



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Einfluss der EDV-Dokumentation auf die Qualität des Pflegeprozesses aus der Sicht von Pflegenden“

Verfasserin

Ulrike Gruber

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, im November 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Berta Schrems

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
- dass ich diese Arbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, im November 2012

Gruber Ulrike

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nützen, um mich in erster Linie bei meiner Diplomarbeits-Betreuerin Fr. Dr. Berta Schrems zu bedanken, welche mir während der gesamten Arbeit stets mit konstruktivem Feedback sowie hilfreichen Tipps zur Seite gestanden hat.

Weiters bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, mit deren aufbauenden Worten und gutem Zureden ich mich auch nach längeren Phasen des Stillstandes beim Verfassen der Arbeit immer wieder zum Weiterschreiben motivieren konnte.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	10
1.1 Problemdarstellung.....	10
1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung	15
1.3 Aufbau der Arbeit.....	16
2. BEGRIFFE UND KONZEPTE.....	17
2.1 Papiergestützte Pflegedokumentation	17
2.1.1 Definition	17
2.1.2 Grundlagen.....	18
2.1.3 Funktionen und Notwendigkeiten	20
2.1.4 Voraussetzungen.....	20
2.1.5 Probleme	22
2.2 EDV-basierte Pflegedokumentation.....	24
2.2.1 Begriffsklärung.....	24
2.2.2 Anforderungen.....	27
2.2.3 Vorteile	27
2.2.4 Softwareprogramm für Pflege- und Betreuungseinrichtungen - Vivendi ...	28
2.3 Pflegeprozess.....	30
2.3.1 Begriffsklärung.....	30
2.3.2 Gesetzliche Grundlagen	31
2.3.3 Funktionen.....	32
2.3.4 Modelle	33
2.4 Qualität des Pflegeprozesses	37

3. FORSCHUNGSSTAND ZUM THEMA EDV-DOKUMENTATION UND QUALITÄT DES PFLEGEPROZESSES	43
4. EMPIRISCHER TEIL	52
4.1 Forschungsansatz und Begründung der Methodenwahl	53
4.2 Beschreibung des Instruments	54
4.3 Durchführung der Interviews	55
4.4 Transkription und Auswertung	57
5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	62
5.1 Individualität	62
5.2 Interaktion.....	64
5.3 Interprofessionelle Kommunikation.....	69
5.4 Qualität des Pflegeprozesses fördernde Aspekte.....	72
5.5 Qualität des Pflegeprozesses hinderliche Aspekte.....	75
6. REFLEXION DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNG FÜR DIE PRAXIS	77
6.1 Reflexion der Ergebnisse	78
6.2 Grenzen der Arbeit	87
6.3 Schlussfolgerungen für die Praxis	88
7. QUELLENNACHWEIS	92
8. ANHANG	98
8.1 Abkürzungsverzeichnis.....	98
8.2 Interviewleitfaden.....	98

8.3	Zusammenfassung	102
8.4	Abstract	103
8.5	Lebenslauf	104

1. EINLEITUNG

1.1 Problemdarstellung

„[...] Denn, was man schwarz auf weiß besitzt, Kann man getrost nach Hause tragen.“ (Debes & Otterbacher, 2011)

In diesen Worten von Goethe liegt eine einfache, aber zutreffende Beschreibung der Dokumentation. Im Zuge meiner Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeschwester habe ich gelernt, was Dokumentation bezogen auf die pflegerische Leistung bedeutet und dass sie aus dem pflegerischen Alltag nicht mehr weg zu denken ist. Angesehen davon, dass sie seit 1997 eine Berufspflicht darstellt, ist die Dokumentation auch ein wichtiges Instrument zur Herstellung der Leistungstransparenz im Rahmen des Qualitätsmanagements.

„Trotzdem stufen Expertinnen und Experten ihre Umsetzung noch immer nicht als optimal ein. Ein wesentlicher Grund dafür ist in der uneinheitlichen und nicht standardisierten Fachsprache zu sehen. Dokumentiertes pflegerisches Wissen und Handeln sind daher oft zu wenig aussagekräftig, zum Teil schwer nachvollziehbar und die diesbezügliche Kommunikation mit anderen Einrichtungen gestaltet sich schwierig. Das führt dazu, dass die Gesundheits- und Krankenpflege als Dienstleistung nicht ausreichend transparent wird.“ (ÖBIG, 2006, S. 58)

Bartholomeyczik und Morgenstern untersuchten 2004 die Kontinuität der Dokumentation des Pflegeprozesses in Pflegeheimenrichtungen. Die Resultate zeigten, dass das Assessment am besten dokumentiert und abgebildet wurde. Besonders die Ressourcen und der Gebrauch von Hilfsmitteln wurden festgehalten. Große Mängel wurden jedoch in der Dokumentation des Pflegeberichtes sowie der Erfahrungen der Bewohnerinnen und Bewohner erkannt. Der Einfluss sowie die Reaktion von Pflegehandlungen auf die Betroffenen wurde zu 75% nicht dokumentiert bzw. blieben Erklärungen im Falle von Abweichungen von der Pflegeplanung aus. Es wurde gezeigt, dass die Evaluation am wenigsten berücksichtigt wurde (vgl. Hojdelewicz, 2012, S. 138 f.). Zudem schreibt Hojdelewicz, dass „ein gelungenes Einführen des diagnostischen Prozesses in der Pflegepraxis

nur durch Schulungen vor Ort und ausreichende Übungsmöglichkeiten sowie professionelle Begleitung gelingen kann.“ (Hojdelewicz, 2012, S. 139)

Einen weiteren Grund, warum es bei der Umsetzung der Pflegedokumentation oftmals zu Schwierigkeiten kommt und diese daher nicht als optimal eingestuft wird, liefert die papierbasierte Pflegedokumentation mit folgenden immer wieder auftretenden Problemen: eine „[...] unvollständige Dokumentation, sachlich falsche Verwendung der Dokumentationssysteme, Problem der Ziel- oder Zuordnungsgenauigkeit, sprachliche Ungenauigkeit, unklare Formulierungen, nachträgliche und nicht kontinuierliche Dokumentation, mangelnde Verfügbarkeit der Dokumentationsunterlagen für alle Berufsgruppen“ (Steffan, Laux, Wolf-Ostermann, 2007, S. 95).

Vorteile einer EDV-gestützten Pflegedokumentation würden hingegen folgende Qualitätsaspekte mit sich bringen:

- „Schnellerer, gezielter Zugriff auf Daten, von mehreren Orten aus möglich
- Grundlage für Forschung, Dokumentationsanalysen und Daten für das Pflegemanagement
- Erhöhte Beschreibbarkeit, Transparenz und Vergleichbarkeit der Pflege
- Erhöhte(r) Umfang, Vollständigkeit und Lesbarkeit der Dokumentation
- Verbesserung der Dokumentationsqualität
- Dokumentationserleichterung, Formulierungserleichterung, Verringerung der Schreibaufwände“

(Steffan et al., 2007, S.95).

Trotz dieser Reihe von Vorteilen, stecken in einer EDV-gestützten Pflegedokumentation auch mögliche Schwierigkeiten, welche zu einer nicht optimalen bzw. fehler- oder mangelhaften Durchführung der Dokumentation führen könnte. Dabei handelt es sich beispielsweise um ängstliche PC-Anwender, ungenügende Standardisierung pflegerischer Terminologien, mangelhafte Funktionalität der Software, nicht adäquate Integration in andere Systeme, Angst vor Verlust individueller Pflege und Kontrolle sowie keine Einsicht, dass Dokumentation notwendig ist (vgl. Steffan et al., 2007, S.95).

Zieme behandelt in einer Arbeit die IT-basierte Pflegedokumentation. Der Begriff IT steht für „die Technologie mit der Daten und Informationen erfasst, gespeichert, verarbeitet und ausgegeben werden. Sie stellt das Bindeglied zwischen Menschen und Maschinen her und besteht gleichermaßen aus Hardware und Software. Obwohl Informationstechnik nicht zwangsläufig Digitaltechnik ist, basiert sie in aller Regel auf logischen Entscheidungsprozessen, die in programmatischer Form zur Verarbeitung der Informationen dienen“ (Datacom Buchverlag GmbH, 2003). In dieser Arbeit wird IT als Synonym für EDV, die elektronische Datenverarbeitung, verwendet, da die Bedeutung beider Begriffe in Bezug auf die Pflegedokumentation gleich zu verstehen ist. So geht es bei der IT- als auch bei der EDV-basierten Pflegedokumentation in erster Linie darum, dass Daten elektronisch erfasst und verarbeitet werden.

Die IT-basierte Pflegedokumentation wird von Zieme als eine Dokumentation beschrieben, welche bei gleichzeitiger automatischer Auswertbarkeit der erfassten Daten durch Informationstechnologie unterstützt wird. Auch er schreibt, dass solch eine Art der Pflegedokumentation auf Grund der Gefahr einer Standardisierung von sämtlichen pflegerischen Tätigkeiten sowie der Abnahme einer individuellen Pflege, bedenklich sei (vgl. Zieme, 2010, S. 97).

Im Rahmen einer Fragebogenerhebung des ÖBIG im Jahre 2006 wurde die subjektive Einschätzung von Vor- und Nachteilen der EDV-Dokumentation von Basis- und Führungskräften erfragt. Auffallend war, dass Führungskräfte insgesamt die Vorteile höher und die Nachteile niedriger einschätzten als die Basiskräfte. So wird beispielsweise der Nachteil, die Pflegedokumentation sei in elektronischer Form ein Problem, von den Führungskräften geringer eingeschätzt und möglicherweise unterschätzt (vgl. ÖBIG, 2006, S. 59).

Leoni-Scheiber (2004, S. 164f.) beschreibt als einen von mehreren Faktoren, welche den Pflegeprozess beeinflussen, die Möglichkeit zur Dokumentation. Dabei stellen einerseits Formblätter eine Option dar. Diese sollten in ihrer Gestaltung einen Mittelweg zwischen geschlossenen, checklistenartigen und offenen Systemen mit weitgehend freier Formulierung darstellen. Als eine weitere Möglichkeit wird die EDV-gestützte Dokumentation genannt, welche laut Scheiber trotz der Verwendung der EDV patientennah erfolgen sollte. Dies kann durch Standgeräte direkt am Patientinnen- und Patientenbett oder durch mobile Geräte, wie z.B. den Laptop

gelingen. Als dritte Möglichkeit zur Dokumentation werden strukturelle Voraussetzungen beschrieben. Diese sind vor allem ausreichend Zeit und Raum im regulären Arbeitsablauf, Ablagen sowie eine praktische Handhabung der Dokumentation, wie z.B. flexible wegklappbare Bettischchen. Das modifizierte Sprichwort „Die Dokumentation ist für den Pflegeprozess nicht alles, doch ohne Dokumentation ist alles nichts“ legt laut Leoni-Scheiber nahe, dass ohne eine umfassende, präzise Dokumentation der Pflegeprozess nur eingeschränkt oder gar nicht funktionieren kann.

Auch Brobst et al. (2007) meinen, dass ein pflegeorientierter Ansatz in der Dokumentation dazu beiträgt, „[...] dass erkannt wird, welchen Anteil Pflegende zum Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beitragen. Das Pflegeziel im Pflegeplan genau zu formulieren klärt und steigert die Verantwortung der Pflegenden und fördert die Pflegequalität.“ (Brobst, Coughlin, Cunningham, Feldman, Hess Jr., Mason, McBride, Perkins, Romano, Warren, Wright, 2007, S. 29)

Die Umsetzung einer EDV-basierten Pflegedokumentation birgt für den Pflegeprozess wiederum einige Probleme. So beinhalten die dafür verwendeten Programme in der Regel Standardisierungen. Das heißt, Inhalte, die größtenteils gemeinsam mit den Pflegenden in der Praxis erarbeitet wurden, sind vorgegeben. Hier wird vor allem die häufig unzureichende Formulierung von Pflegeproblemen bzw. -zielen als kritisch gesehen. Pflegeziele werden grundsätzlich nur als positive Umkehrung eines Pflegeproblems formuliert, wie ein kurzes Beispiel darstellen soll:

„Problem: Lunge nicht ausreichend belüftet.

Ziel: Lunge ausreichend belüftet.

Dies widerspricht dem Verständnis, dass der Pflegeprozess zur Professionalisierung der Pflege beitragen soll. Derartige Inhalte in Softwareprodukten schaden der Pflege, insbesondere dem professionellen Verständnis von Pflege. Der sonst ernstzunehmende theoretische Diskurs über den Pflegeprozess wird dadurch ad absurdum geführt.“ (Fafflock, Güttler, Lehmann, Bruns, Wicha, 2003, S.27) Ein weiteres Problem besteht für Pflegende im Zugriff auf relevante Daten aus den Bezugsdisziplinen, wie z.B. medizinische Messwerte, ärztliche Anordnungen oder physiotherapeutische Daten. Dafür müsste entweder ein interprofessionelles Dokumentationssystem entwickelt werden oder es müssten verschiedene

Softwaremodule mit einfach nutzenden und für alle Beteiligten transparenten Schnittstellen zur Verfügung stehen.

Auch Schwierigkeiten bezüglich struktureller Probleme sind an dieser Stelle zu erwähnen. Hierzu zählt vor allem die nicht ausreichende Hardwareausstattung in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen, welche auf Grund der hohen Kosten für dementsprechende Geräte missglückt und somit eine Datenerfassung direkt am Patientinnen- bzw. Patientenbett so gut wie unmöglich macht. Diese erscheint jedoch notwendig, um einerseits einem Defizit an Informationen und andererseits Doppeldokumentationen vor zu beugen. Zusätzlich haben Pflegepersonen teilweise wenig oder keine Erfahrungen mit dem Arbeiten am Computer, wodurch die Kosten für die benötigten Qualifizierungsmaßnahmen steigen. Neben diesen relativ hohen Anschaffungs- und Qualifizierungskosten ist der tatsächliche Nutzen einer EDV-basierten Pflegedokumentation fraglich (vgl. Fafflock et al., 2003, S.28).

Ob bzw. inwiefern die Qualität des Pflegeprozesses mittels einer EDV-basierten Pflegedokumentation aus Sicht von Pflegenden beeinflusst wird, soll anhand dieser Arbeit untersucht werden. Da die Pflegedokumentation, egal ob auf Papier oder in elektronischer Form, vorwiegend von Personen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals verfasst und genutzt wird und es bis dato wenig Forschungsergebnisse zur Sichtweise von Pflegenden auf den Einfluss einer EDV-basierten Pflegedokumentation im Hinblick auf die Qualität des Pflegeprozesses gibt, ist es mir ein Anliegen, diese in meiner Arbeit zu untersuchen. In dieser Arbeit wird die Sichtweise von Pflegenden in einer Langzeitpflegeeinrichtung erfasst. Die Fokussierung darauf begründet sich in der hohen Verweildauer von Bewohnerinnen und Bewohnern und somit, im Unterschied zum Krankenhaus, in einer intensiveren bzw. individuelleren Beschäftigung mit den einzelnen Phasen des Pflegeprozesses bzw. der Pflegedokumentation hinsichtlich einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners.

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Die Hauptfrage dieser Arbeit lautet:

Inwiefern wird die Qualität des Pflegeprozesses durch die EDV-Dokumentation aus Sicht von Pflegenden beeinflusst?

Basierend auf bisherigen Forschungsergebnissen wird die oben genannte Forschungsfrage in folgende Teilaspekte zerlegt:

- Individualität von Bewohnerinnen und Bewohnern
- Integration von Bewohnerinnen und Bewohnern
- Interprofessionelle Kommunikation
- Qualität des Pflegeprozesses fördernde sowie -senkende Faktoren

Anhand dieser Punkte soll die oben genannte Forschungsfrage beantwortet, interpretiert sowie diskutiert werden.

Bei der Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner stellt sich vor allem die Frage, ob und wie weit diese durch die EDV-Dokumentation gewährleistet werden kann. Ist es durch die EDV-Dokumentation möglich, eine individuelle Pflegeplanung mit anschließender Durchführung einer individuellen Pflege sicher zu stellen?

Der zweite Punkt handelt vom Miteinbeziehen der Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeprozess. Inwiefern können deren Bedürfnisse und Vorstellungen durch die EDV-Dokumentation in die Gestaltung der Pflegeplanung integriert werden? Welche Rolle spielen dabei mobile Geräte?

Das dritte Thema behandelt die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Wird diese durch die EDV-Dokumentation beeinflusst? Können dadurch möglicherweise positive Effekte auf die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärztinnen bzw. Ärzten oder Therapeutinnen bzw. Therapeuten erzielt werden?

Die letzten beiden Punkte sollen Faktoren aus Sicht von Pflegenden aufweisen, welche auf Grund der EDV-Dokumentation die Qualität des Pflegeprozesses zum einen positiv und zum anderen negativ beeinflussen. Welche Vor- und Nachteile ergeben sich dabei für Pflegende im täglichen Umgang mit der EDV-Dokumentation?

Durch die Beantwortung der oben genannten Forschungsfrage soll die Wissenslücke rund um dieses Themengebiet gefüllt werden. Es soll dabei die aktuelle Sicht von Pflegenden auf die EDV-basierte Pflegedokumentation aufgezeigt werden, da diese sich täglich damit befassen und deren Vor- sowie Nachteil bestmöglich einschätzen können.

Dadurch sollen einerseits Schwierigkeiten bei der Durchführung der EDV-Dokumentation und auf der anderen Seite Verbesserungsvorschläge für die Praxis abgeleitet werden, um die Umsetzung des Pflegeprozesses bestmöglich mit der Durchführung der elektronischen Pflegedokumentation kombinieren zu können.

1.3 Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit ist in einen theoretischen sowie einen empirischen Teil gegliedert.

Im theoretischen Teil werden zunächst wichtige Begriffe und Konzepte zu den beiden Themen Pflegedokumentation sowie Pflegeprozess erläutert. Im empirischen Teil werden zunächst bereits bestehende Forschungsergebnisse rund um das Thema dieser Arbeit erläutert, was einerseits als Übersicht über den aktuellen Forschungsstand sowie als Grundlage für die Forschungsfrage dienen soll. Weiters werden die Methoden der Datenerhebung sowie Datenauswertung näher erklärt und schließlich folgt die Darstellung sowie Interpretation der Ergebnisse, worin Vergleiche bzw. Unterschiede zu bereits bestehenden Untersuchungen diskutiert und Schlussfolgerungen für die Zukunft gezogen werden.

2. BEGRIFFE UND KONZEPTE

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Begriffe der Arbeit, wie Pflegedokumentation, EDV-basierte Pflegedokumentation, Pflegeprozess sowie Qualität des Pflegeprozesses erläutert.

2.1 Papiergestützte Pflegedokumentation

2.1.1 Definition

Der Begriff Dokumentation wird laut Brockhaus-Enzyklopädie wie folgt definiert: „Für die Fachinformation wesentliche Tätigkeit, die das systematische Sammeln und Auswählen, das formale Erfassen, inhaltliche Auswerten und Speichern von Dokumenten umfasst, um sie zum Zweck der gezielten Information rasch und treffsicher auffinden zu können“. Dokumentieren: „Durch Dokumente belegen, beweisen, deutlich zum Ausdruck bringen, bekunden“ (Brockhaus-Enzyklopädie, 1988, S. 586).

Das Ziel der Pflegedokumentation ist das Festhalten von wichtigen Daten und Informationen, um

- um sie nach- bzw. überprüfen zu können,
- um sie zu strukturieren,
- um der Dokumentationspflicht von durchgeführten Maßnahmen Folge zu leisten und
- um sie für Ermittlungen beispielsweise im Rahmen von Statistiken zu speichern (vgl. Menche, 2007, S. 306).

Die Pflegedokumentation beinhaltet neben der Niederschrift von geplanten und durchgeführten Maßnahmen auch die Bewertung und Beschreibung von pflegerischen Tätigkeiten im Pflegebericht. Daraus leiten sich Notwendigkeit, Umfang, Art, Qualität und Ergebnis der Pflegeleistungen ab. Um hinsichtlich der kontinuierlich steigenden Informationsflut deren qualifizierte Weitergabe im pflegerischen sowie interdisziplinären Team zu gewährleisten, bedarf es in der

professionellen Pflege der Pflegedokumentation (vgl. Krämer, Schnabel, 2005, S. 14).

2.1.2 Grundlagen

Die Durchführung des Pflegeprozesses sowie die Pflegedokumentation sind seit 1997 im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, 1999) verankert. In § 5 und § 14 (2) 8., Dokumentation des Pflegeprozesses, steht geschrieben, dass Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes dazu verpflichtet sind, berufsbezogene Maßnahmen, insbesondere die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses, zu dokumentieren. „Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3a bis 3c,
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.“ (GuKG, 1999, §14. Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich) Eigenverantwortung im rechtlichen Sinn heißt, dass Pflegenden selbst für deren Handlungen haften. Würde es zu einer Anklage kommen, müssten Pflegenden Beweise für durchgeführte Handlungen bringen. Es gilt: Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht getan. Nähere Anweisungen bezüglich formaler Struktur oder Art der Pflegedokumentation werden im Gesundheits- und

Krankenpflegegesetz nicht angegeben. Dadurch besteht die Möglichkeit, unterschiedliche Formen der Dokumentation, wie z.B. computerisierte Pflegepläne, anzuwenden (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 16 ff.).

Auch Brobst et al. (2007) gehen auf die rechtlichen Aspekte der Pflegedokumentation näher ein. Demnach sind alle im Gesundheitsbereich tätigen Personen rechtlich dazu verpflichtet, „die medizinische Krankengeschichte detailgetreu zu führen, weil sie durch mangelhafte Dokumentation haftbar gemacht werden können. Sie kann ferner zur Verweigerung von Kostenrückerstattung durch Dritte führen. Nach wie vor gilt die Regel: Nicht aufgeschrieben heißt nicht stattgefunden.“ (Brobst et al., 2007, S.242) Pflegende sollten daher folgende Informationen dokumentieren, um sich vor gerichtlichen Folgen zu schützen:

- „die Assessmentdaten und anwendbare Pflegediagnosen
- Pflegeinterventionen und –maßnahmen, auch Benachrichtigung und Information des Arztes
- die fortlaufende Situationseinschätzung, einschließlich der Häufigkeit der Neueinschätzung
- Abweichungen von der Einschätzung und vom Pflegeplan
- Informationen über Verantwortungsbereiche, einschließlich vom Patienten unterschriebene Formulare und Informationen darüber, wo sich seine Wertsachen befinden
- Notizen über Pflegehandlungen durch andere Mitglieder des Gesundheitsteams, einschließlich der Arztvisite, wenn dabei eine Handlung durchgeführt wurde
- Anleitung und Beratung des Patienten, einschließlich Inhalt und Reaktion darauf
- Diagnostische Maßnahmen und Tests
- die Reaktion des Patienten auf die Therapie, insbesondere auf pflegerische und diagnostische Maßnahmen
- Äußerungen des Patienten
- Maßnahmen zum Wohlbefinden des Patienten und Sicherheitsvorkehrungen
- Richtlinien zur Entlassungsplanung, wenn notwendig.“ (Brobst et al., 2007, S. 245)

2.1.3 Funktionen und Notwendigkeiten

Die gesellschaftliche Anerkennung von erbrachten Pflegeleistungen ist für das Gemeinwohl der Pflege von hoher Bedeutung. Die Pflege als Berufsstand strebt danach, sich zu professionalisieren, nach einer gleichwertigen Position im interdisziplinären Team und nach einem professionellen Habitus bzw. Berufsverständnis. Um diese Ansprüche verwirklichen zu können, muss die Transparenz und die Darstellung der Notwendigkeit pflegerischen Handelns gewährleistet werden. Hierfür kann eine umfassende, fachlich korrekte Dokumentation pflegerelevanter Informationen und verrichteter Aufgaben einen unerlässlichen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege darstellen. Zudem ist das vollständige Dokumentieren von verrichteten pflegerischen Leistungen wichtig, um den Stellenplan innerhalb einer Einrichtung sicher zu stellen (vgl. Henke, 2003, S. 118). Die Pflegedokumentation gewinnt auch deswegen immer mehr an Bedeutung, weil Patientinnen und Patienten besser informiert und mündiger geworden sind und ihre Rechte auch einfordern (vgl. Schnabel, Krämer, 2003, S. 14). Zusätzlich reflektiert eine effektive Dokumentation die Professionalität des medizinischen Betreuungsteams in der Patientenakte und sie ist ein Instrument der Pflegekontinuität sowie des Qualitätsmanagements. Auch wird sie als Mittel zum Schutz des Patienten und als Faktor bezüglich der Rechtssicherheit eingesetzt (vgl. Krämer, Schnabel, 2005, S. 14 ff.). Um eine hohe Pflegequalität zu ermöglichen, muss eine mangellose Informationsweitergabe auch zwischen unterschiedlichen Einrichtungen sichergestellt werden, wenn Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern weiter verwiesen werden (Hauskrankenpflege, Rehabilitationszentren etc.) (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.16).

