



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Qualitätsmanagementsystem nach EN ISO 9001 –
Qualitative Studie zur Anwendung von Prozessdarstellungen
im Pflegealltag einer Langzeitpflegeeinrichtung

Verfasserin

Daniela Metzenbauer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, November 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als angegebene Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Weiters versichere ich, dass ich dieses Diplomarbeitsthema weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe, dass diese Arbeit mit der zur Begutachtung vorgelegten Arbeit übereinstimmt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

**In Erinnerung an
meinen Vater**

***Kein Weg ist zu lang für den,
der langsam und ohne Eile vorwärts schreitet,
kein lockendes Ziel liegt zu fern für den,
der sich mit Geduld rüstet.***

(Jean de La Bruyère)

Abstract

Immer mehr Pflegeeinrichtungen folgen dem Trend in Richtung von Qualitätsmanagementsystemen nach EN ISO 9001, die einen prozessorientierten Ansatz fordern. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie Prozessdiagramme im beruflichen Alltag angewendet und verstanden werden. Der Pflegeprozess als professionelle Handlungsanleitung ist ebenso Thema der Arbeit. Es wurden sechs diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in einer Langzeitpflegeeinrichtung zur Anwendung und Verständnis von Prozessdarstellungen mittels eines halbstandardisierten Interviewleitfadens befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen Prozessdiagramme – mit Ausnahme des Pflegeprozesses – im Pflegealltag kaum anwenden. Als Gründe für eine Nichtanwendung wurden folgende zentrale Aussagen genannt: Prozessdiagramme bieten keine präzise Handlungsanleitung, Dokumente sind einfacher und verständlicher sowie die „Gewohnheit“. Der Pflegeprozess als Kernprozess der Pflege bildet eine Ausnahme und wird als struktureller Rahmen und Handlungsvorgabe für eine professionelle Pflege verstanden und angewendet.

Abstract

An increasing number of care facilities follow the trend towards quality management systems based on EN ISO 9001, demanding a process-oriented approach. This research paper explores how process diagrams are applied and interpreted in care practice. The nursing process as a professional guide to daily practice is also documented and part of this research paper. Based on a partially open and structured questionnaire, six registered nurses had been interviewed in a long-term care facility to explore how process maps are applied and interpreted in daily practice. The results show that except for the nursing process, nurses do seldom use process diagrams in everyday care, mostly based on the fact that process diagrams provide no precise guide to daily work and documents in written format are much easier to understand and interpret. Furthermore, habits also drive the lack of acceptance of process diagrams. The nursing process as the most important process at the heart of caring is perceived as an exception and is applied and understood as a structural framework and policy for professional care.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	11
1.1	PROBLEMBESCHREIBUNG	11
1.2	FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG	11
1.3	AUFBAU DER ARBEIT	12
2	GRUNDLAGE PROZESSMANAGEMENT	14
2.1	BEGRIFFSDEFINITIONEN	14
2.2	NUTZEN EINER PROZESSORIENTIERUNG	15
2.3	GRUNDELEMENTE EINES PROZESSES	15
2.4	DARSTELLUNG VON PROZESSEN	16
2.4.1	Prozesskategorien	16
2.4.2	Prozesslandkarte	17
2.5	VISUALISIERUNG VON PROZESSEN	18
2.5.1	Pfeilformdarstellung	19
2.5.2	Prozessablaufdarstellung	19
2.5.3	Swimlane-Darstellung	21
2.6	EINFÜHRUNG BZW. VERÄNDERUNG VON PROZESSEN	22
2.7	PROZESSSTEUERUNG UND PROZESSCONTROLLING	23
2.8	PROZESSMANAGEMENT IM GESUNDHEITSBEREICH	24
3	QUALITÄT UND QUALITÄTSMANAGEMENT NACH ISO 9001	25
3.1	QUALITÄT – WAS IST DAS?	25
3.1.1	Qualitätsbegriff nach ISO	25
3.1.2	Qualität in der Pflege	26
3.1.3	Qualitätsdimensionen nach Donabedian	26
3.2	MANAGEMENT DER QUALITÄT - DEFINITION UND HISTORISCHE ENTWICKLUNG	29
3.3	STRUKTUR UND INHALTE DER ISO 9001	30
3.3.1	Grundprinzipien	31
3.3.2	Acht Hauptkapitel der ISO 9001	32
3.3.3	Das Audit als Bewertungsverfahren	34

3.3.4	Das Prozessmodell der ISO	35
3.3.5	PDCA-Zyklus nach Deming	36
3.4	GRÜNDE FÜR EIN QM-SYSTEM.....	37
3.4.1	Gesetzliche Regelung der Qualitätssicherung in Österreich ..	38
3.5	RISIKEN EINES QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEMS	39
3.6	ENTWICKLUNGSTREND VON QUALITÄTSSYSTEMEN IN ÖSTERREICH	39
4	DER PFLEGEPROZESS	41
4.1	DEFINITION UND HISTORISCHE ENTWICKLUNG.....	41
4.2	STRUKTUR UND MODELLE.....	42
4.2.1	Der kybernetische Regelkreis.....	43
4.2.2	Phasen-Modelle.....	44
4.2.3	Problemlösungsprozess versus Beziehungsprozess.....	46
4.3	DER PFLEGEPROZESS ANHAND DES 4-PHASEN-MODELLS DER WHO ..	50
4.3.1	Assessment.....	50
4.3.2	Planung / Planning	55
4.3.3	Durchführung der Pflegemaßnahmen / Implementierung	58
4.3.4	Evaluation / Bewertung.....	58
4.4	DER PFLEGEPROZESS IM KONTEXT DER BEDEUTUNG	60
4.4.1	Gesetzliche Bedeutung	60
4.4.2	Bedeutung aus der Sicht des QMS	62
4.4.3	Bedeutung für die Praxis	62
5	STAND DER FORSCHUNG	66
5.1	DURCHFÜHRUNG DER LITERATURRECHERCHE.....	66
5.2	FORSCHUNGSSTAND	66
6	BESCHREIBUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG.....	70
6.1	FORSCHUNGSANSATZ.....	70
6.1.1	Gütekriterien.....	70
6.2	METHODE DER DATENERHEBUNG.....	71
6.2.1	Beschreibung der Interviewpersonen und des Feldzuganges	72
6.3	METHODE DER DATENANALYSE.....	74
6.3.1	Datenaufbereitung	74

