

Bachelorarbeit

Die Anamnese, der wichtigste Baustein des Pflegeprozesses

eingereicht von
Eva-Maria Bischof

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinischen Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von
Frau Schüttengruber Gerhilde BSc, MSc

Graz, 27.03.2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Eva-Maria Bischof

.....

Graz, am 27. 03. 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
Der Pflegeprozess	2
Komponenten der Pflegeanamnese/des Pflegeassessments	5
Die Datenerhebung im Assessment.....	6
Die Bedeutung der Pflegeanamnese	7
Pflegediagnosen	7
Der Diagnostische Pflegeprozess	8
Elektronische Pflegeanamnesen.....	10
Bedeutung der Forschungsarbeit für die Pflegepraxis	11
Ziel und Fragestellung.....	11
2. Methode	12
Literaturrecherche	12
Studienbewertung	13
3. Ergebnis	14
Paper-based versus Electronic Assessment.....	17
Methode	17
Result.....	18
The Impact structured patient assessment have on patient care	19
Methode	19
Results	20
Electronic Nursing Documentation improve Quality of Patient Care	21
Methode	21
Results	21
Standardizes Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record.....	23
Methode	23
Results	25

4. Conclusion	27
5. Diskussion	29
Limitationen, Stärken und Schwächen	33
Empfehlungen für die Forschung	34
Fazit	35
6. Literaturverzeichnis.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sechs Schritte des Pflegeprozesses	3
Abbildung 2: Flowchart	13

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Information der Prozessschritte	4
Tabelle 2: Überblick der Ergebnisse.....	14

Abkürzungsverzeichnis

NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association

Zusammenfassung

Hintergrund: Eine gute und umfassende Pflege beginnt mit einem gut strukturierten, vollständigen Pflegeassessment. Jeder weitere Schritt des Pflegeprozesses sowie die Pflegeplanung mit ihren Pflegediagnosen beruht auf diesem Schritt. Pflegeassessments können handschriftlich, oder durch ein elektronisches Dokumentationssystem erfasst werden. In Gesundheitseinrichtungen wird die Patientendokumentation immer häufiger auf elektronische Systeme umgestellt, mit der Erwartung mehr Qualität in der Pflege zu erzielen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen in wie weit die Anamnese die Pflege beeinflusst und ob eine strukturierte, elektronische Anamnese einen positiven Einfluss auf den Pflegeprozess hat und diesen positiv beeinflusst.

Methode: Die umfassende Literaturrecherche wurde in Datenbanken, Bibliotheken und Suchmaschinen durchgeführt und inkludierte eine Handsuche in Referenzlisten. Die Recherche erfolgte im Zeitraum von Dezember 2014 bis März 2015 und beinhaltet Quellen in englischer und deutscher Sprache. Die Studien wurden anhand eines relevanten Titels und Abstracts ausgewählt und, wenn relevant, als Volltext herangezogen und kritisch bewertet.

Ergebnis: Die gesammelten Daten der Anamnese sind die Grundlage aller Entscheidungen und der wesentlichste Schritt im weiterfolgenden Pflegeprozess. Vier Studien kamen zu folgenden Ergebnissen. Elektronische Anamnesen wirken sich positiv auf die Qualität der Assessmentdokumentation aus, strukturierte Patientenaufnahmen bedeuten eine Verbesserung zur Erfassung relevanter Patientendaten, elektronische Gesundheitsaufzeichnungen verbessern die Qualität der Pflege, und standardisierte Pflegediagnosen erleichtern die Pflegeplanung im Pflegeprozess.

Abstract

Background: Optimal and thorough nursing starts with a well structured and complete nursing assessment. Every step of the nursing process as well as the nursing care plan including the nursing diagnosis, is based on this essential step. Nursing assessments can be documented in a written form or in an electronic documentation system. In health care institutions the patient documentation is increasingly being changed to an electronic system with the expectation of improving the quality of health care.

Aim: The aim of this thesis is to point out to which extent the assessment influences nursing and if a structured, electronic assessment has a positive influence on the nursing process.

Methods: A thorough literature search was conducted in databases, libraries and search engines and also included a handsearch within the reference lists. The search took place from December 2014 until March 2015 and included sources in English and German. Furthermore, the studies were then chosen based on the relevance of the title and the abstract and if found to be relevant, the full-text was read and evaluated critically.

Results: The gathered information of the assessment represents the basis of all nursing decisions that are made and is a vital step in the subsequent nursing process. Four studies came to the result that electronic assessments have a positive effect on the quality of the assessment documentation. The structured patient evaluation represents an improvement of the gathered relevant patient data. Additionally, electronic health-related records improve the quality of nursing itself and standardized nursing diagnoses facilitate the planning phase in the nursing process.

1. Einleitung

Mit dem Pflegeprozess zeigen wir den Tätigkeitsbereich der Pflege auf, er kann als Kernprozess der Pflege angesehen werden und gilt deshalb als Qualitätssicherungsinstrument im Pflegealltag des diplomierten Personals (Allmer et al. 2009). Da die Anamnese als der erste Schritt im Pflegeprozess dargestellt wird und im Laufe der Pflege einer Klientin/eines Klienten den Grundstein einer jeden Pflegetätigkeit darstellt, richtet sich der Fokus dieser Arbeit auf die Relevanz des Pflegeassessments bzw. der Pflegeanamnese. Häufig wird sie auch als Eckpfeiler der hohen Qualität in der Pflege verstanden (Callis 1999). Im Laufe der Zeit modernisierte sich die Pflegedokumentation, und Pflegepersonen arbeiten immer häufiger mit elektronischen Dokumentationssystemen. Durch diesen Wandel findet sich auch die Pflegeanamnese immer häufiger in elektronischer Form wieder (Ammenwerth et al. 2011). Elektronische Dokumentationssysteme tragen zur Qualitätsverbesserung der Anamnesedokumentation und der Kommunikation bei; und helfen bei der Datenwiederverwendung von Klientinnen/Klienten. Jedoch findet sich auch heute noch der Einsatz papiergestützter Assessmentinstrumente (Hannah et al. 2005). Was die Anamnese so wichtig macht, und ob die elektronische, strukturierte Anamnese der papiergestützten überlegen ist, sollte im Laufe dieser Arbeit aufgezeigt werden.

Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein unabdingbarer Denk- und Handlungsansatz, den Pflegepersonen täglich im Rahmen ihrer Arbeit nutzen (Wilkinson 2012). Er wird als systematischer Problemlösungsprozess durchgeführt. Um aktuelle bzw. potenzielle Gesundheitsprobleme zu identifizieren, zu verhüten, zu behandeln und um das Wohlbefinden der Klienten/des Klienten zu steigern. Der Pflegeprozess fördert gemeinschaftliches Arbeiten, ist kosteneffizient, er hilft den Menschen zu verstehen was Pflegende tun, er wird von Standards für professionelles Handeln gefordert, er verstärkt die Teilnahme der Klientin/des Klienten an der Versorgung, und fördert die Autonomie der Klientin/des Klienten. Zu guter Letzt fördert er auch eine individualisierte Pflege (Wilkinson 2012). Der Sinn und Zweck des Pflegeprozesses ist es, den Pflegepersonen ein theoretisches Gerüst, und einen Bezugsrahmen zu Verfügung zu stellen. Damit der Gesundheitszustand der Klientin/des Klienten identifiziert wird, und sie/er in der Befriedigung ihrer gesundheitsbezogenen Bedürfnisse unterstützt wird. Der Pflegeprozess ermöglicht die zielgerichtete Planung, Implementierung und Evaluation einer individualisierten pflegerischen Betreuung (Wilkinson 2012). Dieses zielgerichtete Vorgehen grenzt die berufliche Pflege von der informellen Pflege ab (Baartmans et al. 2006). Der Pflegeprozess nahm seit 1959 immer wieder unterschiedliche Form an, jedoch wurde er an die Standards of Care der American Nursing Association 1973 und des Standard II der Definition of Nursing Practice and Standards for Nursing Practice der Canadian Nurse Association 1987 reformiert und im eigenverantwortlichem Tätigkeitsbereich des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gesetzlich verankert (Wilkinson 2012). Die Pflege wurde zu einem systemisch planenden Prozess und wurde als eigenständige Profession angesehen. Dies bedeutete mehr Verantwortung für die Pflege und benötigte dadurch eigenständiges Handeln. Durch die prozesshafte Gestaltung der Pflege wurde selbstständiges, zielgerichtetes Handeln wahr. Der Pflegeprozess fördert die kritische Reflexion des eigenen Tuns der Pflegeperson und unterstützt die Anwendung aktuellen Pflegewissens (Yura et al. 1988). Es gibt verschiedene Modelle, um den Pflegeprozess darzustellen. Wie zum Beispiel das Vierstufenmodell nach Jura und Walsh 1967 oder das Fünfstufenmodell nach Gordon 1994 (Allmer et al. 2009). In Österreich jedoch hat sich das sechsstufige Modell von Fiechter und Meier (1981) etabliert.

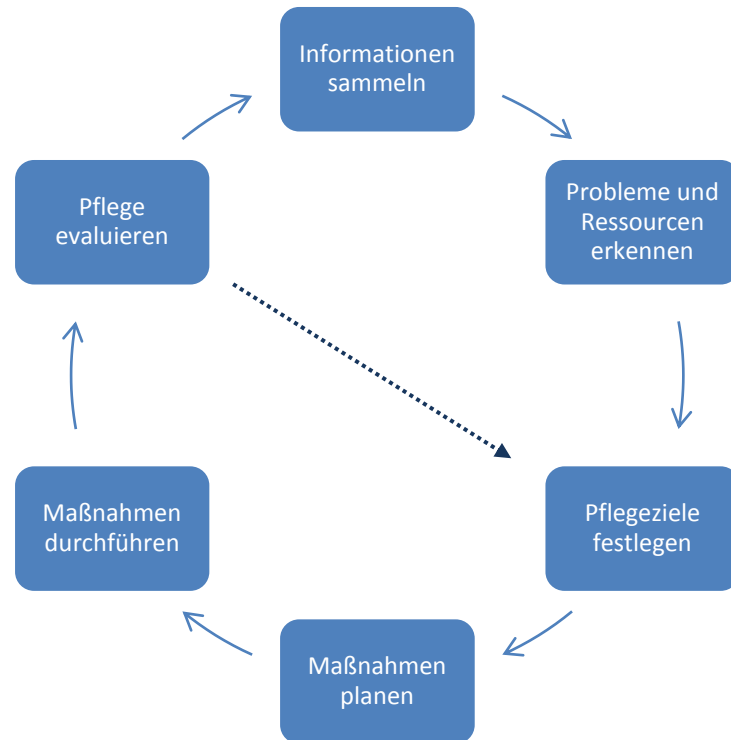


Abbildung 1: Sechs Schritte des Pflegeprozesses (in Anlehnung an Fiechter und Meier 1993 in Kußmaul et al. 2011)

Die Schritte des Pflegeprozesses beeinflussen und überschneiden sich gegenseitig (Wilkinson 2012). Da sich diese Arbeit auf die Anamnese im Pflegeprozess bezieht, wird sich der Fokus diesbezüglich hauptsächlich auf den ersten Schritt des Pflegeprozesses, dem Pflegeassessment beziehen.