2.1.4 Voraussetzungen

Sowohl die amerikanische Pflegevereinigung, kurz ANA (American Nurses Association) sowie die gemeinsame Zertifizierungskommission der Gesundheitspflegeorganisationen, kurz JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) schreiben eine Dokumentation der Anwendung des Pflegeprozesses vor. Dabei wird festgehalten, inwiefern Pflegestandards eingehalten werden. Pflegestandards beinhalten die Minimal Kriterien für professionelle Pflege. Zudem werden darin die, für Pflegende zuständigen, Aktivitäten festgehalten. Sie

stellen Richtlinien für eine vernünftige Pflegepraxis dar. 1950 beschloss die ANA den Code of Ethics for Nursing (Ethische Richtlinien für Krankenpflege). Seit dem steht darin bis heute geschrieben, dass Pflegenden ohne Vorurteile, vertraulich und sicher pflegen sollen. Diese Richtlinien waren der Anfang von schriftlichen Pflegestandards (vgl. Brobst et al., 2007, S. 235 f.).

Leoni-Scheiber (2004, S. 14 ff.) hält als formale Struktur der Pflegedokumentation Formblätter als zweckmäßig, welche praktisch im Umgang, an Gesetze angepasst und an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert sind und sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientieren. Dazu zählen der Anamnesebogen, Pflegeplan, Pflegedurchführungsnachweis und Pflegebericht. Zusätzlich dazu können andere Formulare, wie z.B. Transfer- oder Entlassungsberichte verwendet werden. Wichtig bei ihrer Anwendung ist die homogene Vorgehensweise zur Dokumentation innerhalb einer Station bzw. auch Einrichtung. Es muss klar sein, welche Dokumentationsinhalte wo und wann festgehalten werden sollen, wie Änderungen im Pflegeplan zu markieren sind usw. Um dies gewährleisten zu können, bedarf es sogenannter Richtlinien, also einer Gebrauchsanweisung für die Formblätter. Gut durchdachte Richtlinien zur Verwendung der Formulare können bei der Dokumentation Zeit einsparen sowie gleichzeitig die Nachvollziehbarkeit für andere gewährleisten.

Auch Hojdelewicz (2012) beschreibt in ihren Prinzipien der Pflegedokumentation die standardisierte Pflegedokumentation als Formvordrucke. Dabei ist darauf zu achten, dass das, für die jeweilige Person, Spezifische markiert wird. Geplante Pflegeinterventionen sollten klar und deutlich formuliert werden, um wenig Zeitaufwand für die Dokumentation sicherzustellen (vgl. Hojdelewicz, 2012, S. 137).

Die papiergestützte Version der Pflegedokumentation sollte folgende formale Kriterien erfüllen:

1. „Sie muss zeitgerecht erfolgen,
2. wahrheitsgetreu,
3. vollständig und
4. übersichtlich sein,

5. in lesbarer Schrift und mit
6. schwer löschbaren Schreibmaterialien wie Faser- oder Kugelschreiber (keine Tinte, kein Bleistift) geschrieben sein,
7. eine entsprechende Korrektur aufweisen und
8. alle Einträge müssen unterschrieben sein.“ (Leoni-Scheiber, 2004, S.21)

Pflegende sollten also umgehend nach durchgeführten Pflegehandlungen, direkt am Bett der Patientinnen bzw. Patienten dokumentieren. Dadurch wird das Miteinbeziehen der Betroffenen in die Pflege gewährleistet. Vergessene Einträge oder wichtige Details werden mittels Nachtrag ergänzt. Dabei sollte das aktuelle Datum und die Uhrzeit sowie der Grund für den verspäteten Eintrag angegeben werden (z.B.: die Krankenakte war nicht verfügbar etc.) (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.22).

2.1.5 Probleme

Wird die Dokumentation der einzelnen Pflegeprozessschritte in den jeweiligen Formblättern nicht entsprechend durchgeführt, kann es zu einer fehlerhaften Dokumentation kommen. Dies kann wiederum Auswirkungen auf die Pflegekontinuität haben.

Brobst (2007) beschreibt folgende Fehler, welche zu Problemen in der Pflegekontinuität führen können:

Unvollständige Aufzeichnungen

Es müssen alle Informationen niedergeschrieben werden, welche andere Pflegende brauchen, um Pflegephänomene und den daraus ableitbaren Pflegebedarf von Bewohnerinnen und Bewohnern einschätzen zu können.

Unleserlichkeit und Unklarheit

Eintragungen müssen für alle Pflegende lesbar sein. Hier ist es wichtig, bekannte Begriffe und Wendungen zu verwenden.

Fehlerhafte und unklare Abkürzungen

Es sollten nur bekannte und in der Einrichtung übliche Abkürzungen verwendet werden. Diese sollten zudem in einem offiziellen hausinternen Abkürzungsverzeichnis festgehalten sein.

Unsignierte Eintragungen

Alle Eintragungen sind mit dem jeweiligen Namens Kürzel, welches in einer Liste hinterlegt sein muss, zu signieren. Dabei sollten leere Stellen oder übrig gebliebener Platz bis zum Zeilenende durchgestrichen werden, um Nachtragungen oder Einfügungen zu verhindern.

Persönliche Ansichten

Pflegende dürfen keine Spekulationen anstellen über das, was sich möglicherweise ereignet hat. Es dürfen nur Tatsachen, Beobachtungen sowie Aussagen der Bewohnerinnen und Bewohner festgehalten werden.

Verspätete Eintragungen

Alle Eintragungen müssen rechtzeitig dokumentiert werden. Im Falle einer verspäteten Eintragung ist es wichtig, diese zu kennzeichnen und zu datieren.

Falsches Korrigieren

Fehlerhafte Eintragungen sollten nie ausradiert oder unleserlich gemacht werden, sondern mit einem Strich durchgestrichen und als Fehler gekennzeichnet werden, so dass sie lesbar bleiben
(vgl. Brobst et al., 2007, S.247 ff.).

Bei einer, von Leoni-Scheiber durchgeführten, Analyse von 19 Pflegedokumentationen eines Akutkrankenhauses wurden ähnliche vermeidbare Fehler in der Pflegedokumentation festgestellt:

- *Verspätete Einträge* in den Pflegebericht anstatt in den Pflegeplan bzw. Durchführungsnachweis, wodurch der Zeitaufwand für die Dokumentation zunimmt.
- Mehrfach durchgeführte Maßnahmen sind nicht geplant und oft nur im Durchführungsnachweis zu finden, obwohl sie anhand der Pflegediagnose im

Pflegeplan begründet werden müssten. Der Zustand der bzw. des Betroffenen sowie die Ursache für diverse Pflegemaßnahmen kann dadurch nicht nachvollzogen werden.

- *Fehlende Begründungen* im Pflegebericht für veränderte Pflegehandlungen.

„Viele Pflegenden handeln vermutlich so, wie sie es für richtig halten bzw. auch, wie sie es gewohnt sind.“ (Leoni-Scheiber, 2004, S.25)

Von Pflegenden wird oft vergessen, dass eine vollständige Pflegedokumentation eine individuelle und bedürfnisorientierte Pflege begünstigen bzw. vorantreiben kann. Zudem kommt sie dem Selbstschutz der Pflegenden zu Gute. Abgesehen von rechtlichen Folgen wie z.B. Gerichtsprozesse, die von Pflegepersonen auf Grund nicht zeitgerechter und inkorrekt dokumentiert wurden, birgt eine mangelhafte Dokumentation folgende Risiken (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.25 f.):

- „Informationsdefizite mit der Konsequenz von Behandlungsfehlern
- Mehrfachübertragung mit unnötigem Zeitaufwand
- Trennung von Person und Krankheit
- Beeinträchtigung der Wirtschaftlichkeit
- Beeinträchtigung des Leistungsprozesses

[...] Wer vorher nicht korrekt dokumentiert, hat später hohen Erklärungsbedarf!“ (Leoni-Scheiber, 2004, S.27)

2.2 EDV-basierte Pflegedokumentation

2.2.1 Begriffsklärung

EDV wird als "Informationsverarbeitung mittels digitaler Rechenanlagen, ein Umwandlungsprozeß, bei dem Eingabedaten (inputs) mit technischen Mitteln unter Verfolgung bestimmter Ziele bzw. Kriterien in Ausgabedaten (outputs) transformiert werden“ (Der neue Brockhaus, 1978, S. 533 f.) definiert.

Heute ist der EDV-Einsatz in Krankenhäusern mittlerweile selbstverständlich, um verschiedene klinische Tätigkeiten zu unterstützen. „Seit Jahren bestehen

Bestrebungen auch im Pflegebereich EDV-gestützte Dokumentationen einzusetzen, um damit folgende Ziele zu erreichen:

- Die Dokumentation des Pflegeprozesses zu unterstützen
- Die Qualität der Pflegedokumentation zu erhöhen
- Den Arbeitsaufwand zu reduzieren
- Die Auswertungsmöglichkeiten zu verbessern“ (Stefan, Eberl, Schalek, Streif, Pointner, 2006, S.252).

Eine EDV-basierte Pflegedokumentation bedeutet eine elektronische Datenverarbeitung, mit deren Hilfe pflegerelevante Daten identifiziert, gesammelt, verwaltet und verarbeitet werden. Ein Nursing Minimum Data Set (NMDS) z.B. ist ein System zur standardisierten Sammlung grundlegender Pflegedaten. Darin sind alle Daten enthalten, welche bei einer Patientin bzw. einem Patienten erhoben werden sollen. Es steht dabei jeder Einrichtung frei, mehr Daten zu sammeln, als im NMDS enthalten sind. Es werden anonymisierte Informationen verwendet, um den Anforderungen des Datenschutzes gerecht zu werden (vgl. Stefan et al., 2006, S. 252 f.). Mittlerweile wurde das NMDS in mehreren Ländern eingeführt. Es existieren jedoch unterschiedliche Formen. So gibt es z.B. in einigen Ländern Europas das Telenurse Projekt, welches neben der Entwicklung von pflegerelevanten Vokabeln und Klassifikationen, auch Komponenten eines NMDS enthält (vgl. Goossen, Epping, Feuth, Dassen, Hasman, Van den Heuvel, 1998, S. 153).

Ein NMDS sollte über folgende Daten verfügen: Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen, demographische Patientendaten sowie die Intensität der pflegerischen Versorgung. Indem verschiedene Datenelemente miteinander verglichen werden, können Informationen über die Klinik, den Fachbereich, die Station und die Patientengruppe gewonnen werden. In einer Studie von Eberl und Bartholomeyczik (2010) wurde der Versuch gestartet, das, bis zu diesem Zeitpunkt nur in Belgien angewandte Instrument NMDS auf das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen. Es waren dafür mehrere Schritte eines Übersetzungs- und Adaptionsprozesses nötig, wie z.B. die Klärung von Begriffen oder die inhaltliche Vorbereitung zur Validierung der Übersetzung durch Pflegeexpertinnen bzw. -experten. Sämtliche Schritte waren insgesamt von großer Bedeutung und wichtig, um zur Verständlichkeit und Praktikabilität des Instruments zur Erfassung minimaler

Pflegedaten bei zu tragen. Als weiterer Bedarf für ein NMDS in deutschen Akutkliniken ergab sich beispielsweise eine Verbindung mit Items zur Erfassung von Patientenzuständen bzw. Pflegediagnosen und –ergebnissen (vgl. Eberl, Bartholomeyczik, 2010, S. 315 f.). Eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung eines NMDS ist zudem eine gemeinsame Pflegefachsprache sowie eine vollständige Pflegedokumentation. Beide Faktoren sind wiederum essentiell, um zu einer Erhöhung der Qualität des Pflegeprozesses bei zu tragen.

Bei der elektronischen Pflegedokumentation gibt es meistens mehrere Bildschirm-Arbeitsplätze in den verschiedenen Diensträumen oder seltener am Patientenbett, welche mit einem großen Zentralcomputer verbunden sind. Um in das jeweilige Programm einzusteigen und Zugang zu den Patientendaten zu erlangen, muss die Benutzerin bzw. der Benutzer ihr bzw. sein persönliches Kennwort eingeben, dann erscheint auf dem Bildschirm die Krankenakte (vgl. Krämer, Schnabel, 2005, S.24 f.). Die EDV- Systeme sind in der Regel von ihrer Struktur und ihren Inhalten ähnlich aufgebaut wie die in der Alltagspraxis bestehenden Papierversionen. Es wird dadurch jedoch keine echte Innovation im Sinne einer Neuerung erzielt. „Der strukturelle Aufbau von derzeit auf dem Markt befindlicher Software zeigt, dass die prozesshafte Pflege zwar in Ansätzen übernommen wurde, die konkrete Gestaltung jedoch nur nach den bekannten Schritten: Probleme/Ressourcen, Ziele, Maßnahmen und zum Teil Ergebniserfassung, aufgebaut ist.“ (Fafflock et al., 2003, S. 27) Zudem kam Fafflock (2003) im Rahmen einer Untersuchung von unterschiedlicher Software für eine elektronische Pflegedokumentation zu dem Ergebnis, dass in kaum einem der analysierten Programme ein detailliertes Assessment vorhanden war, welches zum einen über die Sammlung von Informationen hinausgeht, um den Pflegebedarf zu ermitteln und zum anderen als Grundlage für eine nachvollziehbare Pflegeplanung dient. Die Software beinhaltet in der Regel Standardisierungen, was bedeutet, dass Inhalte bzw. Texte, welche zu einem großen Teil gemeinsam mit Pflegenden in der Praxis herausgearbeitet wurden, vorgegeben sind.

2.2.2 Anforderungen

Damit eine EDV-basierte Pflegedokumentation in der Praxis umsetzbar ist, sollte sie verschiedene Kriterien erfüllen. Zu diesen zählen laut Stefan et al. (2006, S. 260 f.) folgende:

- Klassifikationssysteme wie z.B. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) sind integrierbar,
- NMDS ist integrierbar,
- Vorlagen sind individuell ergänzbar, d.h. Freifelder, um Kommentare einfügen zu können,
- eine verständliche und praxisorientierte Hilfedatei für die Unterstützung der Mitarbeiter ist vorhanden,
- inhaltliche Adaptionen des EDV-Systems an neue Abläufe in der Organisation (z.B. neue Formulare mit neuen Datenfeldern) sind durch speziell geschulte Pflegende in das System integrierbar,
- eine übersichtliche und benutzerfreundliche Gestaltung der Bedieneroberfläche, der Auswahlmenüs und Eingabefelder,
- Einsicht in relevante Bereiche des EDV-dokumentierten Pflegeprozesses für andere Berufsgruppen ist möglich.

All diese Funktionen können jedoch nur genutzt werden, wenn Pflegende fähig sind, pflegerelevante Informationen und die Situation der Patientin bzw. des Patienten im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation eigenständig zu bewerten und zu interpretieren. Pflegende sollten bei jeder Erstellung sowie Evaluation einer Pflegeplanung überprüfen, inwieweit die EDV-Vorgabe mit der tatsächlichen Patientensituation übereinstimmt bzw. was bei den EDV-Daten ergänzt oder geändert werden muss (vgl. Stefan et al., 2006, S.258).

2.2.3 Vorteile

Laut einer Fragebogenerhebung von Basiskräften (ÖBIG, 2006, S.61) wird im Krankenhaus und an zweiter Stelle im Alten-/Pflegeheim am meisten Zeit für die Pflegedokumentation aufgewendet. Der Einsatz von EDV-basierter Pflegedokumentation kann diesen Prozess verkürzen. Pflegende, welche bereits mit

elektronischer Pflegedokumentation arbeiten, wissen dessen Vorteile zu schätzen und ein Umstieg zurück auf handgeschriebene Dokumentation wäre für sie nicht mehr denkbar.

Weitere Vorteile einer EDV-basierten Pflegedokumentation sind laut Ammenwerth et al. u.a.:

- der leichte Zugriff auf patientenbezogene Informationen,
- eine verbesserte Vollständigkeit und Korrektheit der Dokumentation durch Nachfrage- und Aufforderungsmechanismen,
- vordefinierte Pflegepläne und Leistungskataloge,
- Zugriff auf relevante Daten von jeder Berufsgruppe zu jeder bzw. auch zur selben Zeit,
- der verbesserte Übersicht über Veränderungen des Gesundheitszustandes,
- die stetige Aktualisierung pflegerischer Daten an allen Geräten,
- die vereinfachte Durchführung der Dienstübergabe sowie
- die Reduzierung von Übertragungsfehlern auf ein Minimum sowie Leserlichkeit für alle (vgl. Ammenwerth, Eichstädter, Schrader, 2003, S.28ff.).

Auch Krämer und Schnabel (2007) sehen in der digitalen Eingabe und Speicherung von Patienteninformationen Vorteile einer genaueren, exakteren, leserlichen und zeitsparenden Dokumentation. Zudem nennen sie die Förderung der interdisziplinären Teamarbeit. Anhand standardisierter Pflegeprotokolle und Richtlinien soll die Verwaltung der Daten sowie die Kommunikation einfacher gestaltet und der Zeitfaktor für das Speichern, Suchen und Aufrufen von Informationen verringert werden. Dadurch würde mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen (vgl. Krämer, Schnabel, 2007, S. 25).

Um die EDV jedoch sinnvoll und bedarfsorientiert einsetzen zu können, bedarf es eines kritischen und wachen Geistes in der Pflege.

2.2.4 Softwareprogramm für Pflege- und Betreuungseinrichtungen - Vivendi

Sogenannte Pflegedatensysteme verbinden Pflegeinformationen mit Lehranwendungen. Dadurch wird einerseits die Verwaltung standardisierter

Patienteninformationen unterstützt und andererseits die Dokumentation anhand des Pflegeprozesses gefördert. Manche Programme alarmieren sogar, wenn eine Pflegehandlung bei der Dokumentation vergessen wurde (vgl. Krämer, Schnabel, 2007, S. 25).

Gegenstand der Untersuchungen in dieser Arbeit war die EDV-basierte Pflegedokumentation in zwei Pflegeheimen in Wien, welche mit dem Programm „Vivendi“ arbeiten.

Laut dem Vivendi – Handbuch für die Pflege bietet diese Software u.a. folgendes:

- Einzelne Bausteine im Programm sind komplett und logisch miteinander verbunden, wodurch doppeltes und fehlerhaftes Dokumentieren vermieden wird.
- Pflegemodell, Leistungskatalog, Pflegestandards usw. können einerseits frei definiert werden oder andererseits aus dem Datenbestand übernommen werden, welcher zudem tausende verknüpfter Formulierungshilfen, passende Pflegestandards und einen Maßnahmenkatalog inklusive Leistungskomplexen beinhaltet.
- Durch eine Fristenüberwachung wird bei der Ablaufsteuerung im Programm für standardisierte Arbeitsabläufe, wie z.B. bei der Aufnahme einer Bewohnerin oder eines Bewohners, gesorgt.
- Die Pflegeplanung im Programm ist leicht zu bedienen.
- Die Pflegedokumentation beinhaltet u.a. eine Vitalwerterfassung (auch Sammelerfassung), ein Hygieneblatt, Bilanzierungen, eine Stammdatenerfassung inklusive Kontaktpersonen, Hilfsmitteln, Dokumenten, Zuzahlungen und Befreiungen (Praxisgebühr, Rezeptgebühr,...), Kostform sowie Risikofaktoren.
- Es verfügt über eine übersichtliche Medikamentenverwaltung, einem Arzt-Informationssystem, einem Aufgaben- und Mailsystem sowie einem Wundmanagementsystem mit Digitalkameraanbindung und elektronischer Wundvermessung.
- Schnelle und komplette Auswertungsmöglichkeiten von Berichten sind gewährleistet (CONNEXT, 2004-2006, S. 1).

Diese Software beinhaltet zudem das Konzept der Mäeutik, welches von Schindler als ein pädagogisches Verfahren beschrieben wird, mit welchem ein Lernprozess gestartet wird, bei dem Pflegende sich über ihre Handlungsoptionen klar werden. In der Mäeutik geht es darum, dass Pflegende auf Grund von beruflichen und privaten Lebenserfahrungen über ein intuitives Wissen verfügen und in der Arbeit unbewusst danach handeln. Ziel ist es, dabei von einer aufgabenorientierten Pflege zu einer Pflege zu gelangen, bei der die Bewohnerin und der Bewohner im Mittelpunkt stehen (vgl. Schindler, 2003, S.11).

2.3 Pflegeprozess

2.3.1 Begriffsklärung

Der Begriff Prozess stammt vom lateinischen Wort *processus* ab und kann mit *Vorgang* oder *Verlauf* übersetzt werden (vgl. Wahrig-Burfeind, 2007, S. 817 f.).

„Der Pflegeprozess ist ein systematischer Ansatz, um die Probleme und Ressourcen eines Patienten zu erkennen und pflegerisch zu handeln, um diese Probleme zu lösen oder zu lindern. Der Pflegeprozess beruht auf wissenschaftlichen Grundlagen und bietet eine Struktur, die darauf zielt, das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern, zu erhalten oder wiedererlangen zu lassen.“ (Brobst et al., 2007, S.25)

Der Pflegeprozess ist eine Methode der Problemlösung und stellt daher einen Teil der geplanten Pflege dar. Er wird zudem als dynamisches Geschehen mit dem Ziel einer kontinuierlichen bedürnisorientierten Pflege bezeichnet. Dabei gilt es, die individuellen Probleme der Betroffenen erst zu identifizieren und danach zu lösen. Dabei sollte der größte Nutzen den zu begleitenden Menschen zu Teil werden (vgl. Hojdelewicz, 2012, S. 34).

Fiechter und Meier (1981) beschreiben den Pflegeprozess folgendermaßen:

„Der Pflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs- Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkrieses einen

Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten.“ (Fiechter, Meier, 1981, S. 31)

Mitte des 20. Jahrhunderts wurde in den USA die Idee des Pflegeprozesses entwickelt, dabei wurden von Beginn an zwei Ziele verfolgt:

„[...] die Pflegequalität zu verbessern (Nutzen für die Patientinnen und Patienten) und einen höheren Berufsstatus für die Pflege zu erlangen (Nutzen für die Pflegenden).“ (Stefan et al., 2006, S.1)

2.3.2 Gesetzliche Grundlagen

In Österreich wurde am 10. Juli 1997 das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschlossen, in dem zum einen das Berufsbild, Rechte und Pflichten festgelegt und weiters eine detaillierte Beschreibung der Tätigkeitsbereiche für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft formuliert wurden. In der Beschreibung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird der Begriff „Pflegeprozess“ verwendet und als methodisches Vorgehen beschrieben.