6.3.2	Datenauswertung	75
6.4	ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	78
6.4.1	Ethische Grundsätze in der Pflegeforschung	78
6.5	BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHUNGSFELDES	79
7	ERGEBNISSE DER INTERVIEWS.....	81
7.1	THEMENSCHWERPUNKT: WISSEN ÜBER DAS QMS.....	82
7.1.1	Bedeutung und Ziele des Qualitätsmanagementsystems	83
7.1.2	Struktur und Aufbau des Qualitätsmanagementsystems	84
7.1.3	Umgang mit Veränderungen	85
7.1.4	Wissensvermittlung	87
7.2	THEMENSCHWERPUNKT: ANWENDUNG UND VERSTÄNDNIS VON PROZESSDIAGRAMMEN	89
7.2.1	Anwendung von Prozessen	89
7.2.2	Interpretation von Prozessdiagrammen	90
7.2.3	Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten in der Anwendung	92
7.3	THEMENSCHWERPUNKT: ANWENDUNG UND VERSTÄNDNIS DES PFLEGEPROZESSES	95
7.3.1	Darstellung des Pflegeprozesses.....	95
7.3.2	Beschreibung der Pflegeprozessphasen.....	96
7.3.3	Wissensvermittlung	101
7.3.4	Kontext Pflegemodell	102
7.3.5	Kontext Beziehung	103
7.3.6	Ziele und Bedeutung des Pflegeprozesses.....	104
8	ZUSAMMENFASSUNG.....	106
8.1	THEMENSCHWERPUNKT: WISSEN ÜBER DAS QMS.....	106
8.2	THEMENSCHWERPUNKT: ANWENDUNG UND VERSTÄNDNIS VON PROZESSDIAGRAMMEN	108
8.3	THEMENSCHWERPUNKT: ANWENDUNG UND VERSTÄNDNIS DES PFLEGEPROZESSES	110
9	SCHLUSSFOLGERUNG	113

10	LITERATURVERZEICHNIS	116
11	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	123
12	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	124
13	ANHANG.....	126

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Qualitätsmanagement ist ein aktuelles Thema. Immer mehr Pflegeeinrichtungen arbeiten mit Qualitätsmanagementsystemen. In Langzeitpflegeeinrichtungen sind solche Systeme noch jung, werden aber immer häufiger eingesetzt. Die Verwirklichung auf pflegerischer Ebene wird zwar bei regelmäßig stattfindenden Bewertungsverfahren (Audit) überprüft. Trotzdem sehen MitarbeiterInnen derartige Systeme in der Praxis der Pflege oft eher als notwendiges Übel und weniger als Nutzen. Pflegepersonen müssen, wenn ein Qualitätsmanagementsystem nach EN ISO 9001 implementiert wurde, mit vorgegebenen Prozessstrukturen arbeiten.

Der Pflegeprozess als Kernprozess nimmt im Qualitätsmanagementsystem eine Besonderheit ein. Die einzelnen Schritte sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) festgeschrieben. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind aufgrund dessen zur Anwendung des Prozesses gesetzlich verpflichtet.

Nach eigenen Beobachtungen und Aussagen von Pflegepersonen werden Prozessdiagramme im Pflegealltag oft nicht verstanden und seltener als gewünscht angewendet. Eigentlich sollten sie eine Hilfestellung im beruflichen Alltag darstellen.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Werden Prozessdiagramme im beruflichen Alltag angewendet und in den Arbeitsprozess integriert? Wie werden Prozessdiagramme in der Pflegepraxis verstanden und angewendet? Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen sind zu bewältigen?

Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, wie Pflegepersonen im beruflichen Alltag ein vorhandenes Qualitätsmanagementsystem verstehen und in der

Praxis anwenden. Da das Thema sehr umfassend ist, liegt der Forschungsschwerpunkt in der Prozessanwendung von Pflegepersonen in der Pflegepraxis. Der inhaltliche Fokus liegt bei den sogenannten „wertschöpfenden“ Prozessen bzw. Kernprozessen, insbesondere dem Pflegeprozess. Mögliche Schwierigkeiten sollen erkannt und aufgezeigt werden, mit dem Ziel ein besseres Verständnis sowie eine mögliche Optimierung in der Anwendung von Prozessdiagrammen im Pflegealltag zu erreichen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Der theoretische Teil der Arbeit beschäftigt sich im ersten Kapitel mit den Grundlagen des Prozessmanagements. Diese sind wichtig, um den Nutzen und den Aufbau von Prozessmanagement insbesondere von Prozessdarstellungen zu verstehen.

Im zweiten Kapitel wird der Begriff Qualität sowie seine Bedeutung für den Gesundheitsbereich erläutert. Dem folgt eine Beschreibung des prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems nach ISO, das zu den häufigsten weltweit zählt, sowie Vorantreiber der Implementierung von Prozessdarstellungen im Gesundheits- bzw. Pflegebereich ist.

Der dritte theoretische Teil ist dem Pflegeprozess gewidmet. Dieser wird ebenso als Prozess verstanden und nimmt einen wichtigen Teil in Qualitätsmanagementsystemen sowie in der täglichen Umsetzung von prozessualer Pflege ein. Zuerst wird die historische Entwicklung bis heute betrachtet, anschließend werden ausführlich die verschiedenen Schritte des Pflegeprozesses sowie der Zusammenhang von Problemlösung und Beziehung beschrieben. Zuletzt werden verschiedene Perspektiven zur Bedeutung des Pflegeprozesses vorgestellt.

