

Richtlinien für eine hochwertige Pflegedokumentation

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Zeitraum:

Januar 2003 bis März 2004

Praxispartner:

Klinik für Tumorbilogie, Freiburg (KTB)

- B. S. Etzel, Pflegedirektorin
- P. König, Dipl. Pflegewirt (FH)
- M. Wolf, Krankenschwester/ EDV-Kauffrau

Theoriepartner:

Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft,

- Prof. Dr. S. Bartholomeyczik
- L. Oesterlen, BScN; T. Waterboer, BScN

Projektverantwortliche und Berichterstattung:

Frau Etzel

1. Abstract

Das vorliegende Projekt entstand im Anschluss an das Projekt „Implementierung von Pflegediagnosen und Standard Operating Procedures (SOP) für die Pflege in Einrichtungen des Gesundheitswesens“. Die dort gewonnenen Erkenntnisse zur formalen Gestaltung sowie den Inhalten der **Pflegedokumentation** wurden nun dazu verwendet, ein umfassendes Konzept zur Umsetzung von Richtlinien für eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation voranzutreiben. Im vorliegenden Projekt wurde eine tiefgehende qualitative Inhaltsanalyse der bestehenden Pflegedokumentation und eine **Validitätsprüfung** der Pflegediagnostik durchgeführt und daraus ein neues Konzept zur Pflegedokumentation entwickelt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die meisten Teile der Pflegedokumentation adäquat genutzt werden. Der Pflegeprozess ist in der Regel gut nachvollziehbar, **Pflegediagnosen** werden teilweise begründet und in der Regel innerhalb der Planung berücksichtigt. Die Evaluation der Pflege erfolgt nicht konsequent auf den dafür vorgesehenen Formularen und ist lückenhaft. Die Darstellung von **Pflegeergebnissen** ist häufig im Pflegebericht zu finden. Die Validität der Pflegediagnostik ist insgesamt gesehen zufriedenstellend, es zeigten sich jedoch auch deutliche Schwächen in der Umsetzung. In einer Schwachstellenanalyse wurden die wesentlichen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Dokumentation benannt und daraus ein Konzept zur Verbesserung der Dokumentationsqualität erarbeitet. Das zentrale Element bilden hier die sogenannten **pflegediagnoseorientierten Standardpflegepläne**.

2. Ziele des Projekts

Das vorliegende Projekt umfasst einen Teilbereich eines langfristigen Projekts in der Klinik für Tumorbilogie (KTB), mit welchem die schrittweise Verbesserung der Pflegequalität angestrebt wird. Das hier beschriebene Projekt zielte auf die Implementation verbesserter Dokumentationsverfahren und eine Verbesserung des Dokumentationsverhaltens der Mitarbeiter im Pflegedienst. Die wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens bestand in der Analyse der Pflegedokumentation und einer Beobachtung des Implementationsverfahrens. Aufbauend auf einer Schwachstellenanalyse wurden Richtlinien zur praktischen Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Pflegedokumentation erarbeitet. Dies beinhaltete auch die kritische Auseinandersetzung mit dem zur Zeit üblichen Verständnis des Pflegeprozesses und die Entwicklung neuer, zeitgemäßer Formulare. Dieses neue Dokumentationssystem sollte sich an den aktuellen Erfordernissen orientieren und als Konzept auf andere Einrichtungen im Gesundheitswesen übertragen lassen. Im vorliegenden Projekt sollten alle

Aspekte der Pflegedokumentation überprüft werden. Dazu gehörte auch eine detaillierte Darstellung und Verknüpfung der vielfältigen Komponenten innerhalb der Dokumentation. Das Projekt diene dadurch auch speziell der Konzeption von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen.

3. Methoden/ Instrumente

Das Design des Projekts beinhaltet verschiedene Phasen in Form einer Interventionsstudie:

1. Die Analyse der jetzigen Methode der Pflegedokumentation und des Dokumentationsverhaltens
2. Darauf aufbauend die Schwachstellenanalyse mit der Erarbeitung von Richtlinien für eine verbesserte Dokumentation
3. Implementierung der neuen Richtlinien
4. Überprüfung der neuen Richtlinien

Phase 1:

Die Qualität der Dokumentation lässt sich hinsichtlich verschiedener Dimensionen beschreiben. Die vorliegende Inhaltsanalyse wurde im Hinblick auf folgende verschiedene Teilqualitäten vorgenommen:

- Inhaltliche Vollständigkeit
- Inhaltliche Aussagekraft und Handlungsrelevanz
- Systematik und Konsistenz
- Formale Nutzung des Dokumentationssystems (vgl. Kaltenbach 1991)

Die Pflegedokumentation in der KTB erfolgt auf vorgegebenen Formularen. Die Analyse bezieht sich zum einen auf jedes einzelne Formular (Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Durchführungskontrolle, Pflegebericht) und zum anderen in Stichproben auf die Gesamtschau aller Formulare.

Die Erhebung der Dokumenten-Daten erfolgte

- a) standardisiert zur Untersuchung von Aussagekraft, Handlungsrelevanz und Systematik.
- b) qualitativ in Form einer fallbezogenen Inhaltsanalyse, insbesondere zur Konsistenz und Vollständigkeit.
- c) Darüber hinaus wurde in einigen Fällen die Validität der Pflegedokumentation untersucht.

Phase 2

Die Schwachstellenanalyse erfolgte anhand der ausgewerteten Daten gemeinsam mit einer AG aus Mitarbeiter/innen der KTB, um die Erfahrungen aus der Praxis in die Analyse und die Erstellung der Richtlinien zu integrieren.