Tabelle 1: Information der Prozessschritte (in Anlehnung an Fiechter und Meier 1993 in Kußmaul et al. 2011)

	Prozess	Information
1	Informationen sammeln.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeanamnese durchführen ▪ Daten und Fakten systematisch erheben und dokumentieren
2	Probleme & Ressourcen finden oder beschreiben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daten analysieren und interpretieren ▪ Ressourcen und Probleme des Pflegeempfängers erkennen
3	Ziele festlegen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeziele aufgrund von Pflegeproblemen für einen bestimmten Zeitraum definieren ▪ Ziele mit Klient/Klientin absprechen ▪ Pflegeziele knapp, spezifisch, realistisch, erreichbar, -und überprüfbar auswählen
4	Maßnahmen planen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen für die Pflege benennen und beschreiben ▪ Ressourcen des Klienten berücksichtigen ▪ Pflegestandards verwenden
5	Maßnahmen durchführen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegemaßnahme am Patienten anwenden ▪ Maßnahmen, dokumentieren und beurteilen
6	Überprüfen und Verbessern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soll-Ist-Abgleich der Pflegeziele mit dem Outcome des Klienten/der Klientin

Komponenten der Pflegeanamnese/des Pflegeassessments

Im Assessment versucht die Pflegeperson pflegerische Bedürfnisse, den Gesundheitsstatus des Klienten/der Klientin, sowie alle gesundheitlichen Probleme und Ressourcen zu erkennen. Um keine Informationen zu verlieren, ist ein strukturiertes Vorgehen wichtig (Alfaro-LeFevre 2014). Damit werden Gesundheitsprobleme und Entwicklungspotenziale identifiziert, die pflegerische Betreuung geplant und die erreichten Ergebnisse evaluiert (Wilkinson 2012). Das Assessment, oder auch Anamnesegegespräch genannt, findet meist im Rahmen des Eintritts- oder Erstgesprächs einer Klientin/eines Klienten statt (Allmer et al. 2009). Dabei werden die Pflegevorgeschichte, der Istzustand, vorhandene Ressourcen, individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse, Beeinträchtigungen, Ängste, Gewohnheiten etc. der Klientin/des Klienten erhoben und schriftlich notiert (Weiss-Faßbinder & Lust 2010, S. 90). Zu Beginn werden die Daten erhoben, entweder durch Beobachtung oder Befragung des Klienten. Bei der Beobachtung selektiert und interpretiert die Pflegeperson wahrgenommene Reize. Es werden subjektive, - sowie objektive Daten gesammelt. Es müssen primäre-, sowie sekundäre Datenquellen mit einbezogen werden (Wilkinson 2012). In der Befragung durch die Pflegeperson gemeinsam mit dem Klienten ist es wichtig zielgerichtet vorzugehen. Die Umstände der Klientin/des Klienten und der Zweck der Befragung müssen berücksichtigt werden. Weiters ist es auch wichtig, Prioritäten wichtiger Informationen erkennen zu können. Diese wichtigen Informationen müssen klar fokussiert werden. Systematisches Vorgehen während der Befragung ermöglicht umfassende Informationen, und hilft dabei keine Information im Gespräch zu vergessen. Der häufigste Fehler der bei Assessments auftritt, sind insuffiziente und inkorrekte Daten. Die Information über den Gesundheitszustand der Klientin/des Klienten müssen fachlich korrekt und vollständig sein, damit alle pflegerischen Bedürfnisse des der Klientin/des Klienten berücksichtigt werden,- und ein optimales Outcome erzielt werden kann (Alfaro-LeFevre 2014). Dieses Pflegeinterview stellt eine zweckvolle, strukturierte Kommunikation dar. Es erfolgt immer in einem festen, formalen Schema (Wilkinson 2012). Die Pflegeperson sammelt Fakten und Daten, sie nimmt sozusagen eine untersuchende Haltung ein. Diese Daten und Fakten werden mit Aussagen der Klientin/des Klienten und durch Beobachtung validiert. Es muss sich um zuverlässige Daten handeln. Irrelevantes muss ausgeschlossen werden. Die Pflegeperson strukturiert und kategorisiert diese Daten und setzt sie in einen

Pflegebezugsrahmen. Auch müssen fehlende Informationen eingeholt werden, sowie Lücken ergänzt. Ziel ist es ein umfassendes Bild über die Klientin/den Klienten zu bekommen (Wilkinson 2012). Weiters muss auch die Pflege eine physische Untersuchung durchführen. Beobachtung und Interview müssen identisch sein, auch widersprüchliche Daten müssen vermieden werden. Und der letzte Punkt der Anamnese ist das Strukturieren und Dokumentieren (Wilkinson 2012). In diesem Bereich ist es besonders wichtig, dass die Pflegeperson all ihre Erfahrungen und Kenntnisse aus den Bereichen der menschlichen Grundbedürfnisse, Anatomie, Physiologie, Pathologie, menschliche Entwicklung, menschliche Verhaltensweisen, Sozioökonomie, sowie transkulturelle Kompetenz auf die Klientin/den Klienten anwendet (Wilkinson 2012).

Die Datenerhebung im Assessment

In der Anamnese unterscheidet man subjektive und objektive Daten. Als subjektive Daten werden verdeckte Daten gesehen. Sie sind nicht messbar und können auch nicht durch Beobachtung erhoben werden. Sie werden ausschließlich aus den Aussagen der Klientin/des Klienten herausgelesen. Es sind Gefühle, Sinneswahrnehmungen und Empfindungen, die die Klientin/der Klient über ihre/seine Erkrankung oder Gesundheitszustand hat. Objektive Daten hingegen sind für Außenstehende gut zu erkennen. Diese werden durch Beobachtung und Untersuchung der Klientin/des Klienten gesammelt. Ein Beispiel dazu wäre der Puls, Urinmenge oder Laborwerte. Es wird weiters in der Anamnese zwischen primären und sekundären Daten unterschieden. Diese zwei Datenquellen sollten immer höchst reliabel sein. Die Klientin/der Klient stellt die primäre Datenquelle dar. Daten aus sonstigen Quellen, wie Angehörige oder Freunde werden als sekundäre Datenquellen bezeichnet (Wilkinson 2012). Das Assessment kann ein initiales Assessment sein, das sogenannte Erstassessment, beispielsweise bei einer Klientenneuaufnahme wie schon im oberen Kapitel kurz angesprochen. Es sollte sehr umfassend sein, da alle subjektiven, sowie objektiven Daten zusammengeführt werden müssen. Dadurch wird herausgefunden, wie hoch der Pflegebedarf der Klientin/des Klienten in weiterer Folge sein wird. Bei einem fortlaufenden Assessment hingegen, werden Daten genutzt um neue Probleme zu identifizieren, und um den Status bereits identifizierter Probleme nach der Datenbasis zu bewerten. Bei Bedarf kann es in weiterer Folge auch spezielle Assessments geben (Wilkinson 2012 S.

109-111). Auf spezielle Assessments wird hier nicht weiter eingegangen. Um im Pflegeassessment die Pflegebedürftigkeit und Selbstständigkeit besser erheben zu können, werden hin und wieder auch sogenannte Assessmentinstrumente angewendet. Wie zum Beispiel die visuelle Analogskala um Schmerzen zu messen oder die Braden oder Norton-Skala um das Dekubitusrisiko zu beschreiben. Sie sollten jedoch in Beziehung mit der folgenden Behandlung stehen, nur dann können sie sinnvoll eingesetzt werden (Bartholomeyczik et al. 2009). Im Assessment sollten aber nicht nur Informationen zu Problemen gesammelt werden, sondern auch die Ressourcen, Stärken, Vorlieben und Lösungsmöglichkeiten der Klientin/des Klienten ergänzt werden (Sauter et al. 2011).

Die Bedeutung der Pflegeanamnese

Die gesammelten Daten der Anamnese sind die Grundlage aller Entscheidungen und der wesentlichste Schritt im weiterfolgenden Pflegeprozess (Schrems 2008). Eine qualitativ hochwertige Informationssammlung ist also entscheidend für alle weiteren Schritte im Pflegeprozess (Gordon et al. 2003). Die Anamnese ist jedoch auch ein fortlaufender Vorgang aller Phasen des Pflegeprozesses, und wird deshalb auch immer wieder während des Klientenaufenthaltes herangezogen (Wilkinson 2012). Die Ziele, die Planung, Maßnahmen, sowie die Evaluierung hängen von einer umfangreichen, gut aufgebauten Anamnese ab. Auch die Qualität, sowie die Validität der Pflegediagnosen sind abhängig von der Reliabilität der Daten in dieser Assessmentphase (Wilkinson 2012).

Pflegediagnosen

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich umfasst unter anderem die Feststellung der Pflegebedürfnisse, den sogenannten Pflegediagnosen, welche sich aus der Erhebung des Pflegeassessments ergeben (Leoni-Scheiber 2004). Eine Pflegediagnose ist eine Bezeichnung für den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten. Sie beschreibt ein aktuelles, potenzielles oder mögliches Gesundheitsproblem, welches zu diagnostizieren Pflegepersonen autorisiert sind, und für das sie primäre Behandlungs-bzw. Präventionsinterventionen anordnen können (Wilkinson 2012). Die Qualität und Validität der Pflegediagnosen hängt maßgeblich von der Richtigkeit der in der Assessmentphase gesammelten Daten ab

(Wilkinson 2012). Die NANDA-Taxonomie II der North American Nursing Diagnosis Association, bietet einen Bezugsrahmen für Assessment und Pflegediagnose. Pflegediagnosen können so international klassifiziert werden (NANDA 2012). Die am weitesten verbreitete Definition der Nordamerikanischen Pflegediagnosenvereinigung (NANDA) von 1999 lautet:“ Eine Pflegediagnose ist ein klinisches Urteil über die Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf tatsächliche aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse. Pflegediagnosen liefern die Grundlage für die Auswahl von Pflegeinterventionen, um Ergebnisse zu erzielen, für die die Pflegeperson verantwortlich ist.“ (Zitat: NANDA 1999 in Wilkinson 2012). Pflegepersonen verwenden die Pflegediagnosen als Grundlage für die Beurteilung, Planung, und Umsetzung der Pflege durch das Setzen von Maßnahmen. Sowie zu deren Evaluation (Kurashima et al. 2008). Diese Standardisierung in der Pflege ermöglicht eine einfachere Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, mehr internationale Vergleichbarkeit der Pflege, und verbessert dadurch ihre Qualität (Rutherford, 2008). Weiters dienen Pflegediagnosen auch der Strukturierung und Beschreibung des Fachwissens der Pflege und verhelfen dazu, Pflege sprachlich besser darstellen zu können. Auch die Entwicklung von Fachwissen und die damit verbundenen Wissensdefizite können verdeutlicht werden (Abderhalten 1998, Georg 1995, Mortensen 1998, Schnepf 1994 in Wenninger 2002). Diagnostische Kategorien bzw. Pflegediagnosen sind notwendig um über Pflegekosten oder Personalentscheidungen zu bestimmen (Gordon 2013).

