilen der Leugnung	10024246
beurteilen der Depression	10026055
beurteilen des Ess- oder Trinkverhaltens	10002747
beurteilen der Umwelt	10026064
beurteilen der Erwartungen	10026072
beurteilen der Bewältigung in der Familie	10026600
beurteilen der Fatigue	10026086
beurteilen der Furcht	10024267
beurteilen der Angst für andere eine Belastung darzustellen	10026254
beurteilen der Furcht vor dem Tod	10026093
beurteilen des Kammers	10026103
beurteilen des Schmerzes	10026119
beurteilen des psychologischen Wohlbefindens**	10026126
beurteilen der Reaktion auf Unterricht	10024279
beurteilen des körperlichen Wohlbefindens**	10026135
beurteilen der Sturzgefahr	10023520
beurteilen der Rolle	10026142
beurteilen der Selbstpflege	10021844
beurteilen des Selbstwertgefühl	10027079
beurteilen des Selbstvertrauens	10024280
beurteilen des Selbstverständnisses	10027080
beurteilen der sozialen Unterstützung	10024298

Pflegeinterventionen	Code
beurteilen des spirituellen Glaubens	10024308
beurteilen des spirituellen Glaubens der Familie	10024312
beurteilen des seelischen Wohlbefindens**	10026157
beurteilen der Anfälligkeit für Infektion	10002821
beurteilen der Symptomkontrolle	10026161
beurteilen traditioneller Therapieformen	10024320
zusammenarbeiten bei der Einleitung einer durch den Patienten kontrollierten Analgesie	10004561
zusammenarbeiten bei der diätetischen Verordnung	10026190
zusammenarbeiten bei der Flüssigkeits- oder Elektrolyttherapie**	10004557
Zusammenarbeit mit Apotheker	10023554
Zusammenarbeit mit Arzt	10023565
Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter	10023577
sich zum Schmerzmanagement beraten lassen	10024331
sich vom häuslichen Pflegedienst beraten lassen	10021816
beraten über Furcht	10026208
beraten über Hoffnung	10026212
beraten über seelisches Leid	10026231
Sturzprophylaxe demonstrieren	10024710
Medikamentenverabreichung demonstrieren	10024354
Entspannungsmethode demonstrieren	10024365
zur positiven Bestätigung ermutigen	10024377
zur Ruhe ermutigen	10024383
versichern der Versorgungskontinuität	10006966
umweltbezogene Sicherheitshandhabungen	10024706
Beziehung herstellen	10023738
Vertrauen herstellen	10024396
evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung	10007107
evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung zur Medikation	10007130
evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung zur Ernährung	10007111
evaluieren der psychosozialen Reaktion auf Unterweisung zu Schmerz	10007148
evaluieren der psychosozialen Reaktion auf den Versorgungsplan	10007153
evaluieren der Reaktion auf Flüssigkeitstherapie	10007176
evaluieren der Reaktion auf Medikation	10007182
erklären der Patientenrechte	10007391
erleichtern der Fähigkeit Gefühle zu kommunizieren	10026616
erleichtern der Fähigkeit eine Rolle auszuüben	10026277
erleichtern der Fähigkeit über den Sterbeprozess zu sprechen	10026265
Zugang zu Behandlung erleichtern	10024401

Pflegeinterventionen	Code
Einstellung gegenüber Versorgung identifizieren	10009649
implementieren einer Ablenkungstherapie	10026283
implementieren einer Humorthherapie	10026296
Schmerzrichtlinie implementieren	10009872
implementieren einer Erinnerungstherapie	10026306
implementieren der Validation als Therapie	10026310
einbeziehen in den Entscheidungsprozess	10026323
aufrechterhalten der Würde und Privatsphäre	10011527
Handhabung von diätetischen Verordnungen	10023861
Handhabung von verordneten Bewegungsübungen	10023890
Handhabung der Medikation	10011641
Handhabung von medikamentösen Verordnungen	10023888
Handhabung von Schmerz	10011660
Handhabung von Verordnungen	10011673
überwachen des physiologischen Status	10012183
überwachen des respiratorischen Status	10012196
veränderte Wahrnehmung beobachten	10013517
lagern des Patienten	10014761
Priorisierung der Verordnungen	10024438
Hoffnung fördern	10024440
Grenzsetzung fördern	10026334
Selbstpflge fördern	10026347
Selbstwertgefühl fördern	10024455
Soziale Unterstützung fördern	10024464
soziales Wohlbefinden fördern**	10026352
Gebrauch von Gedächtnisstützen fördern	10024472
schützen der Vertraulichkeit	10015872
kulturellen Glauben schützen	10026368
schützen der Patientenrechte	10015919
Schützen des religiösen Glaubens	10026381
anbieten emotionaler Unterstützung	10027051
der Familie vorausschauende Anleitung anbieten	10026375
Privatsphäre anbieten	10026399
Privatsphäre für spirituelles Verhalten anbieten	10024504
Realitätsorientierungstraining anbieten	10024515
Sicherheitsvorrichtung anbieten	10024527
anbieten sozialer Unterstützung	10027046
anbieten seelischer Unterstützung	10027067