Für den empirischen Teil der Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um die subjektive Sichtweise zur Anwendung von Prozess-

diagrammen im beruflichen Alltag zu erforschen. Die Datenerhebung erfolgte mittels der Durchführung qualitativer Interviews. Als Gesprächsgrundlage wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden angewendet, da bei der Befragung mehrere Themenschwerpunkte behandelt wurden. Die Auswertung und Analyse der Daten passierte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die Ergebnisse der Interviews werden in einem eigenen Kapitel dargestellt. In den Kapiteln Zusammenfassung und Schlussfolgerung werden die Ergebnisse unter Einbeziehung der Theorie und des Forschungsstandes konkretisiert und die Fragestellung beantwortet.

2 Grundlage Prozessmanagement

Im ersten Kapitel werden allgemeine Begrifflichkeiten und Grundlagen über Prozesse, Prozessdarstellung und Prozessmanagement beschrieben. Ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO ist nach den Kriterien des Prozessmanagements aufgebaut und Voraussetzung für die Implementierung eines prozessorientierten Managementansatzes.

2.1 Begriffsdefinitionen

In der Literatur finden sich zahlreiche Definitionen zum Begriff „Prozess“. Eine lexikalische Definition aus dem Herkunftswörterbuch Duden definiert Prozess als „Fortgang, Verlauf, Ablauf, Hergang, Entwicklung und Handlungsweise“ (www.duden.de/woerterbuch, 08.08.2012).

Die Begriffsnorm EN ISO 9000 bezeichnet einen Prozess als „Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt“ (ON 2006, S. 11)

Zapp hat die unterschiedlichen Aspekte von Variationen an Begriffsbestimmungen aufgegriffen und folgende Definition festgelegt: „Ein Prozess ist die strukturierte Folge von Verrichtungen. Diese Verrichtungen stehen in ziel- und sinnorientierter Beziehung zueinander und sind zur Aufgabenerfüllung angelegt mit definierten Ein- und Ausgangsgrößen und monetären oder nicht monetärem Mehrwert unter Beachtung zeitlicher Gegebenheiten“ (Zapp 2010, S.20).

Unter Prozessorientierung wird eine Grundhaltung verstanden, „bei der das gesamte betriebliche Handeln als Kombination von Prozessen bzw. Prozessketten betrachtet wird“ (Bullinger & Warnecker 1996 in Wagner & Patzak 2007, S. 81).

Ein prozessorientierter Managementansatz nach der Norm EN ISO 9001 ist „die Anwendung eines Systems von Prozessen in einer Organisation, gepaart mit dem Erkennen und den Wechselwirkungen dieser Prozesse sowie deren Management“ (ON, 2008, S. 5).

Ein wesentliches Merkmal für ein Prozessmanagement ist es, die Prozesse und ihre Wechselwirkungen zu identifizieren, zu definieren, zu beherrschen und zu optimieren (vgl. Cassel 2007, S. 21).

2.2 Nutzen einer Prozessorientierung

Kundenorientierung ist ohne prozessorientierte Sichtweise nicht umzusetzen (Blonski & Stausberger 2003, S. 15). Folgerichtig bedeutet die Orientierung an KundInnen eine klare Ausrichtung des Unternehmens auf die legitimen Wünsche und individuellen Bedürfnisse der KundInnen (vgl. Zapp, 2010, S. 77).

Die wesentlichen Nutzaspekte eines prozessorientierten Managementansatzes sind:

- Verbesserung der Ablauftransparenz
- Eindeutige Definition der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten
- Messung und Überwachung der Prozessleistung
- Kundenorientierung sowie Erhöhung der Kundenzufriedenheit
- Zielorientierung
- Übersichtliche Gestaltung der Dokumentation durch Strukturvorgaben (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 46)

2.3 Grundelemente eines Prozesses

Wie in der Definition von Zapp erkennbar, sind zur Erfüllung eines Prozesses strukturelle Grundelemente erforderlich.

Folgende Grundstruktur ist für eine Prozessdarstellung erforderlich:

- Prozesszweck

- Prozessziel sowie Messgrößen bzw. Kennzahlen
- Prozessablauf
- Input (Auslöser) und Output (Ergebnis) eines Prozesses
- Ressourcen zur Durchführung des Prozesses

(vgl. Wagner & Patzak 2007, S. 79)

2.4 Darstellung von Prozessen

In einem Unternehmen existiert normalerweise eine Vielzahl an Prozessen. Aus diesem Grunde ist eine strukturierte Darstellung und Untergliederung in Prozesskategorien sinnvoll.

2.4.1 Prozesskategorien

Ein prozessorientierter Managementansatz unterteilt die Prozesse in Kernprozesse, unterstützende Prozesse und Führungsprozesse.

2.4.1.1 Kernprozesse

Kernprozesse werden auch als Geschäftsprozesse, Schlüsselprozesse, Leistungsprozesse oder wertschöpfende Prozesse bezeichnet. Sie dienen der Wertsteigerung im Rahmen der Erbringung der Dienstleistung (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 51). Diese werden auf Basis der Bedürfnisse und Erwartungen der KundInnen entworfen und implementiert (vgl. Schmidt 2005, S. 45). Als wertschöpfende Prozesse werden jene Prozesse bezeichnet, bei denen tatsächlich eine Dienstleistung für KundInnen erbracht wird. In einer Schule ist beispielsweise der Unterricht der SchülerInnen („KundInnen“) der Kernprozess. In einem Pflegekrankenhaus ist das die pflegerische, therapeutische, medizinische und soziale Betreuung der BewohnerInnen. Die Kundenzufriedenheit gilt als zentraler Erfolgsfaktor von Kernprozessen. Der Erfolg wird von den Fähigkeiten, Ressourcen und Technologien des Unternehmens beeinflusst (vgl. Blonski & Stausberger 2003, S.17).