Der Diagnostische Pflegeprozess

Der diagnostische Pflegeprozess ist der Weg von der Informationssammlung, bis zur Erstellung der Pflegediagnosen. Dabei werden nur das Ergebnis der Informationssammlung und die erstellten Pflegediagnosen schriftlich in der Pflegedokumentation festgehalten (Leoni-Scheiber 2004). Der Weg der Diagnosefindung, ist gekennzeichnet durch systematisches-und kritisches Denken und der Fähigkeit, logische Schlüsse über den Gesundheitszustand der Klientin/des Klienten zu ziehen (NANDA 2012). Die Pflegekraft analysiert die Assessmentdaten und bestimmt dadurch die Pflegediagnosen (Alfaro-LeFevre 2014). Passende Pflegediagnosen sind das Ergebnis eines umfassenden Pflegeassessments. Liegen der Pflegeperson zu wenige Daten vor, kann sie/er theoretisch keine Pflegeprobleme diagnostizieren. Ausreichende und richtige Daten aus dem Pflegeassessment bilden

also die essenzielle Grundlage für die Erstellung von Pflegediagnosen (Leoni-Scheiber 2004). Die richtige Einschätzung der Pflegediagnosen der Pflegenden ist sehr wichtig, da sie die Auswahl der Interventionen zur Lösung der gesundheitlichen Bedürfnisse von Klientinnen/Klienten sind. Wird bei einer Klientin/einem Klienten ein bestimmtes Problem diagnostiziert, werden Interventionen, die sogenannten Pflegemaßnahmen ausgewählt, die das Problem lösen oder lindern können (Lunney 2007). Eine ungenaue Einschätzung der Diagnosen könnte eine Auswahl ungeeigneter Interventionen mit sich bringen (Alfaro 1994 in Wenninger 2002). Der diagnostische Prozess ist sehr komplex, da die Pflege versucht den Patienten/die Patientin ganzheitlich zu betrachten. Der Klient möchte als Mensch wahrgenommen werden, und nicht einfach als Beispiel für bestimmte Krankheiten oder Probleme. Es handelt sich um einen aktiven Denkprozess der Pflegenden, in dessen Verlauf die Pflegeperson in ihrem gespeicherten Wissen nach akzeptablen Erklärungen und Definitionen für die Daten in Diagnosen sucht (Lunney 2007).

Eine Pflegediagnose ist meist nach dem PÄS-Schema aufgebaut. Das bedeutet, es wird das Problem aufgezeigt, deren Ursache (Ätiologie) und Symptome beschrieben, die auf die Pflegediagnose hinweisen. Pflegediagnosen können jedoch auch frei formuliert sein. NANDA I ist weltweit die am häufigsten übernommene Pflegeklassifikation (NANDA 2012). Die NANDA Klassifikation in Zusammenhang mit der Internationalen Pflege- Intervention Klassifikation (NIC)- und der Internationalen Klassifikation des Pflegeoutcomes (NOC), wird auch meist als NNN- I Klassifikation bezeichnet und gemeinsam verwendet. Standardisierte, interoperabel codierte und wissenschaftlich fundierte Klassifikationen sind eine notwendige Voraussetzung für die Sicherung von Behandlungskontinuität, Patientensicherheit und Qualität mittels Pflegedokumentation. Gesundheitswesen und Kostenträger fordern standardisierte Daten zur Nachweisbarkeit von Leistungen und Qualität der Pflege (Bernhard-Just 2009). Bei der Anwendung des Pflegeprozesses, sind Klassifikationen nützlich, um die Pflegedokumentation standardisieren zu können (Averill et al. 1998).

Elektronische Pflegeanamnesen

Schon 1970 wurden in den USA elektronische Informationssysteme für die Pflegedokumentation erstmals eingesetzt. Zweck war anfangs eine gute Strukturierung, und mehr Übersicht in der Pflegedokumentation zu bekommen. Und damit die Kommunikation und Koordination zwischen den Krankenstationen zu erleichtern. Im Laufe der Zeit erwiesen sich elektronische Informationssysteme als besonders hilfreich, für den Datenerhalt, die Datenübertragung und Datenbearbeitung von Pflegedaten in den Krankenanstalten. Weiters konnte auch ein Zeit- und Kostennutzen festgestellt werden (Hannah et al. 2006). In der heutigen Zeit, welche durch andauernde Weiterentwicklung und Veränderungen geprägt ist, ändert sich auch die Pflegedokumentation mit all ihren Teilbereichen. Durch elektronische Systeme kommen der Klientin/dem Klienten eine höhere Qualität und Sicherheit der Pflege zu (Ball et al. 2011). Elektronische Aufzeichnungen spielen besonders im Pflegeassessment eine große Rolle, da das Assessment in organisatorischer-, sowie in fachlicher Hinsicht besser ergänzt und weiterentwickelt ist (Alfaro-LeFevre 2014). In den USA wurde die elektronische Aufzeichnung von Patienteninformationen verpflichtend für alle Gesundheitseinrichtungen zur Steigerung der Pflegequalität gesetzlich verankert (U.S.DHHS 2010). Elektronische Dokumentationssysteme finden sich auch in unseren Pflegeeinrichtungen immer öfter, da sie die tägliche Arbeit der Pflegepersonen erleichtert (Ammenwerth et al. 2011). Die Pflegeperson dokumentiert das Assessment dabei am Computer durch strukturierte elektronische Assessmentformulare. Weiters besteht auch die Möglichkeit das Monitoring des Patienten in das Assessment einfließen zu lassen, wie Puls- Oximetrie, EKG-Monitoring oder Ähnliches. Die Werte werden automatisch gespeichert und in die Anamnese übernommen (Wilkinson 2012). Durch die Verwendung von computer- unterstützten Pflegedokumentationssystemen in der Gesundheitspflege wird nicht nur eine Hilfe im Assessment und eine bessere Analyse der Klientin/des Klienten gewährt. Sie hilft Pflegenden auch zu lernen strukturiertere Anamnesen und eine strukturiertere Pflegediagnostik zu erlernen (Chang & Hirsch, 1994; Wright, 1985).

Bedeutung der Forschungsarbeit für die Pflegepraxis

Die Pflegeanamnese ist der erste Schritt des Pflegeprozesses und wichtig, da ein umfangreiches Wissen über den Patienten von Nöten ist, um den Patienten mit all seinen Problemen und Ressourcen in den Pflegeprozess bestmöglich integrieren zu können (Jarvis 2004). Immer wieder haben Pflegepersonen das Gefühl viel Zeit mit dem Assessment aufwenden zu müssen, seien es elektronische Assessments oder papiergestützte (Ammenwerth et al. 2010). Da die Pflegeanamnese ein tägliches Instrument der Pflege ist, liegt die Bedeutung dieser Arbeit in der Bedeutung des Assessments und in der Auswirkung einer elektronisch, strukturierten Anamnese wie es heutzutage schon so oft der Fall ist (Wang et al. 2013).

Ziel und Fragestellung

Ein umfangreiches Assessment stellt die Grundlage für pflegerisches Handeln im Alltag einer Pflegeperson mit dem Pflegeprozess dar, und dient damit der Betreuungs-, sowie Versorgungsqualität eines Patienten. Ziel dieser Arbeit ist es, mithilfe von Literaturrecherche in Datenbanken die Bedeutung der strukturierten, elektronischen Anamnese in Bezug auf den Pflegeprozess darzustellen und herauszufinden, welches Wissen es zu dieser Thematik bereits gibt. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: Warum sollte eine strukturierte, elektronische Anamnese durchgeführt werden?

2. Methode

Literaturrecherche

Für die Beantwortung der genannten Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum von Dezember 2014 bis März 2015 durchgeführt. Ziel der Suche war es Studien oder Reviews zu finden, die diese Forschungsfrage beantworten konnten und einen Einblick in elektronische Informationssysteme gaben. Es sollte dadurch aufgezeigt werden, warum eine strukturierte, elektronische Anamnese einen wichtigen Baustein im Pflegeprozess darstellt. Die Suche wurde in der Datenbank PubMed durchgeführt, mit zusätzlicher Handsuche. Zur Erklärung des Pflegeprozesses wurde auch Fachliteratur des Pflege- Handapparates der Medizinischen Universität Graz verwendet, sowie nach Literatur im Internet durch die Suchmaschine Google gesucht. Für die Literaturrecherche in Datenbanken wurden die Suchbegriffe: digital, electronic*, computerized, computer based, Assessment (MeSH), anamnes*, assessment, nurs* und nursing process verwendet. Die Suchbegriffe wurden mit den Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT verknüpft und im Titel und Abstract gesucht. Es wurde nur nach Literatur gesucht, die nicht älter als 10 Jahre war und in englischer oder deutscher Sprache. Weiters kamen nur Studien mit einem verfügbaren Abstract für den Ergebnisteil in Betracht. Die erzielten Suchergebnisse wurden zunächst aufgrund eines für die Arbeit aussagekräftigen Titels/Abstracts ausgewählt. Im zweiten Schritt wurde der Volltext herangezogen. Insgesamt kamen 9 passende Studien in Frage, wobei sich zwei Studien nach dem Lesen des Volltextes als irrelevant herausstellten. Nach der kritischen Bewertung der Studien wurde nochmals eine Studie ausgeschieden.

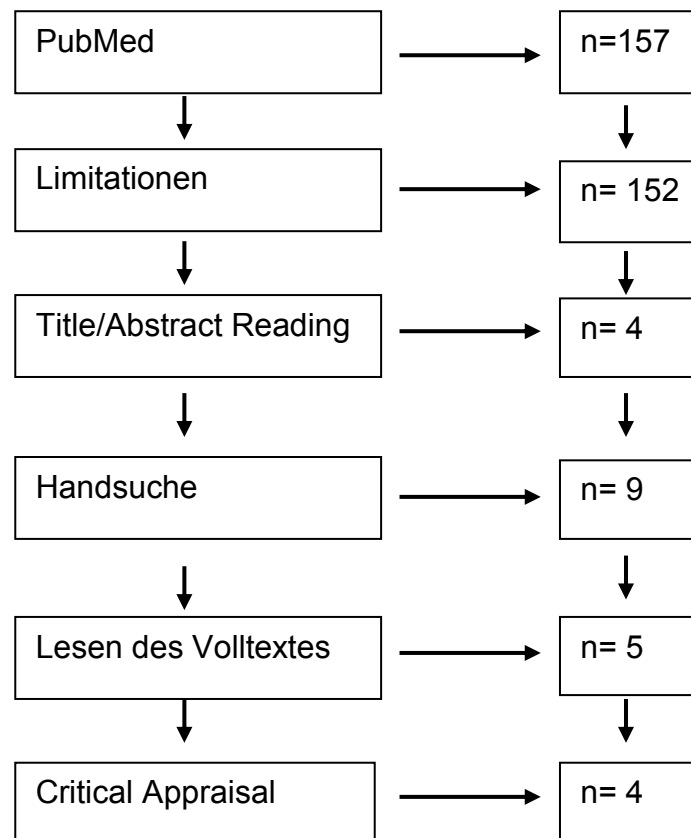


Abbildung 2: Flowchart

Studienbewertung

In diese Bachelorarbeit wurden 4 Studien für den Ergebnisteil herangezogen. Zwei Integrative Reviews, eine quantitativ-, retrospektive Studie, sowie eine quantitative Vorher-Nachher Studie. Zur Bewertung der Integrative Review wurde der Bewertungsbogen von Bauer, S 2014, 'Bewertungskriterien Systematischer Review', basierend auf „JBI Critical Appraisal Checklist für Systematic Reviews AMSTAR und eigens erstellten Fragen“ verwendet und als äußerst genau empfunden. Für die qualitativ-, und quantitativen Studien wurden die Bewertungskriterien von Davis & Logen (2008) herangezogen.