Phase 3

Die Implementierung erfolgt nach einem Konzept aus mehreren aufeinander aufbauenden Schritten, die kontinuierliche Schulung und Begleitung enthalten. Dieser Prozess ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht abgeschlossen.

Phase 4

Die Beurteilung der langfristigen Erfolgsaussichten der erarbeiteten Richtlinien ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, wird jedoch innerhalb der KTB weiter beobachtet und ausgewertet.

3. Durchführung des Projekts:

Zur Vorbereitung der Schwachstellenanalyse wurden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse aus dem Jahr 2002 benutzt und darauf aufbauend die neue Analyse der Pflegedokumentation vorgenommen.

4.1 Dokumentenanalyse

Für die stichprobenartige Dokumentenanalyse wurde ein standardisierter Erhebungsbogen vor allem unter folgenden Fragestellungen entwickelt:

- Werden alle Teile der Pflegedokumentation (adäquat) genutzt?
- Inwieweit werden Pflegediagnosen benutzt und begründet?
- Inwieweit werden Pflegestandards benutzt?
- Inwieweit spiegelt sich der Pflegeprozess wider?

Angelehnt an das schriftliche Pflegekonzept und die von den Ratern vercodeten Pflegediagnosen- und Pflegestandardlisten der KTB orientiert sich der Erhebungsbogen eng an der vorgegebenen, einheitlichen Dokumentationssystematik. Die Berücksichtigung der pflegepraktischen Realität wurde dabei dadurch gewährleistet, dass beide Rater Krankenschwestern sind. Der Erhebungsbogen besteht je nach Komplexität der zu

analysierenden Dokumentation aus mind. 29 und max. 175 Items sowie einem freien Kommentarfeld zu jedem Dokumentationsteil.

Der Erhebungsbogen wurde anhand von drei Pflegedokumentationen einem Pretest unterzogen und sukzessive modifiziert. Dabei wurden sowohl Fragen und Antwortmöglichkeiten im Bogen verändert als auch zahlreiche Diskurse zu deren Definition geführt und im Anleitungsbogen fixiert.

Anschließend wurde der Erhebungsbogen anhand von sechs Dokumentationen auf seine Interraterreliabilität getestet. Die Übereinstimmung betrug 96% bei zwei Ratern. Differenzen zeigten sich gelegentlich bei der Identifizierung von Titeln, Merkmalen und Faktoren der Pflegediagnosen sowie von Selbstpflegefähigkeiten und Art der Pflegeziele der PatientInnen.

Datenerhebung

Die Pflegedokumentationen von sieben Stationen der KTB (3 Stationen der Klinik für Internistische Onkologie und 4 Stationen der Klinik für Onkologische Rehabilitation und Nachsorge) wurden in die Erhebung mit einbezogen. Zwei Rater analysierten retrospektiv 35 Pflegedokumentationen. Die Stichprobe wurde im Rahmen spezifischer Ein- und Ausschlusskriterien zufällig ausgewählt.

Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die meisten Teile der Pflegedokumentation adäquat genutzt werden und insgesamt eine gute bis befriedigende Qualität festgestellt werden konnte. In einigen Teilbereichen haben sich jedoch auch deutliche Mängel gezeigt, die im Anschluss erläutert werden. Laut Urteil der wissenschaftlichen Projektpartner kann die Pflegedokumentation trotz einiger noch vorhandener Mängel als vergleichsweise qualitativ besonders gut bezeichnet werden.

Nutzung und Begründung von Pflegediagnosen

In den 35 Dokumentationen werden insgesamt 174 Pflegediagnosen formuliert, von denen „Schmerz“ mit 16 und „Veränderte Haut“ mit 15 Nennungen eindeutig am häufigsten vorkommen. Es folgen „Veränderte Schleimhaut“ und „Infektionsgefahr“ mit je 10 Nennungen. Die Pflegenden im Akutbereich stellen durchschnittlich fünf bis sechs Pflegediagnosen pro Dokumentation, im Rehabilitationsbereich werden vier bis fünf Pflegediagnosen pro Dokumentation gestellt. Allerdings erfahren die Diagnoseentscheidungen im Rehabilitationsbereich eine etwas bessere schriftliche Fundierung; dort werden 44% im Vergleich zu knapp 34% im Akutbereich durch

diagnosespezifische Merkmale und Faktoren gestützt. Letzterer fällt hier durch eine hohe Anzahl von Risikodiagnosen und -faktoren auf, die vor allem Infektionsgefahren nach invasiven Eingriffen wie z.B. die Implantation eines Port-Systems betreffen. Darüber hinaus hätten insgesamt 51-88 weitere Pflegediagnosen aus den Anamnesen oder Pflegeberichten abgeleitet werden können. In den Texten konnten in 51 Fällen deutliche Hinweise auf das Vorliegen von weiteren Pflegediagnosen gefunden werden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass bis zu 30% der Pflegediagnosen unerkannt blieben oder zumindest nicht benannt wurden. Es scheint jedoch auch möglich, dass die Pflegenden bewusst von einer Diagnosestellung abgesehen haben, weil sie die Informationslage insgesamt als nicht ausreichend eingeschätzt haben.

