

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER  
INTENSIVPFLEGE**

22. April 2014 bis 30. Oktober 2014

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Pflegedokumentation auf der Intensivstation**

Wie viel Unterstützung benötigt das Team?

vorgelegt von: DGKS Katharina Rasse  
Elisabethinen Krankenhaus  
Intensivstation

begutachtet von: HFK DGKS Elke Poßegger  
Possegger Quality Management

August/2014

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

St.Kanzian am Klopeinersee, 30.08.2014

## **Kurzzusammenfassung**

In der vorliegenden Abschlussarbeit wird der Versuch unternommen, die ihr zugrunde liegenden Fragestellung über die Hilfestellung bei der Pflegedokumentation auf der Intensivstation und über die Erleichterung durch Lern- und Motivationstheorien zu beantworten. Das erste und zweite Kapitel umfasst den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation mit ihren gesetzlichen Grundlagen. Im dritten Kapitel wird auf Lern- und Lerntheorien sowie Motivationstheorien näher eingegangen. Als weiterer Schwerpunkt befasst sich das Kapitel mit der Einschulung von Mitarbeitern. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der empirische Teil. Hier wurde mit Hilfe einer quantitative Forschungsmethode ein Fragebogen zum Thema Pflegedokumentation erstellt, um den Unterstützungsbedarf des diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonals bei der Pflegedokumentation zu ermitteln.

## **Abstract**

This essay attempts to question the help of documentation in nursing care at an intensive care unit and how it promotes learning and motivation at the work place. The first and second chapter deals with the process of care and documentation as well as the legal aspects of documentation in nursing care. The third chapter emphasise on the theories of how to teach and motivate new employees and their induction process. A further important point of research a questionnaire was developed which questioned the validity of the documentation in nursing care and what help nursing staff required.

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abs. – Abschnitt

DGKS/P - Diplomierte Gesundheits - und Krankenschwester und Pfleger

E - Mail - Electronic Mail

EDV - Elektronische Datenverarbeitung

et al. – et alii Lateinisch und bedeutet und andere (mehr als drei Autoren)

f. - folgend (zweier aufeinander folgenden Seiten)

ff. - folgende (drei aufeinander folgenden Seiten)

GuKG - Gesundheits - und Krankenpflegegesetz

HFK – Hygienefachkraft

ÖBIG - Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen

PDF - Portable Document Format (Datei Format)

S. – Seite

USA - United States of America

vgl. - vergleiche

Z – Zeile

z.B. - zum Beispiel

# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>VORWORT .....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>DER PFLEGEPROZESS .....</b>	<b>9</b>
2.1	Definition .....	9
2.2	Modell nach Fichter und Maier .....	10
2.3	Modell nach Alfaro.....	11
<b>3</b>	<b>DIE PFLEGEDOKUMENTATION .....</b>	<b>13</b>
3.1	Gesetzliche Grundlagen .....	13
3.2	Nutzen der Pflegedokumentation .....	14
3.3	Haltung von Pflegepersonen zur Pflegedokumentation.....	14
3.4	EDV - gestützte Pflegedokumentation.....	15
<b>4</b>	<b>LERN- UND MOTIVATIONSTHEORIEN .....</b>	<b>16</b>
4.1	Lernen .....	16
4.2	Lerntheorien .....	16
4.3	Motivation und Motivationsförderung.....	18
4.4	Einschulung und Schulung von Mitarbeiter .....	19
4.5	Leitlinien - Hilfsmittel für die Pflege .....	21
<b>5</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>22</b>
5.1	Methodik.....	22
5.2	Auswertung des Fragebogens .....	23
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSEND E DARSTELLUNG .....</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>39</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Pflegeprozess nach Fichter und Maier .....	11
Abbildung 2: Pflegeprozess nach Alfaro, 1990.....	12
Abbildung 3: Kreisdiagramm Frage 1 (Rasse, 2014).....	23
Abbildung 4: Kreisdiagramm Frage 2 (Rasse, 2014).....	24
Abbildung 5: Kreisdiagramme Frage 3 und 4 (Rasse, 2014).....	24
Abbildung 6: Kreisdiagramm Frage 4 (Rasse, 2014).....	25
Abbildung 7: Kreisdiagramm Frage 5 (Rasse, 2014).....	25
Abbildung 8: Kreisdiagramm Frage 6 (Rasse, 2014).....	26
Abbildung 9: Kreisdiagramm Frage 7 (Rasse, 2014).....	27
Abbildung 10: Kreisdiagramm Frage 8 (Rasse, 2014).....	27
Abbildung 11: Kreisdiagramm Frage 8 erweitert (Rasse, 2014) .....	28
Abbildung 12: Kreisdiagramm Frage 9 (Rasse, 2014).....	28
Abbildung 13: Kreisdiagramm Frage 10 (Rasse, 2014).....	29
Abbildung 14: Kreisdiagramme Frage 11 (Rasse, 2014).....	29
Abbildung 15: Kreisdiagramm Frage 12 (Rasse, 2014).....	30
Abbildung 16: Kreisdiagramm Frage 13 (Rasse, 2014).....	31
Abbildung 17: Kreisdiagramm Frage 14 (Rasse, 2014).....	31
Abbildung 18: Kreisdiagramm Frage 15 (Rasse, 2014).....	32
Abbildung 19: Kreisdiagramm Frage 16 (Rasse, 2014).....	32
Abbildung 20: Kreisdiagramm Frage 17 (Rasse, 2014).....	33
Abbildung 21: Kreisdiagramm Frage 18 (Rasse, 2014).....	33

## 0 VORWORT

Ich arbeite seit mehr als 3 Jahren an der interdisziplinären Intensivstation des Elisabethinen Krankenhauses Klagenfurt. Ein Teil der Sonderausbildung in der Intensivpflege umfasst das Verfassen einer Abschlussarbeit. Da ich mich seit über zwei Jahren mit dem Thema "Dokumentation" im Rahmen meiner Key - User Tätigkeit auseinandersetze, habe ich dies zum Anlass genommen, mich näher damit zu beschäftigen. Die Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Als Key - User beschäftige ich mich fast täglich mit der Anamnese, Pflegeplanung und den Risikoeinschätzungen, sowie pflegerelevanten Protokollen und Pflegeberichten. In meiner Tätigkeit bin ich dafür zuständig, Dokumentation zu evaluieren, sie auszuwerten und neue Mitarbeiter einzuschulen. Weiters bin ich Ansprechpartner für meine KollegenInnen.

Ich merke immer wieder, dass das Thema Pflegedokumentation manchen Kollegen Sorgen bereitet, da es mit viel Arbeitsaufwand gleichgesetzt wird. Geringe EDV - Kenntnisse und oft schwer übersichtliche Programme erschweren die Dokumentation zusätzlich. Immer wieder höre ich: Muss ich das dokumentieren? Für viele ist das größte Problem der Zeitfaktor. Anstatt sich dem Patienten zu widmen, wird versucht zwanghaft und schnell zu dokumentieren.

Vielen Pflegenden ist die Wichtigkeit einer ordnungsgemäßen Dokumentation nicht bewusst. Daher ist es mir ein Anliegen, die Dokumentation mehr in den Vordergrund zu stellen und deren Sinnhaftigkeit zu erläutern. Daher wäre es mir wichtig, meinem Team ein Instrument in die Hand zu geben, mit dem sie lernen die Pflegedokumentation richtig umzusetzen.

Im Rahmen meiner Key – User Tätigkeit versuche ich bereits seit einiger Zeit durch Hilfestellungen die Dokumentation zu erleichtern. Dies wird vom meinem Team teilweise positiv angenommen und umgesetzt. Zu meinen Zielen habe ich mir gesetzt, weitere Hilfestellungen zu finden, welche dem Personal die Dokumentation auf der Intensivstation erleichtern. Recht herzlichen Dank gilt meiner Familie und meinem Partner, welche mich in allen Lebenslagen unterstützen und allen Personen, die mich während meiner Ausbildung begleitet haben, sowie auch meiner Cousine und meiner Kollegin, der ich meine Texte zum Korrekturlesen überlassen habe.

# 1 EINLEITUNG

Die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §5 zur Durchführung einer Pflegedokumentation verpflichtet. Die Dokumentation dient zum Nachweis der pflegerischen Handlungen beim Patienten und dient ebenso juristisch zum Nachweis für die Durchführung der Tätigkeit (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 20)

Durch die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation wurde die Dokumentationsqualität verbessert. Aufgrund der Anwendung einer einheitlicher Fachsprache, zeitnaher und kontinuierlicher Dokumentation sowie die jederzeitige Verfügbarkeit der Dokumentation (vgl. Ammenwerth/Eichständer/Schrader 2003. S. 28ff) Wie im Rahmen jedes Veränderungsprozesses bringt auch die Einführung der elektronischen Pflegedokumentation Risiken mit sich, wie die damit verbundenen Ängste und Befürchtungen der Pflegenden, dass administrative Aufgaben zunehmen und die Technik immer komplizierter wird (vgl. Keitel 2007, S. 14). Um diesen Risiken vorzubeugen, sind frühzeitige Schulungen, regelmäßige Auffrischungen und eine konstruktive Fehlerkultur sehr wichtig (Anmerkung der Verfasserin).

Das Ziel dieser Abschlussarbeit ist es, Methoden oder Strategien und Hilfestellungen aufzuzeigen, dass das Dokumentieren bzw. der Umgang mit der Dokumentation in der Praxis erleichtert wird. Als Schwerpunkt der Thematik Pflegedokumentation auf der Intensivstation ergeben sich folgende Fragen bzw. Fragestellungen:

Frage 1: *Welche Hilfestellung kann ich meinem Team bei der Dokumentation geben?*

Frage 2: *Welche Lern - und Motivationstheorien erleichtern die Dokumentation?*

Im Rahmen dieser Abschlussarbeit werde ich eine intensive Recherche von der vorhandenen Fachliteratur vornehmen. Um auf diese Fragen eine aussagekräftige Antwort zu erhalten wird ein Fragebogen für Mitarbeiter/ Innen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes erstellt. Die Fragen sind teils geschlossen, mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten, und teils offen gestellt worden, um das Empfinden der jeweiligen Kollegen besser darzustellen.



## **2 DER PFLEGEPROZESS**

Der Pflegeprozess ist eine Methode um Handlungsabläufe in der Pflege festzulegen und beruht auf den Bedürfnissen des Patienten (vgl. Ammenwerth/Eichstädter/Schrader 2003, S. 20). Es gibt verschiedene Modelle des Pflegeprozesses. Die ersten wurden bereits in den fünfziger Jahren in den USA eingeführt und in den sechziger, siebziger Jahren auch im deutschsprachigen Raum beschrieben (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 11f). Im amerikanischen Raum wird häufig ein Modell mit fünf Schritten verwendet, wobei im deutschsprachigen Raum das sechsstufige Modell von Fichter und Meier am bekanntesten ist (vgl. Menche et al. 2007, S. 298). Man unterscheidet zwischen vier-, fünf- oder sechsschrittigen Prozessmodellen (vgl. Larsen 2007, S. 619)

### **2.1 Definition**

Der Pflegeprozess bildet die Grundlage jeder professionellen pflegerischen Tätigkeit. Das Wort "Prozess" kommt vom lateinischen Wort "processus" und bedeutet Fortschreiten/Verlauf. Der Pflegeprozess soll Handlungsabläufe strukturieren und dient als Hilfestellung im Pflegealltag. Ziel ist es, eine kontinuierliche und individuelle Pflege zu gewährleisten (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 9).