2.4.1.2 Unterstützende Prozesse

Kernprozesse brauchen, um effizient ablaufen zu können, Infrastrukturleistungen. Diese werden durch sogenannte unterstützende Prozesse oder Supportprozesse erfüllt. Beispiele dafür sind Speiserversorgungsprozesse, haustechnische Prozesse, Wäscheversorgung und Beschaffungsprozesse (vgl. Blonski & Stausberger 2003, S. 17).

2.4.1.3 Führungsprozesse

Führungs- oder Managementprozesse dienen der strategischen Ausrichtung einer Organisation. Sie bilden die Grundlage zur Planung und Führung (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 49). Dazu gehört die Festlegung einer Qualitätspolitik und der Qualitätsziele sowie die Gestaltung der Führungsprozesse Personalmanagement, Finanzwesen und Kommunikation (vgl. Weigert 2004, S. 164).

2.4.2 Prozesslandkarte

Eine Prozesslandkarte bildet eine Übersicht der in einer Organisation bestehenden Prozesse ab. Sie zeigt das Zusammenwirken der Hauptprozesse in einer Art „Vogelperspektive“ (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 53). Dabei sind jene Prozesse dargestellt, die einerseits Leistung für die KundInnen erbringen und andererseits auch alle Prozesse, die diese Leistungserbringung steuern, unterstützen und verbessern (Wagner & Käfer 2010, S. 49).

Die Prozesslandkarte des Pflegekrankenhauses, indem die Befragung stattgefunden hat, sieht wie folgt aus:

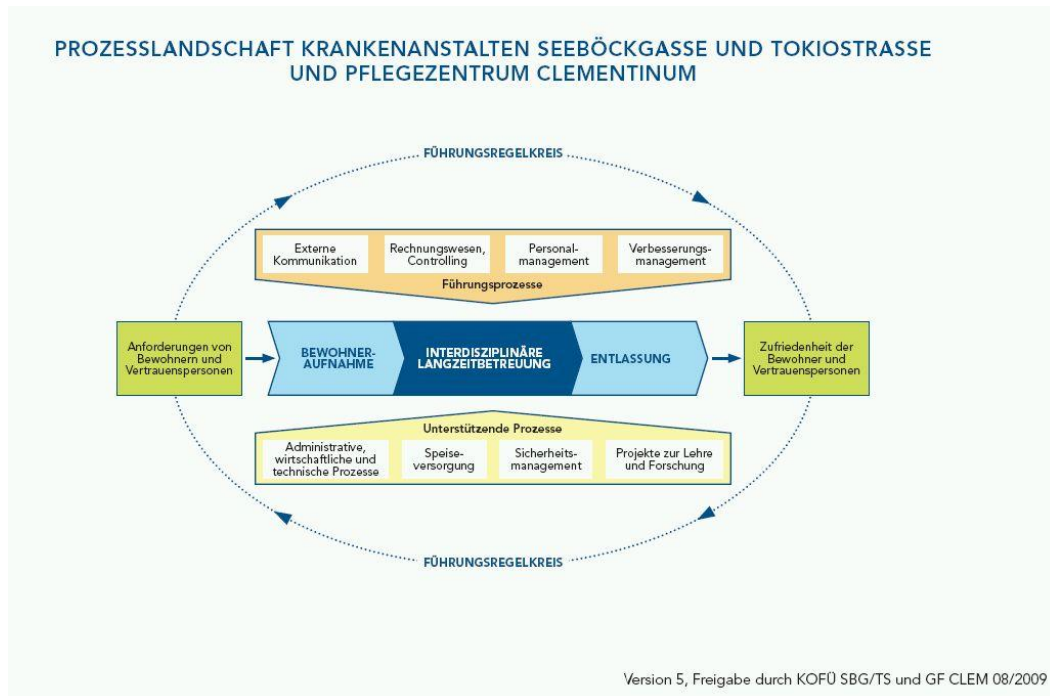


Abbildung 1: Prozesslandkarte der Pflegekrankenhäuser Haus der Barmherzigkeit

2.5 Visualisierung von Prozessen

Ziel der Prozessvisualisierung ist es, Prozessabläufe grafisch darzustellen, um einen übersichtlichen und für das Auge leicht erkennbaren Prozessablauf zu erhalten. Komplizierte Abläufe mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Aufgaben lassen sich damit besser darstellen. Eine schriftliche Ausführung des gesamten Ablaufs wäre schwerer zu überblicken (vgl. Hartl & Wernisch 2011, S. 88).

Die drei häufigsten Visualisierungen sind die Pfeilformdarstellung, die Prozessablaufdarstellung (Flussdiagramm) und die Swimlane-Darstellung. Je nach Softwareanbieter finden sich in der Praxis verschiedene Darstellungsvarianten. Wichtig ist, dass in einem Unternehmen eine einheitliche Darstellung und Symbolsprache verwendet wird (vgl. Wagner & Patzak 2007, S. 109).

Im Pflegekrankenhaus werden folgende Symbole angewendet:

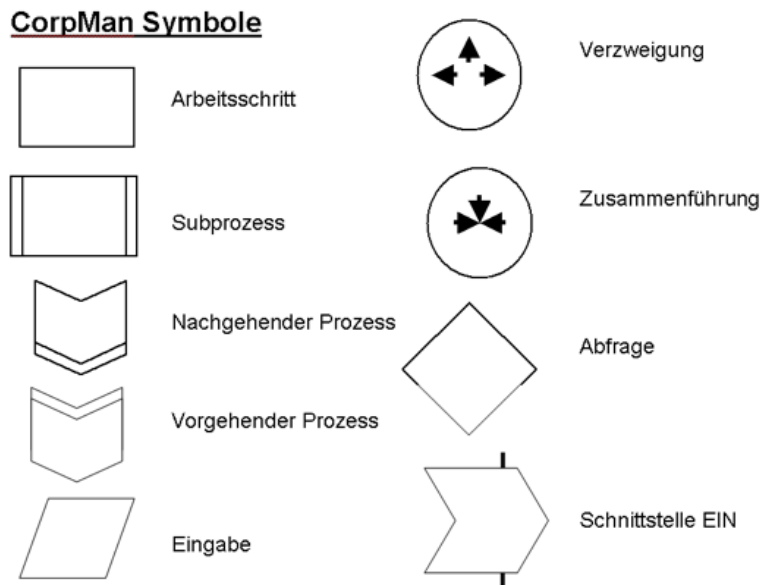


Abbildung 2: Symboldarstellungen der Pflegekrankenhäuser Haus der Barmherzigkeit

2.5.1 Pfeilformdarstellung

Die Pfeilformdarstellung kommt bei umfangreichen Prozessen als starke Vereinfachung zur Darstellung und wird auch als Wertschöpfungsdarstellung bezeichnet.