Nutzung von Pflegestandards

Im Durchführungsteil der 35 Pflegedokumentationen finden sich insgesamt bei 121 von insgesamt 146 Pflegediagnosen mindestens eine Pflegemaßnahme. In 65 Fällen kommen Pflegestandards zur Anwendung. Am häufigsten werden „Wickel und Auflagen“, „Hausführung - Reha“, „Atemstimulierende Einreibung“ und „Medi“ aufgeführt. Auffällig ist dabei die jeweils sehr unterschiedliche thematische Verteilung innerhalb des Rehabilitations- und des Akutbereichs. Darüber hinaus fällt auf, dass nicht alle Pflegestandards genutzt werden, die im Konzept vorhanden sind. Da in den Dokumentationen nicht exakt die in der Standardliste angegebenen Kürzel verwendet werden, konnte eine exakte Auswertung allerdings nicht erfolgen. Betrachtet man den Pflegestandard als ein Hilfsmittel für bestimmte, regelmäßig auftretende Pflegeprobleme, lässt sich die Verteilung auf die verschiedenen Kliniken thematisch leicht erklären, die hohe Anzahl nicht dokumentierten Pflegestandards lässt jedoch die Frage offen, ob diese nicht relevant sind oder Barrieren bestehen, weshalb diese nicht dokumentiert werden.

Pflegeprozess

Jeder Schritt des Pflegeprozesses, ausgehend von der Erstellung von Pflegediagnosen auf der Basis der Anamnese über deren Übertragung in die Pflegeplanung bis zur Ableitung von Pflegezielen und -maßnahmen ist jeweils mit einem geringen Datenverlust verbunden. Dies liegt zum Teil darin begründet, dass mind. 12% der gesamten 174 Pflegediagnosen keine pflegerischen Maßnahmen erfordern und daher als nicht pflegerelevant ausgewiesen sind und somit nicht in den Pflegeprozess eintreten müssen. Die deutlichste Unterbrechung des prozesshaften Verlaufs ist jedoch bei der Evaluation zu finden, in der oft nur lückenhafte Auswertungen der Pflegeplanung vorgenommen werden. In über 60% der 35 Dokumentationen sind gar keine Eintragungen vorhanden oder sie wurden nicht dem

Konzept entsprechend ausgefüllt. Nur in 17% der Fälle werden diese neuen klinischen Beurteilungen vorgenommen. Die neuen klinischen Beurteilungen finden zwar wieder Eingang in die Pflegeplanung, stehen aber nur mit einem Bruchteil der dort 55 neu hinzugefügten Pflegediagnosen in Zusammenhang. Deren Ursprung lässt sich demnach mit dieser Erhebung nicht vollständig klarlegen. Davon abgesehen finden sich in 25% der Pflegeberichte evaluierende Textpassagen, die im Evaluationsteil fehlen.

Insgesamt gehen im Pflegeprozess des Rehabilitationsbereichs weniger Daten verloren als in der Akutklinik, was sich vermutlich nicht allein durch den leicht differierenden Anteil in Klammern gesetzter Diagnosen (die nicht pflegerelevanten Pflegediagnosen), sondern wohl auch mit Qualitätsunterschieden erklären lässt.

4.2 Validierung der Pflegedokumentation

Über die reine Dokumentenanalyse hinaus wurde in einem weiteren Schritt an der KTB Freiburg untersucht, ob die Pflegedokumentation das abbildet, was sie abbilden soll. Dabei ist zu beachten, dass die Dokumentation nicht *gute* - im Sinne der *professionellen* Pflege (Soll) - sondern die *tatsächlich geleistete* Pflege (Ist) abbilden soll. Da bisher nur vereinzelte Versuche zur Validierung von Pflegedokumentationen veröffentlicht wurden, musste hier völliges Neuland beschritten werden.

Vor dem Hintergrund der begrenzten Rahmenbedingungen wurde schnell klar, dass eine Untersuchung der Pflegedokumentation nur stichprobenartig und eine Validitätsaussage auch aufgrund methodologischer Probleme nur von bestimmten Dokumentationsteilen geleistet werden konnte. Als am geeignetsten hat sich hierfür der Bereich des pflegerischen Assessments herauskristallisiert.

Folgende Forschungsfrage leitete schließlich das weitere Vorgehen: „Wie valide ist die Pflegedokumentation der KTB Freiburg im Bereich der Pflegediagnostik?“ Bildet die Dokumentation auf dem Anamneseblatt das ab, was sie abbilden soll?

Die Untersuchung konzentrierte sich also nicht auf die Qualität der pflegerischen Gesprächsführung, sondern auf die genaue Widerspiegelung der pflegerelevanten Patienteninformationen in der Dokumentation. Deshalb sind für die Validierung vor allem die Äußerungen der Patienten von Interesse, die von den Pflegenden unter anderem in Pflegediagnosen zusammengefasst und dokumentiert werden.

Um die Validität der dokumentierten Pflegediagnosen zu überprüfen, galt es anhand des Leitfadens zur Umsetzung des Pflegekonzeptes (KTB 2003) und des Pflegediagnosen-Katalogs der KTB nachzuvollziehen, was in der KTB Freiburg bei der Diagnosen-

Dokumentation abgebildet werden soll. Dies sind vom Patienten geäußerte und von den Pflegenden beobachtete Selbstpflegedefizite, die durch bestimmte Merkmale und Faktoren gekennzeichnet und als Diagnosen zu benennen sind. Es war aufgrund der umfassenden Schulungen davon auszugehen, dass sich alle Pflegenden an diesem Konzept orientieren würden. Um untersuchen zu können, ob dieser Vorgang valide verläuft wurden die aufgezeichneten Anamnesedaten unabhängig von der Pflegeperson auch von den Untersucherinnen ausgewertet und in Form von im Katalog definierten Pflegediagnosen auf einem separaten Dokumentationsformular fixiert.