3. Ergebnis

Tabelle 2: Überblick der Ergebnisse

Autorin/Autor	Titel	Design	Sample	Ergebnisse	+/-/~
Wang et al. 2013	Description and comparison of documentation of nursing assessment between paper-based and electronic systems in Australian aged care homes	Quantitativ,- retrospektives Design	6997 elektronische, und 2299 papiergestützte Assessments wurden miteinander verglichen	Elektronische Anamnesen: Dokumentations- <ul style="list-style-type: none"> • Struktur, • Format, • Durchführung, • Inhalt Papiergestützte Anamnesen: <ul style="list-style-type: none"> • Vollständigkeit • Aktualität 	 + + + + + +
Munroe et al. 2013	The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review	Integrative Review	12 Studien wurden untersucht	Strukturierte Patientenaufnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung relevanten Daten • Vollständigere, Aufnahme • Verbesserung nachfolgender Patientenbetreuung • Reduktion übersehener Verletzungen • Steigerung der Dokumentationsqualität 	 + + + + +

				<ul style="list-style-type: none"> • Vollständigere Pflegedokumentation + • Verbesserung physikalischer Untersuchung- oder Verbesserung von Schmerzsymptomen - • Detailliertere und ausführlichere Pflegedokumentation + • Mehr Arzt/Klientenzufriedenheit ~ • Evidenz zur verbesserten Durchführung der Pflege - • Verbesserung zweckmäßiger bzw. angemessener Maßnahmen basierend auf Pflegediagnosen bei Krebspatienten + • Höhere Zufriedenheit der Klienten auf die Pflegeleistung der Pflegekräfte + • Besseres Klienten/Klientinnen Outcome - 	
Kelley et al. 2011	Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care	Integrative Review	24 Studien wurden untersucht	Elektronische Gesundheitsaufzeichnungen: <ul style="list-style-type: none"> • Verbessern Qualität der Pflege ~ • Verbesserung des Patienten Outcomes ~ 	

Estrada et al. 2012	Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey Results	Quantitatives Design, Erhebung prä-, postoperativ und 2-Jahre postoperativ	3x 180 Fragebögen wurden verschickt	Standardisierte Pflegediagnosen: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Anwenderfreundlichkeit zur Findung von Pflegediagnosen • Individuelle Pflegeplanung möglich • Ist ein Bildungshilfsmittel • Sicherheit der Pflegedokumentation • Genauere Pflegedokumentation • Bessere Kommunikation zwischen Abteilungen • Verbessert Patientenoutcome • Zufriedenheit der Pflegekräfte mit der neuen Implementierung 	+ + + + ~ ~ ~
----------------------------	---	--	-------------------------------------	--	---------------------------------

Im Ergebnisteil dieser Arbeit werden die Studien, welche in der PubMed Suchstrategie gefunden wurden für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Jede Studie wird kurz vorgestellt und die Methode beschrieben.

Paper-based versus Electronic Assessment

Die Studie von Wang et. al. (2013) beschreibt und vergleicht elektronische Anamnesen und papiergestützte Anamnesen miteinander, und möchte damit Unterschiede in der Qualität des Pflegeassessments und der Pflegedokumentation in australischen Pflegeheimen aufzeigen.

Methode

Um Assessments miteinander vergleichen zu können wurden 3 Merkmale für die Qualität der Pflegeassessmentdokumentation evaluiert.

- ✓ Format und Struktur
- ✓ Prozess bzw. Ablauf
- ✓ Und der Inhalt der Anamnese

Diesen 3 Merkmalen wurden 7 festgelegte Maße zugeteilt um sie vergleichen zu können: Quantität, Vollständigkeit, Aktualität, Ausführlichkeit, Häufigkeiten spezieller Pflegedomänen bzw. Datenelementen, sowie Datierung & Signatur der Pflegeanamnese durch die Pflegeperson. Es handelt sich bei dieser Studie um eine retrospektive Studie, welche papiergestützte- und elektronische Anamnesen australischer Altenheime miteinander vergleicht. Die Studie wurde in neun Altenheimen im Zeitraum von August 2010 und Juni 2011 durchgeführt. Als Partizipanten wurden alle Bewohner herangezogen, welche längere Zeit in Altenheimen wohnhaft waren und deren Anamnese durch die Zustimmung der Patienten selbst oder deren Angehörige zugänglich waren. Es kam ein convenience sampling zum Einsatz, insgesamt wurden dadurch 159 papiergestützte und 249 elektronische Aufzeichnungen herangezogen, welche 2299 papiergestützte Anamnesen und 6997 elektronische Anamnesen mit sich brachten.

Result

Bei 14 von 159 papiergestützten Aufzeichnungen, das entspricht 9% der Gesamtmenge der Aufzeichnungen in Papierform fanden die Forscher gar kein Assessment. Im Gegensatz zu den 249 elektronischen Aufzeichnungen, hier hatte jede Aufzeichnung ein Anamneseformular inkludiert. In jeder Aufzeichnung waren durchschnittlich 14 in Papierform und 28 in elektronischer Form vorhanden. Das zeigt einen signifikanten Anstieg der Quantität der Assessmentdokumentation in elektronischen Systemen. In der Gesamtvollständigkeit der Aufnahmeassessments schnitten die elektronischen Assessments nur sehr knapp besser ab als die papiergestützten Assessments. Deshalb konnte statistisch gesehen kein signifikanter Unterschied in der Vollständigkeit für Aufnahmeassessments zwischen Papierform- oder elektronischer Form festgestellt werden. Was die Vollständigkeit fortlaufender Anamnesen und die Aktualität der Anamnesen betrifft, schnitten die Assessments in Papierform besser ab als die elektronische Form der Anamnesen. Eine hohe Signifikanz zeigte sich jedoch in der Ausführlichkeit elektronischer Assessments. Was die Häufigkeit der Dokumentation bestimmter Pflegedomänen für die Klienten/den Klienten betrifft, gab es große Unterschiede zwischen den beiden Systemen. Obwohl jedes Altenheim unterschiedliche Pflegedomänen in ihrem Assessment hatte, wurden diese in 16 Kategorien mit Unterkategorien in Bezug auf wichtige Informationen der Klientin/des Klienten geteilt, um sie miteinander vergleichbar zu machen. Im Vergleich zu den papiergestützten Assessments wurde eine vermehrte Assessmentdokumentation in elektronischen Systemen für die drei Pflegedomänen Schmerzen, Freizeit/Lebensstil und kulturelle Bedürfnisse bemerkt. Hingegen wurde eine Verminderung der elektronischen Aufzeichnung in den Domänen Ernährung/Wasserhaushalt, Verhalten, Kommunikations- und Sensorik Verlust festgestellt. Zusammenfassend wurde jedoch bemerkt, dass in elektronischen Anamnesen 10 von 16 Pflegedomänen häufiger dokumentiert und schriftlich festgehalten wurden als in papiergestützten Assessments. Dies bedeutet eine Verbesserung des Anamnesen Inhalts. Es wurde auch bemerkt, dass die Datierung und Unterzeichnung der Assessments von Pflegepersonen bei den elektronischen Assessments deutlich höher ausgefallen ist als in papiergestützten Assessments. Dies zeigt eine Qualitätssteigerung elektronischer Assessments im Pflegeprozess. Elektronische Assessments können also die Qualität der Assessmentdokumentation in der Quantität, Ausführlichkeit, Häufigkeit der Aufzeichnungen, Datierung &

Signatur steigern. Sind der papiergestützten Anamnese jedoch nicht in Vollständigkeit und Aktualität überlegen.

The Impact structured patient assessment have on patient care

Die Auswirkung einer strukturierten Patientenaufnahme auf die Patientenversorgung möchte die integrative Review von Munroe et al. (2013) evaluieren.

Methode

In diese Review wurden insgesamt zwölf Studien inkludiert. Es musste sich um englisch sprachige Studien handeln, welche die Auswirkung von strukturierten Anamnesen von Sanitätern, Diplomiertem Pflegepersonal oder Ärzten beschrieben. Triagestudien und Studien mit einem nicht genau beschriebenen und unvollständigen Assessment wurden exkludiert. Es durfte auch nur Primärforschung verwendet werden, um eine möglichst objektive Form der Erkenntnis zu gewinnen. Alle passenden Artikel wurden als Volltext herangezogen und nach den Kriterien von Polit und Beck 2010 kritisch bewertet. Danach wurden die Studien nochmals von drei Forschern gelesen, um zu gewährleisten, dass alle Kriterien erfüllt sind. Zwei der strukturierten Assessments waren für Notfallkrankenschwestern/Pfleger konzipiert, vier Pflegeassessments auf unterschiedliche Abteilungen ausgelegt, drei handelten über Erstassessments praktischer Ärzte, und zwei handelten über fortlaufende Assessments praktischer Ärzte. Ein wiederum anderes handelte um ein Assessment für Notärzten über Frauen mit gynäkologischen oder geburtshilflichen Beschwerden. Die zwölf Studien haben eine Wirkung auf sechs Gebiete der Patientenbetreuung aufgezeigt. Diese sind der Beurteilungsprozess der Klientin/des Klienten, die Dokumentation der Klientinnen-/Klientenbeurteilung, die Kommunikation, Durchführung der Pflege der Klientin/des Klienten, Zufriedenheit und die Auswirkungen auf den Patienten während der Patientenaufnahme. Die Resultate dieser Review bezogen sich auf diese sechs Gebiete der Patientenaufnahme.