Abbildung 3: Pfeilformdarstellung der Kernprozesse der Pflegekrankenhäuser Haus der Barmherzigkeit

2.5.2 Prozessablaufdarstellung

Prozessablaufdarstellungen werden auch als Flussdiagramm oder Flowcharts bezeichnet. Arbeitsschritte werden in ihrer logischen Abfolge von oben nach unten, in einer vertikalen Achse abgebildet. Tätigkeiten, Schnittstellen, Verantwortungen etc. lassen sich durch unterschiedliche Symbole abbilden (siehe Abbildung 2).

Im Pflegekrankenhaus werden die Tätigkeiten zentriert in einem rechteckigen Kästchen eingeschrieben. Die für die Ausführung der Tätigkeiten notwendigen Dokumente sind an der Seite durch ein entsprechendes Symbol angegeben. Die Symbole bzw. Arbeitsschritte sind durch Pfeile miteinander verbunden. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind durch eine „V – D – M – I“ Kennzeichnung erkennbar.

V	Verantwortlicher
D	Durchführender
M	Mitverantwortlicher
I	Zu Informierender

Weiterführende Informationen und Verweise sind an der Seite der Prozessdarstellung oder mittels des Buchstabens „i“ am Ende der Grafik angeführt. Die folgende Abbildung zeigt eine Prozessablaufdarstellung im befragten Pflegekrankenhaus:

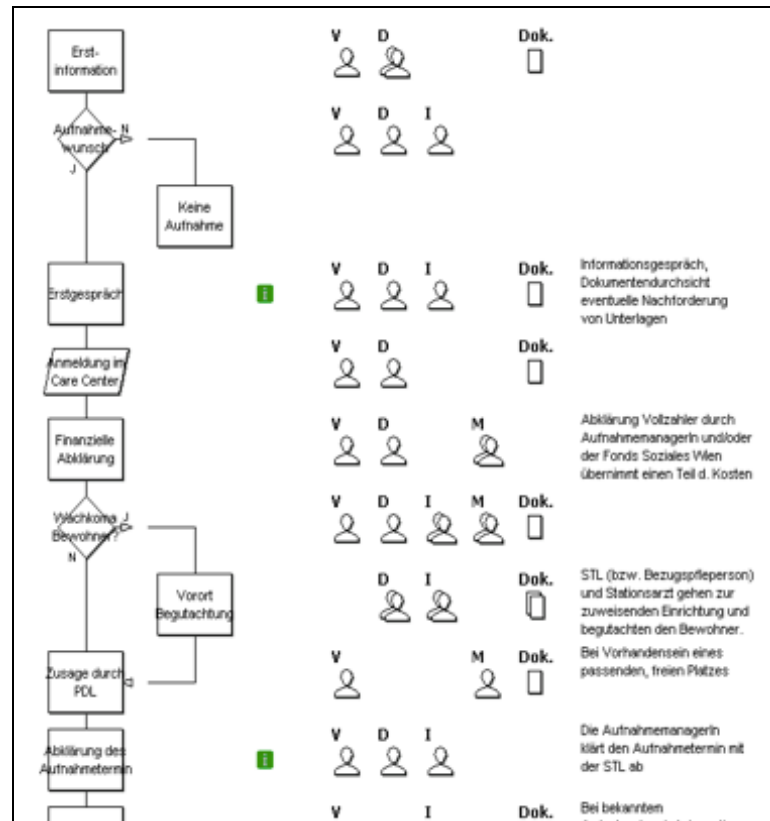


Abbildung 4: Prozessablaufdarstellung, Kernprozess Bewohneraufnahme der Pflegekrankehäuser Haus der Barmherzigkeit (Ausschnitt)

2.5.3 Swimlane-Darstellung

Swimlane-Darstellungen zeigen die Abfolge von Tätigkeiten von links nach rechts in einer horizontalen Achse. Die einzelnen im Prozessdiagramm beteiligten Disziplinen werden als horizontal verlaufende Bahnen – wie Schwimmbahnen – dargestellt und zeigen dadurch eine gute Übersicht der involvierten Stellen auf (vgl. Wagner & Patzak 2007; Weigert 2004, Cassel 2007; Zapp 2010).

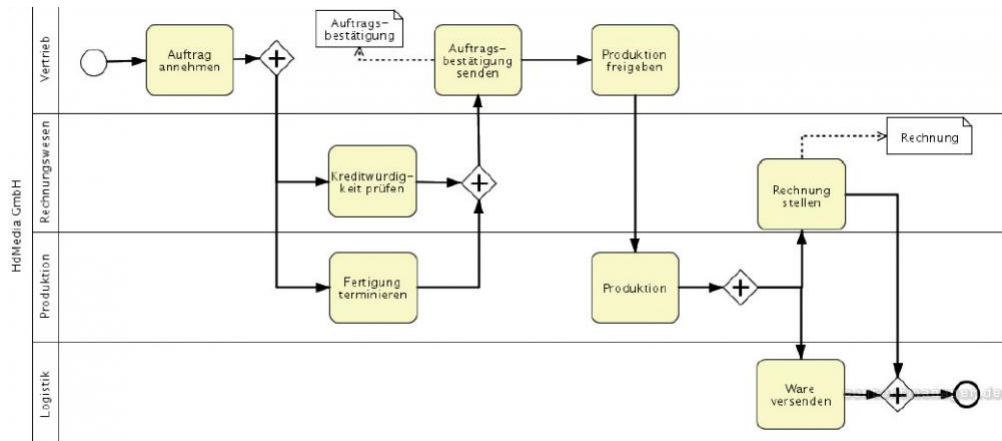


Abbildung 5: Swimlane-Darstellung
http://www.documanager.de/magazin/business_process_modeling_notation.html,
 08.07.2012)

2.6 Einführung bzw. Veränderung von Prozessen

In der Literatur werden verschiedene Methoden von der Prozessidentifikation bis zur Prozessrealisierung aufgezeigt. Eine knappe und effiziente Form wird von Wagner und Käfer (2010) aufgezeigt. Sie beschreiben eine Vier-Schritte-Methode, welche sowohl für neue Prozesse, als auch für die Überarbeitung von bereits bestehenden Prozessen zur Anwendung kommen kann.