Die beiden Dokumentationen (Pflegeperson vs. Untersucherin) wurden dann verglichen, um Kongruenzen und Unterschiede vor allem hinsichtlich der gestellten Pflegediagnosen und ihrer möglichen Relevanz aufzudecken.

Im Anschluss an die Datensammlung wurden 12 von 15 Dokumentationen nach Regeln von Riemann (1987) transkribiert und analysiert.

Um Aussagen über die Interraterreliabilität treffen zu können, wurden 3 Erstgespräche von beiden Untersucherinnen zunächst getrennt und mit Hilfe des Pflegediagnosen-Katalogs ausgewertet. Anschließend fand ein Vergleich der Auswertungen statt, bei dem zwischen Übereinstimmungen unterschieden wurde:

- **1. Grades:** völlige Übereinstimmung; z.B. *(Trockene Haut) vs. (Trockene Haut)*
- **2. Grades Typ A:** nahezu übereinstimmend; z.B. *Übelkeit vs. (Übelkeit)*
- **2. Grades Typ B:** fast übereinstimmend; z.B. *Schmerz vs. Akuter Schmerz*
- **3. Grades:** mittlere Übereinstimmung; z.B. *Appetitlosigkeit vs. Sinneswahrnehmung verändert: Geschmack*
- **keine Übereinstimmung:** es wurden nur von einer Person Pflegediagnosen genannt, von der anderen Person wurden sie nicht aufgeführt

Die Interraterreliabilität kann als befriedigend zu bezeichnet werden: Es stimmten zwar nur knapp 70% (n=27) der identifizierten Pflegediagnosen überein, aber nur 5% (n=2) der restlichen Titel wurden als wichtig und damit ihr Fehlen als pflegerisch bedeutsames Manko erachtet. Abgesehen davon ist mit einer absoluten Kongruenz der Rater hier aufgrund des nicht standardisiert anwendbaren Diagnostik-Instrumentariums nicht zu rechnen gewesen und kann auch von den Pflegenden in der Dokumentation nicht erwartet werden.

Die restlichen 9 Anamnesen wurden dann von einer Untersucherin analysiert und erst nach Abschluss der Analyse mit den Dokumentationen der Pflegenden verglichen, um nicht voreingenommen an die Auswertung zu gehen.

Datenanalyse

Die Gesamtauswertung der 12 Pflegediagnostiken erbrachte folgende Ergebnisse: 53 der von der Untersucherinnen und den Pflegenden abgeleiteten Diagnosetitel stimmten mehr oder weniger überein. Gut 77% (n=41) davon bezogen sich auf Selbstpflegedefizite hoher bis mittlerer Priorität für den Patienten. Demgegenüber standen 62 Diagnosen die ausschließlich von der Untersucherinnen formuliert wurden, also nicht in der Dokumentation der Pflegenden formuliert wurden. In dieser Gruppe konnten gut 75% (n=47) nur eine geringe bis mittlere Priorität für den Patienten und gut 40% (n=25) der Pflegediagnosen eine mangelnde Pflegerelevanz beigemessen werden. Die Verteilung der Pflegediagnosen und ihrer Übereinstimmungen verteilte sich wie folgt (siehe Tabelle 1):

Code-nr.	Pflegerperson: PD ¹ (n)	Untersucherin: PD (n)	Grad der Übereinstimmung (n)				keine Übereinstimmung (n)	Klinik
			1.	2.A	2.B	3.		
01	4	11	1	1	2	-	7	Akut
02	5	12	5	-	-	-	7	Reha
04	4	8	3	-	1	-	4	Reha
05	9	9	6	1	-	-	4	Reha
06	5	9	2	2	-	1	4	Reha
10	2	7	1	-	1	-	5	Akut
11	2	4	-	2	-	-	2	Akut
12	6	12	2	1	1	2	6	Reha
14	1	7	-	-	-	1	6	Akut
16	4	10	3	-	1	-	6	Akut
19	5	10	3	-	2	-	5	Reha
20	8	14	6	2	-	-	6	Akut
	55	113	32	9	8	4	62	
¹ Pflegediagnosen								

Tabelle 1: Anzahl und Übereinstimmung der Pflegediagnosen

Schlussfolgerungen

Insgesamt lässt sich feststellen, dass nur knapp 28% der von der Untersucherinnen identifizierten 115 Pflegediagnosen genau mit denen der Pflegenden übereinstimmen. Allerdings werden immerhin gut 46% in zumindest ähnlicher Weise benannt. Dieses

Ergebnis deutet zunächst darauf hin, dass scheinbar über die Hälfte der im Anamnesegespräch geäußerten Patientenprobleme von den Pflegenden nicht als solche erkannt, nicht als relevant bewertet, vergessen werden oder nicht als Pflegediagnose formuliert werden können.

Erst im Zusammenhang mit der von den Untersucherinnen vorgenommenen Priorisierungen können Aussagen zu möglichen Ursachen getroffen werden: Mindestens 27% der scheinbar nicht erkannten 62 Pflegediagnosen wird eine so geringe Relevanz für Patient und Pflege beigemessen, dass sie nicht zwingend in die Pflegeplanung und damit in die Dokumentation aufgenommen werden müssen. Weitere 23% werden zumindest aus Sicht des Patienten und weitere 13% aus Sicht der Pflegenden als unwichtig betrachtet. Daher lässt sich vermuten, dass möglicherweise 63% aller nicht dokumentierten Pflegediagnosen begründet, evtl. sogar bewusst zugunsten relevanterer Pflegeprobleme nicht außer Acht gelassen wurden.