Results

Eine Verbesserung gesammelter Daten in einer strukturierten Patientenaufnahme wurde in fünf von zwölf Studien der Review aufgezeigt. Dies bedeutet, dass durch die Verwendung klarer Strukturen bei der Patientenaufnahme die Zahl der relevanten Daten für die nachfolgende Behandlung verglichen mit unstrukturierten Aufnahmen gesteigert werden konnte. Eine Studie dieser Review, welche sich mit dem Aufnahmeverfahren von Traumapatienten beschäftigte, kam zu dem Ergebnis, dass Ärzte, die ein speziell strukturiertes Aufnahmeverfahren bei Patienten anwendeten, das sogenannte (ATLS) Advanced Trauma Life Support Assessment, die Anforderungen für eine vollständige, lückenlose Aufnahme der Klientinnen/der Klienten, durch Behandeln aller Schritte der Anamnese häufiger erfüllten, als Ärzte, welche diese strukturierte Aufnahme nicht durchführten. Zwei Studien beschrieben eine Verbesserung in der nachfolgenden Patientenbetreuung, wenn eine strukturierte Aufnahme durchgeführt wurde. Auch das Vorkommen übersehener Verletzungen wurde nach einer Struktureinführung im Aufnahmeverfahren für Traumapatienten auf Intensivstationen verringert. Auch die Vollständigkeit und Qualität der klinischen Dokumentation im klinischen Umfeld konnte durch ein strukturiertes Aufnahmeverfahren verbessert werden. Strukturierte Aufnahmeassessments von Pflegepersonen auf Intensivstationen kamen zum Ergebnis, eine vollständigere Dokumentation zu erzielen. Das heißt eine ausführlichere Patientengeschichte und eine genauere Beschreibung der Symptome bzw. der Beschwerden der Klientin/des Klienten waren gegeben. Es konnte jedoch keine Verbesserung in der Aufnahmedokumentation zur physikalischen Bewertung oder eine Verbesserung von Schmerzsymptomen der Klientin/des Klienten festgestellt werden. Auch die Studie welche sich mit dem ärztlichen Assessment schwangerer Frauen, oder Frauen mit geburtshilflichen Problemen befasste, kam zu dem Ergebnis, dass bei der Verwendung strukturierte Patientenaufnahmen eine detailliertere und ausführlichere Dokumentation festgestellt werden konnte. Dies konnte auch bei der Patientengeschichte, der körperlichen Untersuchung und Laboruntersuchungen festgestellt werden. Nach einer Befragung der Klientinnen und Klienten über die Kommunikation zwischen Klient/Arzt bei einer strukturierten Patientenaufnahme gaben 36% der Klientinnen und Klienten an, sich gut über ihren/seinen Befund informiert zu fühlen. Jedoch konnte dieses Ergebnis mit keiner Kontrollgruppe vergleichen werden. Leider zeigte sich in zwei der zwölf Studien keine adäquate

Evidenz zur verbesserten Durchführung der Pflege nach den strukturierten Patientenaufnahmen. Jedoch konnte mit einer strukturierten Patientenaufnahme eine Verbesserung zweckmäßiger bzw. angemessener Maßnahmen basierend auf Pflegediagnosen bei Krebspatienten gemessen werden, im Gegensatz zu einem unstrukturierten Routineassessment. Ein strukturiertes Patientenaufnahmeverfahren von Pflegepersonen für Krebsklientinnen/Klienten wurde mit einem routinierten, unstrukturierten Assessment verglichen. Klienten gaben eine höhere Zufriedenheit bei der Pflegeleistung der Krankenschwester/Pfleger an. Leider konnte in Bezug auf das Klientinnen/Klienten- Outcome, kein aussagekräftiges Ergebnis erzielt werden. Da drei Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen führten.

Electronic Nursing Documentation improve Quality of Patient Care

In dieser Integrativ Review von Kelley et al. 2011 werden 24 Artikel herangezogen, welche die Beziehung elektronischer Pflegedokumentationen mit der Qualität der Pflege hospitalisierter Klientinnen/Klienten darstellen. Kelley et al. (2011) möchte aufzeigen, ob elektronische Pflegedokumentationen die Qualität der Pflege für Patienten im Krankenhaus erhöhen, bzw. beeinflussen.

Methode

Die Suche der Studien erfolgte in den Datenbanken CINAHL und PubMed. Es wurden nur Artikel herangezogen, die sich mit elektronischen Datenbanken in Krankenhäusern und deren Auswirkungen auf die Pflege beschäftigten. Insgesamt wurden 24 Studien behandelt.

Results

Eine Studie kam zu dem Ergebnis, dass 81% der untersuchten Pflegekräfte (n=100%) daran glaubten, dass elektronische Pflegedokumentation eine Hilfe für die Pflege bedeutet. 75% der Pflegekräfte waren zuversichtlich, dass elektronische Aufzeichnung die Dokumentation verbessert. Eine andere Studie zeigte das Ergebnis, dass Pflegekräfte ihre Dokumentationsarbeit schneller erledigten, als Pflegekräfte mit papiergestützten Dokumentationen. Vor der Auswertung der Ergebnisse der Studie von Asao & Boxerman (2008) gaben Pflegekräfte Sorge an, mehr Dokumentationsarbeit leisten zu müssen, und deshalb weniger Zeit für den Patienten aufwenden zu können. In der Studie von Kossmann & Schneider (2008)

wurde ersichtlich, dass Pflegekräfte durchschnittlich 50% ihrer Arbeitszeit in einem Dienst mit Pflegedokumentation verbringen. Es konnte in beiden Studien jedoch kein relevantes Ergebnis aufgezeigt werden, ob elektronische Dokumentation die Betreuungszeit der Klientinnen/der Klienten negativ beeinflusst. Auch andere Studien kamen bei diesem Thema zu gegensätzlichen Ergebnissen. Die Studie von Saarinen & Aho (2005) kam zu dem Ergebnis, dass die Dokumentationszeit bei der Anwendung papierbasierter Pflegedokumentation um 14 Minuten zunimmt im Gegensatz der elektronischen Pflegedokumentation. Und die Studie von Pabst et al. (1996) kam jedoch zu dem Ergebnis, dass die Dokumentationszeit bei der Anwendung von papiergestützten Aufzeichnungen um 20 Minuten abnimmt im Gegensatz zur Anwendung von elektronischen Aufzeichnungen. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass diese Studie beinahe zehn Jahre früher durchgeführt wurde. Wiederum andere Studien konnten keinen signifikanten Unterschied dieses Vergleiches erkennen. Davon abgesehen ob elektronisch oder papiergestützt dokumentiert wurde, konnte festgestellt werden, dass die Dokumentationszeit prinzipiell in einer Nachtschicht beinahe um 20% höher ist, verglichen zur Tagschicht einer Pflegeperson. Der Dokumentationsaufwand ist jedoch auch von der Pflegebedürftigkeit der Klientin/des Klienten, sowie von der jeweiligen Pflegestation unterschiedlich. Leider kamen Forscher auch auf das Ergebnis, dass Pflegekräfte bei der Anwendung von elektronischen Dokumentationssystemen immer weniger auf ihre eigenen kognitiven Fähigkeiten vertrauten, und sich ganz auf das Computerprogramm verließen. Pflegekräfte vergaßen bei der Dokumentation der Pflege aktiv mitzudenken. Ein ähnliches Ergebnis brachte auch eine weitere Studie mit sich, welche die Wahrnehmung der Pflegenden auf ihre Patienten untersuchte. Pflegepersonen verließen sich hauptsächlich auf das Dokumentationsprogramm, um auf Probleme des Patienten aufmerksam zu werden. Drei von 24 Studien zeigten das Ergebnis, dass Pflegenden das Gefühl hätten, aufgrund von vorgegebener Masken und Platzhaltern des elektronischen Systems zu wenig wichtige Informationen übermitteln zu können. Dieses Problem konnte in papiergestützten Dokumentationen nicht aufgezeigt werden. Dies bedeutet, dass eine Umstellung von papiergestützter Dokumentation auf elektronische Formen eine Auswirkung auf die Kommunikation und Informationsgabe im Pflegeteam bedeutet. Studien welche Ergebnisse der Dokumentation in Beziehung zum Alter der Pflegenden untersuchten, blieben ergebnislos. Jedoch wurde herausgefunden, dass jüngere Pflegekräfte eine

positivere Einstellung zur elektronischen Pflegedokumentation mitbrachten als ältere Pflegepersonen. Es gab jedoch keine Ergebnisse in Bezug auf das Geschlecht und die Einstellung elektronischer Dokumentationssysteme. Auch die Ergebnisse zur Bildung in Bezug auf eine positivere Einstellung elektronischer Dokumentationssysteme waren in zwei Studien als positiv zu betrachten, in anderen Studien wiederum als negativ. Durch diese widersprüchlichen Ergebnisse konnte kein signifikantes Endergebnis erkannt werden. Die Mehrheit der Pflegekräfte, 54%, dokumentieren Informationen der Pflege zuerst auf Papier und übertragen diese erst zu einem späteren Zeitpunkt auf den Computer. Da Pflegende es als umständlich empfanden, am Pflegebett mit Laptops oder Computern zu arbeiten. Es konnte ein deutlicher Anstieg der Visibilität und ein besserer Zugang bei elektronischer Dokumentation zu Patientendaten erzielt werden. Besonders bei einem Patientenzugang oder einer Patientenverlegung auf eine andere Pflegestation innerhalb des Krankenhauses. All diese Ergebnisse geben jedoch nach dem Qualitätsmodell nach Donabedian keinen Aufschluss darüber, ob elektronische Dokumentationssysteme wirklich die Qualität der Pflege und damit das Patientenoutcome verbessern.

Standardizes Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record

Ziel dieser Studie war es neue Pflegediagnosen in Anlehnung an die NANDA I und NIC Klassifikation in elektronischen Patientendatensystemen einzuführen, und mittels Fragebogen die Zufriedenheit dieser Implementierung am Pflegepersonal in Bezug auf die Anwendung standardisierter Pflegeterminologien und der Pflegeplanung zu beurteilen.

Methode

Eine Gruppe von Pflegekräften eines Veteran Hospitals in den USA, bemerkte ein Problem mit den Pflegediagnosen, welche ihnen in ihrem Krankenhaus zu Verfügung standen. Sie hatten das Gefühl über unzureichende und unpassende Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen in ihrem Computersystem zu verfügen. Daraufhin kam es zur Bildung eines Evidenced Based Practice Forschungskomitees, welches alle Stationen dieser Einrichtung vertrat. Das Forschungskomitee versuchte eine standardisierte Pflegesprache, sowie die Anwendung der NANDA und NIC

Klassifikation für die Pflegedokumentation einzuführen. Die Auswirkung dieser Änderung auf das Diplomierte Pflegepersonal wurde in dieser Studie untersucht. Das Studiendesign bestand aus einer Vorher-Nachher Umfrage um Feedback des Diplomierten Pflegepersonales bezüglich Änderung der Diagnosenliste und Pflegeinterventionen im Patientendatensystem und deren Anwenderfreundlichkeit im Krankenhaus zu eruieren. Weiters wurde eine dritte Datensammlung zwei Jahre nach der Implementierung eingeholt, um die Studienqualität zu verbessern und eine bessere Vergleichbarkeit der Umfragen zu bekommen. Einschlusskriterien für Diplomierte Personal, welches bei der Umfrage teilnehmen konnte waren: eine Fixanstellung als diplomiertes Pflegepersonal, eine Vollzeitstellung und das regelmäßige Planen und Dokumentieren der Pflege stationärer Patienten im elektronischen Patientendatensystem. Ausgeschlossen wurden alle, die keinen direkten Kontakt mit der Pflege der Klientinnen/der Klienten hatten, und nicht an der Entwicklung der neuen Pläneinführung beteiligt waren. Insgesamt kamen 180 Partizipantinnen und Partizipanten für diese Studie in Frage. Die Teilnehmer arbeiteten in der Erwachsenenpflege auf Intensivstationen, chirurgischen Stationen, medizinischen Stationen sowie auf psychiatrischen Pflegestation. Die Partizipantinnen und Partizipanten wurden geschult und im Februar 2006 startete die Studie. Da kein Instrument zur Auswertung der Umfragen für die Forscher als passend angesehen wurde, entwickelten sie ein eigenes Instrument, einen Fragebogen. Er beinhaltete 22 Fragen mit einer Likert Skala mit den Punkten 1-4 (1 bedeutete eine hohe Zustimmung zur Frage bzw. Aussage, 4 bedeutete keine Zustimmung der Partizipantin/ des Partizipanten zur Frage), sowie zwei offenen Fragen. Die offenen Fragen wurden in dieser Studie jedoch nicht ausgewertet und in die Ergebnisse miteinbezogen. Der Entwurf der Forscher wurde durch die Ethikkommission bestätigt. Die Zuverlässigkeit des Umfrageinstrumentes wurde mit dem Cronbach Alpha Koeffizient gewährleistet. Das Instrument wurde mittels E-Mails an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschickt. Im Mailanhang wurde die Studie den Partizipantinnen und Partizipanten nochmals vorgestellt und Sinn, Zweck sowie Risiken, und Kontaktinformationen angegeben. Insgesamt wurden 180 Umfragen im Februar 2006 am Beginn der Implementierung der Dokumentationsänderung, im August 2006, und im Mai 2008, zwei Jahre nach der Implementierung verschickt. Die Rücklaufquote der Umfragen betrug bei der ersten 31%, bei der zweiten Umfrage 38% und bei der dritten Umfrage 36%. Die Daten wurden mittels SPSS ausgewertet.

