

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**



Zeitraum der Ausbildung

23.03.2009 bis 27.11. 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Die Notwendigkeit der Pflegedokumentation auf der Intensivstation

vorgelegt von: Sabine Jahn
Landeskrankenhaus Klagenfurt
Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

begutachtet von: Oberschwester, Mag. Petra Tilli
Landeskrankenhaus Klagenfurt
Bildungszentrum

Oktober/2009

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. Peter am Wallersberg, im Oktober 2009

KURZZUSAMMENFASSUNG

Im Zuge der öffentlichen Berichterstattung in den Medien über Pflegefehler und deren Auswirkungen, hat der Nachweis professionellen Arbeitens in der Pflege an besonderer Bedeutung gewonnen. Dadurch haben Pflegekräfte den Eindruck, dass sie immer mehr Zeit schreibend oder am Computer sitzend verbringen. Die Einführung von Standards, Richtlinien und Leitbildern innerhalb der einzelnen Krankenanstalten scheinen für diese Entwicklung die Ursache zu sein.

Es ist in vielen Häusern unumstritten, dass bei sinnvollem Einsatz der heutigen Telematik das Arbeitsergebnis auch in der Pflege stark verbessert werden kann. Doch nicht immer ist die „bedingungslose EDV-technische Aufrüstung“ die allumfassende Lösung für alle Herausforderungen des Arbeitsalltags. Vielleicht leidet die Pflege unter dem großen Aufwand für Verwaltung, Aufzeichnungspflichten und Berichte? Ist es möglich, dass wertvolle Zeit für Pflegetätigkeiten und menschliche Zuwendung verloren geht?

In der vorliegenden Abschlussarbeit wird versucht, einige Fragestellungen über die elektronische Pflegeplanung und die Pflegedokumentation an sich an der Intensivstation zu beantworten. Weiters wird als wichtiger Aspekt die Autonomie des Patienten im Rahmen des Pflegeprozesses, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient, in Augenschein genommen.

INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT	5
1	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	6
2	DER PFLEGEPROZESS	7
2.1	Das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier	7
2.2	Kritische Betrachtung des Pflegeprozesses	11
3	RECHTLICHE HINTERGRÜNDE DER PFLEGEDOKUMENTATION AUF DER INTENSIVSTATION	12
3.1	Gesetzliche Grundlagen	12
3.2	Die Bedeutung der Dokumentation	13
4	DER EINSATZ DER PFLEGEDOKUMENTATION AUF DER INTENSIVSTATION	15
4.1	Anforderungen an eine Pflegedokumentation auf einer Intensivstation	15
4.2	Pflegebericht früher und heute	16
4.3	Konventionelle Pflegedokumentation vs. rechnergestützte Pflegedokumentation	17
4.4	Vorteile der standardisierten elektronischen Pflegedokumentation	18
4.5	Nachteile der standardisierten elektronischen Pflegedokumentation	19
5	STANDARDISIERTE PFLEGEPLANUNG AN DER INTENSIVSTATION	21
5.1	Erklärung des Begriffes „Pflegestandard“	21
5.2	Gründe für die Einführung von Pflegestandards auf einer Intensivstation	22
5.3	Vorteile von Pflegestandards	22
5.4	Pflegediagnosen statt Pflegeprobleme	23
5.5	Pflegediagnosen - Umsetzung in die Praxis?	24
5.6	Klassifikationssysteme der Pflege	25
5.7	Die Einführung der NANDA: North American Nursing Diagnosis Association	26
5.8	Kritische Aspekte an Pflegediagnosen	26
6	DIE AUTONOMIE DES PATIENTEN	27
6.1	Die Autonomie im Pflegeprozess	27
6.2	Der nicht entscheidungsfähige Patient	28
7	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG	29
8	LITERATURVERZEICHNIS	31

0 VORWORT

Seit Beginn meiner Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester an der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Klagenfurt, werde ich immer wieder mit der Thematik des Pflegeprozesses, der Pflegediagnosen und der Pflegedokumentation konfrontiert. Bereits während meiner Ausbildung habe ich bemerkt, dass Theorie und Praxis oft sehr konträr sein können. Mir ist bewusst geworden, dass die Dokumentation in der Pflege ein Teil unseres eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches ist, und als Berufspflicht deklariert wird. Im Zuge der Umstellung auf ein einheitliches elektronisches Pflegedokumentationssystem in unserem Haus, und somit auch bei uns auf der Intensivstation, weckte besonders die Vorstellung und Bedeutung einer „Intensivstation ohne Papier“ mein Interesse an dieser Thematik. Im Rahmen meiner Sonderausbildung in der Intensivpflege habe ich mir zum Ziel gesetzt, mich näher mit dem Thema der „Notwendigkeit der Pflegedokumentation auf der Intensivstation“ auseinanderzusetzen und diese zum Inhalt meiner Arbeit zu machen.

Für mich liegen Zweck und Nutzen von Pflegediagnosen und Pflegeplanung vor allem in der Strukturierung des pflegerischen Wissens, der Entwicklung einer einheitlichen Fachsprache und der Überprüfbarkeit der „tatsächlich geleisteten Pflegetätigkeiten“. Zu bedenken ist aber auch, dass die standardisierte elektronische Pflegediagnostik auf einer Intensivstation auch als eine Form der Patienten-Fremdbestimmung gesehen werden kann, und sich als Folge daraus eine Beeinflussung deren Autonomie ergeben kann. Weiters stellen sich viele Pflegefachkräfte die Frage, ob ihre eigentlichen Pflegefachkenntnisse und ihre Erfahrung noch einen gebührenden Stellenwert am Arbeitsplatz einnehmen. Nach zahlreichen Literaturrecherchen wollte ich weiters wissen, ob Pflegediagnosen tatsächlich notwendig sind, um professionelle Pflege zu gewährleisten.

Mein Dank gilt besonders Frau Mag. Petra Tilli, als Betreuerin meiner Abschlussarbeit. Darüber hinaus danke ich auch meinen Schwestern, Frau Mag. Modre-Jahn Sonja, für die hilfreiche technische Unterstützung und Frau Jahn Martina für das Korrekturlesen meiner Arbeit. Weiters danke ich auch Frau Jahn Monika für brauchbare Literaturhinweise und schlussendlich meinem Lebensgefährten Lube Robert für jegliche Unterstützung.

Völkermarkt, im Oktober 2009

Sabine Jahn

1 EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG

Der Pflegeprozess und auch die daraus resultierende Pflegedokumentation werden in Österreich sowohl durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, als auch durch das Kranken- und Kuranstaltengesetz gesetzlich geregelt. Damit ist jeder Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe verpflichtet, eine Pflegedokumentation durchzuführen, sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich. Die handschriftliche, herkömmliche Pflegedokumentation scheint heute bereits überholt zu sein und den Anforderungen nicht mehr gerecht werden zu können, da eine EDV mäßige Erfassung der Daten eine höhere Transparenz gewährleistet. Ein computergestütztes Pflegedokumentationssystem stellt sowohl ein innerprofessionelles als auch ein berufsübergreifendes Medium zur Weitergabe von Informationen, zur Absicherung der Pflegekontinuität und zur Koordination der Pflege dar. Es dient dem Nachweis eines patientenbezogenen Handelns und gilt als juristischer Nachweis für die Durchführung von Pflegeleistungen.

Monitoring und Dokumentation sind auf der Intensivstation untrennbar mit allen Therapieanordnungen und deren Umsetzung verbunden. Die Therapieumsetzung bedeutet Leistung, welche selbstverständlich erfasst werden muss. Hierbei ist wichtig, dass nicht nur ärztliche Leistungen als solche, sondern auch die Leistungen der Pflege erfasst und somit dokumentiert werden (Anmerkung der Verfasserin).

Als Schwerpunkte der Auseinandersetzung mit der Thematik Pflegedokumentation ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Aus welchen Gründen muss in der Pflege eine Dokumentation durchgeführt werden?
- Welche Vor- und Nachteile ergibt die standardisierte elektronische Pflegedokumentation letztendlich wirklich auf einer Intensivstation?
- Was versteht man unter standardisierter Pflegeplanung, bzw. standardisierter Pflegediagnostik, und warum finden sie vor allem in der Intensivpflege Anwendung?
- Hat der Pflegeprozess im Rahmen der Pflegeplanung Einfluss auf die Autonomie der Patienten?

Zur Ausarbeitung und zum Vergleich dieser Kernpunkte ist neben vielen Internetrecherchen und umfangreicher Fachliteratur auch das Buch „Der angewandte Pflegeprozess“ von Claudia Leoni-Scheiber des Öfteren verwendet worden.