1. Schritt: Prozessidentifikation und Abgrenzung

In der ersten Phase werden Prozessname, Prozesszweck, Erwartungen der KundInnen, erster und letzter Prozessschritt sowie Input und Output festgelegt. Weiters werden die Schnittstellen, die erforderlichen Ressourcen, die Erfolgsfaktoren und die mitgeltenden Dokumente bestimmt.

2. Schritt: Ist-Analyse der Prozesse

Zunächst wird der Prozess in seinem Ist-Zustand beschrieben – so wie er von den MitarbeiterInnen tatsächlich ausgeführt wird. Anschließend wird der Prozess hinsichtlich vorhandener Verbesserungspotenziale analysiert.

3.Schritt: Konzeption der Sollprozesse

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Prozessanalyse wird ein neuer Sollprozess konzipiert und in Form eines Prozessdiagramms beschrieben.

4. Schritt: Realisierung der Verbesserungspotenziale

In diesem Prozessschritt wird die Umsetzung des neuen Sollprozesses geplant. Erforderliche Maßnahmen (z.B. Schulungen, Hilfsmittel) die durch die Änderung des Prozessablaufes entstanden sind, müssen überlegt und organisiert werden (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 57; Blonski & Stausberger 2003, S. 24).

2.7 Prozesssteuerung und Prozesscontrolling

Das Hauptziel in Dienstleistungsorganisationen ist die Steigerung der Effektivität und Effizienz sämtlicher Prozesse im Hinblick auf eine Erhöhung der Kundenzufriedenheit und der Leistungsfähigkeit. Eine zielgerichtete Prozesssteuerung ist deshalb eine essentielle Voraussetzung (vgl. Blonski & Stausberger 2003, S.28). Um Prozesse steuern zu können, müssen messbare Ziele festgelegt werden.

Prozessziele werden von den strategischen Zielen der Organisation abgeleitet. Es ist nicht sinnvoll, für jeden Teilprozess eine eigene Messgröße (Kennzahl) zu gestalten, sondern die Festlegung von Messgrößen auf die Hauptprozesse zu beschränken. Eine zu große Menge an Kennzahlen würde schnell unüberschaubar werden. Die Messung sowie Darstellung der Ziele und Kennzahlen schafft erst die Voraussetzung, steuernd in den Prozess einzugreifen.

Kennzahlen lassen sich in die Kategorien, Qualität, Zeit, Kosten und Kundenzufriedenheit unterteilen (vgl. Cassel 2007, S. 42, Wagner & Käfer 2010, S. 92).

2.8 Prozessmanagement im Gesundheitsbereich

Ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement wird bereits von vielen Organisationen im Gesundheitsbereich eingesetzt. In Deutschland sind Krankenhäuser bereits verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen (vgl. Blonski & Stausberger 2003). In Österreich gibt es noch keine konkrete gesetzliche Festlegung. Dessen ungeachtet werden in vielen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Qualitätsmanagementsysteme implementiert. Gerade prozessorientierte Systeme, wie das Qualitätsmanagementsystem nach EN ISO 9001 verzeichnen einen wahren Boom (siehe auch Kapitel 3.6).

Prozesse in Dienstleistungsunternehmen, insbesondere in Pflegeorganisationen, sind sehr interaktionsorientiert, deshalb ist eine erfolgreiche Umsetzung des Prozessmanagements nur unter Beteiligung von PflegemitarbeiterInnen aus allen Bereichen möglich, nach dem Prinzip „Betroffene sind zu Beteiligten zu machen“ (vgl. Blonski & Stausberger 2003, S. 23).

In Pflegeorganisationen kommt der Prozessgedanke aber nur sehr langsam in Gang. Blonski & Stausberg (2003) nennen als Hauptursache das Fehlen von grundlegenden Kenntnissen der Terminologie, Anwendung und Zielsetzung von Prozessmanagement. Deshalb ist ein Grundwissen aller Pflegepersonen eine wichtige Voraussetzung um qualitäts- und prozessorientiert arbeiten zu können.

3 Qualität und Qualitätsmanagement nach ISO 9001

In diesem Kapitel wird zuerst der Begriff Qualität ausführlich beschrieben und anschließend die Grundelemente und Inhalte eines Qualitätsmanagements nach ISO 9001 erläutert.

3.1 Qualität – was ist das?

Das Wort Qualität stammt vom lateinischen Wort „qualitas“ und bedeutet Beschaffenheit, Güte, Wert (vgl. duden.de/woerterbuch, 08.08.2012). Das Verständnis und die Bedeutung sind im Allgemeinen sehr vielseitig und abhängig vom Verwendungszweck. Seinen Ausgangspunkt hat der Qualitätsbegriff aber im industriellen Bereich. Qualität ist das Verhältnis zwischen der realisierten (Ist) und der geforderten (Soll) Beschaffenheit einer Dienstleistung oder eines Produktes (vgl. Nübling et al. 2004, S. 134). Qualität ist ein komplexes Zusammenspiel einer großen Zahl von Faktoren, die im Einzelnen nicht voneinander zu trennen sind (vgl. Görres 2006, S. 133).