Results

69-73% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Umfragen waren älter als vierzig Jahre. Beachtlich ist auch, dass mehr als die Hälfte der Partizipantinnen/Partizipanten mindestens einen Bachelorabschluss vorweisen konnten. Es wurde die Einstellung der Pflegekräfte zur Anwenderfreundlichkeit der neuen Pflegediagnosen, deren Verwendung in der Arbeitspraxis, deren Einfluss auf die Pflegeplanung, sowie die persönliche Zufriedenheit der Pflegekräfte durch standardisierte Pflegediagnosen durch 22 Fragen abgefragt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten generell eine bessere Bewertung zur neuen Forschungsimplementierung in der zweiten Umfrage, verglichen zur ersten Umfrage. Jede Frage wurde in der zweiten Umfrage besser bewertet. Das bedeutet, dass niemand die Implementierung nach 6 Monaten der Einführung schlechter fand als zu Beginn der Einführung. Bei der dritten Umfrage, zwei Jahre nach der beginnenden Implementierung war zu erkennen, dass bei den meisten Fragen, die Punkte der positiven Übereinstimmung gleich geblieben oder sogar besser ausgefallen sind als bei der ersten Umfrage. Zwischen den Umfragen wurde eine positive Steigerung der Werte, bezogen auf eine Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit zur Findung von Pflegediagnosen gemessen. Die Partizipantinnen/Partizipanten gaben auch an, das Gefühl zu haben individuelle Pflege besser gewährleisten zu können, ebenfalls wurde angegeben, damit eine höhere Sicherheit in der Pflegedokumentation zu erzielen. Ebenfalls können standardisierte Pflegediagnosen, laut Pflegepersonen positiv als Bildungshilfsmittel eingesetzt werden. Es konnte kein signifikanter Unterschied gemessen werden, ob die standardisierten Pflegediagnosen zu einer besseren Kommunikation zwischen den Abteilungen führen. Weiters konnte auch zu einem besseren Patientenoutcome seit der Implementierung kein signifikanter Unterschied aufgezeigt werden. Es wurde auch kein großer Unterschied im Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Partizipantinnen/Partizipanten aufgezeigt. Die Frage 22 handelte über die persönliche Zufriedenheit mit der neuen, derzeitigen Pflegeplanung im Patientendokumentationssystem. Diese Frage lautete: „I am satisfied with the current way we do care planning in the electronic health record.“ Hier ergab die erste Umfrage eine Zustimmung von durchschnittlich 2.88 von 4 möglichen Punkten, im Gegensatz zur dritten Umfrage zwei Jahre später stieg dieser Punktwert nur um 0.02 auf 2.90 Punkte an. Es konnte also keine bedeutungsvolle Steigerung zur persönlichen Zufriedenheit der Partizipantinnen/Partizipanten mit der

neuen, derzeitigen Pflegeplanung im Patientendokumentationssystem während der Studiendurchführung erkannt werden. Die Gewährleistung einer genaueren Pflegedokumentation, zeigten die Partizipantinnen/ Partizipanten als positives Resultat auf. Es gab in der dritten Umfrage im Vergleich zur ersten Umfrage eine Punktesteigerung von 8%. Ein Drittel der Befragten stimmten der ersten Frage: „Wie zufrieden sind Diplomierte Pflegepersonen mit den zu Verfügung stehenden Diagnosenlisten im Patientendatensystem um die Pflegeplanung für den Klienten/der Klientin ausführen zu können, im Vorher-Nachher-Vergleich der Implementierung?“ gar nicht zu. Ein Viertel der Befragten konnten der Frage 5 mit der Aussage: „Ich finde, ich kann auf einfachem Wege individuelle Pflegeplanung im elektronischen Patientendokumentationssystem durchführen, und sie an die Patientenbedürfnisse anpassen“ nicht zustimmen.

4. Conclusion

Ergebnissen aller Studien wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit herangezogen. In der Studie von Wang et al. (2013) war das elektronische Assessment in Struktur, Format, Durchführung und Inhalt der Assessmentdokumentation der papiergestützten Anamnese überlegen. Elektronische Assessments konnten die Qualität der Assessmentdokumentation in der Quantität, Ausführlichkeit, Häufigkeit der Aufzeichnungen, Datierung & Signatur steigern. Die Studie von Munroe et al. (2013) fand heraus, dass eine strukturierte Patientenaufnahme, gleichzeitig eine vollständigere Aufnahme einer Klientin/eines Klienten in der Pflege bedeutet. Die strukturierte Patientenaufnahme bedeutet auch eine Verbesserung in der Maßnahmenplanung von Klientinnen /und Klienten. Bei der Anwendung eines strukturierten Assessments konnte auch eine höhere Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten mit der Pflegeleistung aufgezeigt werden, sowie eine vollständigere Pflegedokumentation, verglichen mit der Durchführung eines unstrukturierten Aufnahmeverfahrens. Es konnte jedoch nicht nur eine Verbesserung seitens der Pflege bei der Anwendung von strukturierten Patientenaufnahmen aufgezeigt werden, auch bei deren Anwendung durch Ärztinnen/Ärzten gab es Verbesserungen. Munroe et al. (2013) zeigt einerseits eine Verbesserung relevanter Daten im Ärzte/Klienten-Assessmentverfahren auf, andererseits eine vollständigere Aufnahme, bei Anwendung einer strukturierten Patientenaufnahme im Gegensatz zu herkömmlichen Aufnahmeverfahren ohne strikter Struktur. Weiters konnte auch eine bessere nachfolgende Patientenbetreuung, eine Reduktion übersehener Verletzungen, sowie eine Steigerung der Dokumentationsqualität durch strukturierte Patientenaufnahmen an der Klientin/dem Klienten durch dem Arzt/der Ärztin festgestellt werden. Die Studie von Kelley et al. (2011) bezog sich auf die Anwendung elektronischer Patientendokumentationssysteme, jedoch konnten keine relevanten Ergebnisse zur Verbesserung des Patientenoutcomes erzielt werden. Die Studie von Kelley et. al. (2011) kam auch zu keinem Ergebnis, ob elektronische Patientendokumentationssysteme die Pflegequalität steigert. In der Studie von Estrada et al. (2012), wurde in den Ergebnissen aufgezeigt, dass standardisierte Pflegediagnosen der Pflegeperson helfen, die individuelle Pflegeplanung zu erleichtern. Auch ergaben die Ergebnisse in Estrada et a. (2012), dass Pflegepersonen standardisierte Pflegediagnosen als ein Hilfsmittel zur Bildung

wahrnehmen. Weiters gaben Pflegepersonen auch an, eine höhere Sicherheit der Pflege bei der Anwendung standardisierter Pflegediagnosen zu bemerken.

Es konnte in mehreren Studien die Bedeutung der Anamnese im Pflegeprozess aufgezeigt werden. Wie zum Beispiel in den Studien Wang et. al. (2013), Munroe et al. (2013), Chang, B. L., & Hirsch, M. (1994) und Wright, C. (1985). Jedoch konnte die Forschungsfrage in Bezug auf elektronische Assessments nicht zur Gänze beantwortet werden. Denn nur die Studie von Wang et al. (2013) untersuchte explizit den Unterschied zwischen elektronischer Assessments und papiergestützten Assessments.

5. Diskussion

Leider gibt es nur sehr wenig Forschung, welche sich auf die Auswirkung elektronischer Anamnesen auf den Pflegeprozess bezieht. Aufgrund dessen wurden Studien in den Ergebnisteil mit einbezogen, welche an die Anamnese anknüpfen um so einen umfassenderen Einblick in die Thematik des Pflegeprozesses zu bekommen. Wie in der Einleitung und Conclusion schon beschrieben, hängt die Anamnese mit dem gesamten Pflegeprozess, der Pflegeplanung und der Erstellung der Pflegediagnosen zusammen. Deshalb finden sich auch im Ergebnisteil Studien bzw. Reviews wieder die sich nicht nur auf die elektronische Anamnese allein spezialisieren, sondern auch auf elektronische Dokumentationssysteme, strukturierten Aufnahmeverfahren der Klientinnen/der Klienten, und die Anwendung von Pflegediagnosen in der Praxis.

Mit der Studie von Wang et al. (2013) konnten positive Aspekte der elektronischen Pflegeanamnese aufgezeigt werden. Elektronische Dokumentationssysteme mit elektronischen Assessments können die Qualität der Dokumentationsstruktur, des Formates, und des Inhaltes der Pflegeanamnese verbessern. Nicht nur Wang et al. (2013) kommt zu diesem Ergebnis auch die Literatur von Hannah et al. (2005) kommt zu dem Ergebnis, dass elektronische Dokumentationssysteme zur Qualitätsverbesserung der Anamnesedokumentation und zu einer besseren Kommunikation beitragen; und bei der Datenwiederverwendung von Klientinnen/Klienten helfen. Jedoch müssen bei dieser Studie von Wang et al. (2013) einige Limitationen aufgezeigt werden. Es gibt in dieser Studie keine genaue Angabe über das Setting. Weiters ist auch zu erwähnen, dass in insgesamt 9 Altenheime zwei unterschiedliche elektronische Dokumentationssysteme verwendet wurden, diese wurden in der Studie nicht genau beschrieben. Auch hatte jedes System eine andere Strukturierung der Dokumentationssysteme in den verschiedenen Altenheimen, sodass eine Vergleichbarkeit zwischen diesen, und ein Zusammenführen verschiedener Pflegedomänen zur Überprüfung der Dokumentationshäufigkeit in Frage gestellt werden muss. Der Methodenteil dieser Studie ist sehr knapp beschrieben, und auch schwer nachvollziehbar. Eine erneute Durchführung nur anhand der Informationen welche in der Studie beschrieben