Der Pflegeprozess bietet dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Gelegenheit mit dem Patienten zu interagieren und somit die Pflegebedürftigkeit einzuschätzen. Dadurch kann man dem Patienten seine eigenen Fähigkeiten aufzeigen, und ihm zielgerichtet und strukturierte die Pflege zukommen lassen, die er benötigt. Weiteres kann man durch Bewusstmachen von Fähigkeiten wiederum die Gesundheit fördern (vgl. Menche et al. 2007. S. 298).

Zusätzlich ist der Pflegeprozess ein Instrument, um die Pflegequalität zu sichern. Der Pflegeprozess dient zur Unterstützung der Pflege, indem man Pflegesituationen erkennt und richtig bewertet. Es ist auch ein Kommunikationsinstrument hinsichtlich der Dienstübergabe (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S.10).

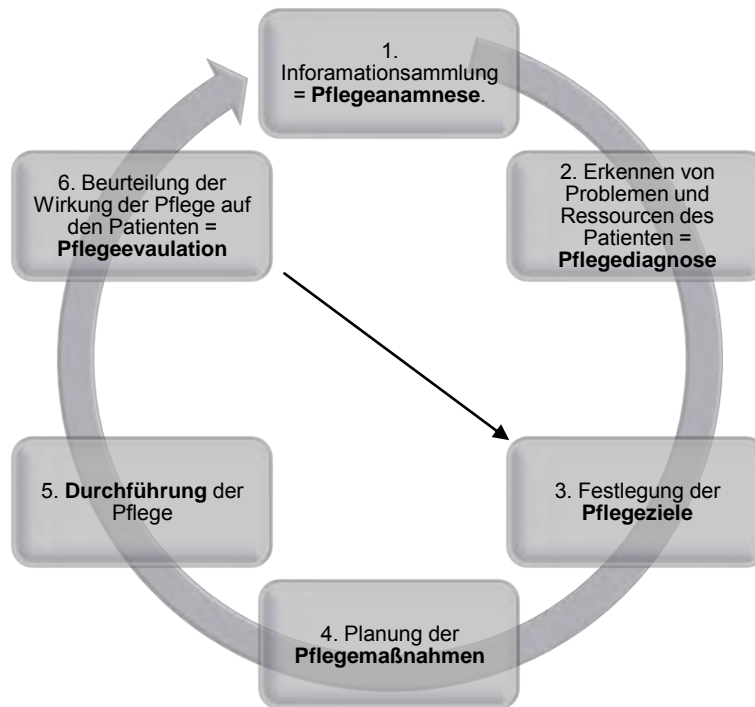
## 2.2 Modell nach Fichter und Maier

Im Modell von Fichter und Maier wird die Krankenpflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess beschrieben. Nach Fichter und Maier ist die Qualität der Problemlösung abhängig von der Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal. Der Pflegeprozess wird in sechs Stufen unterteilt und besteht aus einem Regelkreis (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 12).

Der erste Schritt des Pflegeprozesses umfasst die Informationssammlung. Hier werden Probleme, Ressourcen und individuelle Gewohnheiten und die Ausgangssituation vom Patienten mittels Anamnese erfasst. Daraus ergibt sich dann der zweite Schritt. Anhand dem Erstgespräch können pflegerelevante Probleme und Ressourcen des Patienten erfasst und geplant werden. (vgl. Abt - Zegelin/Schaaf 2011, S. 31)

Bei der Planung ist es wichtig, gemeinsam mit dem Patienten mögliche Pflegeziele festzulegen, welche, im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes erreichbar und durchführbar sind. Aufgrund der Fähigkeiten und Einschränkungen des Patienten ergeben sich nun die Pflegemaßnahmen mit ihren dazugehörigen Zielen. Wurde dies erhoben, ist der Schritt drei und vier des Pflegeprozesses abgeschlossen. Schritt fünf umfasst die praktische Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen, welche abhängig sind von den Rahmenbedingungen wie Zeit, Personal und Hilfsmittel. Außerdem müssen die Bedürfnisse des Patienten immer mit einbezogen werden. Diese Durchführung muss im Rahmen der Pflegedokumentation dokumentiert werden, nur so ist auch Schritt sechs, die Evaluierung der Pflegeziele, möglich (vgl. Link 2002, S. 20f).

Bei der Evaluierung wird kontrolliert, ob die gesetzten Pflegeziele erreicht wurden. Wenn dies nicht der Fall ist, weil die Informationssammlung lückenhaft war oder die Ausgangssituation falsch eingeschätzt wurde, muss der Pflegeplan überarbeitet und angeglichen werden. Wurde das Ziel erreicht, muss eine Aktualisierung der Maßnahmen erfolgen. Damit beginnt der Prozess erneut. Der Zeitpunkt der Evaluierung wird individuell festgelegt und ist abhängig von der Dringlichkeit der Problemlösung (vgl. Menche et al. 2007, S. 304).



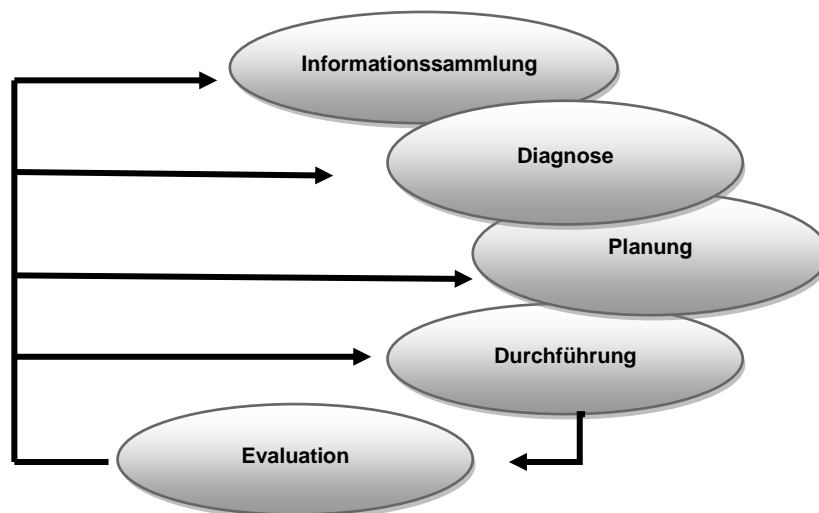
**Abbildung 1 Pflegeprozess nach Fichter und Maier**

(vgl. Abt - Zegelin/Schaaf 2011, S. 31)

### 2.3 Modell nach Alfaro

Rosalinda Alfaro - Le Fevre ist eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin. Sie arbeitete mehr als 25 Jahre als Krankenschwester, vor allem im Intensivbereich und als Notfallkrankenschwester. Sie ist Präsidentin der Organisation "Teaching Smart/ Learning Easy" - ein Unternehmen, welches sich mit Beratung und Seminaren über kritisches Denken im beruflichen Bereich und mit dem Pflegeprozess beschäftigt (vgl. [www.alfaroteachsmart.com](http://www.alfaroteachsmart.com)).

Alfaro stellt den Pflegeprozess nicht als Regelkreis sondern als Flussdiagramm dar. Die Evaluation steht in ihrem Modell im Mittelpunkt, das bedeutet alle Handlungen müssen laufend bewertet werden (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 13).



**Abbildung 2: Pflegeprozess nach Alfaro, 1990**

(vgl. Leonie -Scheiber 2004, S. 13)

Im ersten Schritt, Informationssammlung, wird die Pflegeanamnese erhoben. Hier werden alle relevanten Daten gesammelt, welche benötigt werden. Den zweiten Schritt nennt Alfaro Diagnose hier werden die gesammelten Daten analysiert und in Übersichtsgruppen eingeteilt, um Probleme, Risiken und Ressourcen herauszufiltern. Gleichzeitig wird der Schritt noch einmal reflektiert, um festzustellen, ob alle Daten richtig und vollständig sind. Hier werden auch nicht pflegerelevante Probleme erfasst, welche dann interdisziplinär weiter bearbeitet werden. Beim Schritt der Planung wird sichergestellt, dass der Plan für jeden einzelnen Patienten zugeschnitten ist. Hier werden die Pflegeziele gemeinsam mit dem Patienten besprochen. Beim vierten Schritt, der Durchführung, wird die Planung umgesetzt. Bei der Evaluation, welche im Mittelpunkt steht, werden die Leistungen regelmäßig kontrolliert und man versucht den Prozess, je nach Problem des Patient, anzugleichen (vgl. [www.alfaroteachsmart.com](http://www.alfaroteachsmart.com)).

Was das Modell von Alfaro von anderen Modellen unterscheidet ist, dass Alfaro nicht ausschließlich Pflegediagnosen formuliert, sondern auch Probleme benennt, welche nicht in den pflegerischen Aufgabenbereich fallen. Diese werden dann an die Ärzte weitergeleitet. Das ähnelt dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, mit seinen Tätigkeitsbereichen (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 76).

### **3 DIE PFLEGEDOKUMENTATION**

Die Pflegedokumentation ist die Summe aller erfassten pflegerrelevanten Daten eines Patienten bestehend aus Pflegeprozess, Pflegeplanung und der Leistungserfassung (vgl. Messer 2003, S. 17). Sie dient der Gedächtnisstütze, zur Kommunikation und als Nachweis für die vorgenommenen oder nichtvorgenommenen pflegerischen Interventionen. Es werden alle pflegerischen, therapeutischen Maßnahmen und Auswirkungen auf den Patienten erfasst und verschriftlicht (vgl. Sträßner 2006, S. 351f).

#### **3.1 Gesetzliche Grundlagen**

Die Grundlage der Durchführung des Pflegeprozesses ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes verankert (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 19). "Gemäß §14 Abs. 1 GuKG Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfaßt die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozesse), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. Abs. 2 Z 8 GuKG Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere: Dokumentation des Pflegeprozesses" (Weiss - Fassbinder/Lust 2010, S. 87f).

"Gemäß § 5 Abs. 1 und 2 GuKG Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei der Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahme zu enthalten" (Weiss - Fassbinder/Lust 2010, S. 64).

Das Ausmaß der Pflegedokumentation richtet sich nach den erbrachten eigenverantwortlichen pflegerischen Leistungen und deren Dauer (vgl. Weiss - Fassbinder/Lust 2010, S. 93). Die Pflegedokumentation ist als Urkunde anzusehen. Einträge müssen kurz, präzise, schlüssig, nachvollziehbar, wertfrei und mit dem Handzeichen der jeweiligen Pflegeperson versehen sein (vgl. Rappold et al. 2010, S. 8).

Korrekturen sollten immer leserlich bleiben und mit Handzeichen versehen werden, Korrekturen welche unleserlich durchgestrichen oder überklebt werden, sind nicht zulässig, sie sollten immer als solche erkennbar bleiben (vgl. Leonie - Scheiber 2004, S. 21).