3.1.1 Qualitätsbegriff nach ISO

Nach ISO 9000 wird Qualität als „der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ definiert (ON, 2006, S. 17). Einen ähnlichen Qualitätsbegriff definiert die ISO 55350, „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse beziehen“ (Uhl 2008, S. 8). Dem zu Folge kann Qualität nur dann beurteilt werden, wenn zuvor eine Qualitätsanforderung festgelegt wurde (vgl. Sassen 2008, S. 87).

3.1.2 Qualität in der Pflege

Der Qualitätsbegriff in der Pflege wird je nach Perspektive aus einer Ansammlung von unterschiedlichen Definitionen beschrieben. Nach Görres et al. lassen sich zwei Trends feststellen. Einerseits zu einer merkmalierten und andererseits zu einer evaluationorientierten Qualitätsdefinition inklusive der Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis (vgl. Görres et al. 2006, S.133). Williamson (1978) beschreibt Pflegequalität „als Grad des erreichten Erfolges in der Pflege, der mit verantwortlichem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird“ (Kirchner 2004, S. 62). Pflegequalität lässt sich schwer objektiv erfassen und ist deshalb auch nur eingeschränkt messbar. Gerade im Pflegebereich spielen zwischenmenschliche Aspekte eine große Rolle. Wie bereits erwähnt, können je nach Perspektive nur Teilbereiche beurteilt werden. Thomas Klie (1996) beschreibt deshalb Pflegequalität als eine zusammengesetzte Qualität nach drei Perspektiven, nämlich Pflegequalität des methodisch-technischen Handelns, der Organisation und der Kundensicht.

3.1.3 Qualitätsdimensionen nach Donabedian

In den 1960er Jahren hat der amerikanische Wissenschaftler Donabedian eine Definition der Qualität im Gesundheitswesen entwickelt und eine Unterteilung in die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen. Die Definition besagt, „dass Qualität den Grad der Übereinstimmung zwischen zuvor formulierten Kriterien und der tatsächlichen Leistung darstellt“. Als Qualitätsphilosophie findet Donabedians Modell sowohl in der Medizin wie auch in der Pflege breite Anwendung (Görres et al. 2006, S. 134).

Das Modell von Donabedian wird allerdings auch kontrovers diskutiert. Besonders wegen der Monokausalität der drei Dimensionen. In Studien hat sich gezeigt, dass sich nicht immer alle drei Größen zwangsläufig be-

einflussen lassen (vgl. Puhr 2006, S.11). Eine gute Strukturqualität sagt nicht zugleich aus, dass die Prozess- oder Ergebnisqualität ebenso gut ist.

3.1.3.1 Dimension Strukturqualität

Im Rahmen der Strukturqualität werden die zur Dienstleistungserbringung erforderlichen materiellen, personellen und finanziellen Ressourcen erfasst, die sich an den Wünschen und Bedürfnissen der KundInnen orientieren. Zu den materiellen Ressourcen zählen Gebäude, Räumlichkeiten, Geräte und Organisationsform. Die personellen Ressourcen umfassen Anzahl und Qualifikation des Personals sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Extern bestimmte Rahmenbedingungen lassen sich aber nicht immer beeinflussen. Schmidt (2005) und Vitt (2002) stellen grundsätzlich die Frage, ob die Bestimmung der Strukturqualität eine geeignete Messgröße zur Erfassung der Pflegequalität sein kann.

3.1.3.2 Dimension Prozessqualität

Darunter wird die Qualität von Arbeitsprozessen verstanden. Aus Sicht des QMS sind alle vorhandenen Prozesse von der Dimension Prozessqualität betroffen. Prozessqualität in der Pflege beschreibt die Art und den Umfang pflegerischen Handelns. Dazu zählt auch die Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses sowie die Durchführung der Pflegedokumentation.

3.1.3.3 Dimension Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität ist der unmittelbarste und direkteste Indikator für die Pflegequalität. Man kann zwischen subjektiven und objektiven Kriterien unterscheiden. Zu den objektiven Kriterien zählen zum Beispiel die Inzidenz und Prävalenz von Dekubitalgeschwüren, von freiheitseinschränkenden und -beschränkenden Maßnahmen, von Stürzen und von Inkontinenz.

Zur Erhebung der subjektiven Pflegequalität werden Befragungen und Beobachtungen zu Dimensionen wie Lebensqualität, Wohlbefinden und Autonomie herangezogen (vgl. Albiez 2009, S. 3; Schmidt 2005, S. 13; Vitt 2002, S. 23; Weigert 2004, S. 105).

Die Ergebnisqualität bringt zahlreiche Mess- und Erfassungsprobleme mit sich (vgl. Görres et al. 2006, S.135). Insbesondere die Messung der subjektiven Pflegequalität ist in vielen Pflegeorganisationen problematisch.

Nach Renate Stemmer setzen Qualitätsmanagementsysteme den Fokus gerne auf die Beschreibung von Strukturen und Prozessen. Die Messung der Ergebnisqualität wird häufig mit unspezifischen Kennzahlen abgewickelt, die kaum für strategische Entscheidungen geeignet sind (vgl. Stemmer 2009, S. 79).

In den letzten Jahren hat die Ergebnisqualität aber zunehmend an Bedeutung gewonnen. Mitte der 1990er Jahre wurden erste Klassifikationssysteme für Pflegeergebnisse vorgestellt. Outcomemessungen sind darauf ausgerichtet, bestehenden Verbindungen zwischen Struktur, Prozessen und Ergebnissen aufzudecken. Die Ergebnisse können sich auf ein Individuum, eine Institution, eine Gemeinschaft oder auf das gesamte Gesundheitssystem beziehen (vgl. Stemmer 2009, S. 85)

Ein gezielter Umgang mit Datenerhebung ist von großer Bedeutung, denn nicht alles was man erheben kann, soll auch erhoben werden. Der Fokus ist auf wenige wesentliche Kennzahlen zu beschränken.