„§ 14 (2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere: Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehende Ressourcen (Pflegeanamnese), Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose), Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidungen über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung), Durchführung der Pflegemaßnahmen, Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation), Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, psychosoziale Betreuung, Dokumentation des Pflegeprozesses ...“
(Schwamberger, 2006, S. 51).

In diesem Paragraphen ist sowohl von Entscheidungsfreiheit (fachliche Weisungsfreiheit) als aktiven Handlungsbereich, als auch von Verantwortung (Haftung) als Verpflichtung die Rede. Zudem haben Betroffene das Recht, jederzeit in die Pflegedokumentation Einsicht zu nehmen, welches u.a. in der nachfolgenden Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta) zusammengefasst ist (vgl. Hojdelewicz, 2012, S. 40):

„Die notwendige Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen ist sicherzustellen. Weiters ist die Aufklärung der Patienten und Patientinnen und ihre Zustimmung zur Behandlung oder die Ablehnung einer Behandlung zu dokumentieren.“ (Patientencharta 1999)

2.3.3 Funktionen

Der Sinn und Zweck des Pflegeprozesses sind unter anderem:

- „Die Individualisierung der Pflege
- Die Sicherung einer kontinuierlichen Pflege
- Die Verbesserung der Organisation der Pflege für die Patienten
- Die Möglichkeit, die Pflege zu evaluieren, d.h. die Pflegequalität festzustellen
- Die Erleichterung der Kommunikation sowohl zwischen den Pflegepersonen als auch zu den Ärzten und Ärztinnen etc., auch hinsichtlich der Dienstübergabe
- Die Vertiefung des Pflegeverständnisses
- Eine größere Autonomie der Pflegepersonen
- Eine Steigerung der beruflichen Zufriedenheit
- Eine Hilfestellung bei der Aus- und Fortbildung und
- Die rechtlichen Absicherung (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 10).

Zudem wurde bereits 1988 in Großbritannien von einer Dozentin für Krankenpflege an der Universität Wales namens Audrey Miller, untersucht, ob die Pflegequalität durch die Anwendung des Pflegeprozesses beeinflusst wird. Dabei wurde über zwei Jahre lang die Pflege auf verrichtungsorientierten Stationen mit jener in Abteilungen, welche anhand des Pflegeprozesses arbeiteten, verglichen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten in Abteilungen, welche mit dem Pflegprozess arbeiteten, klare

Vorteile für Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten. So waren diese zufriedener, weniger inkontinent, weniger stark abhängig und aktiver in der Selbstpflege, sodass ihre Lebensqualität eindeutig höher war als bei jenen auf anderen Abteilungen. Zudem kam heraus, dass durch die Anwendung des Pflegeprozesses nicht mehr Pflegemaßnahmen durchgeführt wurden als zuvor und dass die Pflegepersonen wesentlich mehr Zeit in Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern investierten (Miller, 1988, S.94 ff.). Diese Argumente zeigen in der kontinuierlichen Anwendung des Pflegeprozesses klare Vorteile bezüglich der Pflegequalität.

2.3.4 Modelle

Bis dato gibt es eine Vielfalt an ähnlichen Modellen des Pflegeprozesses mit unterschiedlich vielen Phasen. Das erste Buch über den Pflegeprozess in vier Stufen wurde 1967 von Helen Yura und Mary Walsh veröffentlicht: *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*. Acht Jahre später waren Mary Mundinger und Grace Jauron die ersten, die von fünf Stufen des Pflegeprozesses ausgingen (vgl. Stefan et al., 2006, S. 2). Ein Beispiel hierfür ist das Modell von Gordon, in welchem der Pflegeprozess inhaltlich in zwei Kategorien gegliedert wird, die Problemerkennung (Assessment und diagnostischer Prozess) und die Problemlösung (Pflegeplanung, Durchführung und Evaluation) (vgl. Gordon, 1987, S. 22). Heute gibt es u.a. Modelle, bei welchen der Pflegeprozess in sechs Elementen dargestellt wird, wie beispielsweise das Modell der Schweizerinnen Fiechter und Meier. „Sie stellen den Pflegeprozess als einen Regelkreis dar, der aus sechs Stufen besteht: Informationssammlung, Erkennen von Problemen und Ressourcen der PatientInnen, Festlegen der Pflegeziele, Planung der Pflegemaßnahmen, Durchführung der Pflege, Beurteilen der Wirkung der Pflege auf PatientInnen“ (Leoni-Scheiber, 2004, S.12).

Üblicherweise wird der Pflegeprozess in folgende Phasen unterteilt:

- Assessment
- Diagnostischer Prozess
- Pflegeplanung
- Durchführung der Pflegemaßnahmen
- Evaluation

Im Folgenden wird die EDV-basierte Pflegedokumentation hinsichtlich der Schritte des Pflegeprozesses beschrieben:

- Assessment vs. Anamnese

Im Pflegealltag werden häufig die Begriffe Assessment und Anamnese verwendet. Es wird dabei nicht immer deutlich, ob diese Begriffe als synonym zu betrachten sind oder inwieweit signifikante Unterschiede in der Bedeutung bestehen.

Das Wort Anamnese ist aus dem griechischen abgeleitet und bedeutet ursprünglich Erinnerung. In einem Gespräch mit der bzw. dem Kranken oder dessen Angehörigen wird die Krankengeschichte, Art, Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden erfragt (vgl. Pschyrembel, 1998, S. 68).

Das Assessment (engl.) wird als Abschätzen und Zusammentragen von Informationen anhand standardisierter Schemata beschrieben, um das Ausmaß vorhandener bzw. verlorener Fähigkeiten einschätzen und die Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit älterer Menschen beurteilen zu können (vgl. Pschyrembel, 2004, S.152). Da diese Tätigkeiten schon einen Teil des darauffolgenden Schrittes, nämlich dem diagnostischen Prozess, darstellen, wird in dieser Arbeit der erste Schritt im Pflegeprozess als „Pflegeanamnese“ bezeichnet.

→ Ein EDV-Programm ersetzt dabei den handschriftlichen Anamnesebogen. Relevante Fragen sind dabei als Pflichtfelder markiert und können daher nicht vergessen werden. Manche Programme liefern zusätzlich vorgefertigte Fragestellungen und Assessmentabläufe, welche nach bestimmten Pflegemodellen gestaltet sind. Die Dateneingabe in das EDV-Pflegedokumentationssystem kann während- oder nach dem Gespräch erfolgen (vgl. Stefan et al., 2006, S.255 f.).

- Diagnostischer Prozess

Pflegediagnose wurde 1990 nach NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), dem nordamerikanischen Verband für Pflegediagnosen, folgendermaßen definiert: „Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess.“ (Matzinger, 2003, S. 14) Hierbei geht es darum, logische Schlüsse über den Gesundheitszustand des Betroffenen zu ziehen. Dies ist ein ständiges, nie abgeschlossenes Vorgehen mit

dem Ziel, eine oder mehrere Pflegediagnose(n) zu erstellen. Nie abgeschlossen deshalb, weil sich der Zustand der Patientin bzw. des Patienten stets verändern kann, wodurch eine Anpassung der Pflegediagnose notwendig wird (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S.80). In Österreich werden Pflegediagnosen häufig nach dem PÄS-System formuliert. Die drei einzelnen Buchstaben stehen dabei für Problem, Ätiologie und Symptom. Demzufolge wird zuerst das Problem der Patientin bzw. des Patienten identifiziert, das heißt, der Diagnose wird ein Titel verliehen, und dann werden Ursachen und Symptome des Problems beschrieben (vgl. Rappold, Rottenhofer, Allmer, Burger, Chukwuma-Lutz, Oswald, Staufer, Von Musil, Weissenbacher, Wild, 2009, S. 13 f.).

→ Nachdem die Assessmentdaten in ein EDV-System eingegeben worden sind, bietet das jeweilige Programm Vorschläge zu verschiedenen Pflegediagnosen, wobei durch das System ein kurzer Überblick über die jeweilige(n) Definition(en), Ätiologie, Symptome, Risikofaktoren und Voraussetzungen angeboten werden kann. Dadurch entfällt das Suchen in Textbüchern großteils (vgl. Stefan et al., 2006, S.256).

- Pflegeplanung

Bei diesem Schritt kommt es zur Erstellung angestrebter Pflegeziele sowie zur Planung entsprechender Pflegemaßnahmen, um die gewünschten Ergebnisse zu erreichen (Interventionen mit Präzisierung zu was, wann, wie und warum), welche zur Zielerreichung eingesetzt werden. „Ein Ziel ist immer ein Punkt oder ein Zustand, den man erreichen möchte. Wer nicht weiß, wohin er will, braucht sich nicht zu wundern, wenn er ganz woanders ankommt. Das Pflegeziel beschreibt den Zustand, der mit der Pflege erreicht werden soll. Da es sich von selbst erklärt, wird es stets positiv formuliert.“ (Henke, 2002, S. 97) Um zu ermöglichen, dass die geplanten Maßnahmen auch von anderen Pflegenden gleichermaßen durchgeführt und eventuell evaluiert und adaptiert werden, sollte ein Pflegeplan deutliche und exakte Antworten auf die Fragen was, wann, wo, von wem, wie und warum Pflege durchgeführt wird, geben (vgl. Brobst et al., 2007, S. 140).

→ Zu jeder Pflegediagnose werden vom EDV-System nun wieder Vorschläge hinsichtlich der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen gemacht. Bei bestimmten Programmen scheinen hier in erster Linie Planungen auf, welche bereits mit Erfolg angewandt wurden. Standardisierte Pflegepläne können schnell gefunden und in die

jeweilige Pflegeplanung einer Patientin bzw. eines Patienten übernommen werden. Zusätzlich existieren für alle Pflegenden die gleichen Standards, welche für die Verwendung im jeweiligen EDV-System genehmigt wurden (vgl. Stefan et al., 2006, S.256).

- Durchführung der Pflegemaßnahmen

Nun werden die geplanten Maßnahmen in die Tat umgesetzt und die Reaktion der Patientin bzw. des Patienten darauf beobachtet und dokumentiert. (vgl. Stefan et al., 2006, S.208). In Büchern werden Pflegemaßnahmen oft nach Schemata beschrieben. Dies ist für die Praxis jedoch nicht immer sinnvoll, da jeder Mensch anders auf pflegerische Handlungen reagiert. Pflegende sollten daher stets für Abweichungen in Arbeitstechniken bereit sein (vgl. Henke, 2002, S. 110).

- Der Pflegebericht

Der Pflegebericht beinhaltet vor allem Informationen zu Aussagen und Reaktionen von Patientinnen und Patienten sowie von Angehörigen, Beobachtungen von Pflegenden, durchgeführten Pflegemaßnahmen und besonderen Ereignissen (z.B. Erbrechen einer Patientin). Sie werden in unterschiedlichen Dokumenten, wie beispielsweise in einem Pflegeberichtsblatt festgehalten. Teilweise sind die Einträge frei formuliert, teilweise sind sie in standardisierten Formularen eingetragen (z.B. in der sogenannten Fieberkurve).

→Nach Durchführung der Pflegemaßnahmen werden diese dokumentiert, d.h. in ein EDV-System eingegeben und dabei in bestimmten Programmen automatisch über einen eigenen User validiert. Dies bedeutet: „Jede Person, die ein Computersystem nutzt, erhält einen eigenen Benutzernamen, unter dem sich die Person im EDV-System anmeldet. Diesen Benutzernamen nennt man auch „User“.“ (Stefan et al., 2006, S.257)

- Evaluation

Die Evaluation stellt den letzten Schritt im Pflegeprozess dar. Sie dient der Beurteilung und Überprüfung des Erfolges des pflegerischen Handelns. Dadurch wird festgestellt, inwieweit die Patientin bzw. der Patient die geplanten Ziele erreicht hat. Hierfür ist es wichtig, offen an die Sache heranzugehen, um neue Daten über sie

bzw. ihn mit einzubeziehen und gegeben falls frühere Beurteilungen zu revidieren (vgl. Brobst et al., 2007, S. 190). Laut Henke (2002) wird die Evaluation zwar nie ausgelassen, jedoch von Pflegenden oft unbewusst durchgeführt. Es wäre sinnvoll, im Sinne einer fix vorgesehenen Pflegebeurteilung, gemeinsam mit den Patientinnen bzw. Patienten, sowie eventuell deren Angehörigen, die Wirkung der Pflege zu beurteilen. Dies könnte im Rahmen einer Pflegevisite geschehen (vgl. Henke, 2002, S. 126).

→ Für den letzten Schritt im Pflegeprozess bietet eine EDV-basierte Pflegedokumentation die Möglichkeit, die vollständige Pflegeplanung und alle vorgenommenen Veränderungen vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung aufzurufen, um nachzuvollziehen, ob die Patientin bzw. der Patient ihre bzw. seine Ziele erreicht hat oder nicht. Weiters können erfolgreiche Pflegemaßnahmen, welche häufig zu den definierten Pflegezielen führen, dadurch leicht eruiert und weiterempfohlen bzw. weniger erfolgreiche Maßnahmen ausselektiert werden (vgl. Stefan et al., 2006, S.255 ff.).

2.4 Qualität des Pflegeprozesses

Im Kontext mit Pflegeleistungen und einer systematischen Herangehensweise stellt der Pflegeprozess einen wichtigen Baustein für die nachhaltige Sicherung der Qualität aller Leistungen in einer Pflegeeinrichtung dar. Versorgungs- und Pflegeabläufe werden durch Standards, Richtlinien und Verfahrensanweisungen beschrieben und sind für alle Mitarbeiter einer Einrichtung verbindlich. Der Qualitätsbegriff in der Pflege wurde in den USA bereits 1933 von Lee und Jones definiert und später von anderen Wissenschaftlern bzw. Autoren stets neu entwickelt bzw. umformuliert (vgl. Vitt, 2002, S. 16).

Laut Henke (2002) setzt sich Pflegequalität aus folgenden Aspekten zusammen:

- „die Güte der pflegerischen Leistung, d.h. die Beschaffenheit der pflegerischen Leistung und die Begründung der pflegerischen Handlung.
- Lebensqualität für sich ist die Pflegequalität für den anderen, d.h., es ist erwünscht, mit seinem eigenen Sein dem Sein des anderen zu begegnen. Die Kommunikation mit dem Patienten erfordert, dass die Pflegeperson eigene

festen Wertmaßstäben hat, um dem Patienten in angemessener Weise gegenüberzutreten zu können.

- Voraussetzung für die Qualität der Pflege ist die Qualität der Berufsausübung (z.B. die Einstellung zum Beruf und die Organisation der Berufsausbildung).“ (Henke, 2002, S. 45 f.)

Um die Qualität der Pflege zu beschreiben, müssen Kriterien identifiziert werden, welche von einer Pflegetheorie bzw. einem Pflegemodell abstammen, welches wiederum im Leitbild einer Einrichtung festgehalten wird. Viele Modelle in der Pflege basieren auf folgenden vier Aspekten:

- Person: Damit sind die Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige gemeint.
- Umwelt: Dabei handelt es sich einerseits um die räumlichen Gegebenheiten, in welcher die Pflege durchgeführt wird, wie z.B. das Krankenzimmer und andererseits um die jeweilige Umgebung so wie beispielsweise die Lebensumstände der Patientin bzw. des Patienten.
- Gesundheit: In diesem Begriff ist der Gesundheitsstatus der betreffenden Person enthalten.
- Pflege: Dies sind alle pflegerischen Handlungen bzw. Leistungen, welche von Pflegenden im Sinne der Patientinnen und Patienten, vollbracht werden (vgl. Vitt, 2002, S. 19).

Zudem gibt es zwei Ebenen der Pflegequalität: die fachliche und die individuelle Ebene. Bei der fachlichen geht es hauptsächlich um Richtlinien, Standards so wie Rahmenbedingungen, nach welchen die Pflege durchgeführt wird. Die individuelle Ebene besteht wiederum aus der objektiven und der subjektiven Qualität der Pflege. Mit objektiv ist beispielsweise das Dokumentieren von Maßnahmen und die Evaluation der Pflegeplanung gemeint. Die subjektive Pflegequalität basiert auf individuellen Wünschen und Empfindungen der Patientinnen und Patienten (vgl. Bölicke, Steinhagen-Thiessen, 2002, S. 180).

Neben den Ebenen gibt es auch allgemeine Qualitätskriterien von Pflege. Diese wurden 1990 im Rahmen eines niederländischen Projektes von van Bergen, Hollands und Nijhuis ermittelt. Sie basieren auf dem Pflegeprozess und werden in die

drei Hauptkategorien Pflegefachliche Leistungen, Begleitung des Patienten und Koordinierende, administrative Aufgaben unterteilt. Jeder dieser Kategorien sind weitere Subkategorien zugeteilt. Diese Elemente sind jedoch von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich und werden laufend an das individuelle Leitbild angepasst (vgl. Pranke, Flerchinger, 1999, S. 13 ff.).

Im Rahmen einer Studie, gingen Seidl und Walter 2012 der Frage auf den Grund, ob die Pflegeplanung die Praxis verbessern würde. Dabei wurde Qualität in der Pflegeplanung folgendermaßen beschrieben:

- Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses sollen den Grundsätzen der Pflegeplanung entsprechend formuliert werden, d.h. dass Probleme beispielsweise begründet werden sollen.
- Pflegeprobleme sollen gut überlegt sein, denn zum einen stellt nicht jedes Problem für Pflegende auch für die Patientin oder den Patienten eines dar und zum anderen sollen anhand der Probleme auch realistische Ziele formuliert werden.
- Die Patientinnen und Patienten sollen in die Pflegeplanung mit einbezogen werden. Eventuell können auch Angehörige oder Freunde involviert werden, je nach Wunsch der Patientin bzw. des Patienten (vgl. Seidl, Walter, 2012, S. 378).

Im Rahmen der gleichen Untersuchung wurden Gespräche mit drei Expertinnen bzw. Experten aus unterschiedlichen Spitälern in Österreich geführt. Dabei kristallisierten sich folgende Qualitätsmerkmale des Pflegeprozesses heraus:

- Pflegediagnosen sollen frei und in einer, für Patientinnen und Patienten verständlichen Sprache formuliert werden.
- Alles, was die Planung, Zielsetzung und Ergebnisse betrifft, sollte gemeinsam mit den Patientinnen bzw. Patienten und eventuell den Angehörigen oder Freunden zu einem vereinbarten Termin besprochen werden. Dies wird als Pflegevisite bezeichnet. Pflegende sollten dabei auf zentrale Anliegen der Patientinnen und Patienten achten und eingehen, um dadurch ihre Sicherheit zu erhöhen.

- Die Dokumentation sollte nicht so viel Zeit in Anspruch nehmen, dass deswegen weniger Zeit für Handlungen und Gespräche mit Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.
- Es sollte gut durchdacht werden, was alles dokumentiert wird. Die Tendenz liegt bei wenig und nur dem Notwendigsten.
- Fortbildungen für Pflegende sowie die Akademisierung der Pflege sind wichtig, um eine Professionalität der Pflege sowie eine gemeinsame Pflegefachsprache zu gewährleisten (vgl. Seidl, Walter, 2012, S. 384 f.).

Die qualitätssichernde Funktion des Pflegeprozesses wird zudem durch eine kontinuierliche Dokumentation aller Handlungsschritte ergänzt. Anforderungen an Pflegende, um die Qualität des Pflegeprozesses gewährleisten zu können, sind vor allem:

- die Fähigkeit, mit der bzw. dem Betroffenen effektiv zu kommunizieren: Diese Fähigkeit ist vor allem bei der Durchführung der Pflegeanamnese von großer Bedeutung, welche einen sinnvollen Dialog und kein Frage- und Antwortspiel darstellen sollte. Dafür ist es wichtig, Einfühlungsvermögen zu zeigen, Objektivität zu wahren und sprachliche Barrieren, wie beispielsweise bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder kulturellen Besonderheiten, zu berücksichtigen.
- die interprofessionelle Kommunikation bzw. das Beraten mit anderen Pflegefachkräften, um beispielsweise andere Berufsgruppen in die Pflegeplanung mit einzubeziehen, wenn diese beteiligt sind,
- das Dokumentieren von erbrachten pflegerischen Handlungen am Tag der Leistungserbringung mit Handzeichen und Uhrzeit bzw. das unmittelbare Dokumentieren von Besonderheiten und
- das Beobachten von Reaktionen von Patientinnen und Patienten während des Durchführens einer pflegerischen Handlung. Gegeben falls müssen Teile des Pflegeplans überprüft bzw. modifiziert werden (vgl. MDS, 2005, S. 48ff.).

In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege nach dem medizinischen Dienst des deutschen

Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2011) werden die drei Ebenen der Qualität Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität genannt. Diese Unterscheidung geht auf den amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian zurück. Dabei bezieht sich vor allem die Prozessqualität auf den Pflegeprozess. Um Qualität innerhalb des Pflegeprozesses zu gewährleisten, bedarf es dabei u.a. folgender Voraussetzungen:

- Pflegekonzept: Dieses basiert auf wissenschaftlichen Theorien bzw. Modellen und die gesamte Pflegeeinrichtung handelt danach.
- Pflegeplanung und -dokumentation: Eine individuelle Pflegeplanung wird erstellt und gemäß der Entwicklung des Pflegeprozesses regelmäßig aktualisiert. Die Pflegedokumentation soll den Pflegeprozess unterstützen, die Pflegequalität sichern und die Pflegeleistungen transparent machen. Vor allem soll sie praxistauglich sein (vgl. MDS, 2011, S. 8-12).

Weitere MDS-Anforderungen für „Grundsätze und Maßstäbe Qualität und Qualitätssicherung“ aus dem Jahr 2000 lauten:

- fachliche Planung des Pflegeprozesses sowie fachliche Durchführung der Pflegedokumentation,
- Gestaltung einer individuellen Pflegeplanung unter Einbezug aller Informationen der Patientin bzw. des Patienten, von Angehörigen sowie an der Pflege Beteiligten und
- regelmäßige, auf den Pflegeprozess abgestimmte, Aktualisierung der Pflegeplanung (vgl. MDS, 2000, S. 88ff.).

In einer Expertise aus Deutschland steht geschrieben, „[...] dass Pflegequalität anhand einzelner Merkmale gemessen werden kann (Ist-Zustand), die hinsichtlich der Dimensionen von Struktur, Prozess und Ergebnis differenziert und im Hinblick auf Standards oder Zielvorstellungen bewertet werden können (Soll-Zustand), wobei je nach Betrachter unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden müssen[...]“ (Roth, 2002, S.9). Hier wird deutlich, dass die Qualität der Pflege aus wissenschaftlicher Sicht von der aus individueller Sicht eines Betroffenen abweichen kann.

Brandenburg und Calero (2009, vgl. S.70ff.) schildern anhand einem Beispiel aus Norddeutschland zur Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen folgende Aspekte zur Qualitätsförderung in der Pflege:

- Ein, gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickeltes und formuliertes Leitbild: Orientierung für das alltägliche Handeln kann geschaffen werden, in dem das Leitbild regelmäßig thematisiert und besprochen wird und alle Veränderungsprozesse immer abgestimmt mit dem Inhalt des Leitbildes erfolgen.
- Ein konsequentes Bezugspflegesystem: Dadurch werden Zuständigkeit und Verantwortlichkeiten klar geregelt und den Patientinnen bzw. Patienten sowie deren Angehörigen wird durch eine kompetente Ansprechpartnerin oder einen kompetenten Ansprechpartner Sicherheit gegebene.
- Ein Miteinbeziehen der Patientin bzw. des Patienten in allen Schritten des Pflegeprozesses: Dieser wird gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten erstellt und gegeben falls geändert, wodurch sich die Motivation der Patientinnen bzw. Patienten erhöht, am Erreichen der Pflegeziele aktiv mit zu wirken.
- Regelmäßige Schulungen zur Gestaltung des Pflegeprozesses und der Handhabung der Pflegedokumentation in Form von Workshops: Dadurch wurde eine hohe Qualität eindeutig festgestellt und wurde durch externe Prüfer bestätigt.
- Die Pflegevisite: Dadurch fühlt sich die Patientin bzw. der Patient ernst genommen und gut informiert.