2 DER PFLEGEPROZESS

Die Voraussetzung für eine professionelle und optimale Pflege ist die individuelle Betreuung des Patienten. Dies hat sowohl durch die neuesten wissenschaftlichen, als auch durch die neuesten praktischen Erkenntnisse zu erfolgen. Die Basis dafür ist der Pflegeprozess, welcher individuell an den Menschen angepasst werden sollte. *„Der diagnostische Prozess umfasst alle Aktivitäten der Pflegenden, um eine Pflegediagnose zu erkennen, zu benennen und zu formulieren. In diesem Prozess werden die Daten aus dem Pflegeassessment beurteilt.“* (Stefan et al., 2009: 32)

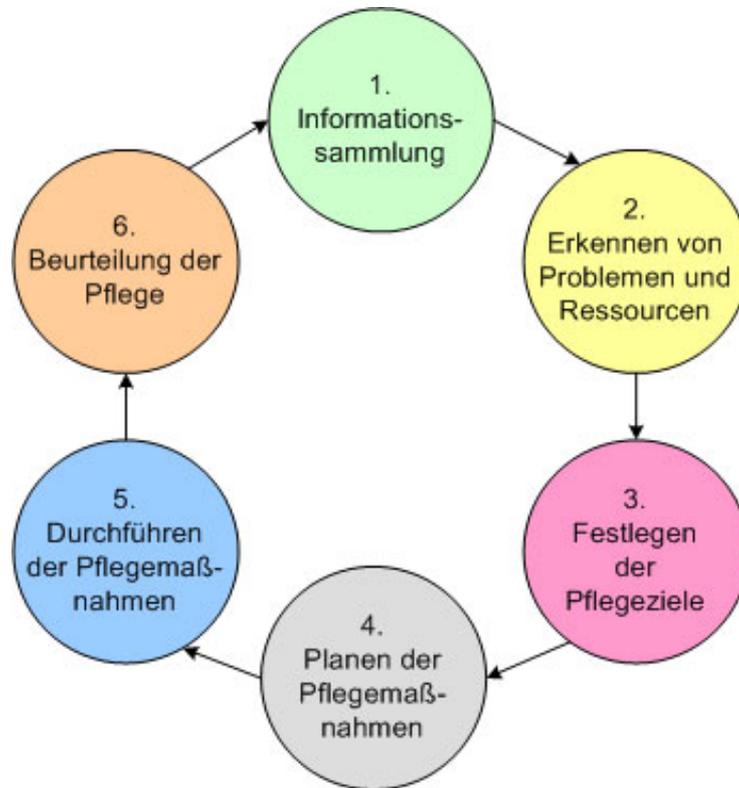
Der Begriff „Prozess“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „Fortschreiten“ oder „Verlauf“. Der Pflegeprozess ist eine Arbeitsmethode, die davon ausgeht, dass die Pflege auf einem Problemlösungs- und Beziehungsprozess basiert. Er besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Schritten, die sich gegenseitig beeinflussen. Die Anzahl der einzelnen Schritte ist je nach Modell unterschiedlich. Der Pflegeprozess dient als Voraussetzung für die Qualitätssicherung, Pflegeforschung und Pflegewissenschaft (vgl. www.hno-pflege.at/pflegeprozess.html [Zugriff am 10.07.2009]).

2.1 Das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier

Eine Pflegeplanung wird, wie schon erwähnt, auf der Grundlage des so genannten Regelkreises bzw. Pflegeprozesses entwickelt. Der Pflegeprozess besteht aus verschiedenen Phasen, welche in Wechselwirkung zueinander stehen. Die Bezeichnung hinsichtlich der einzelnen Schritte im Pflegeprozess ist nicht einheitlich. Das am meisten angewandte Modell ist das in Abb.1 gezeigte Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier. Hier zeigt sich am deutlichsten das Ziel, eines für jeden Patienten individuell abgestimmten Pflegeplanes, zu erkennen (vgl. www.hno-pflege.at/pflegeprozess.html [Zugriff am 10.07.2009]).

Die sechs Schritte dieses Modells definieren Krankenpflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess. Fiechter und Meier sind der Ansicht, dass eine Problemlösung von der Qualität der Beziehung zwischen Pflegeperson und Patienten abhängig ist. Sie stellen den Pflegeprozess mit einem Regelkreis dar, der aus sechs Stufen zusammengesetzt ist (vgl. Leoni-Scheiber, 2004: 12).

Abb.1.: Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier:



(entnommen aus: www.hno-pflege.at/images/regelkreis.jpg)

Die einzelnen Schritte des Pflegeprozessmodells nach Fiechter und Meier werden im Folgenden näher erklärt:

- Die Informationssammlung oder Pflegeanamnese:

Die Pflegeanamnese besteht aus Datensammlung. Eine korrekte Einstufung in die Pflegebedürftigkeit eines Menschen kann nur erfolgen, wenn ausreichend Informationen gesammelt werden. Bei der Anamnese ist zwischen subjektivem und objektivem Datenfluss zu unterscheiden. Die subjektiven Daten beziehen sich auf Informationen, die aus Aussagen von Patienten selbst ermittelt wurden; die objektiven Daten werden aus messbaren Daten herausgefiltert. Der ersten Phase des Pflegeprozesses kommt eine besondere Bedeutung zu, da die Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Informationen die Basis für den weiteren Verlauf des Pflegeprozesses darstellen. Auf der Intensivstation müssen aufgrund des oft sehr kritischen Gesundheitszustandes der Patienten die objektiven Daten ausreichen, wobei man

auch bei den subjektiven Daten oft nur auf die Angaben von Angehörigen zurückgreifen kann (Anmerkung der Verfasserin).

„Die Qualität der Informationssammlung ist somit entscheidend für alle weiteren Schritte des Pflegeprozesses. Stellen sich bei der Durchführung nachfolgender Schritte Probleme heraus, ist dies häufig auf nicht genügende Informationen zurückzuführen.“ (Menche et al., 2001: 35)

- Erkennen von Problemen und Ressourcen:

Nach der Informationssammlung folgt der diagnostische Prozess. *„Der diagnostische Prozess ist der Weg von der Informationssammlung, also dem ersten Schritt im Pflegeprozess, bis zur Erstellung der Pflegediagnose(n), also dem zweiten Schritt.“* (Leoni-Scheiber, 2004: 68)

Als „Probleme“ werden in der Pflege alle Beeinträchtigungen eines Menschen bezeichnet, die zu Einschränkungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens führen. Sobald Informationen und Daten über Patienten vorhanden sind, können erste Überlegungen zur Erstellung einer Pflegediagnose gemacht werden (vgl. Stefan et al., 2009: 15).

Unter Ressourcen versteht man alle Fähigkeiten und Fertigkeiten, über die ein Mensch verfügt, um zu seiner Gesundheitserhaltung bzw. Wiederherstellung beizutragen. In der Intensivpflege ist es oft schwer, pflegerische Probleme zu beschreiben, da Medizin und Pflege eng miteinander verbunden sind, und somit auch deren Belange ineinander übergehen. Weiters tritt das Erkennen von Ressourcen an der Intensivstation meist in den Hintergrund, da sich die Patienten nicht immer am Pflegeprozess beteiligen können. Oft müssen die Ressourcen erst mit Hilfe von Angehörigengesprächen herausgefunden werden (Anmerkung der Verfasserin).

- Festlegen der Pflegeziele:

Ein Pflegeziel beschreibt einen Zustand, der erreicht werden soll. Im Verlauf des gesamten Problemlösungsprozesses erfolgt für jedes erfasste Problem das Formulieren eines Pflegezieles. Das Pflegeziel ist ein wichtiger Maßstab für die Pflege. Es soll sowohl realistisch, erreichbar und überprüfbar, als auch eindeutig, unmissverständlich und so knapp wie möglich formuliert sein (vgl. Furlan et al., 1994: 23).

Pflegeziele sind somit die wichtigsten Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit aller geplanten Maßnahmen. Sie werden in der Pflegeplanung mit genauem Zeitpunkt und einer präzisen Beschreibung, des bis dato erreichten Zustandes des Patienten, dokumentiert. Sie stehen im inhaltlichen Zusammenhang mit den festgelegten Ressourcen und Problemen. Das formulierte Pflegeziel sagt aber nichts darüber aus, was im Pflegealltag verhindert, vermieden

oder nicht erreicht werden soll. Gerade auf der Intensivstation ist diese Anforderung schwer umzusetzen, denn die wichtigsten Pflegeprobleme sind potentielle Probleme, wie Minderdurchblutung oder Lagerungsschäden (Anmerkung der Verfasserin).

- Planen der Pflegemaßnahmen:

Die Pflegemaßnahmen werden individuell auf Basis der Informationen, der ermittelten Probleme und Ressourcen und der Pflegeziele geplant. Werden Pflegemaßnahmen innerhalb einer Pflegediagnose festgelegt, gelten sie für das ganze Pflegeteam als verbindlich. An dieser Stelle können in der Pflegeplanung, wie es auf vielen Intensivstationen üblich ist, Standards herangezogen werden. Diese Pflegestandards ersetzen aber nicht die individuelle Pflegeplanung eines Patienten. Sie gelten nur als Erleichterung, um beabsichtigte Pflegemaßnahmen zu beschreiben. Zu Beginn des Aufenthaltes der Patienten auf einer Intensivstation ist es oft von Vorteil solche standardisierte Pflegediagnosen zu verwenden, da die Pflege vor allem vollständig kompensatorische Pflegemaßnahmen umfasst. Dazu zählen unter anderem die unterschiedlichsten Prophylaxen, wie Mund- oder Augenpflege bei intubierten Patienten. Ebenso kann die Miteinbeziehung von Angehörigen im Rahmen der Körperpflege oder der Mobilisation sehr förderlich sein (Anmerkung der Verfasserin).

- Durchführen der Pflegemaßnahmen:

Das Anwenden von Pflegemaßnahmen soll erst dann erfolgen, wenn diese als Teil der Pflegeplanung dokumentiert worden sind. Das Durchführen der Pflegemaßnahmen an Patienten muss nachvollziehbar sein, und weiters soll die Dokumentation zeitnahe erfolgen. Die Begründung für Pflegemaßnahmen, die nicht durchgeführt werden, muss im Pflegebericht ersichtlich sein (vgl. Leoni-Scheiber, 2004: 130).