### **3.2 Nutzen der Pflegedokumentation**

Die Pflegedokumentation ist neben der medizinischen Dokumentation ein wichtiger Bestandteil im Krankenhausalltag. Neben der Pflege am Krankenbett selbst, ist die eigenverantwortliche Pflegedokumentation ein wichtiger Bestandteil der Arbeit des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals. Die Pflegedokumentation spiegelt den täglichen pflegerischen Verlauf, mit ihren erbrachten pflegerischen Maßnahmen wieder. Sie dient nicht nur zur Kommunikation zwischen dem Pflgeteam, sondern ist auch bei den Berechnungen von Behandlungsleistungen beteiligt (vgl. Ammenwerth/Eichstädter/Schrader 2003, S. 17).

Die kontinuierliche Dokumentation dient nebenher als Schutz für das Pflegepersonal, da die Pflegedokumentation juristisch anerkannt ist und als Beweismittel im Strafprozess dient (vgl. Leonie- Scheiber 2004, S. 26). Eine vollständige und lückenlose Pflegedokumentation dient zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Patientenversorgung. Hierbei ist wichtig, zu Beginn der Datenerhebung alle pflegerelevanten Informationen aufzunehmen und diese schriftlich zu speichern (vgl. Ammenwerth/Eichstädter/Schrader 2003, S. 18).

### **3.3 Haltung von Pflegepersonen zur Pflegedokumentation**

Wenige Pflegende verstehen die Pflegedokumentation als sinnvolles Instrument für die Informationssammlung und Weitergabe im Rahmen des Pflegeprozesses. Oft wird die Dokumentation als Zeitfaktor und als sehr belastend empfunden. Dem Pflegepersonal fällt es schwer, Pflegesituationen in Worte zu fassen. Manchmal wissen sie nicht mehr, was sie schreiben sollen, die Formulierung selbst wird immer als Problem empfunden (vgl. Keitel 2007, S. 14).

Im Rahmen der ständigen Weiterentwicklung von Dokumentationssystemen kommt immer mehr Schreibarbeit dazu. Dies empfinden viele Pflegepersonen als erschwerend, da aufgrund der Schreibarbeit immer weniger Zeit für die direkte Pflege am Patientenbett übrig bleibt. Wenn die ersten Vorurteile abgelegt sind, die Erleichterung durch die Anwendung des Pflegeprozesses im Arbeitsalltag sichtbar wird und eine Routine einkehrt, wird das Schreiben nicht mehr als so zeitraubend empfunden. Vorteile sind, dass alle am Pflegeprozess beteiligten Personen jederzeit Zugriff zu allen pflegerelevanten Informationen haben. Das bedeutet, dass das gesamte interdisziplinäre Team über Wünsche und Bedürfnisse des Patienten Bescheid weiß. Somit kann die Pflege gezielt geplant und durchgeführt werden. Durch die Berücksichtigung der Kompetenz und der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen gewinnt die Pflegedokumentation an Qualität und Transparenz (vgl. Keitel 2007, S. 15f).

### **3.4 EDV - gestützte Pflegedokumentation**

Allgemein bietet die EDV - gestützte Pflegedokumentation viele Vorteile. Durch Systemaufforderungen werden Pflegende an das Abarbeiten von Pflegeplänen und deren Dokumentation erinnert dadurch wird die Dokumentation vollständiger. Das System bietet Formulierungshilfen wie Textbausteine oder Leistungskataloge an, somit kann eine einheitliche Fachsprache garantiert werden. Der Zugriff ist jederzeit möglich und besser auswertbar (vgl. Abt - Zegelin/Schaaf 2011, S. 40).

Im Rahmen der Neueinbindung eines EDV - gestützten Pflegedokumentationssystem können bestehende Leitlinien und Pflegemodelle im Programm hinterlegt werden, damit alle Schritte des Pflegeprozesses miteinander verknüpft sind. Jeder Mitarbeiter erhält seinen eigenen Zugangscode folglich ist jeder Eintrag automatisch einer Pflegeperson zugeordnet. Die EDV - gestützte Pflegedokumentation vermerkt Uhrzeit und Datum und ermöglicht dadurch nur Einträge, welche bis zu diesem Zeitpunkt auch erbracht wurden. Korrekturen werden automatisch vom Programm erfasst und wieder mittels Zugangscode der jeweiligen Pflegeperson mit Datum und Uhrzeit zugeordnet (vgl. Keitel 2007, S. 41).

Vom Vorteil für die EDV - gestützte Pflegedokumentationsnutzung ist, dass Pflegepersonen mit dem Umgang des Pflegeprozesses vertraut sind und nur geringfügige EDV - Kenntnisse besitzen müssen (vgl. Bolanz/Oßwald/Ritsert 2008, S. 40).

## **4 LERN- UND MOTIVATIONSTHEORIEN**

Lerntheorien stehen in einem engen Zusammenhang mit der Motivation. Die Verhaltensweise, wie jemand mit den gestellten Ansprüche umgeht, lässt sich als Lerntheorien erklären daraus folgend lassen sich verschieden Lerntheorien ableiten (vgl. Steinbach 2007, S. 81). Interesse und Wissbegierde und eine positive Bezugnahme zum Lernstoff selbst sind motivationsfördernd und tragen zum Lernerfolg bei (vgl. Mamerow 2013, S. 106).

### **4.1 Lernen**

Lernen ist ein Prozess, welcher durch das Aneignen von Wissen und Erfahrungen gekennzeichnet ist. Begabungen, Intelligenz und Entwicklung tragen zum Lernerfolg bei, sind aber nicht ausschlaggebend. Wir alle lernen ein Leben lang, es beginnt im Kindesalter, in der Schule und dann im weiteren Berufsleben. Jeder Lernprozess ist durch Veränderungen des Verhaltens und Wissens gezeichnet (vgl. Steinbach 2007, S. 82). Generell gibt es viele verschiedene Arten des Lernens. Im Rahmen des Pflegeberufes steht die Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund. Lernen in der Pflege beruht meist auf der Methode der Praxisanleitung (vgl. Mamerow 2013, S. 86).

### **4.2 Lerntheorien**

Lerntheorien beschreiben einen Veränderungsprozess näher. Ziel ist es, zu erklären, wie Menschen sich verschiedene Dinge aneignen (vgl. Steinbach 2007, S. 82). Sie versuchen den Prozess des Lernens ableitbar zu machen. Es gibt viele verschiedene Lerntheorien, welche sich grob nach dem Ansatz des spezifischen menschlichen Lernverständnis einteilen lassen (vgl. Josuks/Pech/Woecht 2002, S. 18f).

Die bekanntesten lerntheoretischen Modelle sind das behavioristische-, das kognitivistische- und das konstruktivistische Modell. Das behavioristische Modell von Ivan Pawlow beschäftigt sich mit der klassischen Konditionierung. Hierbei wird das menschliche Gehirn mit einer "Black Box" verglichen, welches Reize in sich aufnimmt und darauf entsprechend reagiert (vgl. Vogel 2013, S. 165).



Anfänglich neutrale Reize können durch eine Verhaltensänderung, durch bestimmte Bedingungen, der sogenannten Konditionierung, Reaktionen auslösen, da diese mit ähnlichen Reizen in Verbindung gebracht werden (vgl. Steinbach 2007, S. 83). Demnach wird die Reaktion und das Verhalten des Lernenden planbar gemacht, damit dieser auf gewisse Impulse mit bestimmten Verhaltensreaktionen reagiert. Voraussetzungen dafür sind, dass das zu Lernende immer wieder wiederholt wird. Das behavioristische Modell beschreibt Lernen als Training um richtiges Verhalten zu erlernen (vgl. Vogel 2013, S. 166).

Zur Anwendung kommt diese Lerntheorie oft bei emotionalen oder sozialen Reaktionen. Im Rahmen des Pflegealltags kann das gehobene Personal für Gesundheits- und Krankenpflege äußere Reize z.B. durch Alarme, eine körperliche Reaktion, welche sich in einem der Pulsanstieg des Pflegepersonals äußert ausgelöst werden (vgl. Josuks/Pech/Woecht 2002, S. 19).

Das kognitivistische Modell beschäftigt sind mit dem Denken und den Prozess der Verarbeitungsabläufe im Gehirn. Bei diesem Modell wird das Handeln nicht von Reizen bestimmt, sondern vom Denkprozess selbst. Das heißt, die verarbeiteten Reize werden bewertet und steuern somit das Handeln. Dieses Lernmodell befasst sich mit der Wahrnehmung von Empfindungen, Verarbeitung von Informationen im Gehirn und Lösungsstrategien. Demnach ist Lernen kein stures Wiederholen, sondern ein Auseinandersetzungsprozess mit dem Lernstoff, um sich Wissen anzueignen, diesen zu verstehen und dadurch Methoden zur Problemlösung zu erlernen (vgl. Vogel 2013, S. 166f).

Zum Beispiel setzt das problemlösende Lernen im Intensivbereich voraus, dass das Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ein pflegerisches und medizinisches Grundwissen erlernt hat, um in bestimmten Lagen situationsgerecht und individuell auf jeden einzelnen Patienten und dessen Krankheitsbild zu reagieren (vgl. Josuks/Pech/Woecht 2002, S. 21).

Das konstruktivistische Modell des Lernens beschäftigt sich mit dem Lernen durch Erleben und das Erlebte dann zu interpretieren. Dies steht immer im sozialen Kontext und unterscheidet den konstruktivistischen vom kognitiven Ansatz. In beiden Modellen findet man ähnliche Ansätze, wie der Verarbeitungsprozess im Gehirn. Jedoch wird hier das Vorwissen als Hilfsmittel eingesetzt, um neue Gegebenheiten zu verstehen und zu interpretieren. Demnach ist Lernen ein individueller Prozess, der Lernende erkennt selbständig Zusammenhänge und setzt eigene Erfahrungen ein. Wichtig hierbei ist, dass der Lernende seine eigene Sichtweise einnimmt und sich damit motiviert selbstorganisiert zu lernen (vgl. Vogel 2013, S. 167f).

### **4.3 Motivation und Motivationsförderung**

Motivation leitet sich vom lateinischen Wort "motus" - Bewegung ab und wird als Antrieb verstanden, welcher einen Mensch leitet. Motivation kann durch Anreize angeregt werden, z.B. Leistungsmotivation regt eine Person an eine bestimmte Leistung zu erbringen (vgl. Bering/Novak 2010, S. 30).

In der Arbeitspsychologie wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden. Als intrinsische Motivation werden die inneren Kräfte eines Menschen verstanden, welche auf primäre und sekundäre Motive abzielen, wie das Stillen von Hunger und Durst aber auch das Erfüllen von Wünschen wie Unabhängigkeit, Selbstverwirklichung und der Wissensdurst. Um all diese Wünsche zu erfüllen hat jeder Mensch verschiedene ausgeprägte Charakterzüge wie Wissbegierde, Spontaneität und Ausdauer. Mitarbeit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege welche eine intrinsische Motivation besitzen, benötigen keine bestimmten Reize um gute Leistung zu erbringen, die innere Kraft des jeweiligen ist ausreichend um diese positiv in die Tat umzusetzen (vgl. Schmid/Meißner 2009, S. 38).