werden, wäre faktisch nicht möglich. Auch die Aufteilung der 9 Pflegeheime innerhalb der Organisationen war nicht ausgeglichen, so lieferte die dritte Organisation die meisten Teilnehmer mit einem dezentralen Management. Die anderen Pflegeheime waren von ihrer Organisationsgröße kleiner und hatten ein zentralisiertes Management. Es wird auch beschrieben, dass eine Schulung und Computerkenntnisse das Ergebnis der Studie beeinflusst haben könnten. Auch die häufigere Signatur und Datierung der Assessments, welche die Beweisbarkeit der Durchführung der Anamnese auf die Pflegekraft werfen, werden in Frage gestellt. Da es in elektronischen Systemen eine Automatisierungseinstellung gibt, welche dazu verwendet werden kann (Wang et al. 2013). Es ist auch nicht bekannt, wie Wang et al. (2013) genau zu den Teilnehmerinnen/Teilnehmern kam. Es wird zwar die Teilnahme durch das Einverständnis der Bewohnerinnen/der Bewohner angeführt. Jedoch gibt es keine Angaben dazu ob diese Zustimmung schriftlich durch einen Vertrag, oder telefonisch getätigt wurde. Es wurde auch nicht angegeben, wie viele Jahre eine Bewohnerin/ein Bewohner in einem Altenheim wohnhaft sein musste, um in die Studie miteinbezogen zu werden. Da diese Studie nur in Altenheimen durchgeführt wurde, kann sie auch nicht mit Anamnesen stationärer Klientinnen/Klienten verglichen werden. Ergänzend zu den Ergebnissen der Studie von Wang et al. (2013), kann die Literatur von Alfaro-LeFevre (2014) herangezogen werden. Darin wird beschrieben, dass elektronische Aufzeichnungen, besonders im Pflegeassessment eine große Rolle spielen. Da das elektronische Assessment in organisatorischer-, sowie in fachlicher Hinsicht besser ergänzt und weiterentwickelt ist als nicht elektronische Pflegeassessments. Ein weiterer Punkt, der die Bedeutung der elektronischen Anamnese aufwerten lässt, und in der Literatur von Wilkinson 2012 beschrieben ist, ist die Möglichkeit das Monitoring einer Klientin/eines Klienten automatisch in eine elektronische Anamnese miteinfließen zu lassen. Dies bezieht sich jedoch hauptsächlich auf stationäre Klientinnen und Klienten.

Die Ergebnisse der Studie von Munroe et al. (2013) zeigen eine Verbesserung relevanter Patientendaten und ein besseres Patientenoutcome im strukturierten Aufnahmeverfahren mit Klientinnen/Klienten auf. Auch die Literatur von Wilkinson (2012) bestätigt, dass das Assessment eine zweckvolle, strukturierte Kommunikation darstellen sollte und immer in einem festen, formalen Schema ablaufen sollte, um keiner Information entgehen zu können. Auch Alfaro-LeFevre (2014) zeigt auf, dass

es bei der Befragung durch die Pflegeperson gemeinsam mit dem Klienten wichtig ist, zielgerichtet vorzugehen. Jedoch wurden in der Integrative Review von Munroe et al. (2013) vermehrt medizinische und weniger pflegerelevante Ergebnisse erzielt und beschrieben. Weiters brachten die Studien, welche die Integrative Review von Munroe et al. (2013) beschrieben, von vornherein wenig Beweisbarkeit mit sich. Da nicht nur Aufnahmeverfahren der Pflege inkludiert waren, haben die Ergebnisse wenig Aussagekraft auf die Auswirkung in der Pflege. Es wird hauptsächlich auf Ärzteergebnisse hingewiesen. Jedoch ist ein positiver Aspekt, dass Studien aus verschiedenen Teilen der Erde mit einbezogen wurden. Wie Australien, USA, Kanada und die UK. Als sehr positiv konnte auch der genau beschriebene Methodenteil betrachtet werden. Die Studie von Kelley et al. (2011) über die Anwendung elektronischer Dokumentationssysteme erzielte keine Resultate zur Verbesserung des Patientenoutcomes und der Pflegequalität bei der Einführung elektronischer Dokumentationssysteme. Chang & Hirsch (1994), sowie Wright (1985) fanden in ihren Studien wiederum heraus, dass die Verwendung von computergestützten Pflegedokumentationssystemen in der Gesundheitspflege eine bessere Analyse der Klientin/des Klienten gewährt. Es hilft Pflegenden auch eine strukturiertere Anamnese und eine strukturiertere Pflegediagnostik zu erlernen, welche sich wieder positiv auf die Pflege des Klienten/der Klienten auswirkt. In der Studie von Kelley et al. (2011) sind die Erkenntnisse der miteinander verglichenen Studien, auch wenn sie zu keinen signifikanten Ergebnissen führten kritisch zu betrachten. Da die Studien, welche miteinander verglichen wurden, große Zeitspannen in der Durchführung aufwiesen. Hier hätte eine Zeitlimitation der Studien, welche in dieser Review verwendet wurden eventuell zu aussagekräftigeren Ergebnissen geführt. Auch das deskriptive Querschnittstudiendesign bietet dem Forscher nur eine Momentaufnahme. Auch wenn diese Studie von Kelley et al. (2011) keine relevanten Ergebnisse zum Patientenoutcome liefert, die Literatur von Hannah et al. (2006) liefert uns dennoch interessante Informationen zu diesem Thema. Hannah et al. (2006) schreibt, elektronische Informationssysteme in Krankenhäusern können nicht nur einen Kosten-Nutzen-Faktor darstellen, sondern helfen auch beim Datenerhalt und der Datenübertragung von Klientinnen/Klienten. Des weiteren kann durch die Anwendung elektronischer Informationssysteme Zeit eingespart werden. Auch Ball et al. (2011) beschreibt eine höhere Qualität und – Sicherheit der Pflege durch die Anwendung von Elektronischen

Informationssystemen. U.S.DHHS (2014), das sogenannte United States Department of Health and Human Services, schreibt sogar von einer verpflichtenden elektronischen Aufzeichnung für alle Gesundheitseinrichtungen in den USA.

Die Studie von Estrada et al. (2012) liefert sehr simple, und leicht nachvollziehbare Ergebnisse zu standardisierten Pflegediagnosen. In der Literatur von Wilkinson (2012) wird dazu aufgezeigt, dass die Qualität und Validität der Pflegediagnosen maßgeblich von der Richtigkeit, der in der Assessmentphase gesammelten Daten abhängt. Deshalb stehen Pflegediagnosen und die Anamnese in engem Kontakt zueinander. Die Methode der Studie von Estrada et al. (2012) wurde sehr gut beschrieben, und auch der Ergebnisteil äußerst verständlich aufgebaut. Ergebnisse waren sehr übersichtlich dargestellt, und leicht miteinander vergleichbar. Sie zeigt, dass Pflegekräfte das Gefühl haben, standardisierte Pflegediagnosen seien für die Pflege nützlicher als nicht standardisierte Pflegediagnosen. Vor allem in den Punkten verbesserte Anwenderfreundlichkeit zur Findung von Pflegediagnosen, individuelle Pflegeplanung, Bildung, und Dokumentationsgenauigkeit war eine positive Einstellung zur Verwendung von standardisierten Pflegediagnosen von Pflegekräften zu messen. Als Kritikpunkt der Studie von Estrada et al. (2012) wäre die Einführung eines komplett neuen Instrumentes anzumerken, und zu hinterfragen. Da dieses Instrument zum ersten Mal seine Anwendung fand, und noch nie zuvor getestet wurde. Weiters wurde diese Studie nur in einem Krankenhaus der USA durchgeführt, deshalb gab es nur eine sehr kleine Anzahl an Partizipantinnen und Partizipanten. Des Weiteren betrug auch die Rücklaufquote in allen drei Umfragen nie mehr als 38% der 180 Partizipantinnen und Partizipanten. Das genaue Setting wurde ebenfalls in dieser Studie nicht erwähnt. Zu guter Letzt muss darauf hingewiesen werden, dass bei einer Umfrage, mit jeweils den gleichen Fragen, in gleicher Reihenfolge, das Ergebnis von Teilnehmerinnen und Teilnehmern ebenfalls hätte beeinflusst werden können, sowie auch die Diagnosenliste im Laufe der Zeit für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als vertraut angesehen werden könnte. Abschließend sollte damit aufgezeigt werden, dass Ergebnisse einer Studie etwas sehr Positives darstellen können, jedoch sollten diese immer kritisch betrachtet und hinterfragt werden. In Bezug auf Pflegediagnosen gibt es ähnliche Zustimmung anderer Literatur, die an die Ergebnisse von Estrada et al. (2012) anknüpfen. Und zwar von Lunney (2007). Dort wird beschrieben, dass eine genaue Einschätzung der

Pflegediagnosen der Pflegenden sehr wichtig ist, um die richtige Auswahl der Interventionen zur Lösung gesundheitlicher Bedürfnisse von Klientinnen/Klienten gewährleisten zu können. Daran knüpft auch die Literatur von Alfaro (1994) in Wenninger (2002). Darin wird beschrieben, dass nämlich eine ungenaue Einschätzung der Pflegediagnosen eine falsche Auswahl an Interventionen mit sich bringen könnte. Ungeeignete Interventionen könnten der Klientin/dem Klienten Schaden zuführen. Auch Rutherford (2008) kommt zu ähnlichen Ergebnissen und zeigt, dass die Standardisierung in der Pflege nicht nur eine einfachere Kommunikation mit anderen Berufsgruppen bedeutet, sondern auch mehr internationale Vergleichbarkeit der Pflege bietet, und dadurch die Pflegequalität verbessert.

Limitationen, Stärken und Schwächen

Als Stärke dieser Arbeiten kann die Auswahl internationaler Studien gezählt werden. Es wurden im Ergebnisteil Studien aus den USA, Australien und Europa behandelt. Weiters als positiv zu betrachten, ist die Verwendung von Integrative Reviews, welche Ergebnisse mehrerer Studien zusammenführen und so einen breiteren Überblick über ein Themengebiet liefern. Auch die verwendete Literatur im Ergebnisteil ist mit Sicherheit nicht älter als 10 Jahren, die Literatur der Einleitung ist ebenfalls zum größten Teil jünger als zehn Jahre. Eine weitere Stärke ist die Relevanz des Titels dieser Arbeit für die Forschungspraxis.

Als Limitation dieser Arbeit kann die Methode der Literaturdurchsicht gesehen werden. Denn zur Literatursuche wurde nur die Datenbank PubMed verwendet. Andere Datenbanken wie CINAHL, die Cochrane Datenbank, oder die Suchmaske Ovid hätten eventuell einen breiteren Zugang zu weiterer Literatur geschaffen. Auch der Zeitraum der Literaturrecherche war sehr knapp und erstreckte sich lediglich von Dezember 2014 bis März 2015. Ein sehr kurzer Zeitraum, um ausreichend Recherchen zu Hintergrundwissen und Forschung anstellen zu können. Eine weitere Limitation kann in der Literaturrecherche aufgezeigt werden. Es wurde in dieser Arbeit nur Literatur verwendet, welche in deutscher oder englischer Sprache zugänglich war. Anderssprachige Artikel wurden deshalb automatisch ausgeschlossen. Eine Schwäche dieser Arbeit wird auch im Ergebnisteil angezeigt. Leider wurden nur vier passende Studien gefunden und für den Ergebnisteil

herangezogen. Eine dieser vier Studien konnte auch keine signifikanten Ergebnisse liefern, was den Ergebnisteil wiederum etwas abwerten lässt. Durch eine höhere Anzahl von Studien im Ergebnisteil, hätte eine längere Diskussion und ein besserer Gesamtüberblick über das Thema der Arbeit gegeben werden können. Als eine weitere Schwäche, könnte das Fehlen einer qualitativen Studie genannt werden. Um persönliche Meinungen von Pflegepersonen in den Ergebnisteil miteinfließen lassen zu können. Des Weiteren wurde in dieser Arbeit lediglich das Abstract in englischer Sprache übersetzt. Dies beschränkt die internationale Anwendbarkeit und Vergleichbarkeit dieser Arbeit.