- Beurteilung der Pflege – Evaluation:

Die Evaluation ist die eigentliche Beurteilung der Pflegewirkung. Sie erfolgt im Pflegebericht und sagt aus, ob das Pflegeziel erreicht worden ist. Wenn das Ziel erreicht ist, wird die Pflegediagnose abgesetzt. Kommt es zu einer Veränderung von Pflegemaßnahmen oder Pflegezielen, wird dies im Pflegebericht dokumentiert, begründet und mit einer neuen Zeitgrenze in der Pflegediagnose festgesetzt. Die Evaluation soll garantieren, dass alle an der Pflege beteiligten Personen immer hinterfragen, ob die geplanten Pflegemaßnahmen auch wirklich zielführend sind. Evaluieren bedeutet also, das Vergangene zu analysieren, um

die Zukunft weiter zu gestalten. Mit der Evaluation schließt sich der Regelkreis des Pflegeprozesses (vgl. Leoni-Scheiber, 2004: 137).

2.2 Kritische Betrachtung des Pflegeprozesses

Obwohl der Pflegeprozess viele Vorteile beinhaltet, haben viele Pflegepersonen noch große Bedenken in seiner Anwendung. Oft sind Pflegende der Ansicht, dass durch die Anwendung von Pflegeplänen zu viel Schreiarbeit auf sie zukommen würde, oder dass diese Art der Dokumentation sowieso von niemandem gelesen wird. Ein weiterer Einwand ist, dass sich die Pflegesituation zu schnell verändere, und dass dadurch erneut dokumentiert werden müsste. Nicht zu selten werden Pflegediagnosen und Pflegepläne aus Gründen der Kostenerstattung oder zur Zufriedenheit der Stationsleitung angelegt. Ist dies der Fall, so wird auch keine Evaluation durchgeführt, und somit hat der Pflegeprozess seine Sinnhaftigkeit hinsichtlich einer Qualitätssicherung verloren. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der Pflegeprozess mehrfach zu technisch und theoretisch gesehen wird. Die dabei uniforme Sprache kann dabei das Risiko bergen, dass Patienten in einer gewissen Art und Weise reduziert werden. Dies erweckt den Anschein, dass sich Menschen in viele Probleme und Ressourcen zerlegen lassen. Zusätzlich entstehen während eines Krankenaufenthaltes fast täglich neue Probleme, z.B.: Erbrechen einer Mahlzeit. Wird der Pflegeprozess stur eingehalten, so sollten diese neu auftretenden Interventionen jedes mal in den Gesamtprozess aufgenommen werden. Die Pflegeplanung müsste ständig aktualisiert und erneuert werden. Diese Anforderungen können im Pflegealltag nicht bewältigt werden (vgl. Franke, 2004: 21).

Gerade auf einer Intensivstation kann sich der Allgemeinzustand des Patienten binnen weniger Stunden verändern. Dies würde streng genommen schon eine Anpassung der Interventionen hinsichtlich des Pflegeprozesses fordern. Trotz vieler Weiterbildungsmaßnahmen benötigt das Erstellen einer Pflegeplanung weiters noch sehr viel Zeit. Diese Zeit ist auf Intensivstationen nur begrenzt vorhanden. In der intensivpflegerischen Praxis sollte der Pflegeprozess deshalb als solcher nicht unreflektiert übernommen werden, sondern eigentlich nur als Instrument gesehen werden, um strukturiertes Handeln zu verstehen (Anmerkung der Verfasserin).

3 RECHTLICHE HINTERGRÜNDE DER PFLEGEDOKUMENTATION AUF DER INTENSIVSTATION

Dokumentationspflicht, Schriftformerfordernisse und Aufzeichnungspflichten findet man an vielen Stellen im Gesetz. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, eine Pflegedokumentation zu führen. In einem vom Bundesgerichtshof ausgesprochenen Urteil wurde festgehalten, dass jede nicht korrekte Führung der Pflegedokumentation als Pflegefehler zu bewerten ist (vgl. Stefan et al., 2009: 30).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in Verhandlungsfällen, in denen eine ausreichende Aufklärung des tatsächlichen Sachverhaltes nicht möglich ist, bei entsprechendem Tatsachenvortrag, eine mangelhafte oder gar unterlassene Pflegedokumentation zur Beweislastumkehr führen kann. Das heißt, dass nicht wie sonst üblich der Kläger den Beweis des Schadens vorlegen muss, sondern der Beklagte seine Unschuld zu beweisen hat. Das bedeutet genauer, dass im Falle einer Anklage, die Beweispflicht beim Personal liegt (Anmerkung der Verfasserin).

Die Pflegedokumentation erlangt auch deshalb immer mehr an Bedeutung, weil die Patienten besser informiert sind und ihre Rechte auch einfordern (vgl. Leoni-Scheiber, 2004: 16).

Durch die aktuelle Tendenz im Gesundheitswesen ist auch zu beobachten, dass die Suche nach rationellen Vorgehensweisen verstärkt wird. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist bei Pflegekräften, sowohl aus volkswirtschaftlicher als auch aus berufspolitischer Sicht, ein hohes Interesse an der Transparenz von pflegerischen Leistungen, des Pflegebedarfs eines Patienten und den erreichten Pflegezielen vorhanden. Auch die verschiedensten Institutionen selbst haben ein starkes betriebswirtschaftliches Interesse an Daten aus der Pflege, da damit eine Kostenträgerrechnung erfolgen kann (vgl. Ammenwerth et al., 2003: 11-12).

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen in der Gesundheits- und Krankenpflege beruht nicht allein auf der Motivation der einzelnen Mitarbeiter, sondern die Leistungserfassung der Pflege wird durch bestimmte gesetzliche Rahmenbedingungen streng geregelt. Dies wird vor allem in Zukunft immer wichtiger, da eine Kostenübernahme von Leistungen von den Kassen nur für tatsächlich überprüfbare Leistungen erfolgt. Es ist somit eine assessmentgestützte Planung und Leistungserfassung notwendig (vgl. Franke, 2004: 7).

Als gesetzliche Basis für den Pflegeprozess und für die Pflegedokumentation gilt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das am 10. Juli 1997 im Nationalrat beschlossen worden ist. Im Rahmen dieses Gesetzes werden verschiedene Berufspflichten, unter anderem auch die Dokumentationspflicht, für den Gesundheits- und Krankenpflegeberuf festgelegt:

- *eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich §14:*

(1) *„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 (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.“* (Weiss-Fassbinder et al., 2006: 57)

- *Pflegedokumentation §5:*

(1) *„Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei der Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.*

(2) *Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.*

(3) *Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.*

(4) *Bei freiberuflicher Berufsausübung (§36) sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren.“* (Weiss-Fassbinder et al., 2006: 39)

Anhand dieser Gesetzestexte kann die Frage beantwortet werden, warum die Dokumentation in der Pflege durchgeführt werden muss. Pflegedokumentation gilt als Berufspflicht, und muss von allen Angehörigen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes wahrgenommen werden.

3.2 Die Bedeutung der Dokumentation

Die Pflegedokumentation enthält alle schriftlich aufgezeichneten Daten und ist auf den Pflegeprozess zurückzuführen. Alle pflegerischen Tätigkeiten werden schriftlich aufgezeichnet, um die Pflege kontrollieren, legitimieren und evaluieren zu können. Alle an der Pflege eines Patienten beteiligten Pflegepersonen können die Dokumentation als Wegweiser

nutzen. Damit die Dokumentationsziele erreicht werden, müssen Pflegediagnosen, der darauf basierende Pflegeplan, Evaluierungen und alle kontinuierlichen Berichte zur Entwicklung des Patienten enthalten sein (vgl. Arets et al., 1999: 264).

Häufig kommt es vor, dass verschiedene Pflegepersonen auch sehr unterschiedlich mit der Dokumentation umgehen. Dies führt zu einem Mangel an Kontinuität. Ist die Dokumentation nicht kontinuierlich, ist auch die Nachvollziehbarkeit für Dritte nicht mehr gewährleistet. Werden Pflegetätigkeiten nur verbal von einer Pflegekraft zur anderen weitergegeben, können einerseits wichtige Informationen verloren gehen und andererseits Missverständnisse ausgelöst werden (Anmerkung der Verfasserin).

Der Pflegebericht ist die schriftliche Art der Übergabe. Er soll die Pflegekontinuität garantieren, da alle Beteiligten darüber informiert werden, was, wann, wie bereits durchgeführt worden ist. Der Bericht ist für eine korrekte Durchführung des Pflegeprozesses unverzichtbar. Trotzdem birgt der Pflegebericht die Gefahr der Einwegkommunikation in sich, da kein Nachfragen möglich ist, im Gegensatz zur mündlichen Übergabe. Um Lücken zu vermeiden, sollte bezüglich des Inhaltes, der formalen Gestaltung, der verwendeten Grammatik und des Stils eine bestimmte Sorgfalt eingehalten werden. Inhaltlich werden alle wichtigen Ereignisse, den Patienten betreffend, sowie Beobachtungsergebnisse vermerkt (vgl. Arets et al., 1999: 375).