Unter der extrinsischen Motivation versteht man all jene Kräfte, die von außen auf den Mitarbeiter wirken wie Gehalt, Ansehen, Belohnung oder Bestrafung für Geleistetes. Hier kann durch die Führung wie z.B. die Stationsleitung die Motivation des Mitarbeiters beeinflusst werden (vgl. Franken 2007, S. 83f).

Unter Lernmotivation versteht man das Begehren etwas lernen zu wollen. Im Rahmen des Arbeitsalltages im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf können motivationsfördernde Faktoren das Lernen positiv beeinflussen (vgl. Josuks/Pech/Woecht 2002, S. 24). Der Lernende sollte eine positive Bindung zum Lehrstoff haben, so ist der Lernende motivierter. Eigeninteresse und Wissensdurst unterstützen die Lernmotivation zusätzlich (vgl. Mamerow 2013, S. 106).

Hierbei ist es wichtig das der Lernende oder neue Mitarbeiter im Arbeitsalltag begleitet werden, damit Ängste und Probleme des Lernenden erkannt werden und man daran arbeiten kann. Der Einschulungsbeauftragte sollte sich die Zeit für den Lernenden nehmen und sollte individuell auf den Auszubildenden eingehen. Selbst sollte er ein professionelles Auftreten haben und ein Vorbild für den Lernenden sein (vgl. Josuks/Pech/Woecht 2002, S. 24).

Motivationsförderung beginnt bereits bei der baulichen Gestaltung der Lernumgebung. Diese sollte hell und übersichtlich sein. Die Organisation des Tages- und Arbeitsablaufes sollte mitarbeiterorientiert sein, strukturiert und der Tagesablauf sollte für jeden ersichtlich sein. Das Team, das den Lernenden bzw. Einzuschulenden begleitet, sollte qualifiziert und teamfähig sein (vgl. Josuks/Pech/Woecht 2002, S. 25)

#### **4.4 Einschulung und Schulung von Mitarbeiter**

Unter dem Begriff Einschulung versteht man, jemanden mit einer neuen Arbeit vertraut zu machen. Das Einschulen oder Einarbeiten kann so definiert werden, dass in der Anfangsphase das gehobene Personal für Gesundheits- und Krankenpflege in das neue Fachgebiet und das dazugehörige Arbeitsumfeld mit neuen Kollegen eingeschult wird. Ziel ist es, den Mitarbeiter so zu schulen, dass dieser in weiterer Folge Fertigkeiten und Fähigkeiten besitzt, selbständig, verantwortungsbewusst und professionell zu arbeiten (vgl. Josuks/Pech/ Woecht 2002, S. 38).

Die Einarbeitungsqualität ist vom einarbeitenden Mitarbeiter abhängig. Um das Einarbeiten zu erleichtern und ein einheitliches Einarbeiten zu ermöglichen, sollten Einarbeitungsstandards festgelegt werden. Die Einarbeitung sollte den Umgang mit dem Dokumentationssystem, Hilfsmitteln, Medikamenten, aber auch Grundlagen der Pflege und deren Leistungen, Besonderheiten des Bereichs und der Patienten mit ihren Angehörigen umfassen. Das Dokumentationssystem selbst ist bei der Einschulung sehr wichtig, da es zum Leistungsnachweis dient. Vor allem bei EDV- gestützte Dokumentationssysteme ist es wichtig, dass neue Mitarbeiter mit dem System vertraut gemacht werden und entsprechend auf ihre Anwendbarkeit geschult werden (vgl. Schmidt/Meißner 2009, S. 16f).

Schulungen im eigenen Bereich werden meist von eigenen Mitarbeitern übernommen. Dies hat den Vorteil, dass keine Kosten für Seminarräume entstehen und der Mitarbeiter den Schulungsraum meist in Arbeitsnähe hat. Je nach Bedarf können interne Schulungen bestimmte Themen umfassen. Engagierte Mitarbeiter des gehobenen Gesundheits - und Krankenpflegepersonals oder Mitarbeiter mit bestimmten Zusatzqualifikationen können diese durchführen. Zur Ermittlung des Schulungsbedarfes sollten mit dem Mitarbeiter Entwicklungsgespräche geführt werden, um so den Schulungsbedarf zu erfassen. Wenn man Schulungen durchführt, sollte man sich dafür rechtzeitig vorbereiten. Das bedeutet, man sollte ausreichend Fortbildungsmaterial sammeln und eventuell Handouts für die zu schulenden Mitarbeiter bereit halten (vgl. Fröse 2008, S. 101f).

Das Pflgeteam bestimmt selbst die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Lernens. Lernfördernd im Pflgeteam sind Verständnis und Wertschätzung des einzelnen Kollegen. Es ist niemand allwissend, aber jeder im Team sollte sich als Lernender einbringen, damit sind alle gleich und doch anders. Im Rahmen des Pflgeteams ist es wichtig, dass zu erlernende Aufgaben nicht aufgezwungen werden, da diese eher widerwillig angenommen werden. Es sollte versucht werden, Mitarbeiter für Ausbildungsangebote zu motivieren (vgl. Mamerow 2013, S. 65f).

Im Rahmen des Lernens ist es wichtig, dass das Team regelmäßig Rückmeldungen bekommt, damit eine gute Zusammenarbeit und Atmosphäre im Pflgeteam gewährleistet werden kann, dies kann in Rahmen von Teambesprechungen erfolgen. Weiters ist es wichtig, eine Ansprechperson zu haben, die jederzeit für Fragen und Probleme zur Verfügung steht (vgl. Mamerow 2013, S. 66).

## 4.5 Leitlinien - Hilfsmittel für die Pflege

Leitlinien sind methodisch entwickelte Entscheidungshilfen oder Handlungsempfehlungen für das Personal des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Bieback 2004, S. 6). Leitlinien, auch Praxisleitlinien genannt, sind Instrumente welche auf sachlichen Basiswissen und klinisch Forschungsergebnissen basieren. Sie werden von Experten und wissenschaftlichen Fachgesellschaften formuliert. Diese Praxisleitlinien dienen dem gehobenen Personal für Gesundheits- und Krankenpflege als Entscheidungshilfen für bestimmte Probleme. Deshalb werden entsprechende Maßnahmen zusammengefasst, welche dem Pflegepersonal das Arbeiten erleichtern (vgl. Blöcke 2007, S. 10)

Es gibt bereits eine Leitlinie zur Pflegedokumentation, welche vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) 2010 erstellt wurde (Anmerkung der Verfasserin). Die ÖBIG ist für die Pflegeforschung in Österreich zuständig. Sie erstellt im Auftrag des Bundes Steuerungsinstrumente für das Gesundheitswesen. Ihr Sachgebiet ist vielseitig. Es umfasst einerseits Gesundheit und Gesellschaft, die Gesundheitsökonomie, Gesundheitsberufe, Planung und Systementwicklung der Gesundheitsträger. Andererseits befasst es sich mit Organtransplantationen. Die Vergiftungsinformationszentrale ist auch bei der ÖBIG angesiedelt (vgl. [www.goeg.at](http://www.goeg.at)).

Die ÖBIG hat 2010 eine Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation publiziert. Diese umfasst den gesamten Pflegeprozess, alle rechtlichen Grundlagen der Dokumentation und die Pflegevisite. Die Arbeitshilfe wurde von Pflegepersonen für Pflegepersonen entworfen und soll die praktische Umsetzung der Pflegedokumentation erleichtern (vgl. [www.goeg.at](http://www.goeg.at)). Um dem Pflegepersonal den Pflegeprozess zu erleichtern, sollte die Leitlinie zur Pflegedokumentation und eine Anleitung des Pflegedokumentationsprogramm immer zur Hand sein, um etwaige Fragen oder Programmprobleme so schnell wie möglich zu beheben (Anmerkung der Verfasserin).

## 5 EMPIRISCHER TEIL

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wurde im Rahmen der Abschlussarbeit ein Fragebogen erstellt, um die Fragestellung dieser Abschlussarbeit besser beantworten zu können (Anmerkung der Verfasserin). In der Pflegeforschung ist die häufigste Methode der Befragung die schriftliche Erhebung mittels Fragebogen. Hier können Wissenstand, Eindrücke und Ansichten, sowie Grundsätze und Wünsche der Befragten strukturiert erfasst und ausgewertet werden (vgl. Mayer 2007, S. 105).

### 5.1 Methodik

Zur besseren Beantwortung der vorliegenden Fragestellung wurde eine quantitative Forschungsmethode gewählt. Es wurde kein standardisierter Fragebogen gewählt, sondern ein selbst erstellter Fragebogen ausgegeben (Anmerkung der Verfasserin). Der Fragebogen wurde einerseits in geschlossene Fragen mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten und andererseits in offene Fragen unterteilt, um die jeweiligen Empfindungen besser darstellen zu können. Beim Formulieren der Fragen wurde versucht, diese möglichst kurz, eindeutig und verständlich zu gestalten, damit diese wiederum gut interpretierbar sind (vgl. Mayer S.106).

Zu Beginn wurde ein Brainstorming durchgeführt, um zu konkretisieren, welche Fragen der Fragebogen beinhalten soll, damit die in Kapitel eins bereits angeführte Frage besser beantwortet werden kann. Der Fragebogen wurde in einen allgemeinen und einen speziellen Teil unterteilt. Der allgemeine Teil umfasst fünf soziodemographische Fragen wie Alter, Geschlecht, Computerkenntnisse, wogegen der spezielle Teil dreizehn Fragen zur Pflegedokumentation und Schulung umfasst. Der selbst erstellte Fragebogen besteht aus einem Deckblatt mit dem Befragungsthema, weiters werden hier die Befragten begrüßt und über den Sinn und Zweck der Befragung, sowie deren Anonymität aufgeklärt. Bevor der erstellte Fragebogen ausgegeben wurde, wurde ein Prätest an 5 Kollegen/Innen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt, daraufhin nochmals adaptiert und evaluiert. Im Rahmen von Teambesprechungen wurde der Fragebogen erläutert und anschließend an Kollegen/Innen ausgegeben (Anmerkung der Verfasserin).

In einem Zeitraum von zwei Monaten wurde der Fragebogen wieder retourniert, danach wurde der Fragebogen in einer speziell dafür ausgewählten Excel Datei zuerst kodiert und danach ausgezählt, um eine lückenlose Auswertung zu ermöglichen. Im nächsten Absatz werden die Ergebnisse des Fragebogens in Wort sowie in einer Graphik dargestellt (Anmerkung der Verfasserin).

## 5.2 Auswertung des Fragebogens

Es wurden im Rahmen der Abschlussarbeit 40 Fragebögen an Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zum Thema Pflegedokumentation ausgegeben, davon wurden 33 Fragebögen wieder retourniert. Das ist eine Rücklauf von 82%. Unter den 33 Befragten waren 25 Frauen und 7 Männer, das entspricht einer Verteilung von 79% weiblichen und 21% männlichen Befragten.