Die in der Datenanalyse aufgeführten Ergebnisse lassen zunächst den Eindruck einer nur mäßig validen Pflegediagnostik an der KTB Freiburg entstehen. Bei genauerer Betrachtung deutet sich zwar an, dass die Bemühungen um eine valide Pflegedokumentation mittels „member check“ durch den betroffenen Patienten eher selten genutzt werden, die Transkriptionen zeichnen aber ein anderes Bild. Dort fanden sich häufig Ankündigungen von Pflegenden, die dem Patienten später die ausgearbeitete Diagnostik zu lesen geben wollten. Aus phänomenologischer Sicht basiert Validität auf dem Ausmaß, wie stark die Ergebnisse den „Wahrheitsgehalt“ der gelebten Erfahrungen von Informanten treffen. Das bedeutet für diese Untersuchung, dass das Gegenlesenlassen der Pflegeanamnese von den Patienten grundsätzlich das Potential beinhaltet, zu einer validen Dokumentation zu gelangen. Ob und wie sich diese Maßnahme aber tatsächlich in der KTB auswirkt, also ob die Patientenunterschrift Einfluss auf die Ergebnisse der Pflegediagnostik nimmt, kann aufgrund der kleinen Stichprobe und der fehlenden Daten nicht ausgesagt werden.

Bei der Gesamtbeurteilung der vorliegenden Ergebnisse zur Validität sind zahlreiche wichtige Einfluss- bzw. Unsicherheitsfaktoren hervorzuheben. Die Validität der Pflegediagnostik steht und fällt mit der Person der dokumentierenden Pflegenden. Sie ist damit abhängig von individuellen Wahrnehmungen, Erfahrungshintergründen, Haltungen, sprachlichen Fähigkeiten, benutzten Instrumentarien und vielem mehr. Den Untersucherinnen lag in diesem Projekt als Maßstab aber nur ein Pflegediagnosen-Katalog und ein Dokumentationsleitfaden vor, der Raum für Interpretationen und Wertungen lässt und lassen muss.

Wie schon das Ergebnis der Reliabilitätsüberprüfung zeigte, war auch den beiden Ratern – trotz Vorliegen derselben Informationen – eine deckungsgleiche Beurteilung der Pflege.-anamnese nicht möglich. Die Bewertungen der Relevanz von Gesundheitsdefiziten für

Patient und Pflege fiel den Untersucherinnen schwer, weil sie nicht in dem untersuchten Feld arbeiten. Sie konnten deshalb nur Tendenzen aufzeigen. Außerdem können Patienteninformationen, die möglicherweise außerhalb des aufgezeichneten Anamnesegesprächs an die Pflegenden weitergegeben wurden und Einfluss auf die Dokumentation hatten, von ihnen nicht nachvollzogen werden. All diese und weitere Faktoren setzten die Erwartung an einen hohen Validitätsgrad zwangsläufig herab.

Unter Beachtung dieser Einschränkungen kann das Ergebnis der Validitätsuntersuchung als befriedigend angesehen werden. Vorrangig wichtige Pflegediagnosen scheinen in der Dokumentation der KTB von den Pflegenden fixiert zu werden und damit Eingang in die weitere Pflegeplanung und den Pflegeprozess zu finden.

Abschließend kann zur gesamten Datenanalyse angemerkt werden, dass wesentliche Teile der Pflegedokumentation eine mit dem üblichen Maß der Pflegedokumentation in Deutschland vergleichsweise gute Qualität ergeben hat. Aus Sicht des Pflegemanagements ist damit ein solides Grundgerüst vorhanden, welches nun durch gezielte Interventionen weiter verbessert werden soll. Die Ergebnisse wurden in mehreren Veranstaltungen innerhalb der KTB den Pflegenden und interdisziplinär in einer Forschungsarbeitsgruppe präsentiert.

4.3 Schwachstellenanalyse

Anhand der gewonnenen Daten wurden die wesentlichen Schwachpunkte der bestehenden Pflegedokumentation gemeinsam in einer Arbeitsgruppe mit Mitarbeiter/innen der KTB herausgearbeitet. Im Wesentlichen wurden folgende Punkte fokussiert:

- Es werden nicht alle Patientenprobleme erkannt und dokumentiert
- Die Prioritätensetzung bei Pflegediagnosen ist nicht immer erkennbar
- Selbstpflegefähigkeiten der Patienten werden zu wenig eingearbeitet
- Bestimmte Pflegestandards werden zu wenig benutzt
- Die Dokumentation der Pflegeevaluation erfolgt nicht regelmäßig
- Die Dokumentation erfolgt nicht immer nach den vorgegebenen Richtlinien

4. Projektergebnisse

Ausgehend von der Schwachstellenanalyse wurde ein Implementierungskonzept erarbeitet. Das bereits bestehende Schulungskonzept für die Mitarbeiter wurde neu gegliedert und der thematische Schwerpunkt auf die Beschreibung von Ressourcen und Kompetenzen des Patienten und auf die Formulierung von Ergebnissen ausgerichtet. Darüber hinaus wurde die kontinuierliche Überprüfung der Pflegedokumentation durch Mitglieder der Arbeitsgruppe diskutiert und in einem konkreten Plan zur Qualitätsprüfung zusammengefasst. Die AG-Mitglieder treffen sich mit den Mitarbeitern der Station in regelmäßigen Abständen und analysieren die Pflegedokumentation eines Patienten. Die Anleiter benutzen dazu einen Leitfaden, in dem die oben genannten Problemfelder abgefragt werden. Die Mitarbeiter erhalten eine Rückmeldung mit konkreten Vorschlägen zur verbesserten Umsetzung der oben genannten Bereiche in der Pflegedokumentation.