Demnach gibt es viele Faktoren, welche sich auf die Qualität des Pflegeprozesses auswirken. Auch Leoni-Scheiber nennt z.B. das Pflegeverständnis, das auf eine Pflegetheorie gestützt ist, sowie das Leitbild der Institution. Weiters zählt sie die Arbeitszeiten, der Informationsfluss, die Pflegestandards und die Möglichkeiten zur Pflegedokumentation zu solchen Faktoren. Hinzu kommen die vielfältigen erforderlichen Qualifikationen der Pflegepersonen, wie beispielsweise die Fähigkeit und Bereitschaft zum Eingehen einer professionellen Beziehung oder Tragen von Eigenverantwortung, aber auch Motivation und Kreativität (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 167).

Um diese Aspekte umsetzen zu können, bedarf es unter anderem einer vollständigen und exakten Dokumentation aller pflegerelevanten Leistungen sowie Tätigkeiten.

Neben dem Effekt der Datenerfassung für das interne Controlling und für Vergütungsverhandlungen wird mit einer EDV-basierten Pflegedokumentation vor allem die Hoffnung auf Zeitersparnis und eine effektivere Steuerung des Pflegeprozesses verbunden. Zeitraubende Schreibarbeiten für Pflegende sollen vermieden werden, wodurch mehr Zeit für die zu Pflegenden sowie für die pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen soll.

Ob und inwiefern sich eine EDV-basierte Dokumentation aus der Sicht von Pflegenden auf die Qualität des Pflegeprozesses auswirkt, soll in dieser Arbeit erfragt werden.

3. FORSCHUNGSSTAND ZUM THEMA EDV-DOKUMENTATION UND QUALITÄT DES PFLEGEPROZESSES

Für den theoretischen Teil der Arbeit erfolgte eine Literaturrecherche zum Thema EDV-basierte Pflegedokumentation verknüpft mit Pflegeprozess und dessen Qualität über den Online-Katalog der Universitätsbibliothek Wien und der Medizinischen Universität Wien, in der Bibliothek des Rudolfinerhauses, sowie in den Datenbanken CINAHL, PubMed und DIMDI. Zusätzlich wurde mit der Suchmaschine Google Scholar recherchiert.

Es wurden in allen möglichen Konstellationen folgende Suchworte eingegeben: Pflege –Pflegedokumentation –Pflegeprozess –nurse –nursing –care –caring –computer-based,-assisted –electronic –nursing process –documentation –nurse plan –nurse care plan –nursing documentation system –quality of nursing –computerized nursing care plan –electronic data processing documentation –quality –nursing process –process of nursing –health care

Einschlusskriterien waren:

Sprachen: deutsch, englisch

Jahr: ab 2002

In den Datenbanken CINAHL und PubMed konnten mit den Suchbegriffen –nurse –nursing –care –caring –documentation –quality und –health care in verschiedenen

Konstellationen teilweise bis zu 10 000 Ergebnisse erzielt werden, jedoch wurde beim Lesen von diversen Abstracts meist schnell klar, dass es sich bei der Thematik um eine andere bzw. für diese Arbeit nicht geeignete handelte. Einige dieser Studien handelten z.B. nur im Entferntesten oder auch gar nicht von der von mir gewünschten Thematik. So befassen sich viele Untersuchungen mit persönlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie der generellen Qualität der Pflege und nur in wenigen wird ein direkter Bezug auf die Qualität des Pflegeprozesses genommen. Demnach schienen beispielsweise auch mit den Suchbegriffen – computerized nursing documentation kombiniert mit –nursing process nur zwei Ergebnisse auf, welche beide nur teilweise für diese Arbeit zu gebrauchen waren, da sich eine davon mit der Pflegedokumentation auf der Intensivstation und die andere mit der EDV-Dokumentation in Bezug auf das empathische Verhalten von Pflegenden und dessen Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten befasste.

Aus den vielen Suchergebnissen wurden folgende ausgeschlossen:

- Krankenpflegeschüler als Pflegepersonen,
- EDV in speziellen Einrichtungen wie Ambulanzen sowie in der Mobilen Hauskrankenpflege und
- Kinder als Patientinnen und Patienten

Dies führte zu einer etwas geringeren Trefferanzahl. Trotzdem musste von etwa 50 Studien ein Abstract nach dem anderen gelesen werden, um jene Ergebnisse zu finden, welche sich mit dem Thema EDV-Dokumentation und bzw. oder deren Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses aus Sicht von Pflegenden befassen.

Im Folgenden werden zehn Studien bzw. Arbeiten aus den Jahren 2005 bis 2011 genannt und die daraus resultierenden Ergebnisse vorgestellt, um einen Überblick rund um die EDV-basierte Pflegedokumentation zu verschaffen. Es handelt sich dabei um vier Literaturreviews und vier quantitative sowie zwei qualitative Forschungsstudien, welche nach Themenbereichen zusammengefasst wurden.

Literaturreviews zum Thema EDV-Pflegedokumentation

In der schwedischen Studie von Johansson, Nilsson, Stevenson und Petersson (2010) mit dem Titel „Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review“ werden Erfahrungen von Pflegenden bezüglich der Arbeit mit elektronischen Patientenaufnahmen, d.h. Patientendaten bzw. –informationen, welche in digitaler Form vorliegen, behandelt. Diese Studie wird hier vorgestellt, da es sich bei den, in den Ergebnissen genannten, Schwierigkeiten, die sich Pflegenden im Umgang mit einer elektronischen Pflegedokumentation in den Weg stellen, nicht um eventuelle anfängliche Probleme mit dem Arbeiten an einem PC handelt, sondern um allgemeine Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegenden. Die Ergebnisse zeigten, dass Pflegende aus vielen Gründen prinzipiell unzufrieden mit EPR („Electronic Patient Records“) waren:

Pflegende werden in ihrem Stationsalltag nicht unterstützt , da kein guter Überblick der Patientinnen und Patienten geboten wird, die Computer selten ausreichend verfügbar sind, um damit direkt am Patientenbett arbeiten zu können, die Individualität der Patientin bzw. des Patienten nicht gefördert wird und die Pflegenden sich z.B. durch teils vorgegebene Pflegeplanungen in ihrer Art zu arbeiten, kontrolliert fühlen. Darüber hinaus empfanden Pflegende die aktuellen Computersysteme als nicht zuverlässig und langsam, da bei einem Computerausfall vorübergehend auf keinem der Computer gearbeitet werden kann und es manchmal Stunden dauert, bis der Fehler behoben wird. Weiters wurden die Computersysteme als langsam, kompliziert, lästig und unlogisch bezeichnet.

Im Zuge eines Literaturreviews von Brandon & Kelley (2011) zum Thema „Electronic Nursing Documentation as a strategy to improve quality of patient care“ wurde insgesamt 24 Studien aus den vergangenen 30 Jahren ausgewählt und deren Ergebnisse in einem Artikel präsentiert. Es geht darin um die elektronische Patientendokumentation als Strategie, die Qualität der Pflege („patient care“) zu verbessern. Manche Ansichten von Pflegenden stimmten überein mit den Ergebnissen der Untersuchung von Stevenson, Nilsson, Petersson und Johansson (2010). So konnten Pflegende wichtige Patienteninformationen oft nicht dokumentieren, da im Computerprogramm auf Grund des vorgegebenen Menus

keine Möglichkeit bestand. Es wurde auch angemerkt, dass durch die vorgegebenen Menus die Fähigkeit von Pflegenden, die Bedürfnisse und Anliegen der Patientinnen und Patienten kritisch zu überdenken, negativ beeinflusst würde. Andere Pflegende hingegen, waren der Meinung, dass durch vordefinierte Möglichkeiten einer Pflegedokumentation eine bessere Organisation der Eingabe und Strukturierung von Daten ermöglicht würde. Weiters gab die Mehrheit der Pflegenden an, oft zuerst auf Papier bzw. einem Zettel und erst im Nachhinein am Computer zu dokumentieren, da auch hier die Meinung vertreten wurde, dass die elektronische Pflegedokumentation am Patientenbett umständlich bzw. beschwerlich wäre. Als positiv wurde die Transparenz und der Zugang zu Daten von, im Krankenhaus aufgenommenen oder transferierten, Patientinnen und Patienten beschrieben. Die Hypothese, dass die elektronische Patientendokumentation eine Strategie zur Verbesserung der Qualität der Pflege ist, konnte im Rahmen dieser Literaturübersicht weder bestätigt noch widerlegt werden. Der Zusammenhang zwischen elektronischer Patientendokumentation und Qualität der Pflege bleibt unklar.

Im Gegensatz zur vorigen Studie konnte in einer Arbeit von Zieme (2010) durch eine systematische Literaturrecherche ein Überblick über mögliche Effekte, welche durch die Einführung von IT-gestützten Pflegedokumentationssystemen auf die pflegerische Praxis erkennbar sind, gegeben werden. Folgende Effekte wurden mit jeweils positiven und auch negativen Auswirkungen erkannt, wobei die positiven deutlich überwogen:

- Zeitersparnis in der Dokumentation
- Verbesserung der intra- und interprofessionellen Kommunikation
- Optimierung der Dokumentations- und Pflegequalität

Beim Aspekt der Zeitersparnis konnte in allen Studien eine Reduzierung der Dokumentationszeit und somit ein Zeitgewinn für die patientennahe Pflege als großer Vorteil für die Pflegekraft festgestellt werden, da aus diesem Grund mehr Zeit für eine ausgiebige, an die Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten angepasste Pflegehandlung bleibt. Zusätzlich ist es für Pflegende möglich, Pausen einzuhalten und möglicherweise Überstunden zu vermeiden, wodurch die Arbeitszufriedenheit steigt. Einen weiteren Effekt stellte die Verbesserung der Dokumentationsqualität

dar, welche u. a. durch eine Maximierung der inhaltlichen Vollständigkeit erzielt wird. Dadurch wird wiederum eine umfassende Darstellung des Pflegeprozesses sowie eine erhöhte Transparenz der erbrachten pflegerischen Leistungen ermöglicht.

Der Aspekt Optimierung der Kommunikation zeigte, dass Ärztinnen und Ärzte die Pflegedokumentation häufiger nützen und relevante Informationen lasen, dass Pflegenden schneller und unkomplizierter patientenrelevante Informationen fanden und dass die interprofessionelle Kommunikation bei Verlegungen oder Operationen weitaus umfangreicher war. Auf diese Weise könnten auch kommunikative Missverständnisse vermieden werden. Der positive Effekt auf die Pflegequalität konnte durch eine Optimierung der struktur- und prozessbezogenen Dimension erkannt werden, direkte Verbesserungen in dem Gesundheits- und Zufriedenheitszustand der Patientin bzw. des Patienten wurden jedoch nicht gemessen bzw. gefunden.

Im Rahmen eines sogenannten „intervention reviews“ mit dem Titel „Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes“ (Urquhart, Currell, Grant, Hardiker, 2009) wurden Untersuchungen recherchiert, welche den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Pflegedokumentationssystemen und der Pflegepraxis bzw. Ergebnissen der Gesundheitspflege behandeln. Es wurden u.a. handgeschriebene mit elektronischen Dokumentationssystemen verglichen, wodurch aufgezeigt wurde, dass mit bestimmten Systemen ein Erfolg erzielt werden konnte, wenn es darum ging, ein bestimmtes Problem zu lösen, wie beispielsweise Zeitersparnis bei der Dateneingabe oder Verkleinern der Menge an Papier bzw. Zetteln. Diese Ergebnisse stimmen mit jenen von Schaubmayr sowie Zieme überein. Unsicher bleibt jedoch, ob durch das Verändern eines gesamten Pflegedokumentationssystems die Pflege an sich sowie der Gesundheitszustand des Patienten verbessert werden kann.

In einer Studie von Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies (2010) wurde die Komplexität von Pflegedokumentationen untersucht und zusätzlich wurden Zusammenhänge mit dem Pflegeprozess festgestellt. Die Komplexität wurde anhand folgender drei Aspekte ausgemacht: Unterbrechungen in der Dokumentation, unvollständiges Dokumentieren und unangebrachtes Erfassen von Daten. Weiters

zählten Faktoren, welche Einfluss auf die Pflegedokumentationen haben, zu den Ergebnissen der Studie. Diese waren: eine Begrenzung der Kompetenz, Motivation und des Vertrauens von Pflegenden, nicht effektive Pflegeprozedere sowie inadäquate Supervisionen und Fortbildungen für das Personal. Manche dieser Punkte beziehen sich indirekt auf den Pflegeprozess. So weist z.B. der Aspekt Unterbrechungen in der Dokumentation eine Irrelevanz des Pflegeprozesses auf. Auch stellt das unregelmäßige Erfassen von Daten Mängel im zweiten Schritt des Pflegeprozesses, im Formulieren von Pflegediagnosen, dar. Um dieser Komplexität von Pflegedokumentationen entgegenzuwirken, bedarf es einer ausführlichen Aufklärung sowie eines impliziten, vorgegebenen Arbeitsprozedere für Pflegemanagerinnen bzw. -manager, sodass Pflegende ausreichende Schulungen zum Thema Praxis der Pflegedokumentation erhalten, und Erschwernisse dadurch gemeistert werden können (vgl. Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006, S. 366 ff.).

Quantitative Untersuchung zum Thema EDV-Dokumentation

Eine Untersuchung von Munysia, Yu und Hailey (2011) widmet sich der Frage, ob durch die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation Zeit beim Dokumentieren gespart werden kann. Es wurden dafür zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor bzw. nach Implementierung der EDV-Doku Messungen vorgenommen, wie viel Zeit Pflegende für das Dokumentieren auf Papier sowie am Computer benötigen. Im Gegensatz zur Studie von Zieme, gab es dabei keine signifikanten Unterschiede bezüglich der benötigten Zeit für das Dokumentieren am Computer. Es stellte sich jedoch heraus, dass mehr als die Hälfte der Dokumentationszeit, für handschriftliches Dokumentieren aufgewendet wurde. Um irgendwann eine rein elektronische Pflegedokumentation zu erreichen, ist es einerseits wichtig zu verstehen, welche Informationen Pflegende diesbezüglich benötigen und andererseits ist es nötig, sich mit dem Arbeitsablauf des Dokumentierens gründlich zu befassen.

Quantitative Untersuchungen zum Thema EDV-Dokumentation aus Sicht von Pflegenden

In einer österreichischen Studie aus dem Jahr 2008 führte Christine Schaubmayr eine bundesweite Befragung durch und erfragte die Einstellung (Motivation) der Pflegekräfte zur EDV-gestützten Pflegedokumentation sowie die Handhabung von Schulungen. Diese Studie wird hier angeführt, weil darin der Unterschied zwischen anfänglichen Problemen am Computer und allgemeinen Schwierigkeiten mit einer EDV-basierten Pflegedokumentation wie in der zuvor genannten Studie, ersichtlich wird. Befragt wurden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen inklusive leitender Pflegepersonen im stationären Bereich. Viele Spitäler standen zu diesem Zeitpunkt entweder vor der Einführung von Krankenhausinformationssystemen oder arbeiteten bereits damit. Ergebnisse der Studie zeigten, dass die IT-gestützte Pflegedokumentation in den Krankenhäusern nur an wenigen Stationen eingesetzt wird. Andere EDV-Anwendungen werden weitaus häufiger eingesetzt, wie beispielsweise bei der Patientenaufnahme/-entlassung (70%), Apothekenordering und in sonstigen Bestellbereichen. Beim Thema EDV-Schulungen waren Pflegemitarbeiter in Zentralkrankenhäusern großteils zufrieden, in Standard- und Ordenskrankenhäusern ergaben sich größtenteils Defizite. Insgesamt fühlten sich ältere Mitarbeiter schlechter geschult als jüngere. Die Einstellung zur EDV-gestützten Pflegedokumentation war überwiegend positiv. 73,4% der Befragten sahen darin Vorteile, „wenn man bedenkt“, so Schaubmayr, „dass kaum eine IT-gestützte Pflegedokumentation stattfindet, jedoch ein sehr hoher Prozentsatz der Befragten mit IT arbeitet, so sind die Erwartungen in eine IT-gestützte Pflegedokumentation eher hoch“ (Schaubmayr, 2008, S.17). Als Vorteile der Pflegedokumentation per EDV wurden eine bessere Lesbarkeit, Zeitersparnis, Verfügbarkeit von Daten, weniger „Zettelwirtschaft“, die Qualitätssicherung, die Möglichkeit des Anlegens diverser Bibliotheken (Pflegediagnosen, Standardpflegepläne) und ein einheitliches Dokumentationssystem genannt. Als mögliche Nachteile bzw. Probleme wurden die mangelnde Ausstattung mit Hardware, die mangelnde Verfügbarkeit des PC's, die zu einer „Hilfsdokumentation“ in Form von Zetteln und somit einer zeitaufwändigen Doppelgleisigkeit führt, kein ausreichender technischer Support und nicht ausreichende Schulungen genannt.

Lee (2006) beschreibt in einer Studie ebenfalls Aspekte, welche für Pflegende beim Erstellen von Pflegediagnosen von Bedeutung sind: So gaben Pflegende an, vordefinierte Felder bzw. Auswahlmöglichkeiten am Computer als Erinnerungshilfe sowie als Vorlage zu verwenden, um z.B. den Zustand eines Patienten zu beschreiben. Eine weitere Studie ergab, dass Pflegende die vordefinierten Felder als Lernhilfe zum Erstellen von Pflegediagnosen empfanden. Es kam sogar vor, dass Pflegende Fehler in bereits bestehenden Diagnosen entdeckten und korrigierten. Lee kam zu der Schlussfolgerung, dass vordefinierte Felder hilfreiche Vorlagen für beginnende Pflegende sein können, dass dies jedoch bei langjährigen Pflegenden zu einer Reduktion ihrer Beteiligung am freien Formulieren von Diagnosen führen kann.

Qualitative Untersuchung zum Thema Individualität

In einer qualitativen Metasynthese von Kärkkäinen, Bondas und Eriksson (2005) mit dem Titel „Documentation of individualized patient care“ zeigten die Ergebnisse, dass in der elektronischen Pflegedokumentation eine individuelle Pflege nicht ersichtlich sei. Es schien, als ob Pflegende deren eigene Aufgaben öfter beschrieben bzw. dokumentierten, als die Erlebnisse und Erfahrungen der Patienten mit der Pflege an sich. Zudem wurde gezeigt, dass womöglich die, von der Organisation vorgegebene, Art und Struktur zu dokumentieren, der Grund für eine nicht individuelle Dokumentation ist. Sollte anhand der Pflegedokumentation keine detaillierte Beschreibung über die Pflege der Patientinnen und Patienten gegeben werden können, so kann möglicherweise das Patientenrecht auf eine sorgfältige Pflege nicht gewährleistet werden.

Laut Urquhart et al. (2009) besteht weiterhin Forschungsbedarf im Bereich des Zusammenhangs zwischen klinischer Praxis und deren Verstehen bzw. den niedergeschriebenen Aufzeichnungen von Pflegenden. Aus der Literatur wird klar, dass die vielen Funktionen und der Zweck der elektronischen Pflegedokumentation von Pflegenden noch nicht ganz verstanden wurden. In der Pflege tätige Personen müssen z.B. verstehen, welche pflegerelevante Tätigkeit einer strukturierten bzw. einer freien Dokumentation bedarf sowie für welche Tätigkeit eine elektronische oder eine handgeschriebene Dokumentation von Nutzen ist. Diese Aspekte sollten mittels

qualitativen Untersuchungsmethoden geklärt werden, bevor weitere fokussierte Untersuchungen zur EDV-basierten Pflegedokumentation durchgeführt werden.

Ausgehend von der bereits bestehenden Theorie sowie den Forschungsergebnissen kann nun festgehalten werden, dass sich die Qualität des Pflegeprozesses aus folgenden Faktoren zusammensetzt:

- ein, für Pflegende gemeinsames Pflegekonzept sowie Leitbild, nachdem alle handeln,
- eine einheitliche Pflegefachsprache,
- eine regelmäßige Teilnahme von Pflegenden an Schulungen und Fortbildungen,
- jegliches Handeln im Sinne der Patientinnen bzw. Patienten,
- das Miteinbeziehen der Patientinnen bzw. der Patienten in die Pflege sowie die Gestaltung der Pflegeplanung,
- das individuelle Gestalten der Pflegeplanung,
- das regelmäßige Evaluieren der Pflegeplanung,
- das vollständige, zeitnahe und sinnvolle Dokumentieren aller Schritte innerhalb des Pflegeprozesses und
- ein reibungsloser Ablauf der interprofessionellen Kommunikation.

Anhand der Ergebnisse des Forschungsstandes wird ersichtlich, dass einige dieser Aspekte aus Sicht von Pflegenden durch die EDV-Dokumentation teilweise und auch unterschiedlich beeinflusst werden. So werden Schulungen bezüglich der elektronischen Dokumentation meist für sinnvoll gehalten, jedoch u.a. auch als nicht ausreichend bezeichnet. Das Miteinbeziehen der Patientinnen und Patienten wird laut Pflegenden durch mobile Geräte ermöglicht, jedoch stellt es sich aus unterschiedlichen Gründen oft als schwierig heraus, die Geräte mit in das Zimmer der Patientinnen und Patienten zu nehmen. Vorgefertigte Textfelder in der Pflegeplanung werden von Pflegenden sowohl als positiv als auch als negativ beschrieben. Manche sind der Meinung, diese würden sich als Vorlagen bzw. Formulierungshilfen gut eignen. Andere jedoch denken, dass das Übernehmen von vorgefertigten Textfeldern eine individuelle Gestaltung der Pflegeplanung verhindern bzw. erschweren würde. Auch der Zeitfaktor beim Dokumentieren am Computer wird

von Pflegenden unterschiedlich bewertet. So wird die EDV-Dokumentation einerseits als zeitsparend und andererseits, oft von älteren Pflegenden, als sehr zeitintensiv bezeichnet. Beim Aspekt der interprofessionellen Kommunikation kann aus bestehenden Forschungsergebnissen kein deutlicher Einfluss der EDV-Dokumentation aus Sicht von Pflegenden erkannt werden. Es wird lediglich in einer Studie erwähnt, dass die interprofessionelle Kommunikation bei Verlegungen oder Operationen von Patientinnen oder Patienten umfangreicher sei und kommunikative Missverständnisse dadurch vermieden werden können. Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass es bereits einige Forschungsergebnisse zum Thema EDV-Dokumentation aus der Sicht von Pflegenden gibt, welche von allgemeinen Vor- und Nachteilen, wie z.B. dem zeitlichen Faktor, handeln. Es wird jedoch kein direkter Bezug auf die Qualität des Pflegeprozesses genommen. So ist auch keine klare Antwort auf die Frage nach der Individualität sowie der Integration der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb des Pflegeprozesses ersichtlich. Auch die interprofessionelle Kommunikation ist nur selten ein Untersuchungsgegenstand. Inwiefern werden diese Aspekte durch die EDV-Doku aus Sicht von Pflegenden beeinflusst? Dies soll u.a. anhand des empirischen Teils herausgefunden werden.