Empfehlungen für die Forschung

Um optimale Pflege am Patienten durchführen zu können, und unter den neuesten Erkenntnissen der Pflege arbeiten zu können, braucht es ständig neue Erkenntnisse aus der Forschung (Burns & Grove 2011). Um die Professionalisierung der Pflege weiter voranzutreiben sind weitere Forschungen zur Verbesserung der Anamnese im Pflegeprozess unabdingbar (Yura et al. 1988). Um den extremen Einfluss der Anamnese in alle Pflegetätigkeiten darstellen zu können, wäre mehr Forschung zum Thema Einfluss des Assessments auf einzelne Schritte des Pflegeprozess wünschenswert. Es wäre auch sehr positiv, wenn es in Zukunft mehr Forschung zum Thema elektronische Anamnesen gäbe. Zwar gibt es diesbezüglich Literatur, jedoch wäre bei einem so relevanten Pflege Thema mehr Forschung notwendig. Auch Wang et al. (2013) liefert einen Anstoß zu möglicher weiterfolgender Forschung. Und zwar zur Forschung der Assessmentdokumentation in der Pflegepraxis, und deren Einfluss auf die Pflegequalität- und das Patientenoutcome. Um den Vergleich elektronischer und papiergestützter Anamnesen weitläufiger zu gestalten, könnte die Studie von Wang et al. (2013) auch adaptiert, verbessert und in einem anderen Setting durchgeführt werden.

Fazit

Als die Grundlage aller Entscheidungen im Pflegeprozess gilt die Anamnese (Wilkinson 2012). Sie kann papiergestützt dokumentiert werden, oder in elektronischer Form verwendet werden. Im Ergebnisteil wurde aufgezeigt, dass die elektronische Anamnese der papiergestützten in wenigen Punkten überlegen ist, auch die Anwendung elektronischer Dokumentationssysteme ergab im Laufe dieser Arbeit viele positive Auswirkungen auf die Pflege. Im weiteren Hinblick wurde auch der Zusammenhang zwischen Pflegediagnose und Assessment beschrieben. Die Literatur besagt, dass die Qualität, und Validität von Pflegediagnosen von einer umfassenden Anamnese abhängen (Schrems 2008). Es wurde auch dazu eine Studie in Zusammenhang mit elektronischer Dokumentation verwendet. Viele positive Ergebnisse ließen sich auch aus der Implementierung standardisierter Pflegediagnosen ableiten. Trotz alledem, sei es eine Pflegediagnose, eine Pflegeplanung, die elektronische Pflegedokumentation mit ihren elektronischen Anamnesen, hinter allem verbirgt sich die Anamnese. Und auch wenn die Elektronik in der Pflege viele Vorteile mit sich bringt, und die Pflege in vielen Bereichen erleichtert, ist es wichtig, dass die Pflegekraft ihre Erfahrungen und Kenntnisse über die Grundbedürfnisse des Menschen im Pflegeprozess anwendet (Wilkinson 2012). Sie sollte nicht blind auf elektronische Dokumentationssysteme vertrauen, oder vergessen, kritisches Denken bei jeder Pfl egetätigkeiten an der Klientin/am Klienten anzuwenden (Müller- Staub 2006).

6. Literaturverzeichnis

Alfaro-LeFevre, R 2014, *Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning*, 8th edn, Wolters KluwerHealth/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Allmer F., Burger V., Chukwuma-Lutz S., Oswald M., Rappold E., Rottenhofer I., Stauer D., Musil J., Weißenbacher M., Wild M. 2009, *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation*. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. (file:///C:/Users/eva_admin/Downloads/Arbeitshilfe%202009.pdf) abgerufen am 23.3.2013

Ammenwerth, E, Rauchegger, F, Ehlers, F, Hirsch, B & Schaubmayr, C 2011, 'Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument' (eng), *International journal of medical informatics*, vol. 80, no. 1, pp. 25–38.

Averill, S.B, Marek, K.D, Zielstorff, R., Keednler, J., Delaney, C., Milholland, C.B., 1998 'ANA standards for nursing data sets in information systems', *Comput. Nurs.* vol. no.3, pp.157-161 .

Baartmans, Paul C. M & Geng, V 2006, *Qualität nach Maß: Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen*, Pflegemanagement, 2nd edn, Huber, Bern.

Ball, MJ & Hannah, KJ 2011, *Nursing informatics: Where technology and caring meet*, Health informatics, 4th edn, Springer, London.

Bartholomeyczik, S (ed.) 2009, *Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen ; überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der "Nationalen Assessmentgruppe Deutschland"*, Pflegebibliothek : Wittener Schriften, 2nd edn, Schlütersche, Hannover.

Bauer, S 2014, *Bewertungskriterien Systematischer Review*, basierend auf JBI Critical Appraisal Checklist für Systematic Reviews AMSTAR und eigens erstellten Fragen

Berger, S et al. (Hrsg.) 2012 *NANDA Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2012-2014*,Recom Verlag, Kassel.

Bernhart-Just, A, Hillewerth, K, Holzer-Pruss, C, Paprotny, M & Zimmermann Heinrich, H 2009, 'Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC-Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis' (The electronic use of the NANDA-, NOC- and NIC- classifications and implications for nursing practice) (ger), *Pflege*, vol. 22, no. 6, pp. 443–54.

Burns, N & Grove, SK 2003, *The practice of nursing research – Conduct, Critique, and Utilization*, 3th Edition, Philadelphia: Saunders.

Burns, N & Grove, SK 2011, *The practice of nursing research – Conduct, Critique, and Utilization*, 6th Edition, Philadelphia: Saunders.

Challis D. 1999 'Assessment and care management: Developments since the community care reforms'. In *M.Henwood & G. Wistow* (Eds.), *With respect to old age*, vol. 3, Cm 4192-II/3; pp. 69–86.

Chang, B. L., & Hirsch, M. 1994 'Nursing diagnosis research: Computer-aided research in .Nursing Diagnosis' *Journal of Nursing Diagnosis*, vol. 5, no 1,pp. 6–13.

Davies, B & Logan, J 2008, *Reading research: A user-friendly guide for nurses and other health professionals*, 4th edn, Mosby Elsevier, Toronto.

Estrada, N.A., Dunn, C.R, 2012 'Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey Results', *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 23, no. 2, pp.86-94.

Fiechter, V, Meier, M & Wyss, H op. 1985, *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*, 4th edn, Editiones Roche: Auslfg. ROCOM c/o F. Hoffmann-La Roche, Basel

Gordon, M & Bartholomeyczik, S 2001, *Pflegediagnosen: Theoretische Grundlagen*, 1st edn, Urban und Fischer, München.

Gordon, M 2013, *Handbuch Pflegediagnosen*, Pflegediagnosen, 5th edn, Huber, Bern.

Hannah, KJ, Ball, MJ & Edwards, Margaret J. A 2005, *Introduction to nursing informatics*, Health informatics, 3rd edn, Springer, New York.

Hannah, KJ, Ball, MJ & Edwards, Margaret J. A 2006, *Introduction to nursing informatics*, Health informatics, 4rd edn, Springer, New York.

Hökkä, M, Kaakinen, P & Pölkki, T 2014, 'A systematic review: non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer' (eng), *Journal of advanced nursing*, vol. 70, no. 9, pp. 1954–69.

Jarvis, C, 2004, *Physical Examination and Health Assessment*, 4th edn, Elsevier Science, St. Louis, MO

Kelley, TF, Brandon, DH & Docherty, SL 2011, 'Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care' (eng), *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, vol. 43, no. 2, pp. 154–62.

Kurashima, S., MSN, RN, Kobayashi, K., MD, Toyabe, S., MD, and Akazawa, K, PhD 2008 'Accuracy and Efficiency of Computer-Aided Nursing Diagnosis', *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, vol. 19,no.3, pp.95-101

Kußmaul, J & Vater, A 2011, *Pflegeplanung: Formulierungshilfen für Altenheim - ambulante Pflege - Krankenhaus*, 1st edn, Thieme, Stuttgart.

Leonie-Scheiber, C. 2004 *Der angewandte Pflegeprozess*, Facultas Verlag, Wien.

Lunney, M & Börger, H 2007, *Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess - Fallstudien und -analysen*, Hans Huber Programmbereich Pflege, H. Huber, Bern.

Munroe, B, Curtis, K, Considine, J & Buckley, T 2013, 'The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review' (eng), *Journal of clinical nursing*, vol. 22, 21-22, pp. 2991–3005.

Müller-Staub M. 2001 'Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit'. *Pflege*, no. 14, pp. 230-238.

Müller-Staub, M. 2006. 'Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess'. *Pflege*, no.5, pp. 275-279.

Rutherford, M. 2008. 'Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice?' *Online Journal of Issues in Nursing*, vol.13(10). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html> abgerufen am 12.03.2015

Sauter, D (ed.) 2011, *Lehrbuch psychiatrische Pflege*, Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege, 3rd edn, Huber, Bern.

Schrems, B.:(2008). Was müssen Anwender können. Assessment anwenden. *CNE Thieme*, 1, 10-12.

U.S.Department of Health and Human Services.(2010). *Electronic health records and meaningful use*. <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/system/pfhandbook/mod17.html> abgerufen am 11.3.2015

Wang, N, Yu, P & Hailey, D 2013, 'Description and comparison of documentation of nursing assessment between paper-based and electronic systems in Australian aged

care homes' (eng), *International journal of medical informatics*, vol. 82, no. 9, pp. 789–97.

Weiss-Faßbinder S., Lust A. (2010) *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG*. 6. Auflage, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien.

Wenninger M. (2002): *Pflegediagnostik und Klassifizierungssysteme – Bedeutungen, Grenzen und Entwicklungen*, Fachbeitrag der österreichischen Pflegezeitschrift 11/02
http://xn--gkv-rna.com/fileadmin/docs/OEPZ_2002/11/wiesinger.pdf
Abgerufen am 13.2.2015

Wilkinson, JM 2012, *Das Pflegeprozess-Lehrbuch*, Huber Verlag, Bern.

Wright, C. 1985. 'Computer-aided nursing diagnosis for community health nurses'. *Nursing Clinics of North America*, no. 20, pp 487–495.

Yura, H & Walsh, MB 1988, *The nursing process: Assessing, planning, implementing, evaluating*, 5th edn, Appleton & Lange, Norwalk, Conn.