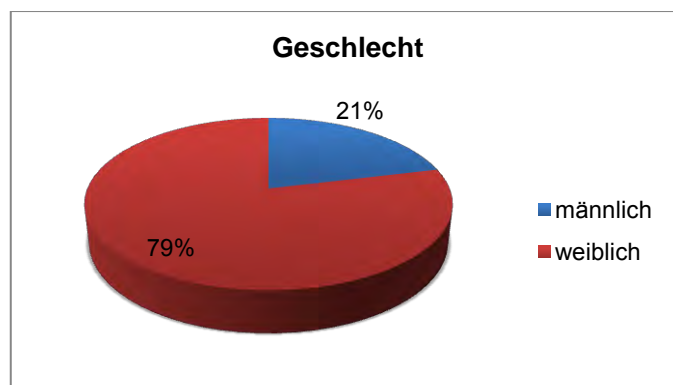


Abbildung 3: Kreisdiagramm Frage 1 (Rasse, 2014)

An der Befragung haben keine Personen unter 20 Jahren teilgenommen. Zwischen 20 und 30 Jahren waren es 36%, das entspricht 12 Befragten. 49% der Befragten und somit der größte Teil waren zwischen 30 - 45 Jahren und 15% sind über 45 Jahre, dies sind 5 Befragte.

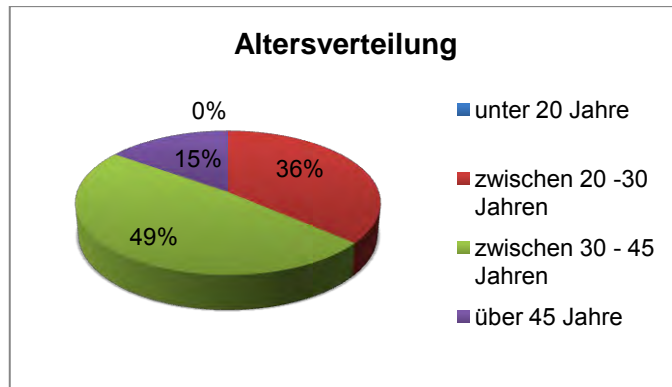


Abbildung 4: Kreisdiagramm Frage 2 (Rasse, 2014)

Die folgenden zwei Fragen zur Computerbenützung wurden gemeinsam graphisch dargestellt und ausgewertet, da diese miteinander in Verbindung stehen. Von den 33 Befragten nutzen 94% (31 Befragte) den Computer im privaten Bereich, nur 6% das entspricht 2 der Befragten, geben an, den Computer privat nicht zu benutzen. Bei der Frage zur Computernutzung waren mehrere Antwortmöglichkeiten möglich. Von den 94% der Befragten benutzt der Großteil, das sind 32% (27 Befragte), den Computer zum Lesen und Schreiben von E - Mails, 27% (23 Befragte) benutzen Suchmaschinen und soziale Netzwerke, weitere 17% (15 Befragte) arbeiten mit dem Office oder mit PDF Dateien. 19% (16 Befragte) machen mehrere dieser Tätigkeiten kombiniert, 5% (4 Befragte) geben an, den Computer auch noch anderwärtig zu nützen wie z.B. zur Bearbeitung von Musik, Fotos und Film und der Urlaubsplanung.

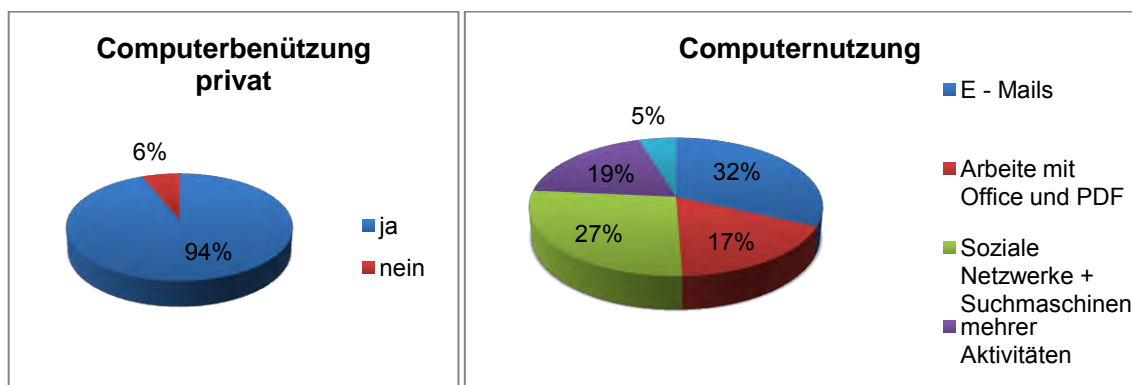
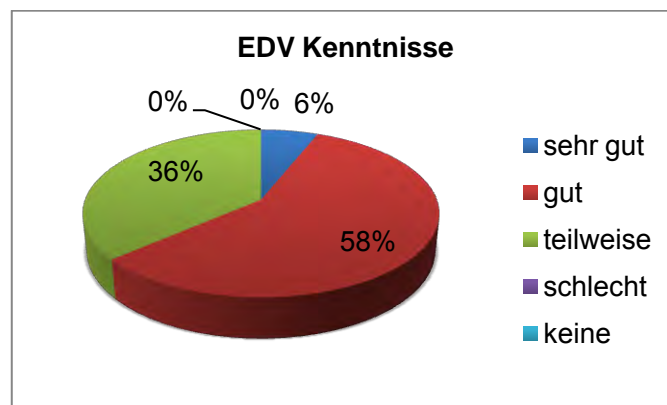


Abbildung 5: Kreisdiagramme Frage 3 und 4 (Rasse, 2014)

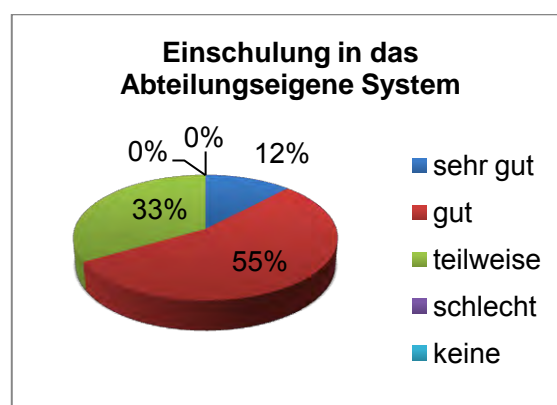


Im Rahmen des Fragebogens wurden die 33 Befragten hinsichtlich ihrer EDV - Kenntnisse befragt. Sie sollten anhand einer Einteilung von Sehr gut bis hin zu keine EDV Kenntnisse sich selbst einschätzen. Nur 6% (2 Befragte) verfügen über sehr gute Grund- und weiterführende EDV - Kenntnisse, der Großteil, das sind 58% (19 Befragte), geben gute Grundkenntnisse an, welche ständig benützt werden. 36% (12 Befragte) geben an, über Grundkenntnisse zu verfügen, aber selten mit dem Computer zu arbeiten. Positiv zu erwähnen ist, dass niemand der Befragten keine oder nur wenig Kenntnisse im EDV-Bereich haben.



**Abbildung 6: Kreisdiagramm Frage 4 (Rasse, 2014)**

Bei der Beurteilung der Einschulung ins abteilungseigene Pflegedokumentationsprogramm hat niemand der Befragten eine schlechte bzw. keine Einschulung ins Programm erhalten. 12% (4 Befragte) geben an, eine sehr gute Einschulung gehabt zu haben, 55% (18 Befragte) sind gut eingeschult und 33% (11 Befragte) sind teilweise eingeschult.



**Abbildung 7: Kreisdiagramm Frage 5 (Rasse, 2014)**

Im speziellen Teil des Fragebogens wird direkt auf die Pflegedokumentation und deren Schwierigkeiten, sowie den Schulungsbedarf eingegangen. Zu Beginn wurde erfragt, warum eine Dokumentation des Pflegeprozesses zu erfolgen hat. 39% (26 Befragten) der 33 Befragten gaben an, dies zu tun, da es einerseits gesetzlich verpflichtend und andererseits ein Qualitäts - und Transparenznachweis ist. 12% (8 Befragte) gaben an dies zu tun, weil sie es müssen, 4% (3 Befragte) gaben an, dass sie damit einen höheren Arbeitsaufwand haben. Weitere 4% (3 Befragte) dokumentieren, weil es einfach dazu gehört und 2%, das entspricht einem Befragten, gibt an damit die bestmögliche Besetzung für den Patienten gewährleistet werden kann (Anmerkung der Verfasserin).

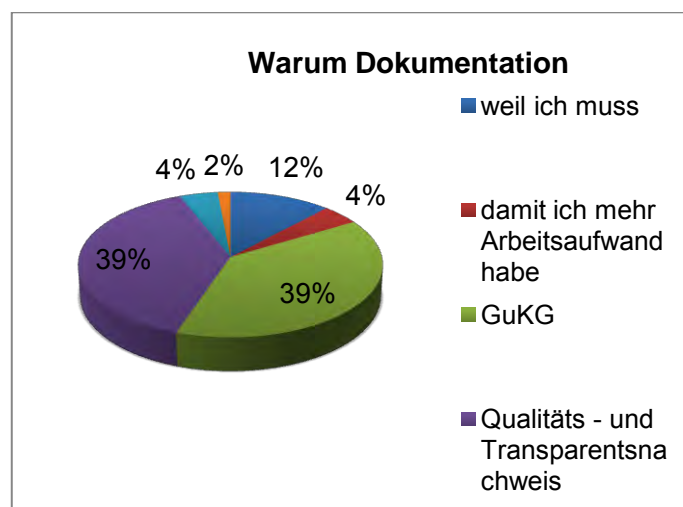
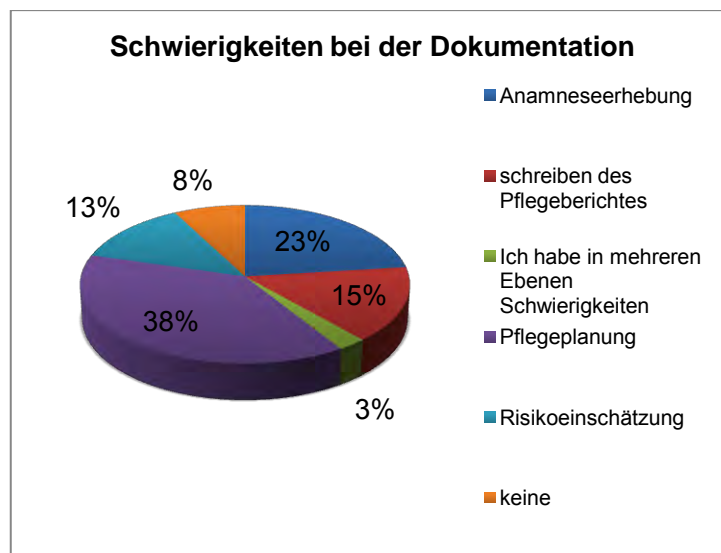


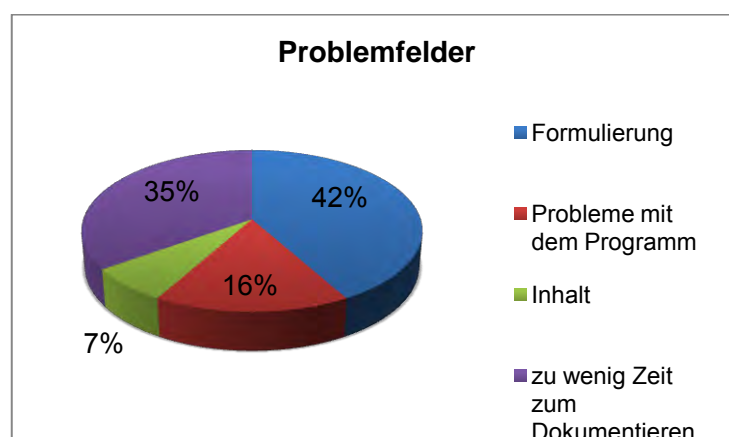
Abbildung 8: Kreisdiagramm Frage 6 (Rasse, 2014)

Abbildung 9 zeigt, welche Schwierigkeiten sich im Rahmen der Pflegedokumentation ergeben. Der größte Anteil, 38% - 15 der Befragten geben an, dass die Pflegeplanung die meisten Schwierigkeiten verursacht, 23% (9 Befragte) fällt die Anamneseerhebung schwer weitere 15% (6 Befragte) haben Probleme beim Verfassen des Pflegeberichtes, 13% (5 Befragte) haben Schwierigkeiten bei der Risikoeinschätzung und nur 8% (3 Befragte) der Befragten geben an, keine Schwierigkeiten dabei zu haben. Bei genauerer Befragung, welche Schwierigkeiten dies wären, geben die meisten an, keinen roten Faden zwischen Anamneseerhebung und Pflegeplanung zu sehen. Weiters wird immer wieder erwähnt, dass der Zeitmangel und der unterschiedliche Wissenstand der Anwender ein Problem sind.