4. EMPIRISCHER TEIL

Da es in dieser Arbeit in erster Linie darum geht, die Forschungsfragen zu den persönlichen Sichtweisen von Pflegenden zu beantworten, wurde für den empirischen Teil der Arbeit eine qualitative Forschungsmethode gewählt. „Für die qualitative Forschung besteht Wirklichkeit nicht in objektiv messbaren Fakten, sondern in Bedeutungen und Zusammenhängen, die im Zuge der sozialen Interaktion hergestellt werden. Wirklichkeit und Wahrheit werden hier als etwas Subjektives und subjektiv Empfundenes verstanden. Daher erschließt sich die Wirklichkeit nicht objektiven Messmethoden, sondern nur dem (subjektiven) Verstehen.“ (Mayer, 2007, S. 71) Mit dieser Methode wird den Befragten vor allem viel Raum und Möglichkeit geboten, ihre Erfahrungen erzählen zu können.

4.1 Forschungsansatz und Begründung der Methodenwahl

In der qualitativen Forschung wird der Bedeutung, der Vielfältigkeit sowie der Komplexität von Erlebnissen einer bzw. eines Betroffenen auf den Grund gegangen. Zudem soll sie helfen, individuelle Empfindungen und Gefühle, wie beispielsweise Machtlosigkeit oder Trauer, zu untersuchen und für andere besser nachvollziehbar zu machen (vgl. Burns, Grove, 2005, S. 11). Im Gegensatz zur quantitativen Forschung wird bei der qualitativen Forschung davon ausgegangen, dass die Wirklichkeit das Resultat von Bedeutungen und Zusammenhängen ist und diese mittels sozialer Interaktion hergestellt wird. Die Wahrheit bezieht sich dabei auf die subjektiven Erfahrungen des Menschen, da die Dinge von jedem Einzelnen unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert werden. Es kann daher keine objektive Wahrheit geben, die für alle gleich ist. Daher hat die qualitative Forschung zum Ziel, ein Phänomen aus der Sicht der bzw. des Betroffenen zu ergründen und aufzufindig zu machen, welche individuelle Bedeutung dahinter verborgen ist. Die Datenerhebung in der qualitativen Forschung ist offen. Dies bedeutet, dass der Vorgang der Datenerhebung sowie –auswertung nicht genau vorgegeben ist, sondern flexibel gestaltet wird. (vgl. Mayer, 2007, S.71). Laut Burns und Grove (2005) basieren die qualitativen Ansätze „[...] auf einer Weltsicht, die folgende Grundsätze umfasst:

1. Es gibt nicht nur eine Realität.
2. Realität, die auf individuellen Wahrnehmungen basiert, wird von jeder Person anders wahrgenommen und verändert sich im Laufe der Zeit.
3. Was wir wissen, besitzt nur in einer bestimmten Situation oder in einem bestimmten Kontext einen Sinn.“ (Burns, Grove, 2005, S. 11)

Um aussagekräftige Informationen zu erhalten, werden die Forschungsfragen dieser Arbeit anhand von Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beantwortet. Ziel dabei ist es, die Sicht der involvierten Pflegekräfte zu ermitteln und aus ihrer Perspektive ein möglichst konkretes Bild der aktuellen Situation zur Arbeit mit einer EDV-basierten Pflegedokumentation zu erhalten.

4.2 Beschreibung des Instruments

Die mündliche Befragung ist in der qualitativen Forschung eine beliebte Methode zur Datensammlung. Obwohl der inhaltliche Hauptaspekt im Gespräch vom Interviewer bzw. von der Interviewerin vorgegeben wird, ist die Interviewform meist offen, sodass es keine fixe Reihung der Fragestellungen gibt. Die Anordnung der Fragen kann im Laufe der Interviews auf Grund von Erfahrungen aus vorherigen Interviews geändert bzw. angepasst werden. Es ist beispielsweise möglich, dass Betroffene auf neue inhaltliche Aspekte aufmerksam machen, welche dann als Fragestellung mit aufgenommen werden (vgl. Burns, Grove, 2005, S. 437). Hanna Mayer unterscheidet verschiedene Arten von Interviews, welche sich nach dem Grad der Standardisierung voneinander abgrenzen. Demnach gibt es standardisierte, halb standardisierte und nicht standardisierte Interviews (vgl. Mayer, 2007, S. 114). Für den empirischen Teil dieser Arbeit wurden mit neun diplomierten Pflegenden halbstandardisierte Interviews geführt. Im Vergleich zum standardisierten Interview nimmt dabei der Grad der Standardisierung ab. Als Hilfe für den Ablauf des Gesprächs dient der Interviewerin bzw. dem Interviewer ein Interviewleitfaden. Bei Leitfadeninterviews wird zwischen dem problemzentrierten Interview und dem Experteninterview unterschieden. Ersteres wird eingesetzt, um vor allem die subjektive Meinung der Befragten zu einer gewissen Problematik innerhalb der Gesellschaft auf zu führen. Das Gespräch sollte dabei offen und flexibel angelegt sein. Das Experteninterview hingegen hat zum Ziel, schwer greifbare Wissenskenntnisse zu erforschen. Bei den Befragten handelt es sich um Menschen, die in einem genau festgelegten Umfeld in der Praxis beschäftigt sind. Es wird oft eingesetzt, um eine Hypothese oder ein bestimmtes Konzept zu entwerfen oder nach zu prüfen (vgl. Mayer, 2007, S.115 ff.). Die Befragten in dieser Arbeit sind als Expertinnen zu sehen. Nur sie arbeiten täglich mit der elektronischen Pflegedokumentation und können daher ihren Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses beurteilen und beschreiben. Für die Arbeit wurden im Vorfeld sieben bis zehn Interviews mit diplomierenden Pflegenden geplant. Diese Anzahl ist, im Rahmen einer Diplomarbeit, leistbar und auch zeitlich möglich.

Zur Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Dabei sollten alle, zur Beantwortung der Fragestellung notwendigen, inhaltlichen Aspekte mit

eingepplant werden. In der Entwicklung des Leitfadens wurde an bereits bestehenden Forschungsergebnissen angeknüpft. Der Interviewleitfaden stellt somit eine Liste mit offenen Fragen dar, welche von der Interviewerin bzw. dem Interviewer vorbereitet wird. Anordnung und Gestaltung der Fragen werden durch sie bzw. ihn selbst bestimmt und flexibel eingesetzt. Der Einsatz eines Interviewleitfadens ist besonders von Vorteil wenn im Gespräch mehrere Aspekte vorgesehen sind, die mehr durch das Ziel der Studie und weniger durch die Antworten der Interviewpartnerinnen und –partner bestimmt werden. Zudem empfiehlt sich ein Leitfaden, wenn im Interview bestimmte, einzelne Informationen ermittelt werden müssen (vgl. Mayer, 2007, S.115 ff.). Nachdem in beiden Pflegeheimen die Interviews alle an jeweils einem Termin vereinbart wurden, wurde der Interviewleitfaden bezüglich der Reihung der Fragen im Laufe der aufeinander folgenden Interviews teilweise noch etwas verändert. Prinzipiell konnten die Fragen jedoch alle belassen werden. Der Interviewleitfaden ist im Anhang angeführt, die Hauptfragen wurden dabei folgendermaßen formuliert:

- Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie die EDV-Dokumentation von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Bewohners aussieht?
- Inwieweit wird die Individualität der Patienten aus Ihrer Sicht durch die EDV-Dokumentation beeinflusst?
- Inwieweit wird die Interaktion mit den Patienten aus Ihrer Sicht durch die EDV-Doku beeinflusst?
- Inwiefern wird die interprofessionelle Kommunikation aus Ihrer Sicht durch die EDV-Doku beeinflusst?
- Welche Vor- und Nachteile ergeben sich für Pflegende in der Handhabung bzw. im Umgang mit der EDV-Doku?

4.3 Durchführung der Interviews

Nach der Erstellung des Interviewleitfadens wurde Kontakt zu zwei Pflegeheimen aufgenommen. Die zwei Einrichtungen wurden deshalb gewählt, da in beiden mit der elektronischen Pflegedokumentation sowie der gleichen Software gearbeitet wird. Nach einem Gespräch mit den jeweiligen Pflegedienstleitungen, in welchem das Konzept und das weitere Procedere dieser Arbeit vorgestellt bzw. besprochen wurde,

stimmten beide zu, dass die Interviews im jeweiligen Haus durchgeführt werden dürfen. Daraufhin wurde auf den jeweiligen Stationen ein Aushang getätigt, wodurch Interviewpartnerinnen oder –partner rekrutiert werden sollten. Um zu gewährleisten, dass sich die Pflegenden nicht gerade in der Zeit der Umstellung von einer handschriftlichen auf eine elektronische Dokumentation befinden, waren für die Interviews nur Pflegepersonen vorgesehen, welche schon mindestens zwei Jahre mit einer EDV-basierten Pflegedokumentation arbeiten. In oder kurz nach der Phase der Umstellung könnten die Ergebnisse auf Grund von anfänglichen Schwierigkeiten mit der Software verfälscht werden.

Da sich nach etwa vier Wochen noch niemand gemeldet hatte, wurden mit Hilfe der Pflegedienstleitungen direkt Termine für Interviews in den beiden Pflegeheimen vereinbart. Einschließlich der zwei Pflegedienstleitungen wurden schließlich neun Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeschwestern durchgeführt. In einem der Pflegeheime ergab sich durch Zufall ein Interview mit einer diplomierten Pflegenden, welche in einem Krankenhaus arbeitet (Interviewpartnerin G). In dieser Einrichtung wurde die EDV-Doku ebenfalls vor ca. zwei bis drei Jahren eingeführt, jedoch wird mit einer anderen Software sowie dem Einsatz von mobilen Geräten gearbeitet. In die Reflexion der Ergebnisse dieser Arbeit wurden nur Aspekte übernommen, welche vergleichbar mit denen der anderen Interviews sind. Es wurde zugesichert, dass sich alle Interviewpartnerinnen freiwillig gemeldet hatten. Als Gesprächspartner wurden keine Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer ausgewählt, da das Erstellen von Pflegeplanungen nur im Tätigkeitsbereich von diplomierten Pflegenden liegt. In der folgenden Tabelle sind alle Interviewpartnerinnen aufgelistet:

Interviewpartnerin	Funktion	Alter	Muttersprache
A	DGKS	52	Bosnisch
B	DGKS	20	Deutsch
C	DGKS, Stationsvertretung	27	Deutsch
D	DGKS	31	Rumänisch
E	DGKS	35	Bosnisch
F	DGKS	26	Serbisch

G	DGKS	34	Deutsch
H	DGKS, Pflegedirektorin	40-50	Deutsch
I	DGKS, Pflegedirektorin	40-50	Deutsch

Vor Beginn des Interviews wurden die Teilnehmer darüber aufgeklärt, dass die Daten nur in anonymisierter Form verwendet und nicht an Dritte weiter gegeben würden. Alle Gesprächspartner waren damit einverstanden. Die Interviews dauerten durchschnittlich 20-30 Minuten und wurden alle im jeweiligen Pflegeheim in einem separaten Raum ohne Störungen durchgeführt. Bei einigen Interviews traten kommunikative Schwierigkeiten auf, da nicht alle Gesprächspartnerinnen die deutsche Sprache einwandfrei beherrschten. Mittels mehrmaligem Wiederholen bzw. Umformulieren von Fragestellungen seitens der Interviewerin konnten diese sprachlichen Barrieren jedoch gelöst werden.

4.4 Transkription und Auswertung

Die Gespräche, welche mittels Tonband festgehalten wurden, mussten anschließend Wort für Wort transkribiert werden. Danach wurden alle Interviews anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Hierfür mussten zunächst die Analyseeinheiten festgelegt werden:

- „Die *Kodiereinheit* legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Kontexteinheit* legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.“ (Mayring, 2010, S. 59)

Diese Einheiten werden je nach Forschungsmaterial bestimmt. In dieser Analyse stellt das einzelne Wort die Kodiereinheit dar, wodurch Aussagen über Erfahrungen und Erlebtes getroffen werden. Als Kontexteinheit werden Aussagen und Antworten der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner bezeichnet, welche Antworten auf im Interview gestellte Fragen darstellen. Diese stellen das Grundgerüst des ersten Interpretationsschrittes, der Paraphrasierung, dar. Als Auswertungseinheiten werden die einzelnen Interviews verstanden, welche nacheinander bearbeitet werden.

Mayring unterscheidet drei Grundformen des Interpretierens:

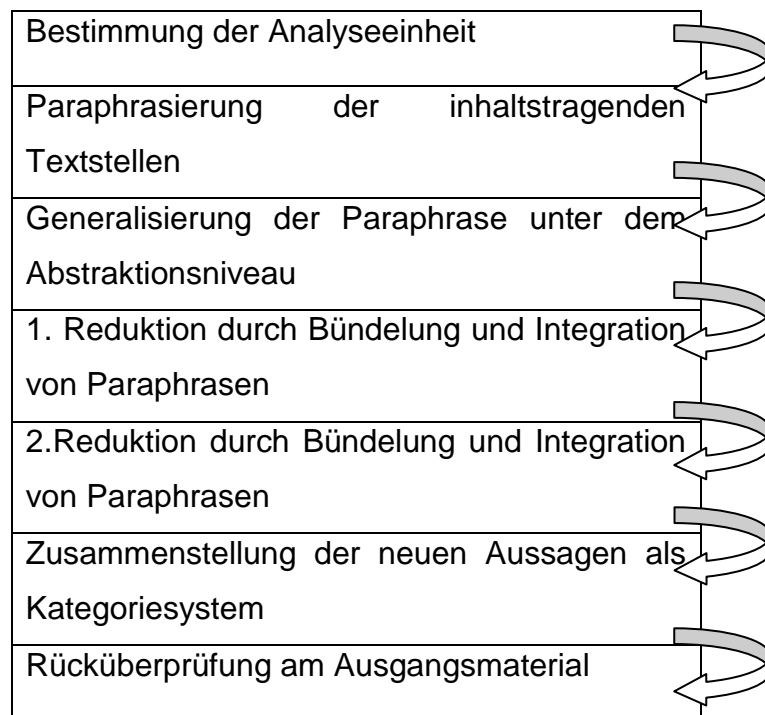
„Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring, 2010, S. 65)

Das Ziel einer Inhaltsanalyse ist die Analyse von Material, welches aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt. Ausschlaggebend hierfür ist das Unterscheiden einer aufsteigenden (textgeleiteten) und einer absteigenden (schemageleiteten) Verarbeitung bzw. das Formulieren von Makrooperatoren der Reduktion (Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion, Bündelung). Wichtig ist schließlich das genaue Festlegen der jeweiligen Abstraktionsebene der Zusammenfassung, auf welche das Material durch Einsatz der Makrooperatoren umgewandelt wird. Diese kann Schritt für Schritt verallgemeinert und immer abstrakter werden. Dieser Schritt wird als Paraphrasierung bezeichnet. Die einzelnen Kodiereinheiten werden kurz und prägnant zusammengefasst, wobei nicht

inhaltstragende Textbestandteile gestrichen werden. Als nächstes werden in mehreren Reduktionsschritten die Paraphrasen verallgemeinert und inhaltlich sortiert, sodass die Aussagen neu formuliert bzw. wiedergegeben werden. Nun folgen Rücküberprüfungen des Materials, um zu sehen, ob im entstandenen Kategoriensystem alle ursprünglichen Paraphrasen inhaltlich enthalten sind. Hier ist oft eine weitere Zusammenfassung von Nöten. Schlussendlich ist das Ziel der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse erreicht, so dass aus einer großen Menge an Material die wesentlichen Inhalte herausgefiltert wurden. In der nachstehenden Tabelle (siehe Tab. 1) werden die Schritte angeführt, die in der Arbeit nacheinander am konkreten Beispiel angewandt werden.



(vgl. Mayring, 2010, S.67 ff.)

Die folgende Tabelle soll diese Schritte anhand eines Beispiels aus einem der Interviews darstellen:

F	S	Zeilen- numme	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	1	17	Wir arbeiten sehr individuell, nicht nach einem Schema	Es wird individuell gearbeitet	
		21	Der Computer ist nur ein Mittel, ich muss selbst wissen, was ich eingebe	Computer ist Hilfsmittel, kann Denken und Überlegungen aber nicht übernehmen	
		32	Früher war die Doku nicht so genau und übersichtlich	EDV-Doku ist genau und übersichtlich	
		34	Gut, dass jeder zu jederzeit die Akte eines Bewohners am PC aufmachen und lesen kann	Vorteil, dass Akte eines Bewohners jederzeit am PC zugänglich	<p>≈ Kategorie 1 EDV-Doku ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuell, korrekt und übersichtlich • ein Hilfsmittel, welches Denken nicht für PP übernehmen kann • für alle PPs jederzeit am PC zugänglich

Hanna Mayer (2002) unterscheidet in der qualitativen Forschung folgende Gütekriterien, welche, um die Qualität einer Arbeit beurteilen zu können, unerlässlich sind:

- Verfahrensdokumentation

Die Methoden, welche für eine qualitative Untersuchung gewählt werden, müssen ausführlich beschrieben werden, um für andere nachprüfbar zu sein. In dieser Arbeit wurde dieses Kriterium durch detailliertes Ausführen der Datensammlung bzw. der Datenanalyse sowie durch das Erläutern von bisherigen Forschungsergebnissen berücksichtigt. Es wurden alle methodischen sowie weiteren Schritte erklärt und die Interpretation der Ergebnisse wurde nachvollziehbar argumentiert.

- Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Interpretation von Ergebnissen muss logisch erklärt und begründet werden, um sie für andere nachvollziehbar zu machen. Es sollte zudem herausgearbeitet werden, warum die jeweilige Deutung gewählt wurde.

- Regelgeleitetheit

Das Material muss nach einem festgelegten Plan bearbeitet werden. Sollte während der Arbeit bemerkt werden, dass dieser Plan verändert werden muss, sollte dies offen betrachtet und in Erwägung gezogen werden. In dieser Arbeit konnte nach dem geplanten Vorgehen gehandelt werden, es mussten diesbezüglich keine Veränderungen vorgenommen werden.

- Nähe zum Gegenstand

Um die Erfahrungen der Betroffenen verstehen zu können, muss zu ihnen bzw. auf sie zugegangen werden. Es ist notwendig, in die individuelle Welt der Betroffenen einzusteigen, um ihre subjektive Lebensgeschichte nachvollziehen zu können. Die Nähe zum Gegenstand wird in dieser Arbeit zum einen dadurch gewährleistet, dass sich die Verfasserin bereits im Vorfeld mit der EDV-Dokumentation bzw. dem Programm Vivendi auseinandergesetzt hat, um während des Interviews über die Möglichkeiten der EDV-Dokumentation Bescheid zu wissen. Zum anderen ist die

Verfasserin selbst eine Pflegende, wodurch ihr das Untersuchungsfeld der Arbeit, der Stationsalltag in einer Pflegeeinrichtung, bekannt ist.

- Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse können sowohl mit den Betroffenen selbst, als auch innerhalb des Forschungsteams besprochen werden, um sie zu überprüfen. Auf Grund von zeitlich beschränkten Ressourcen konnte diesem Kriterium nicht nachgegangen werden. Die Ergebnisse wurden nur mit jenen anderer Forschungen verglichen (vgl. Mayer, 2002, S. 80).

5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Hierfür wurden die gewonnenen Kategorien anhand der inhaltlichen Aspekte der Forschungsfragen zusammengefasst und näher erläutert.

5.1 Individualität

Sechs der neun Interviewpartnerinnen (A, B, C, E, F und I) waren der Meinung, dass die Individualität der Bewohnerinnen bzw. der Bewohner durch die EDV-Dokumentation gefördert würde, da trotz Auswahlmöglichkeiten bei der Formulierung von Pflegediagnosen, die Pflegeplanung individuell gestaltet bzw. erweitert werden würde. Ein Grund dafür sei, dass vordefinierte Textfelder meist zu allgemein formuliert wären und deswegen nicht Wort für Wort übernommen werden könnten.

A21-22: Der Computer ist nicht alles, er ist nur ein Mittel, er bekommt nur das, was ich gebe.

I18-22: ... es wird nicht alles nur angekreuzt und übernommen für die Planung ... bei der Pflegeplanung schau ich, ob das Vordefinierte passt und wenn nicht, muss ich es umändern.

E16-19: Ja, die gibt es schon, aber da musst du wieder die Hälfte weglöschen und selbst dazuschreiben, weißt du, also das passt nie. Das sind meistens nur ganz kurze Sätze, die man genauso nicht übernehmen kann, weil sie entweder so kompliziert formuliert sind oder weil die Hälfte nicht stimmt.

Eine Pflegende erwähnte zusätzlich, dass die Individualität der Pflegeplanungen in einer kürzlich stattgefundenen Pflegeeinsicht bemängelt worden sei und seitdem von Pflegenden vermehrt auf eine individuelle Gestaltung der Pflegeplanung geachtet würde. Drei Pflegepersonen nannten das Konzept der Mäeutik¹, nach welchem bei Vivendi gearbeitet wird und bezeichneten es als sehr Bewohner spezifisch und Individualität fördernd.

E37-38: ... dass, wir nach einem Konzept arbeiten und zwar die Mäeutik und dabei geht's eigentlich um die Individualität, daher muss die Planung auch so sein.

Die übrigen Pflegenden (D, G, H) denken, dass die Individualität der Bewohnerinnen bzw. Bewohner durch die EDV-Dokumentation verloren gehen würde. Eine von ihnen gab als ersten Grund dafür an, dass die Pflegehelfer keinen direkten Zugriff auf die Pflegeplanung hätten, um diese zu verändern.

D23-27: ...und wenn jemand anderem vielleicht dann noch was dazu eingefallen ist, hat der halt mit Bleistift was dazuschreiben können und jetzt haben z.B. Pflegehelfer nicht die Möglichkeit etwas zu verändern bei der Pflegeplanung.

Als zweiten Grund beschrieb sie, dass der Computer im Gegensatz zur Fieberkurve seltener am Tag benützt würde, wodurch die Möglichkeit reduziert würde, beispielsweise eine Beobachtung bezüglich einer Bewohnerin in kurzer Zeit zu notieren.

¹ Das Konzept der Mäeutik basiert auf dem Grundgedanken, dass Pflegende auf Grund von beruflichen und privaten Lebenserfahrungen über ein intuitives Wissen verfügen und in ihrer Arbeit unbewusst danach handeln.

D33-35: ...denn in so Fieberkurven würde man, glaube ich, viel öfter mal reinschauen und was hinzufügen, als dass ich, wie jetzt, mich da direkt rein klicken muss.

Eine andere Pflegende war der Meinung, die Möglichkeit, die Pflegeplanungen frei zu verfassen, werde von Pflegenden nicht genutzt und eine weitere Pflegeperson meinte, dass auf Grund der vorgefertigten Textfelder bzw. der Auswahlmöglichkeiten, die Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner prinzipiell abnehme.

H11-13: Also das ist der Nachteil, dass wenn es vorgefertigt ist, dass man dann eben zu wenig Rücksicht nimmt auf die Bewohner.

5.2 Interaktion

Der Großteil der Pflegenden (B, C, D, E, F, G und I) gab an, dass die Bewohnerin und der Bewohner nicht in die Gestaltung bzw. das Dokumentieren der Pflegplanung mit einbezogen und Pflegende alleine vor dem PC dokumentieren würden.

B44-46: ...es machen ja auch nicht viele, die Pflegeplanung wird immer alleine geschrieben. Du gehst zum Bewohner, fragst ihn alles und schreibst dann das, was du halt glaubst oder gesehen hast.