Abgesehen von der Schulung der Pflegenden wurde das Modell zur Strukturierung der pflegebezogenen Daten modifiziert. In diesem Modell wird abgebildet, welche Arten von Informationen für eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation erforderlich sind. Darüber hinaus dient es als Orientierungsrahmen für ein prozessgeleitetes Arbeiten in der Pflegepraxis. Die Pflegenden haben so die Möglichkeit im Alltag die Schritte des prozesshaften Arbeitens nachzulesen und finden diese Struktur auch in den Pflegedokumentationsformularen wieder. In Abbildung 1 sind die einzelnen Schritte des Modells dargestellt.

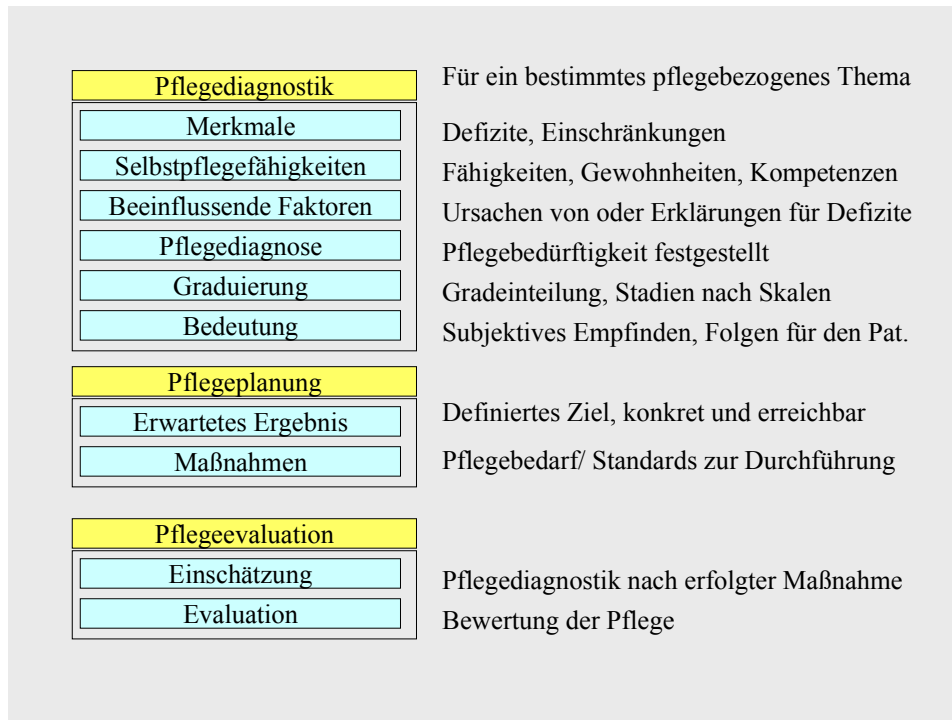


Abbildung 1: Modell zur Strukturierung pflegebezogener Daten

In einem zweiten Arbeitsschritt wurden die einzelnen Bestandteile nach und nach mit Inhalten gefüllt. Um die Pflegethemen übersichtlich zu gliedern, wurden die Selbstpflegetherfordernisse (in Anlehnung an D. Orem) als Orientierungshilfe eingesetzt. In jedem dieser Bereiche (z.B. Atmung, Körperpflege/Haut etc.) wurden dann konkrete Problemstellungen identifiziert, die sich thematisch an Pflegediagnosen orientieren. Daraus sind dann die sogenannten „pflegediagnoseorientierten Standardpflegepläne“ entstanden. Die Inhalte für die einzelnen Pläne wurden mit Hilfe von bestehenden hauseigenen Standards, Fachliteratur und fachlichen Beiträgen in der Arbeitsgruppe zusammengetragen. Die Inhalte in allen Phasen des Pflegeprozesses wurden als kurze prägnante fachsprachliche Aussagen formuliert. Die Formulierungen wurden z. B. mit denen aus NANDA-Pflegediagnosen und auch denen der ICNP (Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis) verglichen und angepasst. Formulierungen zu einem bestimmten Aspekt wurden im Wortlaut so angepasst, dass nur noch eine Formulierung in den Standardpflegeplänen einheitlich verwendet wird. Dies bietet Vorteile bei der späteren Verwendung eines EDV-gestützten Pflegedokumentationssystems und bei der Einwicklung einer Pflegefachsprache.

Inzwischen wurden 77 Standardpflegepläne entwickelt, die nun einen Großteil der Themenbereiche für onkologische Patienten abdecken. Für andere Patientengruppen wäre es erforderlich, bestimmte Themenbereiche zu ergänzen.

Die modifizierten Standardpflegepläne sind seit Frühjahr 2004 im praktischen Einsatz und werden von vielen Pflegenden als Nachschlagewerk und zur Unterstützung der Pflegedokumentation benutzt.

5. Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

Voraussetzungen

Neben den beschriebenen inhaltlichen Vorarbeiten sind eine ganze Reihe anderer Voraussetzungen zur Modifizierung eines Pflegedokumentationssystems erforderlich. Es empfiehlt sich vor der Entscheidung zur Durchführung eines solchen Projekts die Rahmenbedingungen genau zu prüfen. Nachfolgend sind einige dieser Voraussetzungen aufgelistet.

bezogen auf das Pflegedokumentationskonzept:

- Die Kriterien zur Definition einer „guten“ Pflegedokumentation sind festgelegt
- Form der Dokumentation ist abgeklärt (z. B. Grad der Standardisierung)
- Modell der Datenstruktur im Pflegeprozess ist definiert
- Dokumentationssystem ist anpassbar

bezogen auf die wissenschaftliche Begleitung:

- Der Umsetzungsprozess wird systematisch beobachtet und dokumentiert
- Der Projektplan wird dynamisch an Veränderungen angepasst

bezogen auf die institutionellen Rahmenbedingungen:

- Akzeptanz des Projektes durch die Geschäftsführung
- Institution verfügt über ein Pflegekonzept
- Personelle Ressourcen, Zeit und Qualifikation (finanzielle Mittel)

bezogen auf die Pflegenden:

- Grundsätzliche Bereitschaft der Pflegenden zur aktiven Mitgestaltung
- Kenntnisse der Pflegenden über den Pflegeprozess und Pflegestandards

Sind wesentliche Teile dieser Voraussetzung erfüllt, kann ein Projekt zur Modifizierung eines Pflegedokumentationssystems gestartet werden.

Vor Beginn des Projekts erscheint es besonders wichtig, zunächst zu klären, welchen Zweck der Einsatz von standardisierten Pflegeplänen erfüllen soll.

In der KTB wurde der Hauptzweck darin gesehen die Qualität der Pflegedokumentation zu verbessern. Um Verbesserung messbar zu machen, muss der Begriff „Verbesserung“ zunächst definiert und operationalisiert werden. Die konkreten Inhalte können hierbei von Einrichtung zu Einrichtung stark differieren.

Das Modell der strukturierten Datenerfassung hingegen lässt sich auf alle Einrichtungen übertragen, mit der Möglichkeit auch dieses entsprechend zu modifizieren.

Davon abgesehen muss eine Kalkulation des Aufwandes erfolgen. Im Vorfeld des Projektes ist die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zu empfehlen, die sich in regelmäßigen Abständen trifft und das Konzept zur Umsetzung erarbeitet. Besonders kostenintensiv sind die Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter. Es erscheint notwendig, jeden Mitarbeiter in einem Tagesseminar mit den Inhalten vertraut zu machen und die einzelnen Schritte des Prozesses zu üben. Zusätzlich sollte eine bedarfsorientierte Begleitung der Mitarbeiter auf Station erfolgen. Für die Koordination des Projekts bedarf es eines Projektleiters, der, abhängig von der Größe der Einrichtung, kontinuierlich mit einem bestimmten Zeitbudget anwesend ist. In der KTB wurde während der Einführungsphase eine Stelle für die Projektkoordination und die Durchführung der Schulungen benötigt. Nach unserer Einschätzung haben sich die Investitionen vor allem in die Schulung der Mitarbeiter längst wieder ausgezahlt. Eine gute Qualifikation der Pflegenden führte hier zu einer effektiven Pflegedokumentation.

6. Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner (Universität Witten/Herdecke und KTB) hat sich als äußerst positiv erwiesen. Durch die bereits vorhandene Vorerfahrung mit anderen Projekten konnte der Konsens bezüglich der jeweiligen Erwartungen unkompliziert erreicht werden. Die Kooperation ist auch deshalb gelungen, weil einerseits die beteiligten Pflegewissenschaftlerinnen aus Witten/Herdecke über große Kompetenz bezüglich des Projektthemas verfügten und andererseits die Praxiseinrichtung ihrerseits Forschungserfahrung und fachliche Kompetenz bieten konnte.

Als hemmend und problematisch hat sich lediglich die große räumliche Distanz erwiesen. Dadurch konnten die Prozesse nicht immer so engmaschig abgesprochen werden, wie dies wünschenswert gewesen wäre und die aufwändige Zustellung von Material hat die Arbeiten verzögert.

Unser besonderer Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Stationen, die durch ihre Bereitschaft und ihren Einsatz in besonderem Maß zum Gelingen dieses Projekts beitragen haben.

7. Weiteres Material zum Projekt

Während des Projekts wurden umfangreiche Unterlagen erarbeitet, die auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden können.

- Ausführliche Projektberichte zur Dokumentenanalyse und zur Validitätsprüfung
- Leitfaden der Untersuchung
- Modell der Standardpflegepläne
- Themenübersicht zu den Standardpflegeplänen
- Schulungsprogramm für Mitarbeiter

Publikationen

Zeitschriften

P. König: Mit Pflegediagnosen arbeiten. In: Pflege Intern 15-16/ 03, 22-23

Buchbeiträge

B.S. Etzel: Einführung von pflegediagnostischen Konzepten. In: B.S. Etzel (Hrsg.): Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme. Entwicklung und Anwendung. Kohlhammer. Stuttgart (2003), 77- 88

P. König: Pflegediagnosen und ihre Bedeutung in Bezug zu den DRG. In: Etzel, B.S. (Hrsg.): Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme. Implementierung der DRGs in Deutschland. Kohlhammer. Stuttgart (2003), 61-76

B.S. Etzel / P. König: Pflegetheorien und Pflegemodelle als Orientierung im Pflegeprozess. In: Schär, W. / Laux, R. (Hrsg.): Pflegeinformatik in der klinischen Praxis. Urban & Fischer. München und Jena (2003), 89-128