**Abbildung 9: Kreisdiagramm Frage 7 (Rasse, 2014)**

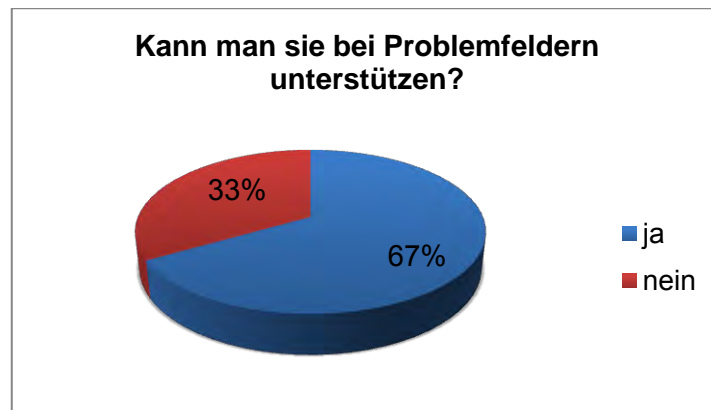
Um die Problemfelder besser darstellen zu können, konnten die Befragten diese im Zusammenhang auf die Pflegedokumentation angeben. 42% (18 Befragte) geben an, bei der Formulierung die meisten Probleme zu haben. 35% (15 Befragte) geben an, zu wenig Zeit zum Dokumentieren zu haben, 16% (7 Befragten) geben an, überhaupt Probleme mit dem Pflegedokumentationsprogramm selbst zu haben, 7% (3 Befragte) macht der Inhalt der Pflegedokumentation Probleme.



**Abbildung 10: Kreisdiagramm Frage 8 (Rasse, 2014)**

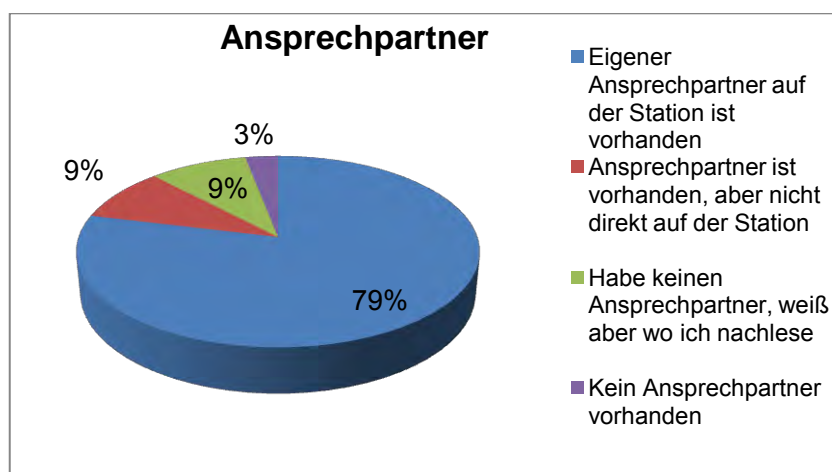
Im weiteren Verlauf des Fragebogens wurde versucht zu erheben, ob das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bei diesen Problemfeldern unterstützt werden kann und womit. 67% (22 Befragte) sagen, man könnte sie bei diesen Problemfeldern unterstützen, indem man Leitlinien zur Dokumentation mit Formulierungshilfen verfasst.

Andere wünschen sich ein verständlicheres Pflegedokumentationsprogramm oder Schulungen zum Thema Formulieren. 33% (11 Befragte) geben an, dass man sie nicht bei den ergebenden Problemfeldern unterstützen kann. Fast alle dieser 33% geben an, dass sie zu wenig Zeit haben und keine Probleme bei der Dokumentation.



**Abbildung 11: Kreisdiagramm Frage 8 erweitert (Rasse, 2014)**

Im weiteren Verlauf des Fragebogens wurde versucht zu erheben, inwieweit Unterstützung bereits vorhanden ist. Wie Abbildung 12 zeigt, haben 79% (26 Befragte) einen eigenen Ansprechpartner für die Pflegedokumentation, welcher direkt auf der eigenen Station beschäftigt ist. 9% (3 Befragte) gaben an, dass es einen Ansprechpartner gibt, dieser aber nicht direkt auf der Station ist und weitere 9% (3 Befragte) gaben an, zwar keinen Ansprechpartner zu haben, dafür aber zu wissen, wo sie bei Problemen nachlesen können. Nur bei 3%, das entspricht einem Befragten, ist kein Ansprechpartner vorhanden.



**Abbildung 12: Kreisdiagramm Frage 9 (Rasse, 2014)**

Im Rahmen der Befragung war weiters wichtig zu klären, in wieweit Schulungsbedarf im Rahmen der Pflegedokumentation notwendig ist. 78% (25 Befragte) geben an, dass die Dokumentation einfacher wäre, wenn sie regelmäßig diesbezüglich geschult werden würde. 22% (7 Befragte) sehen keine Erleichterung in regelmäßiger Schulung.

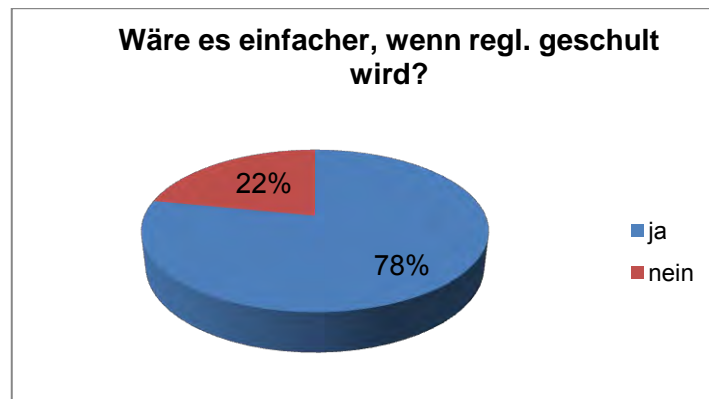


Abbildung 13: Kreisdiagramm Frage 10 (Rasse, 2014)

46% (15 Befragte) geben an das sie gerne einmal jährlich in der Pflegedokumentation geschult werden möchten, 18% (6 Befragte) des Personals der Gesundheits- und Krankenpflege würde gerne zweimal jährlich geschult werden. Weitere 15% (5 Befragte) würden gern mehr als zweimal jährlich eine Schulung zur Pflegedokumentation erhalten, 21% (7 Befragte) geben an, nur bei Neuerungen eine Schulung zu benötigen.

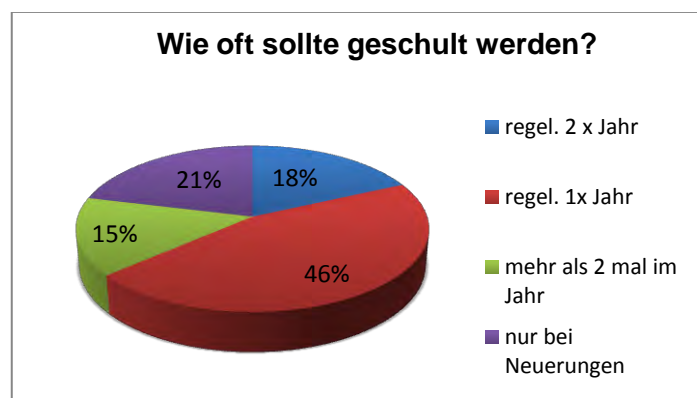
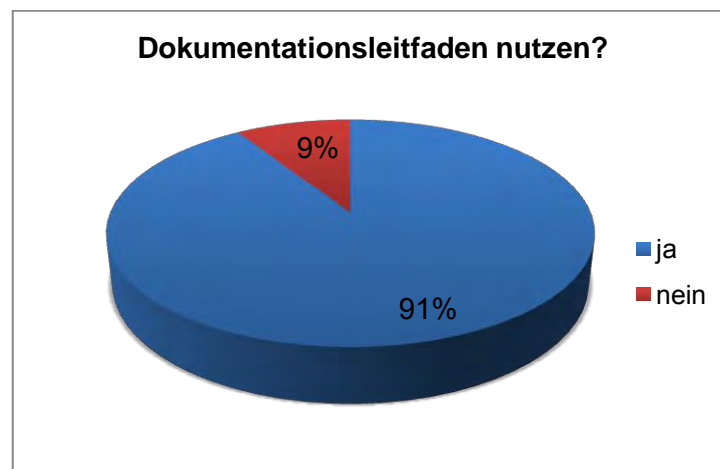


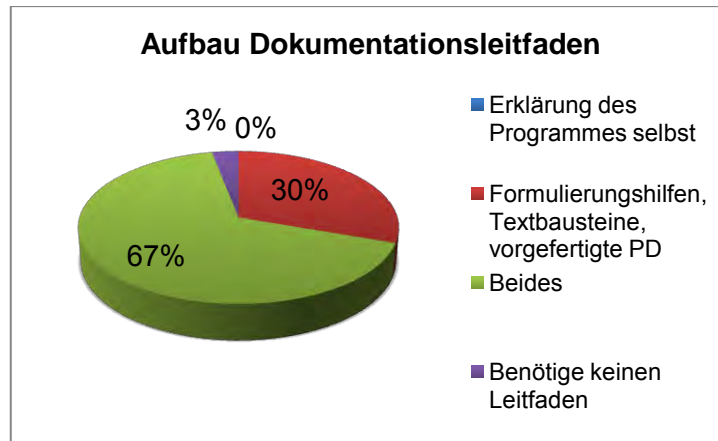
Abbildung 14: Kreisdiagramme Frage 11 (Rasse, 2014)

Eine weitere Frage war ob ein Leitfaden dem diplomierten Personal für Gesundheits- und Krankenpflege nützen würde. 91% (30 Befragte) gaben an, dass ihnen ein Leitfaden für die Dokumentation nutzen würde. Sie gaben ebenso an das es von Nutzen wäre ein einfaches und schnelles Nachschlagwerk zu haben, woran sich alle Mitarbeiter halten könnten. Dies würde einen strukturierten Ablauf gewährleisten. Weitere gaben an, jederzeit bei Unsicherheiten nachschlagen zu können. 9% (3 Befragte) gaben an, dass ihnen ein Dokumentationsleitfaden nicht nutzen würde. Auf die Frage "warum nicht", gab nur ein Befragter an, keine Zeit zu haben den Leitfaden zu lesen.