Vier von ihnen (B, C, D und F) sahen den Grund dafür darin, dass es oft schwierig sei, Bewohnerinnen oder Bewohner mit hohem Alter, eingeschränkter körperlicher Mobilität oder Demenz direkt zum PC zu bringen. Dadurch würde auch die Interaktion durch den Einsatz digitaler Geräte nicht beeinflusst.

B52-53: Nur oft ist es halt nicht einfach, wenn jemand im Rollstuhl sitzt oder bettlägerig ist...

Interviewpartnerin H meinte hingegen, es sei ein Vorurteil, dass alte Menschen nichts vom Computer verstehen und dass dies individuell und unterschiedlich sei.

H36-38: ...und dass, wenn man es ihnen erklärt, was man jetzt macht, dass sie da sehr wohl auch offen sind. Weil viele haben ja Enkelkinder oder ihre eigenen Kinder, in fast jedem Haushalt steht ja schon ein PC heute.

Interviewpartnerinnen B und I sahen bezüglich der Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern keinen Unterschied zur handschriftlichen Dokumentation.

B22-23: ... ich glaube eigentlich gar nicht, das macht nicht viel Unterschied.

I83-85: Nur, die setzen sich zwar hin, aber die haben ja nichts mit dem Bewohner selber gemacht ... viele verstecken sich ja hinter der Dokumentation.

Wenig Zeit für Bewohnerinnen bzw. Bewohner

Drei Pflegende brachten zum Ausdruck, dass für die Bewohnerin bzw. den Bewohner wenig Zeit zur Verfügung stehe, um sie in die Pflege mit ein zu beziehen. Zwei davon (B und E) begründeten dies damit, dass Pflegende alleine vor dem PC dokumentieren und dass das Arbeiten am PC bzw. mit dem Programm viel Zeit in Anspruch nehmen würde. Interviewpartnerin E sieht diesen Aspekt sogar als größten Nachteil der EDV-Dokumentation.

E159-161: Und jetzt sitze ich hier im Zimmer, alleine. Also ich verlier viel Kontakt zu den Bewohnern. Das ist der größte Nachteil...

Interviewpartnerin I war der Meinung, dass das Dokumentieren an sich sehr viel Zeit in Anspruch nehme, egal ob mit oder ohne EDV.

I185-187: ...ob ich das jetzt handschriftlich mache oder auf EDV, da glaube ich, da bin ich sogar so schneller, aber dass die Dokumentation an sich jetzt Zeit wegnimmt, glaub ich schon...

Mobile Geräte

Mittels mobiler Geräte bestünde die Möglichkeit, die Bewohnerinnen und Bewohner in die Pflegeplanung mit ein zu beziehen und die Interaktion dadurch zu fördern. Jedoch brachten Pflegende generelle Vor- sowie Nachteile von mobilen Geräten, von welchen nur manche einen Einfluss auf die Interaktion haben.

Gut die Hälfte der Interviewpartnerinnen (A, E, G, H und I) hielten den Einsatz mobiler Geräte auf der Station jedoch für nicht nötig, da diese die Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht positiv beeinflussen würden.

A85-86: ...das brauche ich nicht machen, weißt du, ich rede mit Bewohner oder beobachte ihn, schreibe mir Notizen auf..

Zwei Pflegende meinten zudem, dass alle wichtigen Informationen ohnehin nicht in einem einzelnen Gespräch gesammelt werden könnten.

I52-56: Ich glaube, dass man besser zu Informationen kommt, wenn ich so beim Bewohner sitze, oder etwas mit ihm mache, wenn ich ihm das Essen bringe, dass ich mich zu ihm sitze, oder beim Waschen, dass ich dabei einfach frage, und was haben Sie damals im Urlaub gemacht, also dass ich das so nebenbei frage.

Eine Pflegeperson meinte, dass durch einen Laptop entweder ihre Aufmerksamkeit auf die Bewohnerin oder den Bewohner reduziert würde oder aber auch, dass das Arbeiten am Laptop direkt vor der Bewohnerin oder dem Bewohner zu einer höheren Fehlerquote in der Pflegedokumentation führen würde.

E67-68: ...muss ich mich vielleicht zu sehr darauf konzentrieren, dass ich da jetzt keinen Fehler mache...

Drei Pflegende hielten einen Laptop im direkten Gespräch mit der Bewohnerin oder dem Bewohner als Störfaktor und dachten, dass ein alter Mensch dadurch irritiert sei.

E89-90: ...aber für mich persönlich ein Störfaktor, wenn der zwischen mir und dem Bewohner am Tisch stehen würde.

I98-100: Ich denke, wenn ich einmal ein alter Mensch bin und da sitzt eine mit dem Laptop, würde ich mir wahrscheinlich nur denken, ich darf sie jetzt nicht stören.

Interviewpartnerin E meinte zudem, dass es sie nicht stören würde, z.B. während eines Anamnesegesprächs Notizen auf einen Zettel zu schreiben und dass ohne einen Laptop zwischen ihr und der Bewohnerin bzw. dem Bewohner, die Menschlichkeit im Gespräch gefördert würde.

E85-86: ... aber da geht's mir persönlich nicht um Doppeldokumentieren, sondern um die Menschlichkeit und die Persönlichkeit des Gesprächs.

Auch sah sie im Laptop auch den Nachteil, dass die Geräte stets von Zimmer zu Zimmer geschleppt werden müssten.

E125: ...das wäre zu kompliziert, wenn ich den überall hin mitschleppen müsste.

Interviewpartnerin G arbeitete als Einzige der Interviewten mit Laptops. Sie sagte, dass diese nur selten mit zur Patientin oder zum Patienten genommen und stattdessen für die gleichen Tätigkeitsbereiche wie jene am Stand PC benützt würden, weshalb auch die Interaktion mit ihnen nicht beeinflusst würde.

G111-112: ...in die Zimmer ist er nicht viel, aber dadurch, dass wir halt nur drei Stand PCs haben, wird halt dann oft am Laptop dokumentiert, Berichte geschrieben und so....

Sie kritisierte weiters die geringe Akkulaufzeit der mobilen Geräte.

G98: ...dann kommt es vor, dass der Akku leer ist vom Laptop und es ist alles w-e-g.

Zudem erwähnte sie ein umständliches Zwischenspeichern, da man danach jedes Mal wieder von vorne in das Programm einsteigen müsste. Eine andere Pflegende erzählte, schon einmal mit mobilen Geräten gearbeitet zu haben und meinte zum einen, dass gerade alte Menschen keinen Zugang zum PC hätten und auch, dass die Fehlerquote bei Laptops sehr groß sei. Aus diesen unterschiedlichen Gründen stellt sich die Frage, ob der Einsatz von mobilen Geräten die Interaktion tatsächlich positiv beeinflussen würde.

I70-72: Ich hab schon einmal mit solchen Geräten gearbeitet, und, die haben s-o-o-f-t nicht funktioniert, also da waren die Fehlerquellen enorm.

Die übrigen Interviewpartnerinnen waren der Meinung, mobile Geräte seien hilfreich, da man die Bewohnerin bzw. den Bewohner auf diese Weise direkt in die Gestaltung bzw. Dokumentation der Pflegeplanung einbeziehen könnte.

B31-32: Wenn ich den Laptop hätte, könnte ich mich direkt damit vor sie hinsetzen und alle nach der Reihe machen, da würde ich mir persönlich viel leichter tun als so.

Drei Pflegende sahen zudem den Vorteil, dass Pflegende dadurch nicht so oft zwischen PC und Bewohner hin- und herlaufen müssten, denn das sei unmöglich. Aus diesem Grund gaben Interviewpartnerinnen D, E, H und I an, das Verwenden von Notizzetteln sei wichtig beim Messen von Vitalwerten (E und I), um nichts zu vergessen bzw. zu verwechseln (H) sowie aus ökonomischen Gründen, um nicht ständig hin- und her laufen zu müssen (D), was einen klaren Vorteil in der Anwendung mobiler Geräte darstellen würde.

D57-58: Es wäre ja auch unwirtschaftlich, wenn ich gerade vorne in einem Zimmer bin und wegen jeder Kleinigkeit hierher rennen müsste.

Eine Pflegeperson (B) sah in mobilen Geräten den Vorteil, dass dadurch das Doppeldokumentieren auf Notizzetteln reduziert würde. Zwei weitere Pflegenden (C und D) sahen darin den Vorteil des zeitnahen Dokumentierens.

C27-28: Das wäre nämlich praktisch, denn man sollte ja immer zeitnah dokumentieren und das geht so halt nicht immer.

Eine der beiden Pflegedienstleitungen sah zudem in der Ausstattung der Station mit WLAN einen Vorteil.

H25-26: Eventuell auch alles ausstatten mit WLAN, weil es geht niemand von vorne nach hinten ins hintere Dienstzimmer, das ist nicht möglich.

5.3 Interprofessionelle Kommunikation

Die Kommunikation innerhalb des Pflegeteams sowie zwischen verschiedenen Berufsgruppen stellt einen wichtigen Faktor in der Qualität des Pflegeprozesses dar. Pflegenden müssen untereinander eine gute Absprache halten, um alle Informationen rund um eine Bewohnerin oder einen Bewohner sowie die Pflegeplanungen kontinuierlich auf den aktuellen Stand bringen zu können. Genauso wichtig ist die Kommunikation mit ärztlicher oder therapeutischer Seite, um auch deren Beobachtungen, Anordnungen oder Erfahrungen bezüglich der Bewohnerinnen und Bewohner in die Pflege bzw. die Pflegedokumentation einfließen lassen zu können.

Pflegende

Eine Pflegende meinte, das Nachrichtensystem im Programm sei innerhalb des Pflegeteams gut angenommen worden. Besonders die Möglichkeit, Nachrichten auch nur an einzelne Kolleginnen und Kollegen verschicken zu können, sei sehr positiv.

D166: ...dann muss ich das nicht vor allen anderen breit treten, dass sie was vergessen hat...

Interviewpartnerinnen C und E beschrieben die morgendliche Dienstübergabe am PC als sehr unübersichtlich, da am Montior alle Einträge, auch die der Ärztinnen bzw. Ärzte und Therapeutinnen bzw. Therapeuten aufscheinen würden. Zudem sagte eine von ihnen, dass die wichtigsten Informationen der Dienstübergabe von den Pflegenden meistens auf Notizzetteln festgehalten würden, um nichts zu vergessen.

E120-122: ...weil du nimmst ja nicht alle Zettel mit, sondern nur einen kleinen halt und wenn ich dann im Zimmer bin und Blutzucker gemessen habe, kann ich das dann auch klein auf den Notizzettel schreiben und später nachtragen.

Ärztinnen bzw. Ärzte

Drei Pflegende (B, C und H) gaben an, dass Ärzte nur ihren Teil des Programmes nützen und anstatt über das Programm mit Pflegenden zu kommunizieren, nach wie vor Informationen auf Notizzettel schreiben würden.

B89: .. die Ärzte machen das nicht, die lesen das nicht.

Interviewpartnerinnen D, E, F und H empfanden das Reitersystem² und den Punkt „Visite planen“ im EDV-Programm als positiven Einfluss auf die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärztinnen bzw. Ärzten und dachten, dass dadurch auch die Zettelwirtschaft reduziert würde.

D74-76: ...aber man erspart sich trotzdem viele Zettel, weil da kann ich jetzt wirklich dem Arzt reinschreiben, ich brauche Sie bei dem und dem Bewohner, drücke einfach auf den blauen Reiter und die Geschichte hat sich.

Interviewpartnerin F meinte, dass Konsiliarärzte über das Programm alle Informationen über die Bewohnerinnen und Bewohner lesen würden und das sehr praktisch sei.

² Mittels Reitersystem können wichtige Aspekte, wie beispielsweise medizinische Anordnungen durch unterschiedliche Farben markiert und dadurch für andere besser sichtbar gemacht werden.

F80-82: Es lesen auch z.B. Konsiliarärzte, z.B. der Neurologe und der lest das dann auch, wie der Bewohner sich z.B. verhalten hat. Und ich finde das schon gut, weil jetzt kann man das besser alles nachlesen als früher.

Interviewpartnerinnen C und E empfanden ein kürzlich stattgefundenes Software Update als positiv, da ärztliche Anordnungen nun besser ersichtlich seien und nicht danach gesucht werden muss bzw. nicht leicht übersehen werden können.

Andere Berufsgruppen

Interviewpartnerin B gab an, die Kommunikation über das Programm werde von Pflegenden und von Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten in Anspruch genommen und auch Interviewpartnerin E meinte, die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ergo- bzw. Physiotherapeutinnen und -therapeuten werde durch die EDV-Doku positiv beeinflusst, da die therapeutischen Berichte ebenfalls im Programm erscheinen würden und für Pflegende dadurch lesbar wären.

E139-140: ...also die sitzen genauso hier vorm PC, schreiben ihre Berichte und die können wir dann genauso lesen, das heißt, ich muss nicht hinter ihm herlaufen und fragen...

Interviewpartnerin F war der Meinung, die Kommunikation zwischen Pflegenden und Abteilungshelferinnen bzw. -helfern sowie Therapeutinnen bzw. Therapeuten werde durch die EDV-Doku nicht beeinflusst, da diese im direkten Gespräch sehr gut funktionieren würde. Interviewpartnerin C kritisierte hingegen, dass das Programm bezüglich der interprofessionellen Kommunikation von pflegerischer sowie von ärztlicher Seite viel mehr genützt werden könnte.

C56-59: Auch von der Pflege her...könntest du über das Vivendi eine Nachricht schreiben, also hinterlassen...also das wird generell viel zu wenig genützt.

Für die beiden Pflegedienstleitungen (Interviewpartnerinnen H und I) war der Zugriff von zu Hause bzw. ihrem Büro auf das Programm sehr positiv.

H42-44: Also ich hab da wirklich zentral einen Zugriff auf die ärztlichen Visiten, auf die Medikamentenlisten, ich kann mir die Pflegeplanungen anschauen, ich hab von meinem Schreibtisch auf alles Zugriff und kann mich schon vorbereiten.

I156-158: ...ich schau mir auch oft z.B. Planungen zu Hause an und komm dann am nächsten Tag gleich und kann sagen, die Planung schauen wir uns durch, weil da passt was nicht...

Ein Nachteil war laut Interviewpartnerinnen B und I, dass das digitale Verschicken von Patientenakten zur Zeit (noch) nicht möglich sei, da die Programme nicht kompatibel wären.

B121-122: Die haben ja ganz ein anderes Programm als wir, das heißt, die würden das ja nie kriegen.

5.4 Qualität des Pflegeprozesses fördernde Aspekte

Als Aspekte, welche die Qualität des Pflegeprozesses fördern, wurden von der Mehrheit der Interviewpartnerinnen infrastrukturelle Faktoren angegeben, welche zur Praktikabilität im Umgang mit der EDV-Dokumentation beitragen. So sei diese anfangs und nach Software Updates kompliziert, jedoch praktisch, leserlich und übersichtlich, sobald man sich im Programm bzw. am Computer auskennen würde (B, C, E, F, G und H).

B141-143: Anfangs natürlich kompliziert für alle, aber wenn man sich mal auskennt, ist es wirklich übersichtlich, man hat alle Daten, die man braucht, gleich auf einen Blick.

C91-93: Es funktioniert ganz praktisch. Und auch aus der Pflegeplanung sind gleich die heutigen Maßnahmen ersichtlich, also es erscheint immer sehr gut, was du zu tun hast.

Als zeitsparend wurde sie von Interviewpartnerinnen A und D bezeichnet, da unter anderem das Öffnen von neuen Fenstern oder Dokumenten unmittelbar funktionieren würde. Zudem gäbe es auch die Option, wichtige Informationen über ein Filtersystem zu suchen, was bei statistischen Erhebungen sehr nützlich sei.

C152-154: Man kann es auch filtern, also wenn ich jetzt z.B. wissen will, wer hat heute Blutdruckkontrolle, geh ich auf Filter, lass das durchlaufen und hab dann da alle, die heute Kontrolle haben.

I170-171: ... dann filtere ich mir die heraus und dann weiß ich genau, wie viele Wunden es gibt.

Ein weiterer Aspekt, der bezüglich Statistiken in der Pflegedokumentation die Qualität des Pflegeprozesses erhöhen könnte, sei beim Evaluieren einer Pflegeplanung das Auswählen eines Grundes für die jeweilige Änderung.

G130-132: Wenn ich z.B. einen Block absetzen will, weil der z.B. keine Infusion mehr kriegt, fragt er mich halt, warum, weil Ziel erreicht wurde, weil Patient entlassen wurde oder so...

Eine Pflegende meinte zudem, dass durch eine automatische Erinnerung im Programm auf das Evaluieren, besonders von Risikodiagnosen, nun nicht mehr leicht vergessen werden könnte.

B58-61: Da gibt es z.B. die Risikodiagnosen, wie Sturz gefährdet, und die müssen wir alle zwei Wochen evaluieren und hier steht dann, die Diagnose ist spätestens am 15. Juni zu evaluieren. Und bereits eine Woche davor erinnert der Computer daran, weil bis zum letzten Tag davor muss das evaluiert sein.

Interviewpartnerin E meinte, das Dokumentieren am PC sei nur zeitsparend, sofern die Pflegeperson gute Deutschkenntnisse besäße und das Arbeiten am PC bzw. mit dem Programm beherrschen würde.

E153: ...aber wenn man mal weiß wo man was findet, ist es wirklich gut.

Eine Pflegende bezeichnete den Punkt „Heutige Maßnahmen“ als sehr übersichtlich und nützlich, um die daraus ersichtlichen Handlungen für den jeweiligen Tag, ab zu lesen.

C91-93: Es funktioniert ganz praktisch. Und auch aus der Pflegeplanung sind gleich die heutigen Maßnahmen ersichtlich, also es erscheint immer sehr gut, was du zu tun hast.

Interviewpartnerinnen A, C, E, G und H gaben an, es gäbe selten Probleme mit der Software bzw. dass diese, wenn nötig, in Kürze über eine Telefonzentrale behoben würden.

E98-99: ...eine bestimmte Nummer, wo wir in der Zentrale anrufen und das wird dann ganz schnell behoben.

Wartungszeiten würden per Mail angekündigt und fänden meistens nachts statt, so Interviewpartnerinnen C und D.

D116-118: Wir werden auch immer per Mail benachrichtigt, wenn es Wartezeiten gibt. Das machen die meistens in der Nacht, das kriegt man gar nicht mit, das ist schon gut eingeteilt.

Eine Pflegende sagte, dass vorgefertigte Textfelder in der Pflegeplanung Pflegenden, welche Probleme mit der deutschen Sprache haben, als Vorlage bzw. Anhaltspunkt dienen würde.

D19-20: Mitarbeiter, die Probleme mit der deutschen Sprache haben, also für die Deutsch nicht ihre Muttersprache ist, für die ist das halt ein Anhaltspunkt.

Vier der Interviewten (A, E, H und I) waren der Meinung, die Anzahl der Computer auf der Station sei auf Grund der guten Absprache innerhalb des Pflegeteams und unterschiedlicher Dienstzeiten ausreichend. Schulungen seien laut

Interviewpartnerinnen A, B, C und I wichtig für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie auf Grund von häufigen Software Updates.

B71-72: Weißt du, die verändern da auch immer wieder Sachen am Programm und dann kennt man sich wieder nicht aus.

Interviewpartnerinnen A und D gaben an, dass weitere Schulungen je nach Bedarf der Pflegenden zugeteilt bzw. angefordert würden.

D122-123: ...also wir wägen da schon ab, wer das am ehesten braucht.

5.5 Qualität des Pflegeprozesses hinderliche Aspekte

Als Nachteile der EDV-Dokumentation wurden großteils Faktoren genannt, welche sich in der Praxis als unpraktisch erweisen. So wurde von Interviewpartnerin B angegeben, bei Fragen häufig zwischen PC und Bewohner hin- und herlaufen zu müssen sowie dass viele Geräte auf der Station alt und daher langsam seien und ca. ein Mal am Tag abstürzen würden. Diese Zeit sollte besser den Bewohnerinnen und Bewohnern gewidmet werden, um eine kontinuierliche Pflege zu gewährleisten.

B121-122: Naja, zeitsparend würde ich nicht sagen. Weißt du, aber nicht das Programm selber, sondern halt die Computer. Manche sind wirklich total langsam ... stürzen ca. ein Mal am Tag ab.

Zudem waren vier Pflegende (A, B, C und E) der Meinung, das Arbeiten am Computer sei für ältere Kolleginnen und Kollegen und jene ohne eigenen PC schwieriger und dass dies wiederum für andere Pflegende zeitraubend sei, da die Computer dadurch länger besetzt wären.

B128-131: Die sind halt nicht so schnell im Umgang mit dem Computer, man muss ihnen halt öfter was erklären, sie fragen oft nach und prinzipiell das Schreiben, weißt du, wenn gerade alle Computer besetzt sind und du

müsstest schon zu einem PC, muss man halt dann warten, dass sie fertig sind.

Interviewpartnerinnen F und I hingegen dachten, das Arbeiten am Computer bzw. mit dem Programm sei reine Übungssache und für jüngere Pflegende nicht schwieriger als für ältere.

F105-106: ...das ist alles nur Praxis. Sicher, ich hatte anfangs auch Schwierigkeiten, aber man kommt dann schon rein, auch mit den Schulungen.

Interviewpartnerinnen C und D sahen im Doppeldokumentieren einen Nachteil, da jede Veränderung in der Pflegeplanung auch in der Anamnese und in den heutigen Maßnahmen extra dokumentiert werden müsse (C) und da die Lagerungs- und Trinkprotokolle nach wie vor in dafür vorgesehenen Mappen geführt würden (D).

C70-73: Und du musst jetzt jedes Mal, wenn du die Pflegeplanung evaluierst und eine Änderung eintritt, müssen wir die Anamnese a-u-c-h evaluieren, das heißt, habe ich jetzt eine Änderung, evaluiere ich die Pflegeplanung, dann die Anamnese, eventuell die heutigen Maßnahmen, vielleicht auch die Biographie...

D131-134: Also, was mich persönlich sehr stört, ist das mit den Lagerungs- und Trinkprotokollen, weil für die haben wir eigene Mappen, und dadurch muss ich eigentlich doppelt dokumentieren, weil ich schreib das zuerst hier ein, dann muss ich mich mit jemanden um die Mappe streiten (D lächelt) und schreibe das wieder ein.

Beide gaben zusätzlich an, dass durch das Dokumentieren am Computer die Gefahr bestünde, nicht alles genau zu lesen und dadurch womöglich nicht durchgeführte Maßnahmen ausgewählt bzw. markierte Reiter im Programm übersehen würden, was einerseits zu einer erhöhten Fehlerquote in der Pflegedokumentation oder unter Umständen sogar zu einer Gefährdung der Bewohnerinnen oder Bewohner führen könnte, was jedoch auch bei der papierbasierten Pflegedokumentation möglich wäre.

C102-104: Die Gefahr ist dabei halt, dass manche wirklich wo drüber lesen, und nicht schauen, was sie abzeichnen, das ist halt wirklich gefährlich.

D153-155: Aber so wie es jetzt ist, kommt es halt manchmal vor, dass manche Kollegen nicht genau schauen und dann hat der auf einmal schon seit sechs Tagen keinen Stuhl mehr.

Interviewpartnerin D meinte zudem, dass die Fieberkurve zum einen übersichtlicher und zum anderen praktischer gewesen sei, da man beliebige Zettel heraus nehmen konnte (selbst wenn sie gerade von einer Kollegin oder Kollegen benutzt worden war) und nicht erst auf einen freien PC warten musste.

D136-137: ...da hab ich ihm einfach den Zettel rausgegeben. Und ich finde, dass es vorher übersichtlicher war...