Die Pflegedokumentation ist also nicht als zusätzliche Leistung einer Pflegeperson zu sehen, sondern sie unterliegt der gesetzlichen Regelung. Kommt es zu einer Klage oder zu einem Patientenzwischenfall, dann soll der Richter den Tathergang untersuchen können. Ohne eine korrekt geführte und lückenlose Dokumentation ist dies kaum möglich. Gesprochene Worte zählen vor Gericht leider nicht in gleichem Maß wie schriftliche Aufzeichnungen. Werden Pflegemaßnahmen nur fehlerhaft oder gar nicht dokumentiert, so muss wie schon erwähnt angenommen werden, dass sie nicht durchgeführt wurden. Dies führt von einer Beweislastermittlung bis hin zu einer Beweislastumkehr. Die Pflegedokumentation gehört somit in den beruflichen Verantwortungsbereich einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester (vgl. Budnik, 2009: 115-116).

Die Aufgabe einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester ist es, jeden Schritt des Pflegeprozesses zu dokumentieren. Es muss anderen Personen und Berufsgruppen möglich sein, sämtliche Handlungen nachzuvollziehen. Welche Formulare oder Methoden zur

Dokumentation verwendet werden, ist je nach Hersteller und Krankenhaus verschieden (Anmerkung der Verfasserin).

4 DER EINSATZ DER PFLEGEDOKUMENTATION AUF DER INTENSIVSTATION

Traditionell werden von Pflegepersonen handschriftlich verschiedene Formulare ausgefüllt, die geordnet abgelegt und für viele Jahre archiviert werden. Die konventionell handgeführten Patientenkurven auf Intensivstationen umfassen normalerweise Vitalzeichenparameter, Labordaten, Volumsmanagement, medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Interventionen sowie die Dokumentation der Pflegemaßnahmen. Eine umfassende Dokumentation sämtlicher für Pflege und Medizin relevanter Parameter stellt für das Pflegepersonal einen erheblichen Arbeitsaufwand dar, und nehmen sehr viel Zeit in Anspruch. Fakten, die eine Reaktion der Patienten auf therapeutische Verordnungen widerspiegeln, müssen in einer nachvollziehbaren Weise dargestellt werden, wie dies mit herkömmlichen manuellen Dokumentationsmethoden heute kaum mehr zu verwirklichen ist. Aufgrund dieser enorm großen Anzahl von Parametern, Daten und Fakten ist eine korrekte Dokumentation von Hand in der Intensivpflege beinahe unmöglich geworden, da dies zu zeitaufwändig wäre (Anmerkung der Verfasserin).

4.1 Anforderungen an eine Pflegedokumentation auf einer Intensivstation

Der Krankenhausaufenthalt eines Patienten setzt sich aus vielen einzelnen Aspekten zusammen. Teile davon sind die Verwaltung, die Interaktion und Koordination rund um die Diagnostik und Therapie, sowie die pflegerische Betreuung des Patienten. Deshalb ist jeder Krankenhausaufenthalt verknüpft mit dem Erheben, Fixieren und Kommunizieren von Informationen. Die Pflegedokumentation ist eine schriftliche oder elektronische, patientenbezogene Dokumentation des Pflegeprozesses. Sie ist der einzige Nachweis für die Durchführung pflegerischen Handelns und zeigt außerdem die Effektivität pflegerischer Maßnahmen. Der Sicherheit des Patienten muss auf einer Intensivstation die zentrale Aufmerksamkeit gelten. Das sog. „Risikomanagement“ regelt den gesamten Tagesablauf. Dies bedeutet, dass Gefahren und Fehler rechtzeitig erkannt werden, damit Zwischenfälle mit Patienten erst gar nicht entstehen können. Dazu zählt auch die Dokumentation. Die Voraussetzung für ein erfolgreiches Risikomanagement ist ein funktionierender und korrekt angewandter Pflegeprozess.

Die Pflegedokumentation wird nur als Teil der gesamten Pflegequalität gesehen. Das bedeutet genauer, dass eine qualitativ hochwertige Pflegedokumentation nicht für eine gute Pflege spricht. Umgekehrt jedoch beinhaltet eine sehr gute Pflege auch eine gute Dokumentation (vgl. Franke, 2004: 5).

Nach Leoni-Scheiber brauchen Pflegepersonen folgende Qualifikationen, um den Pflegeprozess verstehen und korrekt anwenden zu können:

- Fähigkeit und Bereitschaft ganzheitlich zu agieren
- Fähigkeit und Bereitschaft, Eigenverantwortung zu tragen
- Fachkompetenz
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit
- Fähigkeit zur Eigenmotivation und Motivierung der Betroffenen
- Kreativität

(vgl. Leonie-Scheiber, 2004: 153-158).

Oft wird das pflegerische vom medizinischen Denken überlagert, doch dies bedeutet nicht, dass das medizinische Denken unwichtig oder überflüssig ist. Dennoch würde eine Sensibilisierung des pflegerischen Denkens manchen Pflegepersonen die Durchführung des Pflegeprozesses erleichtern. Pflegediagnosen gelten nicht als Wundermittel zur automatischen Erstellung einer perfekten Pflegeplanung. Das ist eine utopische Erwartungshaltung, die nicht erfüllt werden kann, denn Pflegediagnosen ersetzen nicht den aktiven diagnostischen Prozess (Anmerkung der Verfasserin).

In einer angelegten Pflegedokumentation eines Patienten muss der lückenlose Pflegeverlauf nachvollziehbar sein. Die Dokumentation hat zeitnah, eindeutig und authentisch zu erfolgen. Weiters muss den Anforderungen des Datenschutzes entsprochen werden. Es muss ersichtlich sein, wer, was, wann, wie, wie oft und wo durchgeführt hat. Der Inhalt einer Pflegedokumentation sollte weiters sachlich und objektiv wirken. Alle Vorkommnisse, die praxisrelevant, vergütungsrelevant, prüfungsrelevant oder juristisch erforderlich sind, müssen in voller Länge, wahr und klar verständlich dokumentiert werden (vgl. Budnik, 2009: 106-107).

4.2 Pflegebericht früher und heute

Der Pflegebericht ist als ein weiteres Element der gesamten Pflegedokumentation eines Patienten zu sehen. Heutzutage erfüllt der Pflegebericht allerdings nicht mehr die umfassende Beschreibung der gesamten Pflege. Früher wurde in diesem der gesamte Verlauf der Pflege, vom Ausgangszustand bis zum Endzustand, belegt. Heute wird diese

Funktion von der Pflegeberichtsdocumentation abgelöst. Weil die Anforderungen hinsichtlich der Dokumentations- und Nachweispflicht sowie der Entwicklung detaillierter Dokumentationsunterlagen in der Pflege immer mehr steigen, wird dieser Anspruch nur durch die Gesamtdokumentation in der Pflege genüge getan. Im Pflegebericht wird der Pflegeverlauf, die allgemeine Wirkung der Pflegemaßnahmen, sowie das aktuelle Befinden dokumentiert. Jede Eintragung hat sowohl mit Datum und Uhrzeit als auch mit Handzeichen zu erfolgen. In der Praxis kommt es oft zu Schwierigkeiten bei der Formulierung von Pflegeberichten. Bei dieser Dokumentationsart soll es sich um keine Ansammlung von medizinischen Daten handeln. Der Pflegebericht gilt als Baustein der gesamten pflegerischen Dokumentation und muss immer im Zusammenhang mit allen einen Patienten betreffenden Unterlagen gesehen werden. Der Umfang eines Pflegeberichts richtet sich nach dem Ausmaß der zusätzlich verwendeten Formulare. Dabei ist wichtig, dass eine Doppeldokumentation vermieden wird. Es soll so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich dokumentiert werden (vgl. Budnik, 2009: 99-101).

4.3 Konventionelle Pflegedokumentation vs. rechnergestützte Pflegedokumentation

Die häufigste Form der Informationsweitergabe zwischen Pflegepersonen ist die mündliche Übergabe. Bei dieser Übergabemethode besteht aber immer die Gefahr, dass pflegerelevante Aspekte vergessen werden. Die Qualität der pflegerischen Betreuung ist somit nicht gewährleistet. Bei der schriftlichen Dokumentationsmethode wird von Pflegenden meistens Zeitmangel als Ursache für nachlässige Dokumentation angegeben. Dies erklärt auch, warum als häufigster Grund für Überstunden auf einer Intensivstation die nachzuholende Dokumentation als Ursache angegeben wird. Eine interne Erhebung auf der Intensivstation der Chirurgischen Universitätsklinik in Regensburg zeigt, dass vier bis fünf ärztliche Arbeitsstunden und sogar acht bis zehn pflegerische Arbeitsstunden pro Tag für Dokumentationsarbeiten gebraucht werden. Auf vielen Stationen scheint das Dokumentieren eher als Absicherung hinsichtlich anderer Pflegepersonen sowie der ärztlichen Kollegschaft (vgl. Franke, 2004: 28).

Hörmann untersuchte die Gründe für mangelhafte Dokumentation und fand folgende Dokumentationsschwierigkeiten heraus:

- Defizite in den Kenntnissen hinsichtlich Pflege-theorien
- Defizite hinsichtlich Schulungen zum Pflegeprozess
- Defizite hinsichtlich dem Verständnis vom Pflegeprozess
- mangelnde Systematik der Systeme

- fehlende Einsicht
- Formulierungsschwierigkeiten
- vermehrter Zeitaufwand
- Doppeldokumentation
- unvollständige Eintragungen
- abrechnungsrelevant anstatt patientenbezogen

(vgl. Franke, 2004: 31).