Vorträge

P. König: Pflegediagnoseorientierte Standardpflegepläne. 4. Internationale Fachtagung Pflegediagnostik, Pflegeklassifikationssysteme, Pflegequalität, Klinik für Tumorbologie, Freiburg 11. Februar 2003

B.S. Etzel: Implementierung von Pflegediagnosen. Pflegekongress, Paderborn, 20. März

P. König: Die DRGs und Pflegediagnosen, Kaiserswerther Verband, Kassel 29. April 2003

P. König: Implementierung von Pflegediagnosen, Universitätsklinik Mainz 7. Mai 2003

B.S. Etzel: Das Pflegekonzept der Klinik für Tumorbologie. Studiengang Pflegepädagogik. Diakonie Kaiserswerth, 11. Juli 2003

P. König: ICNP und Pflegedokumentation, 4. Internationale Konferenz für Pflege und Pflegewissenschaft, Nürnberg / Fürth, 30. September 2003

P. König: Wie kann man Forschung durchführen – Anwendung von Pflegediagnosen, 1. Internationaler Kongress für angewandte Pflegeforschung, Freiburg, 8. Mai 2004

8. Literatur

- Aaronson, L.S. & Burman, M.E. (1994): Use of Health Records in Research: Reliability and Validity Issues. *Research in Nursing & Health* 17: 67-73
- Ashworth, P., Björn, A., Dechanoz, G. et al.: People's need for nursing care: a European study. World Health Organization, Regional Office for Europe (ed.). Copenhagen 1987
- Barrett, K.: The Nursing Process and Documentation. WHO, Regionalbüro für Europa (Hrsg.) *Lerning Material on Nursing*, Kopenhagen, 1995
- Bartholomeyczik, S.: Ausgewählte Ergebnisse aus der standardisierten Analyse der Pflegedokumentation. In: Krohwinkel, M. (Hrsg.): *Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis / Agnes Karll Institut für Pflegeforschung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12, Nomos, Baden-Baden 1992, S. 40-47*
- Bartholomeyczik, S.: Analyse der standardisierten Dokumentationsdaten. In: Krohwinkel, Monika: *Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken – Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 16. Nomos, Baden-Baden, 1993, S. 124-202*
- Bienstein, C.: Pflegestandards. *Pflege Aktuell*, Jg. 49, 1 und 2, 1995
- Bühl, A., Zöfel, P.: SPSS für Windows Version 7.5. Addison-Wesley, Bonn u.a., 4. überarb. Auflage 1998
- Etzel, B. S.: *Pflegediagnosen und die ICNP*. Kohlhammer, Stuttgart(Hrsg.; 2000)
- Exchaquet, N.F., Paillard, L.A.: *Der Pflegeprozeß. Eine Herausforderung für den Beruf. Bericht der Nationalen Studie über den Pflegeprozeß. Schweizerischer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) Bern 1986*
- Höhmman, U.; Weinrich, H.; Gätschenberger, G.: *Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege., Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Forschungsbericht Nr. 261. Bonn, 1996*
- International Council of Nurses (ICN): *Richtlinien für nationale Pflegeverbände. Die Entwicklung von Standards für Ausbildung und Praxis in der Krankenpflege. Krankenpflege, Jg. 45, 11, S. 629-652, 1991*
- International Council of Nurses (ICN): ICNP, Webseite des International Council of Nurses, www.icn.ch/icnpupdate.htm 1999
- Kaltenbach, T.: *Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. Bibliomed, Melsungen 1991
- KTB, Klinik für Tumorbologie (2004): *Pflege- und Qualitätskonzept*. Direktion Pflegedienst und Pflegeforschung, Freiburg
- KTB, Klinik für Tumorbologie (2003): *Umsetzung des Pflegekonzeptes*. Unveröffentlichtes Manuskript, Direktionsbereich Pflegedienst und Pflegeforschung, Freiburg

- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1996): Pflegeforschung – Methoden, kritische Einschätzung, Anwendung. Ullstein Mosby, Wiesbaden
- Mandt, M.: Standardisierte Analyse von Pflegedokumentationen – Entwicklung und Pilotstudie zu einem Untersuchungsinstrument. Diplomarbeit, Fachhochschule Frankfurt am Main, (2001)
- Müller Staub, M.: Entwicklung eines Instruments zur Messung pflegediagnostischer Qualität. (2003), *Pr-Internet* 5: 21-33
- Riemann, G. : Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Wilhelm Fink, München, (1987)
- Robert Bosch Stiftung: Implementierung von Pflegediagnosen und Standard Operating Procedures (SOP) für die Pflege in Einrichtungen unseres Gesundheitswesens. (2001), Available at: www.bosch-stiftung.de
- Seidl,E.; Walter,I.: Verbessert die Pflegeplanung die Praxis? Untersuchung von 100 Pflegedokumentationen. *Pflege* Jg. 1, 1und 2, 1988
- Walther, S.: Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhausalltag. Verlag Hans Huber, Bern, (2001)
- Weidner, F.: ...und das Papier wurde ungeduldig. Zur Einführung von Dokumentationssystemen in der Pflege. In: Bals, T. (Hrsg.): Was Florence noch nicht ahnen konnte. Neue Herausforderungen an die berufliche Qualifizierung in der Pflege. Bibliomed, Melsungen 1994
- Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege: Die Evaluation des Pflegeprozesses auf den Bettenstationen des UniversitätsSpitals Zürich. *ZEFP*, (2002)