Pflegeinterventionen	Code
überweisen zum Bestattungsdienst	10026174
überweisen zum Rechtsdienst	10026404
überweisen zur Beschäftigungstherapie	10026415
überweisen zur Physiotherapie	10024019
überweisen zu religiösem Angebot	10024543
Errungenschaften bekräftigen	10026427
Fähigkeiten bekräftigen	10026436
persönliche Identität bekräftigen	10026443
Vorrangigkeit bekräftigen	10026188
Selbstvertrauen festigen	10022537
Familienmitgliedern über den Status berichten	10016825
Glauben unterstützen	10026458
unterstützen der Pflegenden / Betreuenden	10024570
Entscheidungsfindungsprozess unterstützen	10024589
unterstützen des familiären Entscheidungsprozesses	10026462
unterstützen des familiären Trauerprozesses	10026470
unterstützen des Trauerprozesses	10026489
psychologischen Status unterstützen	10019161
spirituelle Rituale unterstützen	10024591
unterstützen der Benutzung traditioneller Behandlung / Therapie	10026491
über diätetische Erfordernisse unterrichten	10019462
über Erkrankung unterrichten	10024116
über den Sterbeprozess unterrichten	10026502
über Schmerzmanagement unterrichten	10019489
über Medikation unterrichten	10019470
über Ernährung unterrichten	10024618
über Behandlungsverordnung unterrichten	10024625
Sturzprävention unterrichten	10023406
unterrichten der Familie über Delirium	10026518
unterrichten der Familie über diätetische Verordnung	10026525
Familie über Krankheit unterrichten	10021719
Familie über Behandlungsverordnung unterrichten	10024656
Sicherheitsmaßnahmen unterrichten	10024687

Anhang C: ICNP® Catalogue User Survey

(Umfrage für Nutzer des ICNP® Katalogs)

Eine Rückmeldung an das ICNP® Programm erfolgt nur in englischer Sprache.

User Demographics

Name (optional): _____

Country: _____

Work Title: _____

Primary Language: _____

E-Mail (optional): _____

Content Evaluation

SIGNIFICANCE OF TOPIC

Very Important

Important

Not Important

CATALOGUE FRAMEWORK

Very Useful

Useful

Not Useful

DIAGNOSIS STATEMENTS

All Applicable

Most Applicable

Few Applicable

DIAGNOSIS STATEMENTS

Too Many

Just Enough

Too Few

INTERVENTION STATEMENTS

All Applicable

Most Applicable

Few Applicable

INTERVENTION STATEMENTS

Too Many

Just Enough

Too Few

Underline the word that best describes the following statements.

The **CARE PLANS** (increased) (did not change) (decreased) my understanding of using ICNP® with this health priority.

The **ASSESSMENT TOOL** (increased) (did not change) (decreased) my understanding of using ICNP® with this health priority.

Application to Nursing Practice

Who will use this catalogue in your work environment? Check all that apply.

- _____ Clinical nurse
- _____ Administrator/Manager
- _____ Educator
- _____ Researcher
- _____ Informatics Nurse
- _____ Informatics Technicians
- _____ Vendors
- _____ Other _____

If the catalogue will be used in client or patient care, please list type(s) of care areas, e.g. pediatrics, ambulatory oncology, mental health:

ICNP® Catalogue Development

I have (our team has) developed ICNP® catalogues for the following health priorities:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

I plan (our team plans) to develop ICNP® catalogues for the following health priorities:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

ICN should develop ICNP® catalogues for the following health priorities:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

ICNP® Catalogue Review

I would like to review developing catalogues in the following topics/specialties:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

Name: _____ E-Mail: _____

Thank you very much for completing this survey. You may send via post or email to:

eHealth Programme

Postal	Amy Amherdt ICN eHealth Programme University of Wisconsin - Milwaukee College of Nursing P.O. Box 413 Milwaukee WI 53201-0413 USA
Telephone	+414 229 5501
Fax	+414 229 6474
E-mail	aamherdt@uwm.edu