Lassen hat die Umsetzung des Pflegeprozesses im pflegerischen Alltag untersucht. Seine Ergebnisse zeigen, dass alle befragten Pflegepersonen die Pflegediagnostik als sehr wichtigen Bestandteil der Pflege sehen. Es ergibt sich aber ein Widerspruch aus „machen wollen“ und „nicht können“. Das „nicht können“ erklärt der Pflegeberuf auf Grund von hoher Arbeitsbelastung und Zeitmangel. Pflegepersonen wenden vermehrt computerisierte Dokumentationssysteme an, da die Anforderungen an eine theoretisch fundierte Pflege sowie die Qualitätsentwicklung rapide zugenommen haben. Der Einzug des Computers in der Krankenpflege führt unweigerlich zu einem Vergleich von rechnergestützter und konventioneller Pflegedokumentation. Dabei tritt die Frage der Qualität beider Systeme in den Vordergrund. Aufgrund einer Untersuchung österreichischer Autoren hat sich gezeigt, dass bis zu 30% aller erfassten Daten im Rahmen einer bis dato verwendeten, handschriftlichen Pflegedokumentation verloren gehen (vgl. Franke, 2004: 31).

4.4 Vorteile der standardisierten elektronischen Pflegedokumentation

Mittels computergestützter Pflegedokumentation lässt sich die Patientenbetreuung professioneller gestalten. Weiters hat der Kostenträger die Möglichkeit zu überprüfen, welche Leistungen täglich vom Pflegepersonal erbracht werden. Für die Pflegepersonen bedeutet die Einführung des Computers im Pflegealltag das Aufkommen neuer Berufsbilder z.B.: die Pflegeinformatik. Damit erweitern sich die bis dato minimalen beruflichen Aufstiegschancen, und diese Niveausteigerung verbessert wesentlich das Ansehen des Pflegeberufs. Durch die bessere Entwicklung der Pflegeforschung wird auch die pflegewissenschaftliche Arbeit durch die EDV stark gefördert (vgl. Schwab, 2000:131).

Durch Nachfrage- und Aufforderungsmechanismen der jeweiligen Software kommt es zu einer vollständigen Dokumentation. Automatisch werden alle Einträge dem jeweiligen Verfasser zugeordnet. Durch softwareabhängige Formulierungshilfen im System werden eigene Formulierungen nicht mehr unbedingt notwendig. Damit reduzieren sich

Formulierungsschwierigkeiten um das Vielfache. Die Erinnerungsfunktion des Systems bewirkt eine zeitnahe und regelmäßige Dokumentation. Die elektronische Patientenakte bewirkt mehr Flexibilität in der Pflege und schafft mehr Zeit für den Patienten. Weiters können mehrere Benutzer gleichzeitig auf sämtliche Patientendaten mittels PC zugreifen. Dies alles hat eine Zeitersparnis bei der Pflegedokumentation zur Folge. Bei der Archivierung kommt es durch den Einsatz von DVD's oder CD's, trotz riesiger Datenmengen, zu einer erheblichen Reduzierung des Platzbedarfs. Große aktengefüllte Archive gehören der Vergangenheit an. Weiters hat man schnelleren Zugriff bei der Suche nach archivierten Daten, und sämtliche Daten sind vor fremdem Zugriff besser geschützt. Mit der Methode der elektronischen Signatur wird weiters der Bedarf einer rechtsverbindlichen, digitalen Unterschrift gedeckt. Durch den Einsatz von Passwörtern kann jeder Mitarbeiter nur auf die für ihn freigegebenen Daten zugreifen (vgl. Hesse, 2003: 2).

Prokosch hat die traditionelle Dokumentationsform auf Papier mit der elektronischen Pflegeakte verglichen und folgende Punkte hervorgehoben, die eine Überlegenheit des Computers zeigen:

- Die Papierdokumentation ist an einen Ort gebunden. Um sie an einen anderen Ort zu übermitteln oder um sie gar zu vervielfältigen, ist ein enormer Aufwand von Nöten.
- In einer Papierakte sind die festgehaltenen Daten nur schlecht wieder auffindbar. Die Benutzung eines Suchwortes wie beim Computer ist hier unmöglich.
- Werden handschriftlich Informationen in Eile niedergeschrieben, sind sie für andere Mitarbeiter oft kaum lesbar. Dies kann zu Fehlinterpretationen und Missverständnissen führen.
- Bei der Archivierung ist die Haltbarkeit von Papier nicht dauerhaft. Papier ist im Gegensatz zu DVD's oder CD ROM's anfällig für Feuchtigkeit, Falten und Knicke.
- Weiters werden handschriftliche Patientendaten nur abgelegt, da aufwändige Sicherheitskopien noch mehr Platz benötigen würden, und ebenso anfällig wären, wie die Originale. Der Verlust des Originals entspricht somit auch dem totalen Datenverlust (vgl. Prokosch, 2001: 3).

4.5 Nachteile der standardisierten elektronischen Pflegedokumentation

Pflegeplanung und auch Pflegedokumentation mittels EDV unterstützt eine gewisse Form von Deprofessionalisierung. Besteht nämlich die Möglichkeit Pflegestandards und Standardpflegepläne im Computer jederzeit abzurufen, müssen Pflegepersonen kein

eigenständiges Wissen mehr darüber einbringen. Da es heutzutage auch um Einsparungen im Gesundheitswesen geht, verleitet der Einsatz der EDV durch Aufkommen von Standardpflegeplänen, geringer qualifiziertes Personal einzusetzen, und die Fort- und Weiterbildungen zu vernachlässigen. Durch finanzielle Probleme, wie falsches Abschätzen der Kosten, kann auch die Qualifikation des Personals für die EDV Mängel aufweisen. Schulungen werden nicht in ausreichender Zahl oder nicht an den Vorkenntnissen des Personals orientiert durchgeführt. Die tägliche Arbeit wird dadurch erschwert und die Unzufriedenheit der Pflegenden steigt. Ein weiteres Problem liegt in der Aufrechterhaltung des Datenschutzes und demzufolge in der Frage der Zugriffsberechtigung. Zu Einschränkungen kann es auch auf dem Gebiet der Kommunikation kommen. Bisherige Kommunikationsformen wie die Stationsübergabe können durch das Aufkommen des Computers als veraltet und überflüssig gesehen werden (vgl. Schwab, 2000: 131).

Wird die EDV dafür hergenommen die Vollständigkeit der Dokumentation zu erhöhen, führt der Einsatz des Computers zu keiner Zeitersparnis. Außerdem muss am PC mehrmals täglich dokumentiert werden, bei der herkömmlichen Patientenakte ist dies nur einmal nötig (vgl. Hesse, 2003: 2).

Brobst kritisiert, dass durch den Einsatz des Computers die Arbeitsumgebung entmenschlicht wird. Dies hat sowohl Einfluss auf den Patienten als auch auf die Pflegeperson. Durch die schon vorgegebenen Pflegestandards ziehen manche Pflegenden nicht mehr die gleiche Befriedigung aus ihrer Arbeit. Zu bedenken ist aber, dass eine neue Zufriedenheit entstehen kann, hinsichtlich der Zufriedenheit durch die Bewältigung einer elektronischen Herausforderung. Oft haben Programme zu wenig Felder, um zusätzliche Informationen dokumentieren zu können. Doch ohne diese Einträge lassen sich Zusammenhänge schwer erkennen. Es darf nicht passieren, dass der Computer die Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson behindert. Dies hat eine „aktenorientierte“ statt „patientenorientierte“ Pflege zur Folge. Weiters darf nach Brobst der Datenschutz nicht außer Acht gelassen werden. Die moderne Technik erlaubt eine zentrale Speicherung und schnelle Verfügbarkeit von Patientendaten. Dies trägt zur Verbesserung der Pflegequalität bei. Dieser einfache Umgang mit Daten und Informationen erhöht aber die Gefahr des Datenmissbrauchs. Mit nur einem Tastendruck können intime Informationen eingesehen, verschickt oder ausgedruckt werden (vgl. Brobst et al., 1997: 222).

Viele Patienten haben auch Vorurteile darüber, dass ihre Daten ohne ihre Zustimmung weitergegeben werden. Dies hat zur Folge, dass sie nur eingeschränkt und zurückhaltend kommunizieren. Um diesem Vertrauensverlust entgegenzuwirken, muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass Sicherungssperren im Computer eingebaut sind, und dass nur Personen mit eindeutiger Zugriffsberechtigung Zugriff auf die Daten haben. Passwörter und Zugriffscodes sind Teil dieser Sicherheitsbestimmungen (Anmerkung der Verfasserin).

5 STANDARDISIERTE PFLEGEPLANUNG AN DER INTENSIVSTATION

Standards können in der Pflege wie Werkzeuge gesehen werden. Sie können bei der Lösung von bestimmten Problemen sehr dienlich sein, aber in manchen Situationen können sie ungeeignet sein. Die Verfechter von Pflegestandards erwarten durch ihre Einführung eine Verbesserung der Pflegequalität. Darüber hinaus haben Standards in der Regel einen Dienstanweisungsscharakter. Sie gelten manchmal mehr, und manchmal weniger als Qualitätsentwicklungsprozess. Der Qualitätsentwicklung selbst entsprechen sie aber nicht (vgl. Martin, 1999: 15).