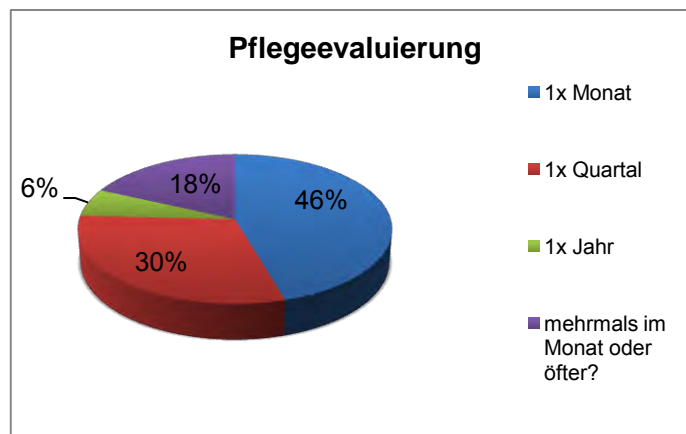
**Abbildung 15: Kreisdiagramm Frage 12 (Rasse, 2014)**

Die nächste Frage sollte erläutern, wie so ein Dokumentationsleitfaden aufgebaut werden sollte. 67% (22 Befragte) würden von einem Dokumentationsleitfaden profitieren, wenn er einerseits Programmerklärungen hätte und andererseits Formulierungshilfen, Textbausteine und vorgefertigte Pflegediagnosen bieten würde. 30% (22 Befragte) gaben an nur Formulierungshilfen und Textbausteine, sowie vorgefertigte Pflegediagnosen zu benötigen. 3% dies entspricht einem Befragten, dieser gab an, keinen Leitfaden zu benötigen. Keiner der Befragten benötigt eine Erklärung für das Dokumentationsprogramm selbst.



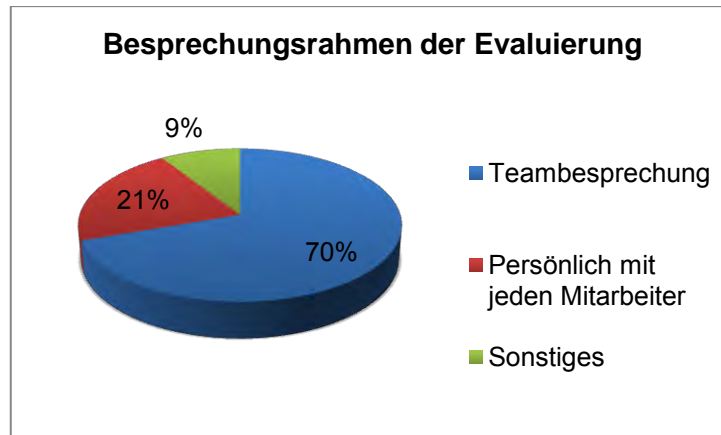
**Abbildung 16: Kreisdiagramm Frage 13 (Rasse, 2014)**

Abbildung 17 zeigt wie oft die Pflegedokumentationsevaluierung durchgeführt wird. Bei 46% (15 Befragte) wird einmal monatlich die Pflegedokumentation evaluiert, 30% (10 Befragte) evaluieren einmal pro Quartal, 18% (6 Befragte) evaluieren mehrmals monatlich und 6% (2 Befragte) evaluieren die Pflegedokumentation einmal jährlich.



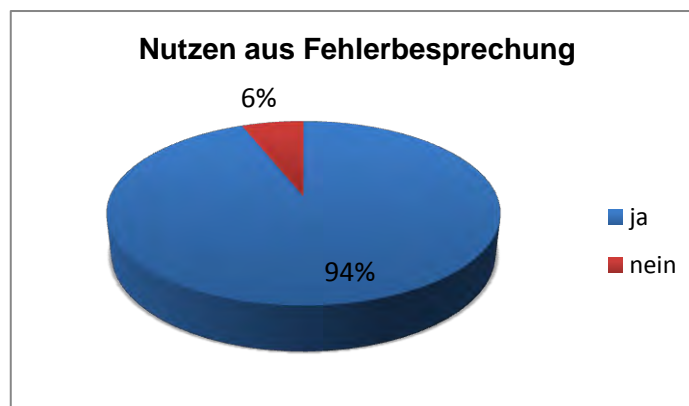
**Abbildung 17: Kreisdiagramm Frage 14 (Rasse, 2014)**

Bei 70% (23 Befragte) wird die Evaluierung im Rahmen von Teambesprechungen mit dem gesamten Team durchgeführt, bei 21% (7 Befragte) wird persönlich mit jedem Mitarbeiter die Evaluierung besprochen. 9% (3 Befragte) gaben an, dies mit dem Key User der Abteilung zu besprechen.



**Abbildung 18: Kreisdiagramm Frage 15 (Rasse, 2014)**

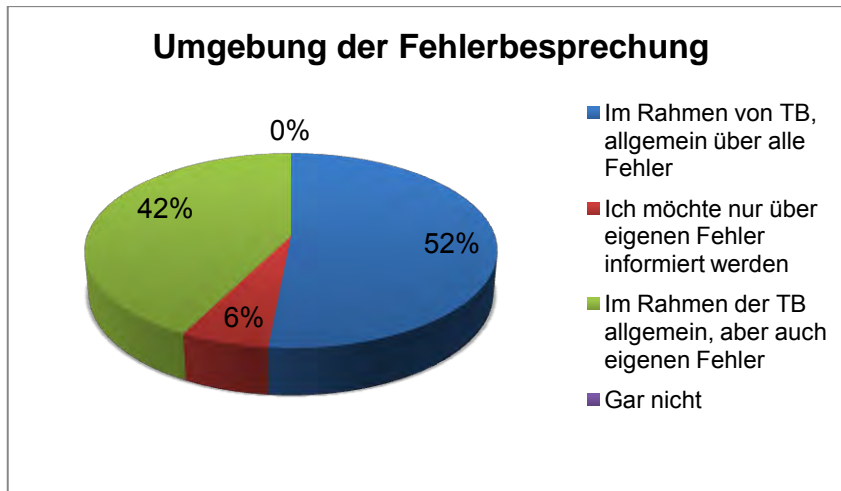
Im Rahmen der Befragung gaben 94% (31 Befragte) an einen Nutzen aus der Fehlerbesprechung zu ziehen. Unklarheiten und weitere Fehler würden vermieden werden. Fehlerbesprechung wird auch als Lernfaktor gesehen, weiteres wird angegeben das die Befragten durch eine konstruktive Fehlerkritik als sehr positiv empfunden wird, nur 6% (2 Befragte) gaben an keinen Nutzen an.



**Abbildung 19: Kreisdiagramm Frage 16 (Rasse, 2014)**

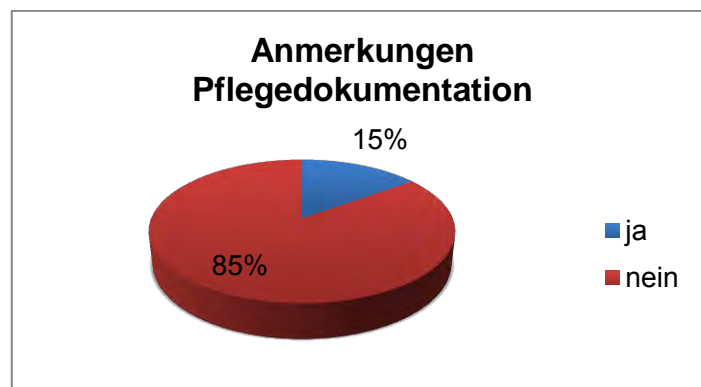
Bei der folgenden Frage waren wieder mehrere Antworten möglich 52% (17 Befragte) gaben an, dass die Fehlerbesprechung im Rahmen von Teambesprechungen durchgeführt werden soll. Hier können dann alle Fehler im Allgemeinen besprochen werden. 42% (14 Befragte) gaben an, eine Fehlerbesprechung mit dem Team sowie persönlich zu wünschen. 6% (2 Befragte) möchten über ihre eignen Fehler nicht informiert werden, keiner von den 33 Befragten möchte gar nicht über Fehler informiert werden.





**Abbildung 20: Kreisdiagramm Frage 17 (Rasse, 2014)**

Abschließend konnten die Befragten weitere Anmerkungen zum Thema Pflegedokumentation machen nur 15% (6 Befragte) hatten weitere Anmerkungen. Es wurde angegeben, dass es aus ihrer Sicht gut funktioniert und das alles regelmäßig geschult wird, andere gaben an das sie Motivation und Lob von Führungskräften als sehr positiv empfinden.



**Abbildung 21: Kreisdiagramm Frage 18 (Rasse, 2014)**

## 6 ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG

Diese Abschlussarbeit mit dem Thema "Pflegedokumentation auf der Intensivstation - Wieviel Unterstützung benötigt das Team?" ist auf die Schwerpunkte Pflegedokumentation sowie Lern- und Motivationstheorien ausgerichtet. In Bezugnahme auf die Forschungsfrage dieser Abschlussarbeit wurde in der Einleitung der Pflegeprozess, die Pflegedokumentation sowie Lern- und Motivationstheorien näher beschrieben. Der Verfasserin erschien es wichtig, einen empirischen Teil in die Arbeit einzubringen, um auf die Forschungsfrage eine aussagekräftige Antwort zu erhalten. Der Pflegeprozess ist ein Modell, welches pflegerische Handlungsabläufe strukturiert, um eine kontinuierliche bedürfnisorientierte Pflege zu gewährleisten. Das bekannteste Modell im deutschsprachigen Raum ist das Modell von Fichter und Maier, welches aus sechs Schritten besteht. Angefangen bei der Informationssammlung durch die Anamnese, das Erkennen von Problemen und Erfassen der Ressource durch die Pflegediagnosen, bis hin zum Festlegen der Pflegeziele und Maßnahmen und die Durchführung der Pflege sowie die regelmäßige Evaluation der durchgeführten Leistungen. Die Pflegedokumentation besteht aus dem Pflegeprozess, der Planung und der Leistungserfassung. Im Anschluss wurden auch die gesetzlichen Grundlagen der Dokumentaton aufgezeigt. Weiters geht die Verfasserin auf den Nutzen und der Haltung der Pflegepersonen zur Pflegedokumentation ein. Im nächsten Kapitel wird auf die Lern- und Motivationstheorien näher eingegangen, da die beiden Begriffe Lernen und Motivation immer im Zusammenhang stehen, indem Interesse und Wissensdrang motivationsfördernd auf den Lernerfolg wirken. Unter anderem wird in diesem Abschnitt auch auf die Einschulung von Mitarbeitern eingegangen. Ziel ist es, Mitarbeiter so zu schulen, dass diese Fertigkeiten erlangen und diese selbständig und verantwortungsbewusst nutzen. Dafür spielen Lernen und Motivation eine zentrale Rolle. Ziel dieser Abschlussarbeit war es, Hilfestellungen zu finden, welche dem Personal die Dokumentation erleichtern. Es gibt bereits bestehende Leitlinien zur Pflegedokumentation. Im Rahmen des empirischen Arbeitens wurde versucht, auf die zu Beginn gestellte Frage: "Welche Hilfestellung kann ich meinem Team bei der Dokumentation geben?" eine Antwort zu finden. Es wurde eine quantitative Forschungsmethode gewählt und ein Fragebogen zum Thema Pflegedokumentation erstellt. Im Rahmen dieser Befragung wurden 33 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu Pflegedokumentation und dessen Schwierigkeiten und Problemen befragt. Wobei 38% dieser Befragten Schwierigkeiten bei der Planung angeben, weitere 23% bei der Anamneseerhebung.