6. REFLEXION DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNG FÜR DIE PRAXIS

In diesem Kapitel werden die oben angeführten Forschungsfragen vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie anhand der Resultate der Interviews bzw. den sich daraus ergebenden Kategorien beantwortet. Die Hauptfrage, inwiefern die Qualität des Pflegeprozesses durch die EDV-Dokumentation aus Sicht von Pflegenden beeinflusst wird, kann angesichts der zusätzlich formulierten Forschungsfragen zu einem großen Teil beantwortet werden. Weiters werden in diesem Kapitel die Grenzen der Arbeit und schließlich Schlussfolgerungen für die Praxis erläutert.

6.1 Reflexion der Ergebnisse

Individualität

Inwiefern wird die Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner durch die EDV-Dokumentation gefördert?

Pflegende sehen in der EDV-Dokumentation die Möglichkeit einer individuellen Gestaltung der Pflegeplanung. Auswahlmöglichkeiten bzw. vorgefertigte Textfelder werden von Pflegenden nicht wortwörtlich übernommen, da diese meist zu allgemein sind und deswegen für jede Bewohnerin und jeden Bewohner individuell angepasst werden. Zudem können vorgefertigte Texte für Pflegende, welche die deutsche Sprache weniger gut beherrschen, als Vorlage bzw. Hilfe dienen. Diese Meinung wird von Pflegenden aus einer Studie von Lee (2006) geteilt, in welcher vordefinierte Felder bzw. Auswahlmöglichkeiten ebenfalls als positiv empfunden und u.a. als Erinnerungshilfe, Vorlage sowie Lernhilfe zum Erstellen von Pflegediagnosen beschrieben werden. Weiters, bezeichnen Pflegende das Konzept der Mäeutik als sehr Bewohner-spezifisch und sehen darin eine Förderung der Individualität. Es lässt daraus schließen, dass hierbei das Pflegekonzept selbst und weniger die EDV-Dokumentation einen Einfluss auf die Individualität hat.

Es wird jedoch auch die Meinung vertreten, die Individualität gehe auf Grund der EDV-Dokumentation verloren. Dafür werden unterschiedliche Gründe angegeben. Zum einen werden hier wiederum die vorgefertigten Textfelder in den Menüs genannt, wodurch die Gefahr besteht, dass Pflegende Dinge nicht korrekt abhaken oder aber allgemeine Textbausteine für beispielsweise die Pflegeplanung auswählen, welche dann nicht auf die Bewohnerin oder den Bewohner abgestimmt werden, was unter Umständen sogar zu einer gefährlichen Pflege führen kann. Diese Ergebnisse stimmen mit jenen von Johansson et. al (2010) überein, welche ergeben, dass Pflegende der Meinung sind, die Individualität der Patientinnen bzw. Patienten werde auf Grund vorgefertigter Textfelder durch die EDV-Dokumentation nicht gefördert. Auch Brandon und Kelley (2011) kommen im Zuge ihres Literaturreviews zu einem ähnlichen Resultat. Pflegende empfinden die vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten in den Menüs als negativ, da zum einen wichtige Patienteninformationen oft nicht

dokumentiert werden können, da im Programm auf Grund des vorgegeben Menüs keine Möglichkeit besteht. Zum Anderen würde auf diese Weise die Fähigkeit der Pflegenden, die Bedürfnisse und Anliegen der Patientinnen und Patienten kritisch zu überdenken, negativ beeinflusst und somit die Individualität reduziert. Zudem zeigen die Ergebnisse der Untersuchung von Kärkkäinen et. al (2005), dass durch die EDV-Dokumentation eine individuelle Pflege nicht ersichtlich ist, da Pflegende u.a. mehr Zeit mit der Dokumentation ihrer eigenen Aufgaben als mit den Anliegen der Patientinnen und Patienten verbringen.

Ein weiterer Grund für Pflegende dafür, dass die Individualität durch die EDV-Dokumentation verloren geht, ist die Zugriffsbeschränkung auf die Pflegeplanung. So haben Pflegehelfer nicht die Möglichkeit, die Pflegeplanung am Computer direkt zu verändern oder etwas hinzu zu fügen. Dies wird als Nachteil bezeichnet, da auf diese Weise die Möglichkeit reduziert wird, Beobachtungen und Erfahrungen von Pflegehelferinnen bzw. -helfern bezüglich Bewohnerinnen und Bewohnern in die Pflegeplanung mit aufnehmen.

Ein letzter Aspekt bezüglich der Individualität betrifft die abgeschafften Fieberkurven. Diese werden von Pflegenden als praktisch bezeichnet und es wird die Meinung vertreten, dass in der Praxis öfter ein Blick in die Fieberkurve geworfen wird, als sich nun zum Computer zu setzen und sich jedes Mal wieder neu an zu melden, um etwas in der Pflegeplanung nach zu sehen. Dadurch kann es sein, dass Pflegende sich mit der individuellen Pflegeplanung bzw. Biographie einer Bewohnerin oder eines Bewohners weniger auseinandersetzen und dadurch die Individualität der Pflege abnimmt.

Zusammenfassung

Durch die EDV-Dokumentation kann die Individualität von Bewohnerinnen und Bewohnern gefördert werden, sofern diplomierte Pflegende

- die Möglichkeit nutzen, Texte in der Pflegeplanung frei zu formulieren
- eine gute Absprache mit Pflegehelfern bezüglich deren Erfahrungen und Beobachtungen halten und die Pflegeplanung demnach adaptieren
- sich nicht auf Grund des Computers weniger mit der Pflegeplanung auseinandersetzen

Interaktion

Inwiefern wird die Interaktion mit den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern durch die EDV-Dokumentation beeinflusst?

Die Interaktion mit den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern wird aus Sicht von Pflegenden bei fehlendem Einsatz von mobilen Geräten nur wenig durch die EDV-Dokumentation beeinflusst, da es gerade in einer Langzeitpflegeeinrichtung von Pflegepersonen als schwierig bezeichnet wird, alte Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigungen zu mobilisieren und in einen Raum mit Computer zu bringen um mit ihnen die Pflegeplanung direkt am Computer zu gestalten. Dies ist auch der Hauptgrund dafür, dass Pflegende alleine im Dienstzimmer am Computer dokumentieren. Auch Brandon und Kelleys (2011) Untersuchungen zeigen, dass die Mehrheit der Pflegenden oft lieber zuerst auf einem Zettel und erst im Nachhinein am Computer dokumentieren, da die EDV-Dokumentation am Patientenbett umständlich ist.

Pflegende vertreten jedoch auch die Meinung, dass alte Menschen bezüglich ihrer Auffassungsgabe oft unterschätzt werden und dass, wenn ihnen der Computer simpel erklärt würde, sie diesen sehr wohl akzeptieren und verstehen würden. Inwieweit alte Menschen Zugang zum Computer haben oder finden können, sei von mehreren Faktoren, wie z.B. dem Alter oder dem geistigen Zustand des jeweiligen Menschen abhängig.

Die EDV-Dokumentation wird zudem als negativ beschrieben, wenn es um gemeinsame Zeit mit den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern geht. Mit der Fieberkurve konnten Pflegende sich zur Bewohnerin oder zum Bewohner setzen und gemeinsam mit ihnen dokumentieren. Dies ist durch den Einsatz des Computers so gut wie nicht möglich. Ob nun das Dokumentieren am Computer oder aber das Dokumentieren an sich viel Zeit in Anspruch nimmt, bleibt anhand der Aussagen von Pflegenden unklar.

Pflegende, welche noch nicht mit Einsatz von mobilen Geräten arbeiten, sehen viele Vorteile darin. So könnte man auf diese Weise die Bewohnerinnen und Bewohner leichter in die Gestaltung der Pflegeplanung bzw. das Dokumentieren mit einbeziehen, indem man den Laptop direkt mit ins Bewohnerinnen- und

Bewohnerzimmer nimmt. Man müsste dadurch auch nicht durch fast die ganze Station laufen, um etwas in der Pflegeplanung nach zu sehen, da man diese vor sich hat. Auf diese Weise würde zudem das ökonomische Arbeiten gefördert werden. Weiters, sehen Pflegende in mobilen Geräten den Vorteil des zeitnahen Dokumentierens sowie der Reduktion der so genannten „Zettelwirtschaft“, da man alles noch direkt im Bewohnerinnen- und Bewohnerzimmer am Laptop eintragen könnte und nicht erst, wenn zu einem späteren Zeitpunkt ein Computer frei ist. Gerade beim Messen und Eintragen von Vitalwerten wären mobile Geräte sehr nützlich. Es könnte so auch das Risiko gesenkt werden, wichtige Informationen zu vergessen oder Notizzettel zu verlieren. In der Literatur wurden keine Studien gefunden, in welchen Pflegende ohne den Einsatz mobiler Geräte arbeiten bzw. sich über den Zusammenhang zur Qualität des Pflegeprozesses äußern.

Andere Pflegende halten den Einsatz von mobilen Geräten für nicht sinnvoll bzw. nötig, da die Meinung vertreten wird, ein Laptop wäre im direkten Gespräch mit der Bewohnerin oder dem Bewohner ein Störfaktor. Grund dafür sei einerseits, dass Pflegende sich zu sehr auf das Gerät und zu wenig auf das Gegenüber konzentrieren würde oder andererseits, dass sie sich nur wenig auf die korrekte Eingabe in den Laptop konzentrieren und dadurch die Fehlerquote in der Dokumentation erhöhen würde.

Ein weiterer Grund, warum mobile Geräte nicht nötig sind, ist der, dass Pflegende alle wichtigen Informationen ohnehin nicht in einem einzigen Gespräch sammeln und dokumentieren können. Es bedarf vielmehr Zeit, um Informationen gelegentlich und durch Zufall im Gespräch erheben zu können. Weitere Nachteile von mobilen Geräten sind die geringe Akkulaufzeit sowie hohe Fehlerquellen, wodurch sie oft nicht funktionstüchtig sind. Zudem wird beschrieben, dass dort, wo bereits mit mobilen Geräten gearbeitet wird, diese nicht mit zur Patientin bzw. zum Patienten genommen werden, sondern statt dessen für die gleichen Tätigkeitsbereiche, wie jene am Computer, genützt werden. Grund dafür ist die mangelnde Ausstattung mit Geräten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Johansson et. al (2010), in deren Untersuchung Pflegende angeben, dass die mobilen Geräte selten ausreichend seien, um damit direkt am Patientenbett arbeiten zu können. Auch in Schaubmayrs

(2008) Studie sehen Pflegende in der EDV-Dokumentation den Nachteil einer mangelnden Ausstattung mit Hardware sowie Verfügbarkeit des Computers.

Zusammenfassung

- Es wurden von Pflegenden keine eindeutigen Aussagen über einen positiven Einfluss der EDV-Dokumentation auf die Interaktion mit den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern gemacht.
- Der Einsatz von mobilen Geräten könnte die Interaktion zwar positiv beeinflussen, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Einrichtung mit ausreichender Hardware ausgestattet ist. Nur so kann gewährleistet werden, dass mobile Geräte ihrem Sinn gemäß mit zur Bewohnerin und zum Bewohner genommen und dort in deren Anwesenheit verwendet werden.

Interprofessionelle Kommunikation

Inwieweit nimmt die EDV-Dokumentation Einfluss auf die interprofessionelle Kommunikation?

Pflegende

Pflegende sind vermehrt der Meinung, dass die Kommunikation innerhalb des Pflorgeteams durch die EDV-Dokumentation positiv beeinflusst wird. So wird z.B. das Nachrichtensystem im Programm Vivendi häufig benützt, um wichtige Informationen innerhalb des Pflorgeteams zu verschicken oder aber auch, um Mitteilungen an einzelne Kolleginnen oder Kollegen zu senden. Das Risiko, dass Nachrichten nicht oder nicht rechtzeitig gelesen werden, wird dadurch minimiert, dass sie automatisch beim nächsten Login aufscheinen. Es wurde jedoch auch angemerkt, dass diese Möglichkeit der Kommunikation einerseits eher von jüngeren Pflegenden genützt wird und andererseits, aus pflegerischer Sicht noch viel mehr genützt werden könnte. Einige Pflegende meinen, dass einem das Auseinandersetzen mit dem Computer und dem Programm ohnehin keiner abnehmen kann und dass das Alter der Pflegeperson daher keinen Unterschied mache.

Als unübersichtlich wird die Dienstübergabe am PC bezeichnet, da im Programm sowohl die Pflegeberichte, als auch die Berichte von Ärztinnen bzw. Ärzten und

Therapeutinnen bzw. Therapeuten gemeinsam aufscheinen und es daher etwas unübersichtlich und schwierig ist, die, für die Dienstübergabe wichtigen Informationen, heraus zu suchen.

Ärztinnen bzw. Ärzte

Die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten wird durch die EDV-Dokumentation nur teilweise beeinflusst. Hier wird von Pflegenden die Meinung vertreten, dass der Großteil der Medizinerinnen und Mediziner zwar ihren Teil im Programm, jedoch keine Möglichkeit zur Kommunikation mit dem Pflorgeteam über das Programm nützen. Deshalb werden von Ärztinnen und Ärzten nach wie vor Nachrichten an Pflegende auf Notizzettel hinterlassen, wodurch die Gefahr bestehe, dass diese Zettel verloren gehen und wichtige Informationen nicht weitergeleitet werden. Pflegeberichte werden vermehrt von Konsiliarärztinnen und -ärzten gelesen. Dies stimmt nur teilweise mit den Ergebnissen aus Ziemes (2010) Studie überein, welche zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte die Pflegedokumentation häufig nützen und relevante Informationen bezüglich der Pflege lesen.

Als positiv hinsichtlich der Kommunikation zwischen Pflegenden und Medizinerinnen bzw. Medizinern wird der Punkt „Visite planen“ im Programm beschrieben. Es geht dabei um den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, worin Pflegende alle, für die nächste Visite, wichtigen Informationen bezüglich Bewohnerinnen und Bewohnern festhalten können. Diese Informationen werden schließlich von der zuständigen Ärztin bzw. vom zuständigen Arzt gelesen und dieser weiß genau, was zu tun ist, wodurch die „Zettelwirtschaft“ wiederum reduziert werden kann. Auch ein, erst kürzlich stattgefundenes Update der Software wird von Pflegenden als sehr praktisch bezeichnet, da nun alle ärztlichen Anordnungen automatisch im Programm aufscheinen. Dadurch muss man einerseits nicht danach suchen und andererseits wird das Risiko gesenkt, Anordnungen zu übersehen und nicht durch zu führen.

Umständlich scheint die EDV-Dokumentation für hauserne Ärztinnen bzw. Ärzte zu sein, da diese alles zwei Mal, ein Mal am hausinternen PC und ein Mal auf deren privaten Laptop, dokumentieren müssen. Dies wurde als sehr zeitraubend bezeichnet.

Andere Berufsgruppen

Pflegende geben an, dass die EDV-Dokumentation von den meisten Therapeutinnen bzw. Therapeuten, die auf der Station tätig sind, genützt wird, um einerseits Pflegeberichte zu lesen und andererseits Mitteilungen an Kolleginnen und Kollegen oder auch an Pflegende zu senden, wodurch die Kommunikation mit dem Pflegeteam positiv beeinflusst wird. Weiters wird von Pflegenden positiv aufgenommen, dass die Berichte der Therapeutinnen und Therapeuten ebenfalls im Programm erscheinen und man nicht explizit danach suchen muss.

Für die beiden Pflegedienstleitungen ist ein großer Vorteil der EDV-Dokumentation, dass sie nun auch Zugriff zu allen Akten von deren PC im Büro sowie zu Hause haben. Dadurch besteht die Möglichkeit, alle Akten und Berichte im Vorhinein durchzuarbeiten und fehlerhafte Pflegeplanungen zu ermitteln, um eine Pflegevisite vor zu bereiten. Auch für Statistiken bietet die EDV-Dokumentation die Möglichkeit, bestimmte Dinge oder Daten herauszufiltern, beispielsweise wie viele Stürze es im letzten Monat gab. Dadurch kann auch in Richtung Qualitätsmanagement viel Arbeit erleichtert bzw. einfacher gestaltet werden.

Es wird auch angemerkt, dass es nicht möglich sei, alle Akten einer Bewohnerin oder eines Bewohners digital in andere Einrichtungen zu verschicken, was beispielsweise bei einem Krankenhausaufenthalt ein großer Vorteil für beide Seiten, sowohl Pflegeheim als auch Krankenhaus, wäre. Man könnte alle wichtigen Informationen mit einem Klick verschicken. Dies ist jedoch einerseits auf Grund des Datenschutzes und andererseits auf Grund von nicht kompatiblen Systemen unmöglich. Hier müsste u.a. eine Software entwickelt werden, mit welcher in allen Gesundheitseinrichtungen in ganz Österreich oder Bundesland weit gearbeitet werden kann. Innerhalb eines Krankenhauses scheint das digitale Verschicken von bestimmten Patientenakten ein klarer Vorteil zu sein, da die interprofessionelle Kommunikation bei Verlegungen oder Operationen deutlich umfangreicher sei, so Zieme (2010).

Zusammenfassung

- Die interprofessionelle Kommunikation wird durch die EDV-Dokumentation aus der Sicht von Pflegenden nur teilweise beeinflusst,

da nicht alle Pflegenden, Ärztinnen bzw. Ärzte und Therapeutinnen bzw. Therapeuten die vielen Möglichkeiten des Programms, wie beispielsweise das Nachrichtensystem, nützen.

Qualität des Pflegeprozesses fördernde Faktoren sowie Vorteile für die Praxis

Die EDV-Dokumentation wird von Pflegenden als übersichtlich und korrekt beschrieben, da nun alle Einträge leserlich sind und nicht die Möglichkeit besteht, etwas im Nachhinein hinzuzufügen, da Pflegende bei jedem Eintrag das Datum und die genaue Uhrzeit eintragen müssen. Dadurch kann die Fehlerquote in der Pflegedokumentation gesenkt werden. Auch in den Untersuchungen von Zieme (2010) und Schaubmayr (2008) werden als Vorteile der EDV-Dokumentation u.a. eine bessere Lesbarkeit, Zeitersparnis, gute Verfügbarkeit von Daten und eine daraus resultierende Qualitätssicherung genannt.

Weiters wird die Tatsache, dass Maßnahmen, welche am selben Tag oder in den nächsten Tagen durchzuführen sind, automatisch im Programm aufscheinen, als positiv bezeichnet. Dadurch wird die Gefahr, etwas zu vergessen, minimiert.

Als zeitsparend wird die EDV-Dokumentation bezeichnet, sofern Pflegende sich generell mit dem Computer und der jeweiligen Software auseinandersetzen. Nach Software Updates, welche häufig auftreten, ist es anfangs wieder schwierig, sich an das Programm zu gewöhnen. Wenn Pflegende erst einmal wissen, unter welchem Punkt etwas zu finden ist, wird die EDV-Dokumentation als zeitsparend und praktisch bezeichnet. Auch gute Deutschkenntnisse werden hier als Voraussetzung angeführt. Besonders das Filtersystem wird als positiv beschrieben, da Pflegende nun nicht mehr nach bestimmten Einträgen oder Informationen suchen müssen. Wartungszeiten werden im Vorhinein angekündigt und finden meistens nachts statt, sodass Pflegende dadurch nicht in ihrer Arbeit beeinträchtigt werden. Zudem sind Systemausfälle sehr selten und es gibt im Falle eines Ausfalls zwischenzeitlich Mappen, in welchen schriftlich dokumentiert wird. In der Studie von Johansson et al. (2010) bezeichnen Pflegende die EDV-Dokumentation u.a. als nicht übersichtlich, langsam, kompliziert und unlogisch. Zudem wird kritisiert, dass bei einem Computerausfall vorübergehend auf keinem Computer gearbeitet werden kann und es manchmal Stunden dauert, bis der Fehler behoben wird.

Qualität des Pflegeprozesses hinderliche Faktoren sowie Nachteile für die Praxis

Zu den Nachteilen der EDV-Dokumentation zählt laut Pflegenden die Tatsache, dass Pflegende nun häufig zwischen Bewohnerinnen- oder Bewohnerzimmer und Dienstzimmer hin- und herlaufen müssen, um in der Dokumentation etwas nach zu sehen. Früher konnte man die Fieberkurve mit zur Bewohnerin und zum Bewohner nehmen. Dies ist jedoch bei fehlendem Einsatz von mobilen Geräten nicht möglich, was wiederum oft zu Doppeldokumentieren auf Notizzettel führt. Gerade beim Messen von Vitalwerten werden diese auf Zettel notiert und erst später am Computer eingetragen. Dadurch besteht das Risiko, Zettel bzw. wichtige Informationen zu verlieren oder zu vergessen. Das Problem des Doppeldokumentierens gibt es auch bei Lagerungs- und Trinkprotokollen, welche 24 Stunden am Tag direkt neben der Bewohnerin bzw. dem Bewohner liegen. Es wäre schlicht nicht möglich, nach jedem Mal Umlagern oder jeder Mahlzeit, ins Dienstzimmer zu gehen, sich neu ein zu loggen und zu dokumentieren. Dies wäre zeitlich und auch ökonomisch nicht möglich. Hier könnten ausreichend mobile Geräte Vorteil verschaffen.

Ein weiteres Problem bei der EDV-Dokumentation sind veraltete Geräte. Diese sind generell langsam und neigen häufiger zu einem Systemausfall, was für Pflegende zeitraubend sein kann. Zudem muss erwähnt werden, dass Pflegende das häufige An-, Um- und Abmelden im Programm als nervend und ebenfalls zeitraubend erleben.

Pflegende beschreiben weiters, dass es manchmal vorkommt, dass sie im Programm etwas übersehen oder aber nicht durchgeführte Maßnahmen als „durchgeführt“ abhaken. Dies kann unter Umständen zu gefährlicher Pflege führen.

Sonstiges

Für Pflegende ist eine ausreichende Anzahl an Geräten wichtig, da das Dokumentieren generell viel Zeit und Konzentration in Anspruch nimmt und es daher günstig ist, in ruhigen Zeiten zu dokumentieren, und nicht, wenn gerade ein Gerät frei wird. Hier ist auch zu bedenken, dass nicht nur Pflegende am Computer tätig sind, sondern auch andere Berufsgruppen darauf arbeiten. Es sollte bestenfalls für jede im Dienst befindliche Pflegeperson ein Gerät zur Verfügung stehen.

Weiters erzählen Pflegende, vor der Umstellung von handschriftlicher auf EDV-Dokumentation skeptisch und teilweise ängstlich gewesen zu sein, da sie nicht genau wussten, was sie erwarten würde. Mittlerweile haben Pflegende großteils den Computer an sich und die EDV-Dokumentation gut und positiv angenommen.

Schulungen werden gerade für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und nach Software Updates für nötig gehalten. Pflegende sind mit dem Angebot der Schulungen in ihrer Einrichtung zufrieden. Sie geben zudem an, dass Schulungen auch von ihnen selbst angefordert und nach Bedarf zugeteilt werden können. Diese Ergebnisse stimmen mit denen in Schaubmayrs (2008) Untersuchung nicht überein, wo von nicht ausreichenden Schulungen die Rede ist.

Zusammenfassung

- Pflegende schätzen an der EDV-Dokumentation die Übersichtlichkeit, die Leserlichkeit, den Zugriff von jedem Gerät zu jeder Zeit sowie unterschiedliche Punkte im jeweiligen Programm.
- Als negativ wird eine mangelnde Ausstattung mit Geräten bzw. der fehlende Zugriff auf die Pflegedokumentation im Bewohnerinnen- und Bewohnerzimmer erlebt.
- Einige Pflegende sind der Meinung, dass älteren Pflegepersonen der Umgang mit dem Computer sowie mit dem Programm schwer fällt.
- Das Angebot von Schulungen wird von Pflegenden als ausreichend beschrieben.