5.1 Erklärung des Begriffes „Pflegestandard“

Versucht man in der Literatur eine allgemein gültige Definition des Begriffes „Pflegestandard“ zu finden, so findet man heraus, dass es in der Fachsprache keine einfache oder gar eindeutige Definition für diese Bezeichnung gibt. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird damit etwas Normales, Durchschnittliches oder Übliches bezeichnet. Zunehmend tauchen auch die Begriffe „Pflegeleitlinie“ und „Pflegerichtlinie“ im Zusammenhang mit Pflegestandards auf. Es konnte sich in der Literatur also kein einheitlich definierter Begriff durchsetzen. Dieser Zustand ist natürlich höchst unbefriedigend. Die meisten Autoren beziehen sich auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Standards einem erreichbaren und professionell abgestimmten Leistungsniveau entsprechen und ein festgelegtes Soll der Pflegequalität wiedergeben, an dem die tatsächlich erbrachte Leistung gemessen wird. Angelehnt an die WHO-Definition wird auch versucht auf nationaler Ebene allgemein gültige Beschreibungen zu finden. Der Schweizer Berufsverband der Pflege definiert Standard als ein zu erreichendes Leistungsniveau, das durch ein oder mehrere Kriterien beschrieben wird. Die aktuellste Entwicklung von Pflegestandards bilden die Aktivitäten der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen. Sie hat drei Qualitätsniveaus für

die stationäre Pflege beauftragt, wobei es sich auch um Standards handelt (vgl. Bölicke, 2007: 1-2).

5.2 Gründe für die Einführung von Pflegestandards auf einer Intensivstation

Früher hatte jeder Pflegende seine „persönlichen Vorlieben“, die Pflegemaßnahmen oder Pflegeprodukte betreffen. So kam es des Öfteren vor, dass innerhalb eines Tages die verschiedensten Pflegemaßnahmen bei einem Patienten durchgeführt worden sind, mit ähnlicher Zielsetzung. Alle Pflegekräfte handelten nach bestem Wissen und Gewissen, denn sie waren der Annahme, dass genau ihre Vorgehensweise richtig sei. Viele Patienten wunderten sich zwar über die Vielfalt an Pflegeinterventionen, aber an Intensivstationen war nicht einmal das der Fall, da der Bewusstseinszustand vieler Patienten dies nicht zulässt. Allgemeine Ratlosigkeit stellte sich erst dann ein, wenn sich das gewünschte Ziel nicht erfüllte. Durch die Standardisierung von Pflegemaßnahmen wird eine einheitliche und nachvollziehbare Vorgehensweise erreicht, wobei neue Pflegekenntnisse berücksichtigt werden. Pflegeaufgaben werden immer umfassender und auch hinsichtlich ihrer Inhalte komplexer. Es ist teilweise kaum möglich auf dem neuesten Stand der Dinge zu bleiben. Pflegestandards unterstützen den Einsatz neuer Erkenntnisse, und erleichtern so dem Pflegenden auf dem aktuellen Stand des Wissens zu bleiben. Pflegestandards bestehen aus generellen Kriterien. Die individuellen Bedürfnisse eines Patienten werden nicht berücksichtigt. Deshalb denken viele Pflegekräfte, dass Standards starr sind, und die individuellen Bedürfnisse eines Menschen nicht berücksichtigen. Abweichungen sind jedoch immer möglich, sie müssen nur begründet und dokumentiert werden (vgl. Budnik, 2009: 33-34).

5.3 Vorteile von Pflegestandards

Auf Intensivstationen lassen sich viele zu erwartende Pflegeprobleme in standardisierten Pflegeplänen zusammenfassen. In diesen standardisierten Pflegeplänen wird jedem Pflegeproblem schon im Voraus eine entsprechende Pflegemaßnahme zugeordnet. Bei der Anwendung solcher Pflegepläne muss aber umso mehr auf die Individualität des Patienten geachtet werden (Anmerkung der Verfasserin).

Standardisierte Pflegepläne dienen in der Regel als Vereinheitlichung von pflegerischen Maßnahmen. Ihr Ziel ist es, die Dokumentation zu vereinfachen, sowie deren Auswertung zu erleichtern. Standardpflegepläne stehen daher oft in Verbindung mit der Einführung eines computergestützten Dokumentationssystems (vgl. Bölicke, 2007: 7).

Standardisierte Pflegeplanung ist für Pflegepersonen auch in folgender Hinsicht vorteilhaft:

- bieten Transparenz, da unsichtbare Pflegeanteile sichtbar sind
- dienen als Leistungsnachweis und ermöglichen einen Leistungsvergleich
- vereinfachen und vervollständigen die Kommunikation untereinander und den Informationsaustausch
- die Dokumentation wird übersichtlicher und erleichtert
- liefern einen Überblick über die benötigten Hilfsmittel eines Patienten
- vereinfachen die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern und die Anleitung von Schülern
- können im Streitfall als Beweis dienen
- können durch exakte Tätigkeitsbeschreibungen Spannungen verhindern, die durch unterschiedliche Sichtweisen der Mitarbeiter entstehen können
- können die interne Einsatzplanung erleichtern, da die Qualifikation angegeben wird, die gebraucht wird, um Tätigkeiten durchführen zu können
- erleichtern das Erstellen und Auswerten von Statistiken

(vgl. Budnik, 2009: 34-35).

5.4 Pflegediagnosen statt Pflegeprobleme

In den vergangenen Jahren wurde in der Pflege immer von Pflegeproblemen gesprochen. Erst aufgrund der Entwicklung in Amerika, die auch stark verspätet in Europa in Gang kam, wurde der Begriff Pflegediagnose aktuell (vgl. Leoni-Scheiber, 2004: 79).

Betrachten wir allerdings die Definition und den Aufbau einer Pflegediagnose, so zeigt sich, dass diese weit reichender und viel detaillierter ist, als die Erfassung eines Pflegeproblems. Pflegeprobleme sind zwar der erste wichtige Schritt in Richtung Pflegediagnostik, aber nicht mit Pflegediagnosen zu vergleichen. Sie sind eher als eine Weiterentwicklung der Pflegeproblemformulierung zu sehen, die eine standardisierte sprachliche Form zum Ziel hat. Diese sprachliche Form wird als Terminologie bezeichnet (vgl. Budnik, 2009: 72-73).

Eine Pflegediagnose wird nach Marjory Gordon als eine Aussage beschrieben, die ein aktuelles oder potentielles gesundheitliches Problem beschreibt. Der Begriff „Diagnose“ ist eigentlich eine neutrale Aussage und ist deshalb nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden. Wird das Wort aus dem Griechischen übersetzt, bedeutet es „auseinander erkennen bzw. unterscheiden“ (vgl. Latasch et al., 2004: 24).

Aber was sind nun klassifizierte, standardisierte Pflegediagnosen? Zu der bekanntesten Pflegediagnosen-Klassifikation gehört die der NANDA. Sie definiert den Begriff der Pflegediagnose folgendermaßen: *„Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der*

Reaktion von Einzelpersonen, Familien oder sozialer Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson die Verantwortung übernimmt.“ (Stefan et al., 2000: 29)

Die Pflegediagnostik ist ein Kernprozess im Krankenhaussystem und verändert somit die Pflege fundamental. Pflegeleistungen können benannt werden und sind durchschaubar. Der Pflegenden benötigt für die Erstellung einer Diagnose gewisse Kenntnisse und Fähigkeiten. Die daraus resultierenden Interventionen führen zu einem Ziel, für das der Pflegenden jederzeit zur Verantwortung gezogen werden kann, da er für dieses verantwortlich ist. Es werden Pflegediagnosentitel zur Beschreibung des aktuellen oder potentiellen Pflegeproblems herangezogen und verwendet. Diese Titel sollen so präzise wie möglich und weiters knapp formuliert werden. Sie dienen auch als Übergabe und Behandlung für andere Berufsgruppen. Die Pflegediagnose kann entweder von der Pflegekraft, dem Patienten oder am besten von beiden gemeinsam erfolgen. Diese Aussage mag aber für eine Pflegesituation auf einer Intensivstation nicht zutreffen, da die Kooperationsmöglichkeit- bzw. Bereitschaft der Patienten häufig nicht gegeben ist. Hier hat die Pflegeperson die Aufgabe eine Pflegediagnose zum Wohle des Patienten zu wählen. In Österreich wird die Pflegediagnostik landesweit durchgeführt. Ursache dafür, ist die Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, das 1997 in Kraft getreten ist (vgl. Franke, 2004: 25-27).

5.5 Pflegediagnosen - Umsetzung in die Praxis?

Die vorliegenden Übersetzungen nach NANDA können nach Meinung von der Autorin Birgitt Budnik nicht unreflektiert in Deutschland und Österreich übernommen werden. Das Gesundheitssystem der Amerikaner, die Ausbildungsinhalte und die autonomen Tätigkeitsfelder der Pflege unterscheiden sich wesentlich von den unseren. Auch Pflegediagnosen, die Klinikintern erstellt werden, können ausschließlich als Hilfestellung für die jeweilige Institution gesehen werden. Die dargestellten Ziele können aber dadurch nicht gewährleistet werden. Wenn sämtliche Strukturen betrachtet werden, so fällt auf, dass einheitliche und verbindlich anwendbare Pflegediagnosen fehlen. Auch wenn diese zukünftig vorliegen sollten, so können sie nicht gleich zur Anwendung kommen. Sowohl die gesetzlichen Grundlagen, als auch die entsprechend dafür erforderlichen Fortbildungsprogramme müssten im Vorfeld geklärt werden. Pflegediagnosen können als ein Weg zur Professionalisierung in der Pflege gesehen werden. Nicht zu vergessen sind aber

die damit verbundenen Folgen, die weit reichend und bedeutend sind. Im Pflegealltag fehlt oft die Auseinandersetzung der Pflegepersonen mit Pflege-theorien und Pflegeforschung. Auch die Integration von Pflegemodellen und Pflegeleitbildern kommt oft zu kurz. Es ist nicht ausreichend diese Themen nur von theoretischer Seite zu betrachten, denn ausschlaggebend ist, die praktische Umsetzung, um Veränderungen zu bewirken (vgl. Budnik, 2009: 76).