Als Hauptproblem geben 42% der Pflegenden die Formulierung beim Schreiben des Pflegeberichtes an. 67% geben an, dass man sie bei diesen Problemen unterstützen kann durch Leitlinien oder Formulierungshilfen. 91% der Befragten würden aus einem Dokumentationsleitfaden, welcher zum Teil aus Programmerkklärungen und zum anderen Teil aus Formulierungshilfen und Textbausteinen besteht einen großen Nutzen ziehen. 94% der Befragten sehen ebenso einen Vorteil in einer regelmäßigen Fehlerbesprechung, da sich dadurch ein Lernfaktor ergibt. Es können somit Fehler reduziert und Unklarheiten beseitigt werden. Abschließend kann gesagt werden, dass die Pflegedokumentation ein wichtiger Bestandteil im Krankenhausalltag ist. Deshalb ist es wichtig, den Kollegen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufes bei Dokumentationsproblemen die nötige Hilfe zukommen zu lassen. In weiterer Zukunft wird die Verfasserin versuchen einen Dokumentationsleitfaden auf ihrer eigenen Station zu gestalten.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

### Bücher:

Abt - Zegelin, Angelika/Schaaf, Susanne: Pflegeassistenz: Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflegehilfe. 1. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2011.

Ammenwerth, Elske/Eichstädter, Ronald/Schrader, Ulrich: EDV in der Pflegedokumentation: Ein Leitfaden für Praktiker, Schlütersche Verlag und Druckerei GmbH & Co. KG, Hannover 2003.

Berning, Detlev/ Novak, Andreas: Erfolgsfaktoren der Kanzleinachfolge. 1. Auflage, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2010.

Bolanz, Hanjo/Oßwald, Petra/Ritsert, Hildegard: Pflege in der Kardiologie/ Kardiochirurgie. 1. Auflage, Elsevier GmbH, München 2008.

Bieback, Karl - Jürgen: Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht: Rechtliche Möglichkeiten einer Institutionalisierung der Qualitätssicherung. C.F. Müller Verlag, Heidelberg 2004.

Bölicke, Claus: Standards in der Pflege: entwickeln - einführen - überprüfen. 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München 2007.

Franken, Swetlana: Verhaltensorientierte Führung. Handeln, Lernen und Ethik in Unternehmen, 2. Auflage, GWV Fachverlag GmbH, Wiesbaden 2007.

Fröse, Sonja: Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2008.

Josuks, Hannelore/Pech, Georg/Friedhelm Woecht: Praxisanleitung in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Grundlagen - Methodik - Pflegestandards. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2002.

Keitel, Petra: Handlungsorientierte Pflegedokumentation: Wissen, worauf es ankommt. 1. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart 2007.

Larsen, Reinhard: Anästhesie und Intensivmedizin für Fachpflege. 7. vollständig überarbeitete Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007.

Leonie - Scheiber, Claudia: Der angewandte Pflegeprozess. Facultas Verlags - und Buchhandels AG, Wien 2007.

Link, Wolfgang: Alltag mit Dementen: Pflegekräfte und ihre Klienten in der ambulanten Pflege. Schlütersche GmbH & Co. KG, Hannover 2002.

Mamerow, Ruth: Praxisleitung in der Pflege. 4. aktualisierte Auflage, Springer Medizin Verlag, Berlin/Heidelberg 2013.

Mayer, Hanna: Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 4 aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2007.

Menche, Nicole et.al.: Pflege Heute. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer Verlag, München 2007.

Messner, Barbara: Tägliche Pflegeplanung in der ambulanten Pflege: Beispiele und Lösungen. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2003.

Schmid, Simone/Meißner, Thomas: Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege: Praxisbuch. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2009.

Steinbach, Herlinde: Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. aktualisierte Auflage, Facultas Verlags - und Buchhandels AG, Wien 2007.

Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für die Pflege: Ein Leitfaden. 1. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart 2006.

Weiss - Faßbinder, Susanne/Lust, Alexandra: GuKG: Gesundheits - und Krankenpflegegesetz. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage idF Novelle 2009, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien 2010.

### **Fachzeitschriften:**

Rappold, Elisabeth et.al.: Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, Bundesministerium für Gesundheit, Wien 2010.

### **Internetquellen:**

<http://www.alfaroteachsmart.com/about.htm>

[Zugang: 28.03.2014, 16:01]

<http://www.alfaroteachsmart.com/handouts/NPSummaryHO2013.pdf>

[Zugang 8.03.2014, 16:47]

<http://www.goeg.at/de/OEBIG-Arbeitsbereiche.html>

[Zugang 22.04.2014. 21:11]

<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Arbeitshilfe-fuer-die-Pflegedokumentation-2010.html>

[Zugang 22.04.2014, 21:21]

## 8 ANHANG

# Fragebogen zum Thema "Pflegedokumentation"

Sehr geehrte Kollegen und sehr geehrte Kolleginnen!

Im Rahmen meiner Abschlussarbeit in der Sonderausbildung Intensivpflege beschäftige ich mich mit dem Thema "Pflegedokumentation". Ich möchte in meiner Abschlussarbeit Methoden aufzeigen, welche Mitarbeiter beim Dokumentieren unterstützen können.

Der Fragebogen umfasst 4 Seiten und das Ausfüllen dauert ca. 10 Minuten. Bitte beantworten Sie diese Fragen ehrlich und ohne lange darüber nachzudenken. Ihre Antworten werden anonym und vertraulich behandelt und ausgewertet, damit keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Der Fragebogen wird nur zur besseren Beantwortung meiner Fragestellung der Abschlussarbeit herangezogen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Rasse Katharina

## Allgemeine Fragen

### 1. Sind Sie .....

- männlich                                       weiblich

### 2. Ihr Alter.....

- unter 20 Jahre  
 zwischen 20 -30 Jahren  
 zwischen 30 - 45 Jahren  
 über 45 Jahre

### 3. Beschäftigen Sie sich privat mit dem Computer?

- ja     nein

#### Wenn ja, was machen Sie genau?

- E - Mails                                       Soziale Netzwerke, Suchmaschinen, etc.  
 Arbeite mit Office und                       Mehrere Aktivitäten (Internet, div.  
PDF Dateien                                       Programme)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Wie würden Sie ihre EDV - Kenntnisse einschätzen?

- sehr gut                      (verfügt über Grund - und Weiterführende EDV Kenntnisse)  
 gut                              (verfügt über Grundkenntnisse, welche ständig in Anwendung sind)  
 teilweise                      (verfügt über Grundkenntnisse, arbeitet selten damit)  
 schlecht                      (verfügt über nur wenig Kenntnisse)  
 keine                              (verfügt über keine Kenntnisse)



**5. Wie beurteilen Sie die Einschulung in das Abteilungseigene Pflegedokumentationsprogramm?**

- sehr gut
- gut
- teilweise
- schlecht
- keine

**Spezielle Fragen:**

**6. Warum führen Sie eine Dokumentation des Pflegeprozesses (Anamnese, Planung, Dokumentation, etc.) durch?**

- weil ich muss
- Qualitäts- und Transparenznachweis
- damit ich mehr Arbeitsaufwand habe
- gehört einfach dazu
- GuKG
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Wo ergeben sich die meisten Schwierigkeiten bei der Pflegedokumentation?**

- Anamneseerhebung
- Pflegeplanung
- schreiben des Pflegeberichts
- Risikoeinschätzungen
- Ich habe in mehreren Ebenen Schwierigkeiten
- keine

**Welche Schwierigkeiten bei der Pflegedokumentation wären das?** \_\_\_\_\_

---

**8. Welche Problemfelder ergeben sich im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation?**

- Formulierung
- Inhalt (weiß nicht was ich schreiben soll)
- Probleme mit dem Programm
- zu wenig Zeit zum Dokumentieren

**Könnte man Sie bei diesen Problemfeldern unterstützen?**

- ja  nein

**Wenn ja, wie?**

---

**Wenn nein, warum nicht?**

---

**9. Haben Sie einen Ansprechpartner, wenn Sie sich bei der Pflegedokumentation nicht auskennen?**

- Eigener Ansprechpartner auf der Station ist vorhanden  
 Ansprechpartner ist vorhanden, aber nicht direkt auf der Station  
 Habe keinen Ansprechpartner, weiß aber, wo ich nachlesen kann  
 Kein Ansprechpartner vorhanden

**10. Wäre es für Sie einfacher, wenn Pflegedokumentation regelmäßig geschult werden würde?**

- ja  nein

**11. Wie oft sollte Ihrer Meinung nach die Pflegedokumentation geschult werden?**

- regelmäßig 2 mal pro Jahr  mehr als 2 mal im Jahr  
 regelmäßig 1 mal pro Jahr  nur bei Neuerungen

**12. Würde Ihnen ein Dokumentationsleitfaden Nutzen bringen?**

- ja  nein

**Wenn ja, welchen Nutzen würde dieser bringen?**

---

**Wenn nein, warum würde Ihnen dies keinen Nutzen bringen?**

---

**13. Wie sollte dieser Dokumentationsleitfaden aufgebaut sein?**

- Erklärung des Programmes selbst (Wie und Wo, Was gemacht wird)
- Formulierungshilfen, Textbausteine, vorgefertigte Pflegediagnosen
- Beides (Erklärung und Formulierungshilfen)
- Benötige keinen Leitfaden

**14. Wie oft wird bei Ihnen eine Pflegedokumentationsevaluation (Pflegevisite) durchgeführt?**

- 1x pro Monat
- 1x im Quartal
- 1x im Jahr
- mehrmals im Monat oder öfter

**15. In welchem Rahmen wird die Pflegedokumentationsevaluierung (Pflegevisite) in Ihrem Team besprochen ?**

- Teambesprechungen
- Persönlich mit jedem Mitarbeiter
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**16. Ziehen Sie einen Nutzen aus regelmäßigen Fehlerbesprechungen?**

- ja                                       nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. In welcher Umgebung sollte diese durchgeführt werden?**

- Im Rahmen von Teambesprechungen, allgemein über alle Fehler
- Ich möchte nur über meine eigenen Fehler informiert werden
- Im Rahmen der Teambesprechung allgemein, aber ich möchte auch meine eigenen Fehler erfahren
- Gar nicht

**18. Haben Sie zum Thema Pflegedokumentation noch Anmerkungen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_