6.2 Grenzen der Arbeit

Einige der Ergebnisse dieser Arbeit stimmen mit bereits bestehenden Forschungsergebnissen überein und manche wiederum nicht. Bei einigen Aspekten ist es jedoch nicht möglich, einen direkten Vergleich zu ziehen, da die betreffenden Umstände in den jeweiligen Forschungsfeldern unterschiedlich sind. Es konnten in der Literatur beispielsweise keine Studien gefunden werden, in welchen die EDV-Dokumentation ohne den Einsatz von mobilen Geräten existiert bzw. Pflegende sich über einen möglichen Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses äußern.

Auch muss hier die geringe Anzahl der Befragten und der Einrichtungen dieser Arbeit genannt werden. Bei neun Interviews ist es nur bedingt möglich, die daraus resultierenden Aussagen zu verallgemeinern. Des Weiteren sind viele genannten Vor- und auch Nachteile der EDV-Dokumentation vom jeweiligen Programm, der Software, abhängig. Z.B. wurde die EDV-Dokumentation vom Großteil der Pflegenden in den Interviews als übersichtlich und praktisch bezeichnet. Dies betrifft jedoch nur teilweise das Dokumentieren am Computer an sich, sondern möglicherweise die Software, mit welcher im jeweiligen Haus gearbeitet wird. Genau so ist es mit den Computern. Natürlich ist ein altes Gerät langsamer als ein aktuelles, kürzlich Erworbenes, welches dem neuesten Stand der Technik entspricht. Daher muss man auch hier auf die Umstände bzw. die Ausstattung der jeweiligen Einrichtung achten, bevor man Schlüsse über eventuelle Zeiteinsparungen ziehen kann. Nur in Anbetracht dieser Grenzen der Arbeit können Antworten auf die Forschungsfragen formuliert und generiert werden.

6.3 Schlussfolgerungen für die Praxis

Pflegende sehen in der EDV-Dokumentation unterschiedliche Aspekte, welche zur Förderung oder aber auch zur Qualitätsminderung des Pflegeprozesses führen können. Für sie besteht die Qualität des Pflegeprozesses vor allem aus einer professionellen, sicheren Durchführung der Pflege sowie einer praktischen Umsetzung des Pflegeprozesses. Deshalb handelt es sich in ihren Aussagen großteils um generelle Vor- und Nachteile der EDV-Dokumentation im täglichen Umgang damit, welche in unterschiedliche Bereiche unterteilt werden können. So werden Aspekte wie eine gute Übersicht über alle Daten von Bewohnerinnen und Bewohnern oder die Leserlichkeit von Pflegenden geschätzt und genannt. Probleme in der täglichen Auseinandersetzung mit der EDV-Dokumentation bestehen für Pflegende vor allem in einer geringen Praktikabilität. Da sie in ihrem Berufsalltag oft unter Zeitdruck stehen, sollte jede Veränderung in der Pflege zu einer Stressreduktion bzw. Vereinfachung von durchzuführenden Handlungen führen. Mit der Einführung der EDV-Dokumentation könnten diese Vorteile für Pflegende erzielt werden. Dies funktioniert jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen:

Personenbezogene Aspekte

Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Einrichtung, die mit der EDV-Dokumentation arbeiten, an einem Strang ziehen. Jeder von ihnen sollte sich anfangs die Zeit nehmen, um sich mit dem Computer und vor allem der Software auseinander zu setzen. Die vielen Möglichkeiten und Optionen des Programms, wie z.B. die Kommunikation mit unterschiedlichen Berufsgruppen, können nur auf diese Weise optimal genutzt werden. Nur so könnte in erster Linie die Qualität des Pflegeprozesses durch die EDV-Dokumentation positiv beeinflusst werden.

Einrichtungsbezogene Aspekte

Natürlich spielt auch die Software, mit welcher in einer Einrichtung gearbeitet wird, eine wichtige Rolle. Es gibt viele unterschiedliche Programme für die EDV-Dokumentation. Jedes hat bestimmte eigene Vor- und Nachteile, welche wahrscheinlich auch von einzelnen Pflegenden wieder unterschiedlich beurteilt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Ausstattung einer Einrichtung mit Hardware. Um sicher zu stellen, dass Pflegende ausreichend Zeit für die Pflegedokumentation haben, sollten ausreichend Geräte und vor allem keine veralteten Geräte vorhanden sein.

Der Einsatz von mobilen Geräten hat klare Vorteile, sofern diese auch zweckgemäß dafür benutzt werden, um damit die Bewohnerin bzw. den Bewohner in die Pflege mit einzubeziehen. Auch durch eine Ausstattung der gesamten Einrichtung oder Station mit mobilen Geräten und einem drahtlosen, lokalen Netzwerk (WLAN), wodurch Pflegende in jedem Zimmer Zugriff auf die Pflegedokumentation hätten, könnte man ein zeitnahes und korrektes Dokumentieren gewährleisten. Auch das Problem mit dem Doppeldokumentieren in Lagerungs- und Trinkprotokollen sowie auf Notizzetteln könnte dadurch verhindert werden, wodurch eine Förderung der Qualität des Pflegeprozesses erzielt würde.

Infrastrukturelle Aspekte

Um aber vor allem ein digitales Verschicken von Bewohnerinnen- und Bewohnerakten in andere Einrichtungen zu ermöglichen, sollte eine Software entwickelt werden, mit welcher alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich oder auf

Landesebene ausgestattet sind bzw. arbeiten können, sodass die einzelnen Programme kompatibel zueinander sind und wichtige Informationen zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner gemäß dem Datenschutz verschickt werden können. Aus medizinischer Sicht gibt es bereits einen Ansatz, mit welchem dies teilweise möglich wäre:

Die elektronische Gesundheitsakte - ELGA

„Die elektronische Gesundheitsakte ELGA ist ein Informationssystem, das allen Gesundheitsdienstleistern – Spitälern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Apotheken oder Pflegeeinrichtungen – aber auch Patientinnen und Patienten den orts- und zeitunabhängigen Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglicht.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) Der Datenschutz wird durch ELGA gefördert, indem Patientinnen und Patienten Widerspruchsmöglichkeiten und das Recht haben, die Verwendung von bestimmten Daten zu verbieten. ELGA soll Ende 2013 bis Anfang 2014 gestartet werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Der ärztliche Direktor des Landeskrankenhauses Wiener Neustadt, Dr. Paul Christian Hajek, sieht in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA einen klaren Vorteil für Patientinnen und Patienten: Röntgenbilder, Laborbefunde und andere relevante Dokumente können rasch aufgerufen werden, wodurch die oft lebenswichtigen Dokumente in Kürze weitere Fachärztinnen bzw. -ärzte erreichen, um eine zweite Meinung einzuholen oder im Fall einer Verlegung der Patientin bzw. des Patienten in ein anderes Klinikum. Dieses Procedere funktioniert im Rahmen des Projektes NÖ ELGA in allen 27 Kliniken der niederösterreichischen Landeskliniken-Holding und soll bundes- bzw. sogar europaweit umgesetzt werden. Relevante Daten aus den Krankengeschichten der Kliniken sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, aber auch der Pflegeheime und Reha-Zentren sollen dadurch in ganz Österreich miteinander vernetzen werden (vgl. NÖ Landeskliniken-Holding, 2010). Auf diese Weise könnte die Möglichkeit geschaffen werden, neben medizinischen Befunden, auch pflegerelevante Daten und Informationen, welche anhand der EDV-Dokumentation aufgenommen wurden, zu verschicken. Dadurch würde die Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen positiv beeinflusst, wodurch Bewohnerinnen bzw. Bewohner aus einer raschen Weiterleitung

ihrer pflegerelevanten Daten profitieren würden. Dies könnte wiederum zu einer Steigerung der Qualität des Pflegeprozesses beitragen.

7. QUELLENNACHWEIS

Ammenwerth, E., Eichstädter, R., Schrader U. (2003): EDV in der Pflegedokumentation. Ein Leitfadens für Praktiker, Hannover: Schlüter

Bölicke C., Steinhagen-Thiessen E. (2002): Qualität in der Pflege dementierender alter Menschen. In: Igl G., Schiemann D., Gerste B., Klose J.: Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Stuttgart: Schattauer S. 179–188

Brandenburg H., Calero C. (2009): Pflegequalität in Altenheimen. In: Stemmer R.: Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen, Hannover: Schlüter S. 57-78

Brandon D., Kelley T. (2011): Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. In: Journal of Nursing Scholarship 43(2) S.154-162

Brobst R. A. et al. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis, Bern: Hans Huber

Brockhaus-Enzyklopädie (1988): Band 5. 19. Auflage, Mannheim: F.A. Brockhaus

Bundesministerium für Gesundheit (2012): ELGA – Elektronische Gesundheitsakte. Wien. Zugriff am 20. November 2012 unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/E_Health/ELGA_Die_Elektronische_Gesundheitsakte/

Burns N., Grove S. (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden, München: Elsevier GmbH

Cheevakasemsook A., Chapman Y., Francis K., Davies C. (2006): The study of nursing documentation complexities. In: International Journal of Nursing Practice 12(6) S. 366–374

CONNEXT Communication GmbH (2004-2006): Das Handbuch zu VIVENDI Pflege, Paderborn

Datacom Buchverlag GmbH (2003): ITWissen. Das große Online-Lexikon für Informationstechnologie. Zugriff am 19. März 2012 unter <http://www.itwissen.info/impressum.html>

Debes H., Otterbacher K. (2011): Glanz & Elend. Magazin für Literatur und Zeitkritik. Frankfurt. Zugriff am 29. Februar 2012 unter <http://www.glanzundelend.de/konstanteseiten/Goethe/faust5schueler.htm>

Der neue Brockhaus (1978): Lexikon und Wörterbuch in fünf Bänden und einem Atlas. Sechste, völlig neubearbeitete Auflage. Erster Band, F.A. Brockhaus: Wiesbaden

Eberl I., Bartholomeyczik S. (2010): Die Übertragung des Belgischen Nursing Minimum Data Set II (B-NMDS II) auf bundesdeutsche Krankenhäuser. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zum Übersetzungs- und Adaptionsprozess des Instruments. In: Pflege 23(5) S. 309–319

Fafflock H., Güttler K., Lehmann A., Bruns T., Wicha I. (2003): Pflegeprozess – Standardisierung und Qualität in der Pflege, Aachen: Verlag Mainz

Fiechter V., Meier M. (1981): Pflegeplanung, Schweiz: Rocom

Goossen W., Epping P., Feuth T., Dassen T., Hasman A., Van den Heuvel W. (1998): A Comparison of Minimal Data Sets. In: Journal of the American Medical Informatics Association 5(2) S. 152-163

GuKG (1999): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. BGBl. I Nr. 108/1997, idF BGBl. Nr. 116/1999, Wien

Henke F. (2003): Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Hojdelewicz B. M. (2012): Der Pflegeprozess. Prozesshafte Pflegebeziehung, Wien: Facultas AG

Johansson P. E., Nilsson G. C., Stevenson J. E., Petersson G. I. (2010): Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. In: Health Informatics Journal 16(1) S. 63-72

Leoni-Scheiber, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess, Wien: Facultas AG

Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. (2005): Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. In: Nursing Ethics 12(2) S. 123-132

Lee T (2006): Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. In: Journal of clinical Nursing 15(11) S. 1376-1382

Matzinger O., Boran T. (2003): Definition der Pflegediagnose nach NANDA 1990. In: Pflege 56(3) S. 14

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung, Wien: Facultas AG

Mayer H. (2007): Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, Wien: Facultas AG

Mayring P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der

Pflege, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Köln:
asmuth druck + crossmedia gmbh & co. Kg

MDS (2000): MDS-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §8 SGBXI in der stationären Pflege. Essen

MDS (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011. Essen. Zugriff am 10. Oktober 2012 unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_stationaer.pdf

Miller A. (1988): Wird die Pflegequalität durch die Anwendung des Pflegeprozesses beeinflusst? Eine Untersuchung auf geriatrischen Stationen. In: Pflege 1(2) S. 94-102

MOSBY, Krämer U., Schnabel M. (2005): Pflegedokumentation – leicht gemacht. Was Pflegende wann und wie dokumentieren müssen. 2. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Munysia E. N., Yu P., Hailey D. (2011): Does the introduction of an electronic nursing documentation system in a nursing home reduce time on documentation for the nursing staff? In: International journal of medical informatics 80 S. 782-792

NÖ Landeskliniken-Holding (2010): Gesund + Leben in Niederösterreich. Ausgabe 10/2010: Elektronische Patientenakte. St. Pölten. Zugriff am 20. November 2012 unter <http://www.gesundundleben.at/archiv/index.php?id=2412>

ÖBIG (2006): Pflegebericht, Endbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Patientencharta (1999): Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte. Zugriff am 16. Oktober 2012 unter <http://service.kabeg.at/patserv/opsp/PATIENTENCHARTA-I195-1999.pdf>

Pflege heute (2002): Lehrbuch für Pflegeberufe. 2. Auflage, München: Gustav Fischer Verlag

Prakke H., Flerchinger C. (1999): Qualitätsentwicklung. Allgemeine Qualitätskriterien für die Pflege im Krankenhaus, Bern: Verlag Hans Huber

Pschyrembel (1998): Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage, Berlin; New York: Walter de Gruyter

Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage, Berlin; New York: Walter de Gruyter

Rappold E., Rottenhofer I., Allmer F., Burger V., Chukwuma-Lutz S., Oswald M., Stauer D., Von Musil J., Weissenbacher M., Wild M. (2009): Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, Wien: Gesundheit Österreich GmbH

Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. FFG Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Dortmund

Schaubmayr, C. (2008): Pflege sieht Vorteile des EDV-Einsatzes am Arbeitsplatz. Aber mehr und bessere Schulungen gewünscht. In: *procare* 2(8) S. 16-18

Schindler, U. (2003): Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag, Hannover: Vincentz Verlag

Schnabel, M., Krämer U. (2003): Pflegedokumentation leicht gemacht, Was Pflegenden wann und wie dokumentieren müssen, Bern: Hans Huber Verlag

Schwamberger H. (2006): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Wien: Verlag Österreich

Seidl E., Walter I. (2012): Verbessert die Pflegeplanung die Praxis? Untersuchung von 100 Pflegedokumentationen. In: Pflege 25(5) S. 377–383

Seidl E., Walter I. (2012): Der Pflegeprozess vor 25 Jahren und heute. In: Pflege 25(5) S. 384–385

Stefan, Eberl, Schalek, Streif, Pointner (2006): Praxishandbuch Pflegeprozess. Lernen-verstehen-anwenden, Wien: Springer-Verlag

Steffan S., Laux H., Wolf-Ostermann K. (2007): Einstellungssache IT-gestützte Pflegedokumentation? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: PrinterNet 02(07) S. 94-101

Urquhart C., Currell R., Grant M. J., Hardiker N. R. (2009): Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes (Review). In: The Cochrane Collaboration. Issue 1. Art. No.:CD002099. DOI:10.1002/14651858.CD002099.pub2

Vitt G. (2002): Pflegequalität ist messbar. Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege, Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG

Zieme S. (2010): Auswirkungen IT-gestützter Pflegedokumentation auf die Pflegepraxis – eine Übersichtsarbeit. In: Güttler K., Schoska M., Görres S.: Pflegedokumentation mit IT-Systemen. Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis, Bern: Hans Huber Verlag S. 87-100

8. ANHANG

8.1 Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
DGKS/P	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester/-pfleger
etc.	et cetera
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
S.	Seite
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel

8.2 Interviewleitfaden

HAUPTFRAGEN

ZWISCHENFRAGEN

GENAUES NACHFRAGEN

1) Können Sie mir anhand von Beispielen schildern, wie die EDV-Dokumentation von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Bewohners aussieht?

- Wie lange arbeiten Sie nun als DGKS/-P in diesem Haus?
- Seit wann arbeiten Sie hier mit der EDV-Doku?
- Was wird in den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses mittels EDV-Doku dokumentiert?

2) Inwieweit wird die Individualität der Patienten aus Ihrer Sicht durch die EDV-Dokumentation beeinflusst?

- beim Gestalten und Durchführen von Pflegeplänen?
- beim Dokumentieren von Pflegemaßnahmen bzw. Schreiben von Pflegeberichten?
 - Sind Anamnesebogen, Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen vordefiniert?
 - Gibt es freie Felder für Kommentare?
 - Sind diese vordefiniert? Zum Abhaken?
 - Gibt es freie Felder für Kommentare?

3) Inwieweit wird die Interaktion mit den Patienten aus Ihrer Sicht durch die EDV-Doku beeinflusst?

- Inwiefern kann der Patient in den Pflegeprozess mit einbezogen werden?
- Inwieweit kann der Patient in die Pflegevisite mit einbezogen werden?
- Bei Bewohnern, die zur Interaktion nicht fähig sind, welche Rolle spielt die EDV-Doku hier ?
 - Wird mit Laptops/Tablets direkt am Patientenbett gearbeitet?
 - Gibt es genügend Laptops/Tablets für die Pflegenden? Wie viele?

4) Inwiefern wird die interprofessionelle Kommunikation aus Ihrer Sicht durch die EDV-Doku beeinflusst?

- Welche Berufsgruppen haben Zugriff auf patientenbezogene Informationen und inwiefern?
 - Kann jeder zur selben Zeit zugreifen?
 - Aktualisierung pflegerischer Daten an allen Endgeräten für alle Berufsgruppen?
 - Abrufbarkeit? (schnell oder lange Wartezeiten?)
 - Verständlichkeit(für alle Berufsgruppen)?

5) Welche Vor- und Nachteile ergeben sich für Pflegende in der Handhabung bzw. im Umgang mit der EDV-Doku?

- Welchen Einfluss hat die EDV-Doku auf die Vollständigkeit bzw. Korrektheit der Doku?
- Ist die EDV-Doku zeitsparend oder zeitraubend?
- Wie ist die Gestaltung der Benutzeroberfläche (inkl. Auswahlmenüs bzw. Eingabefelder)?
- Gibt es regelmäßige EDV-Schulungen?
- Insgesamt gesehen, schätzen Sie die Praktikabilität im Umgang mit der EDV-Doku höher oder niedriger als mit der handgeschriebenen Doku ein?
 - Lesbarkeit?
 - Zettelwirtschaft v.a. bei Dienstübergabe?
 - Übersichtlich?
 - Gefühl, dass altersabhängig?

- Gibt es praxisorientierte Hilfedatei?
- Für wen? Wie oft?
- Schulungen in/vor der Zeit der Umstellung auf EDV? Für wen? Wie oft?
- Wie lange arbeiten Sie nun als DGKS/-P in diesem Haus?
- Seit wann arbeiten Sie hier mit der EDV-Doku?

SCHLUSS

- PC zu Hause?
 - Regelmäßiges Arbeiten am PC?
- Alter?
- Anmerkungen, Fragen?

8.3 Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der elektronischen Pflegedokumentation und deren Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses. Es soll untersucht werden, ob bzw. inwiefern durch die elektronische Pflegedokumentation Schwierigkeiten, welche beim Umgang mit der papierbasierten Pflegedokumentation auftreten können, vermieden oder umgangen werden können.

Das Ziel der Arbeit ist, anhand Aussagen von diplomierten Pflegenden bezüglich verschiedenen Faktoren, welche durch die elektronische Pflegedokumentation beeinflusst werden, dar zu stellen, in wie weit die Qualität des Pflegeprozesses verbessert oder reduziert wird. Daraus sollen Schlussfolgerungen für die Praxis abgeleitet werden.

Anhand theoretischer Grundlagen und bestehender Forschungsergebnisse rund um die Thematik konnten vorab drei Kernaspekte identifiziert werden: die Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Interaktion in die Pflege sowie die interprofessionelle Kommunikation. Im Rahmen des empirischen Teils wurden neun Interviews mit diplomierten Pflegenden, welche in Langzeitpflegeeinrichtungen arbeiten, geführt.

Die daraus resultierenden Ergebnisse handeln von dem Einfluss der elektronischen Pflegedokumentation auf die oben genannten Faktoren sowie von allgemeinen Vor- und Nachteilen, welche sich für Pflegende im täglichen Umgang damit ergeben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass zu einer Qualitätssteigerung des Pflegeprozesses, trotz vieler Möglichkeiten der Software, auch immer das individuelle Handeln der Pflegenden ausschlaggebend ist. Es kommt darauf an, ob Pflegende bzw. auch andere Berufsgruppen sich die Optionen der Software, wie beispielsweise ein digitales Nachrichtensystem oder das freie Formulieren von Texten, zu Nutze machen oder ob sie dem Arbeiten am PC prinzipiell negativ eingestellt sind und nur die nötigsten Dinge damit durchführen. Des Weiteren geben Pflegende vor allem Vor- und Nachteile im täglichen Umgang mit der elektronischen Pflegedokumentation

an und gehen nur wenig auf dessen Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses ein.

8.4 Abstract

This thesis deals with the electronic nursing documentation and its impact on the quality of the nursing process. It's analysed, how difficulties in the practice of the paper based nursing documentation can be avoided by using the electronic nursing documentation.

The purpose of the thesis is to show, how the quality of the nursing process can be improved or reduced by the electronic nursing documentation. The basics of this investigation are statements of registered nurses relating to different criteria, which are variably influenced. Conclusions relating to the practice of nursing are drawn.

Theoretical foundations and previous studies have identified three main aspects: the individuality of residents, their interaction in the practice of nursing and the interprofessional communication. Within the framework of the empirical part, nine guided interviews with registered nurses, which are employed at a residential care home for the elderly, were conducted.

The resulting outcomes are about the impact of the electronic nursing documentation on the mentioned factors and its benefits and harms for the practice of nursing.

To sum up, the interviews show, that it depends on the individual attitude and behavior of a nurse whether the quality of the nursing process can be enhanced by the electronic nursing documentation. It is deciding, whether nurses make use of the many different options of the software or are opposed to the computer and just do no more than what is absolutely necessary on the computer. In addition to that, nurses declare in large part pros and cons of the electronic nursing documentation for the practice of nursing, but do not respond to the issue of the quality of the nursing process that much.

8.5 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Ulrike Gruber
Adresse: S.Marcusstraße 11/13, 3300 Amstetten
Nationalität: Österreich
Telefon: +43 664/355 34 04
Email: ulli.gruber@gmx.at
Geburtsdatum: 23.07.1987
Familienstand: Ledig
Führerschein: Kategorie B

Ausbildung

September 2008-Dezember 2011: **Teilzeitausbildung: Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Hietzing**, Wien

seit Oktober 2006 : **Diplomstudium der Pflegewissenschaften**, Universität Wien (derzeit 12. Semester)

September 2004-Juli 2006: **Bundesrealgymnasium**, Waidhofen/Ybbs

September 1997 – Juli 2004: **Bundesgymnasium**, Amstetten

September 1993 – Juli 1997: **Volksschule**, Preinsbacherstraße in Amstetten

Berufspraxis

08/2007: Ferialarbeit: Initial Textilservice Pointner GmbH, Amstetten

Erworbene Qualifikationen

12/2011	Diplomierung zur DGKS
01/2011	Zertifikat: Kinaesthetics in der Pflege, Grundkurs
06/2006	Diplom- und Reifeprüfung

Persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen

Muttersprache:	Deutsch
Fremdsprachenkenntnisse:	<ul style="list-style-type: none">• Englisch (sehr gut)• Französisch (gering)
Computerkenntnisse:	MS Office, SPSS, Internet u. Social-Media Kenntnisse
Soziale Kompetenzen:	<ul style="list-style-type: none">• Hilfsbereitschaft• Teamgeist• Kontaktfreude• Verantwortungsbewusstsein• Organisationstalent
Freizeitinteressen:	<ul style="list-style-type: none">• Sport (Joggen, Volleyball)• Musik