5.6 Klassifikationssysteme der Pflege

In der Umgangssprache wird ein Klassifikationssystem oft mit Begriffen wie Struktur oder Ordnungsschema verglichen und gleichgesetzt. Betrachtet man Klassifikationssysteme jedoch aus wissenschaftlicher Sicht, so zeichnen sie sich durch eine gewisse Anzahl von Regeln aus. Allgemein gesehen kann eine Klassifikation als Versuch verstanden werden, eine systematische Ordnung von Gegenständen oder Begriffen herzustellen. Diese erhalten durch sprachliche Mittel eine konkrete Bezeichnung. Alle Begriffe oder Gegenstände müssen aber in einem Zusammenhang zueinander stehen. Darauf basierend können sie dann in Gruppen und Untergruppen eingeteilt werden, welche jeweils durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet sind. Die hierarchische Ordnung der Begriffe stammt aus der Botanik und wird als Klasse oder Gattung bezeichnet. Konzepte mit eingeschränkter Reichweite werden als Art betitelt. Der Umfang jedes Klassifikationssystems hängt von der Anzahl der zutreffenden Merkmale ab. Pflegeklassifikationen finden ihre Anwendung derzeit in pflegediagnostischen Prozessen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen. Sie setzen an mehrere Punkte prozesshaft an und können somit als Ganzes oder nur als Teil genutzt werden.

Einerseits erfolgt die Darstellung von Pflegeklassifikationen:

- Als Grundlage für die Entwicklung der Pflege als Profession
- Um eine einheitliche Fachsprache zu entwickeln
- Als Basis für eine vergleichbare Pflegedokumentation
- Damit Pflegeleistungen sichtbar gemacht werden können
- Zur Sicherstellung einer zielgerichteten Pflegeplanung
- Für die Qualitätssicherung

Andererseits:

- Werden Klassifikationssysteme als zu wenig flexibel angesehen
- Sie schränken die Individualität des Patienten ein

- Sie engen die Anpassung der Pflege hinsichtlich Normvorstellungen ein
- Wird die komplexe Realität der Pflege zu wenig dargestellt
- Sie haben eine geringe Praxistauglichkeit

(vgl. Franke, 2004: 22-23).

5.7 Die Einführung der NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

Anfang der 70- Jahre hat sich eine Gruppe von Experten zusammengeschlossen, die die häufigsten Pflegeprobleme ermittelten. Daraus ist die NANDA entstanden, die 1973 eine Konferenz veranstaltete, zum Erfahrungsaustausch der einzelnen Beteiligten. Seitdem werden regelmäßig NANDA Konferenzen abgehalten und deren Berichte in Buchform veröffentlicht. Daraus entstand ein Klassifikationssystem, das 154 Pflegediagnosen enthält, von denen einige Einsatz auf Intensivstationen finden. Diese Klassifikationen von Pflegediagnosen beinhalten eine einheitliche taxonomisch geordnete Sprache, um Pflegepersonen durch Pflegemaßnahmen Lösungen anzubieten. Die NANDA Klassifikation wurde im amerikanischen Raum entwickelt, sodass des Öfteren kritisiert wird, dass diese amerikanisch geprägte Klassifikation nicht kompatibel sei, in Europa. Darin enthaltene Begriffe erscheinen hierzulande oft fremdartig. Unterschiede gibt es sicher hinsichtlich der Anerkennung und Rolle der Pflege als Profession. Die NANDA Klassifikation zeigt einen immer fortwährenden Forschungsprozess, der dazu führt, dass sie ständig aktualisiert und weiterentwickelt wird (vgl. Franke, 2004: 23-24).

5.8 Kritische Aspekte an Pflegediagnosen

Dadurch dass sich, wie schon erwähnt, der Gesundheitszustand eines Patienten an Intensivstationen sehr schnell wandeln kann, kann von einer Pflegeperson nicht verlangt werden, dass sie die jeweils aktuelle Pflegediagnose dokumentarisch erfasst. Weiters erlauben es auch Notfälle nicht, eine aufwendige und vor allem zeitnahe Dokumentation durchzuführen. Zusätzlich können auf Intensivstationen Pflegediagnosen nicht für die gesamte Pflegepraxis hergenommen werden, sondern sie sind nur für die aktuellen Pflegeprobleme wirklich nützlich. Viele Pflegenden glauben, dass durch den Einsatz einer standardisierten Pflegeplanung die persönliche Geschichte eines Menschen und seine Individualität nicht mehr zähle, da das standardisierte Denken zur Entpersonalisierung in der Pflege führt. Es nimmt den Anschein, dass Personen durch Pflegediagnosen schematisiert werden, und dadurch kann sich die Gefahr der Etikettierung ergeben (vgl. Franke, 2004: 27-28).

Zeitmangel aufgrund von Notfällen oder Personalmangel sind auf Intensivstationen zwar nicht die Regel, kommen aber durchaus vor. Schwerstkranke Patienten und auch ihre Angehörigen benötigen ein hohes Maß an intensiver Zuwendung. Geschieht dies in zeitlichen Engpässen, so besteht die Gefahr, dass Hilfsmittel durch den Einsatz von standardisierten Pflegediagnosen missverstanden werden. Die Folge ist eine Supprimierung der Individualität des kranken Menschen. Zusätzlich ist anzumerken, dass sich das Tätigkeitsbild einer österreichischen Pflegekraft von dem einer amerikanischen stark unterscheidet. Viele Aufgaben, die in Österreich nur von Ärzten übernommen werden, werden in den USA von Pflegenden durchgeführt. Eine unveränderte Übernahme der Pflegediagnosen aus Amerika sei deshalb in Frage gestellt. Wenn man sich das Gesundheitswesen in den USA auch genauer betrachtet, ist die Bandbreite an Problemen von Patienten gegenüber denen im Gesundheitsstaat Österreich nicht zu vergleichen. In Amerika hat die Individualität einer Person im Verhältnis zu anderen Dingen eher einen geringen Stellenwert (Anmerkung der Verfasserin).

6 DIE AUTONOMIE DES PATIENTEN

„Die Würde des Menschen besteht in der Wahl.“ (Fölsch, 2008: 37) Unter dem Begriff Autonomie wird die Fähigkeit einer Person bezeichnet, ihre Ziele frei zu bestimmen, und im Wissen um die Konsequenzen ihr Handeln frei zu entscheiden. Darunter werden die persönliche Freiheit, die Selbstbestimmung, das Recht der eigenen Meinung und das Recht dem eigenen Handeln spezifische Inhalte zu geben, verstanden. Das Recht auf Autonomie wird in der Berufsordnung aller Pflegeberufe, als auch im Ethikkodizes festgehalten. Weiters besagt die österreichische Patientencharta, dass Patienten nur mit ihrer Zustimmung behandelt werden dürfen. In diesen offiziellen Schriftstücken ist zu lesen, dass es neben allen anderen Aufgaben auch eine wesentliche Aufgabe der Pflegeperson ist, die Autonomie des Patienten zu respektieren und zu fördern (vgl. Fölsch, 2008: 37-38).

6.1 Die Autonomie im Pflegeprozess

Beachtet man das Recht auf Autonomie als moralisches Prinzip, so hat dies mehrere Konsequenzen für den Pflegeprozess und die Pflegeplanung. Schon primär bei der Bezeichnung des Pflegeproblems entscheidet die Pflegekraft aufgrund ihrer eigenen Wertvorstellungen, welche Informationen über den Patienten sie einfließen lässt. Aus dem eigenen Vorstellungsvermögen wird entschieden, was ein Mensch braucht, oder was er

können soll. Je nachdem, was die Pflegeperson beachtet, werden sowohl die ausgewählten Maßnahmen zur Erreichung eines Ziels, als auch das Ziel selbst, unterschiedlich ausfallen. Oft werden weder psychische noch soziale Aspekte in die Pflegeplanung miteinbezogen. Unterschiedlich sind auch die Pflegetheorien, die diese Entscheidungen untermauern. Fraglich ist oft, ob sich Pflegekräfte auch wirklich an den Ressourcen der Patienten und an seinen Defiziten orientieren. Die eigenen Erfahrungen der Pflegeperson, Pflegestandards und auch das Handeln, das üblicherweise durchgeführt wird, fließen in die Pflegeplanung mit ein. Eigentlich betreffen diese Entscheidungen Gesundheit, Krankheit und vor allem das Leben des Patienten. Aus diesem Grund sollte die Pflegeplanung gemeinsam mit dem Patienten erfolgen. Die dokumentierten Pflegeprobleme und die daraus folgenden Maßnahmen bzw. Ziele entsprechen oft nicht der Problemerkennung des Patienten. Besonders bei dem Bedarf der notwendigen Hygiene, oder der notwendigen Selbstständigkeit kommt es häufig zu Diskrepanzen zwischen Pflegekraft und Patient. Dadurch kann die Achtung der Autonomie eines Menschen im Widerspruch mit den Vorstellungen der Pflege stehen. Das Recht auf Autonomie verpflichtet jede Pflegekraft den Patienten in den Pflegeprozess mit einzubeziehen, und somit gemeinsam mit ihm die Pflegemaßnahmen zu planen. Die Achtung der Autonomie in der Pflegediagnostik hilft Konflikte zwischen Pflege und Patienten zu vermeiden (vgl. Fölsch, 2008: 58-60).

6.2 Der nicht entscheidungsfähige Patient

Aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern ist es Menschen oft nicht möglich, den eigenen Willen kund zu tun. Schädelhirntrauma, Koma oder andere Gründe, führen dazu, dass Patienten einer Intensivstation keine eigenen Entscheidungen mehr treffen können und somit ihre Autonomie nicht wahrnehmen können. Der nicht entscheidungsfähige Patient verlangt sowohl von Medizin als auch von der Pflege schwierige Entscheidungen zu treffen. Dadurch, dass der Patient nicht fähig ist, für sich selbst zu entscheiden, ist es notwendig, dass das Intensivpersonal nach seinem – aber nur mutmaßlichem Willen – handelt. Unter anderem kann nonverbales Verhalten wie Mimik oder Gestik Hinweise auf die Wünsche einer Person geben, aber auch Angehörige, Freunde und Erziehungsberechtigte können oft wesentliche Informationen anbieten. Autonomie bedeutet nicht nur, die Wahl eines entscheidungsfähigen Patienten zu respektieren, sondern auch die Bedürfnisse vom Menschen zu achten, die ihre Wünsche nicht klar artikulieren können. Hier besteht die Gefahr, dass die Bedürfnisse dieser Personen ignoriert werden. Aus pflegeethischer Sicht wird hier üblicherweise bei der Körperpflege und sonstigen Tätigkeiten von einem nicht einwilligungsfähigen Patienten

ausgegangen. Besonders bei Personalknappheit ist ein solches Patientengut oft das Leid tragende. Wird auf manchen Stationen die Körperpflege in den Nachtstunden durchgeführt, so erfolgt eine frühe Körperwäsche meist bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Gründe für dieses Vorgehen sind die Pflegeintensivität dieser Patienten und die Annahme, dass die Störung des Nachtrhythmus für sie als weniger störend empfunden wird. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Hauptgrund dieser Vorgehensweise darin besteht, dass sie sich nicht wehren können. Ein Recht auf Autonomie ist eigentlich ein Idealbild und ist sicher in der Pflegepraxis auf einer Intensivstation nicht vollständig umzusetzen. Ein wichtiger Schritt in der Professionalisierung in der Pflege ist es jedoch, sich diesem Recht zu nähern und Lösungen zu finden, die wirklich umsetzbar sind (vgl. Fölsch, 2008: 67-73).

7 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Der Gesetzgeber misst der Pflegedokumentation im Rahmen der eigenverantwortlichen Tätigkeit von Pflegenden eine zentrale Rolle zu, aber die Tiefe der Dokumentation ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Das pflegerische Tätigkeitsbild ist derart differenziert, dass eine Normierung im Vorhinein völlig unmöglich scheint. Eine Intensivstation unterscheidet sich grundlegend von anderen Abteilungen, aber in allen Bereichen muss eine adäquate Dokumentation sicher gestellt werden. Das Hauptziel einer Dokumentation muss sein, alle wesentlichen Mitteilungen über einen Patienten festzuhalten. Pflegende sind in der Lage Wesentliches von Unwesentlichem unterscheiden zu können. Die Krankengeschichte ist deshalb nicht nur eine Ansammlung aller Daten eines Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes, sondern dient der Dokumentation der laufenden Betreuung (vgl. Krepler et al., 2002: 58).

In dieser Arbeit wurden verschiedene Sichtweisen hinsichtlich der Dokumentation im Gesundheitswesen dargestellt. Zusammenfassend sei gesagt, dass Pflege ohne Dokumentation nicht zu vereinbaren ist. Pflegedokumentation, Pflegeplanung und Pflegediagnosen sind ein wichtiger Bestandteil des Pflegeprozesses und ein Teil des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege. Sie sind vom Gesetz her verpflichtend. Mitarbeiter im Gesundheitswesen erkennen oft nicht, dass die „Bürokratie in der Pflege“ eigentlich nicht kritikwürdig, sondern notwendig ist. Es stellt sich hier nur die Frage wie dokumentiert wird.

Auf Intensivstationen stellt die Autonomie des Patienten hinsichtlich der Erstellung der Pflegeplanung aus mehreren schon dargelegten Gründen einen Idealfall dar. Die

Miteinbeziehung der Individualität des Menschen hinsichtlich der Pflegeplanung ist aufgrund der oft verwendeten Standards sehr schwer zu verwirklichen. Standardisierte Pflegepläne sollen garantieren, dass pflegerische Maßnahmen auf einer Intensivstation vereinheitlicht werden. Wie in dieser Arbeit schon dargelegt bieten sie in vielerlei Hinsicht Vorteile. Doch die Patienten können sich aufgrund der oft sehr schwerwiegenden Krankheitsbilder am Pflegeprozess nicht beteiligen. Sie können nicht gefragt werden und somit am Erstellen einer Pflegeplanung nicht mitwirken.

Es gibt natürlich noch sehr viele Ansatzpunkte zur Verbesserung der Pflegedokumentation hinsichtlich der Technik und der Ausnutzung sämtlicher technologischen Potentiale. Doch ob computerunterstütztes oder handschriftliches Dokumentationssystem, es finden sich sowohl im einen, als auch im anderen Vor- und Nachteile für den Einsatz auf einer Intensivstation. Eine Erleichterung hinsichtlich des Einsatzes der EDV muss immer in Relation zur jeweiligen Situation in der Praxis gesehen werden. Als Kritikpunkt wird hinzugefügt, dass die Qualität der Pflegedokumentation auf jeden Fall noch verbesserungswürdig ist. Da sich viele Abläufe und Tätigkeiten in der Pflege wiederholen, kann zur Zeit vor allem mit Hilfe des Computers eine große Anzahl von Informationen gesammelt und gespeichert werden. Es liegt wohl im persönlichen Ermessen jeder kompetenten Pflegefachkraft die EDV mäßige Dokumentation mit einer optimalen praktischen Umsetzung zu vereinbaren. Letztendlich soll jedoch der Mensch im Mittelpunkt stehen, und nicht die Bürokratie.

8 LITERATURVERZEICHNIS

AMMENWERTH, E. et al. (2000): Rechnergestützte Pflegedokumentation in der klinischen Routine. – In: Medical Infobahn for Europe – Proceedings of MIE 2000 and GMDS 2000, Amsterdam, IOS Press

ARETS, J. et al (1999): Professionelle Pflege 1: Theoretische und praktische Grundlagen, 3. Aufl., Bern, Hans Huber Verlag

BÖLICHE, C. (2007): Standards in der Pflege – entwickeln – einführen – überprüfen, 1. Aufl., München, Urban und Fischer Verlag

BROBST, R. et al (1997): Der Pflegeprozess in der Praxis, Bern, Hans Huber Verlag

BUDNIK, B. (2009): Pflegeplanung leicht gemacht – Für die Gesundheits- und Krankenpflege, 6. aktualisierte Aufl., München, Urban und Fischer Verlag

FÖLSCH, D. (2008): Ethik in der Pflegepraxis – Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag, Wien, Facultas Verlag

FRANKE, D. (2004): Entwicklung und Implementierung eines wissenschaftlich grundgelegten Patientendokumentationssystems auf der Intensivpflegestation, 1. Aufl., Norderstedt, Grin Verlag

FURLAN/ GALLE/ PETEK (1994): Fortbildungsunterlagen für den Krankenpflegefachdienst, Graz

HESSE, R. (2003): Darstellung des Nutzens der EDV in der Pflege, 1. Aufl., Norderstedt, Grin Verlag

KREPLER, R.; HACKL, J.; MARZI, L. (2002): Recht im Krankenhausalltag, Wien, Lexis Nexis Verlag

LATASCH, L.; KNIPFER, E. (2004): Anästhesie – Intensivmedizin – Intensivpflege, 2. aktualisierte Aufl., München, Urban und Fischer Verlag

LEONI-SCHEIBER, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess, 2. aktualisierte Aufl., Wien, Facultas Verlag

MARTIN, J. (1999): Pflegestandards – Grundlagen und Beispiele, 1. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer Verlag

MENCHE, N.; BAZLEN, U.; KOMERELL, T. (2001): Pflege Heute – Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, 2. aktualisierte Aufl., München - Jena, Urban und Fischer Verlag

SCHWAB, J. (2000): EDV in der Pflege – unverzichtbares Instrument für die Zukunft. - In: Die Schwester/ Der Pfleger, 39. Jahrg. 2/00

STEFAN, H. et al. (2009): POP: Praxisorientierte Pflegediagnostik, 2. aktualisierte Aufl., Wien, Springer Verlag

PROKOSCH, H. (2001): Ein Plädoyer gegen die babylonische Begriffsverwirrung in der Medizinischen Informatik, Münster, Springer Verlag

WEISS-FASSBINDER, S.; LUST, A. (2006): GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 5. aktualisierte Aufl., Wien, Manzsche Verlag

Internetquellen

www.hno-pflege.at/images/regelkreis.jpg , Zugriff am 10.07.2009

www.hno-pflege.at/pflegeprozess.html , Zugriff am 10.07.2009