Viele Gründe sprechen für eine Messung von Pflegeergebnissen, wie Verbesserung der Wissensgrundlage und Qualität in der Pflege, Nachweis der Effektivität von Pflege als Dienstleistung, Entscheidungsgrundlage für potentielle KundInnen sowie die Leistungsdarstellung gegenüber den Kostenträgern (vgl. Stemmer 2009, S. 84). Zur Entwicklung von geeigneten

Messinstrumenten für die Beschreibung und Beurteilung von Ergebnisqualität im Pflegebereich wird derzeit im Auftrag des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen ein Forschungsprojekt durchgeführt.

3.2 Management der Qualität - Definition und historische Entwicklung

Qualitätsmanagement als Erfassung und Bestimmung von Qualität hat historisch betrachtet viele Entwicklungsstufen durchlaufen. Zu Beginn gab es die Phase der Qualitätskontrolle und danach die der Qualitätssicherung. Diese wurde durch die Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen abgelöst. Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle basieren lediglich auf einem Erfüllungsparadigma, während Qualitätsmanagementsysteme ein Optimierungsparadigma, mit dem Ziel Qualitätsansprüche kontinuierlich zu verbessern, erfüllen (vgl. Uhl 2008, S. 14).

Ein Qualitätsmanagementsystem ist ein Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation hinsichtlich ihrer Qualität (vgl. Sassen 2008, S. 90). Ziel ist es dabei, alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Vereinbarungen in einer Organisation zu regeln und eine zielgerichtete Verbesserung der Qualität zu erreichen (vgl. Görres et al. 2006, S. 141).

In Japan und in den USA wurden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Ansätze von Qualitätsmanagementsysteme entwickelt und eingesetzt.

Die International Organization for Standardization (ISO) wurde 1947 in Genf gegründet. Die ISO 9001 ist eine international gültige Norm, die die Forderungen an ein Qualitätsmanagementsystem enthält. Sie wurde von einem technischen Komitee erstmals 1987 herausgegeben und ist heute das am meisten angewendete Qualitätsmanagementsystem der Welt (vgl. Kirchner 2004, S. 17; Schmidt 2005, S. 24).

Aufgrund der ursprünglich stark technischen Ausrichtung wurde die Normenreihe überarbeitet und für Dienstleistungsbetriebe anwendbar gestaltet.

Die Normenfamilie EN ISO 9000 besteht aus den drei Leitfäden, der ISO 9000, der ISO 9001 und der ISO 9004. Die dahinterliegende Jahreszahl, gibt das Jahr der letzten Revision an. In der ISO 9000 sind Grundlagen und Begriffe des QMS angeführt, während in der ISO 9001 die wesentlichen Anforderungen an ein QMS beschrieben sind. Die Wirksamkeit eines QMS ist auf die Erfüllung dieser Inhalte gerichtet. Die ISO 9004 enthält zusätzlich Informationen und Anleitungen zur Leistungsverbesserung und Weiterentwicklung des QMS (vgl. Knorr et al. 2005, S. 27; Müller 2002, S. 167; Wagner & Käfer 2010, S. 115; Weigert 2004, S. 75).

Als Stärken der ISO 9001 sind folgende Aspekte zu erwähnen: Standardisierung, internationale Erfahrung, hoher Bekanntheitsgrad, Wettbewerbsvorteil und primäre Ausrichtung auf die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität. Als Schwächen werden beschrieben, dass das QMS nach ISO nicht vom Gesundheitssystem entwickelt wurde, dass es sich um eine kommerzielle Zertifizierung handelt und dass die Ergebnisqualität nicht ausreichend beachtet wird (vgl. Görres et al. 2006, S. 144).

3.3 Struktur und Inhalte der ISO 9001

Die Einführung eines QM-Systems ist ein Prozess, bei dem die Ziele, der organisatorische Aufbau sowie die zentralen Prozesse und Ergebnisse einer Organisation festgelegt werden (vgl. Görres et al. 2006, S. 142). Die Normanforderung ist sehr allgemein verfasst und lässt viel Handlungsspielraum bei der konkreten Umsetzung. Die Anwendung ist deshalb in vielen unterschiedlichen Branchen möglich.

3.3.1 Grundprinzipien

Das Fundament für eine erfolgreiche Umsetzung der ISO 9001 bilden die acht QM-Grundprinzipien der ISO 9000. Bevor auf die Normanforderung näher eingegangen wird, werden zuvor die acht QM-Grundprinzipien vorgestellt.

1. Grundprinzip: Kundenorientierung

Organisationen hängen von ihren KundInnen ab und sollen daher die gegenwärtigen und zukünftigen Erfordernisse der KundInnen verstehen, erfüllen und danach streben, deren Erwartungen zu übertreffen.

2. Grundprinzip: Führung

Führungskräfte schaffen die Übereinstimmung von Zweck und Ausrichtung der Organisation. Sie sollen das interne Umfeld schaffen und erhalten, in dem sich Menschen voll und ganz für die Erreichung der Ziele für die Organisation einsetzen können.

3. Grundprinzip: Einbeziehung der Menschen

Auf allen Ebenen, machen Menschen das Wesen einer Organisation aus und ihre vollständige Einbeziehung ermöglicht, ihre Fähigkeit zum Nutzen der Organisation einzusetzen.

4. Grundprinzip: Prozessorientierter Ansatz

Ein erwünschtes Ergebnis lässt sich effizienter erreichen, wenn Tätigkeiten und dazugehörige Ressourcen als Prozess geleitet und gelenkt werden.

5. Grundprinzip: Systemorientierter Ansatz

Das Erkennen, Verstehen, Leiten und Lenken von miteinander in Wechselbeziehungen stehenden Prozessen als System tragen zur

Wirksamkeit und Effizienz der Organisation beim Erreichen ihrer Ziele bei.

6. Grundprinzip: Ständige Verbesserung

Die ständige Verbesserung der Gesamtleistung der Organisation stellt ein permanentes Ziel der Organisation dar.

7. Grundprinzip: Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung

Wirksame Entscheidungen beruhen auf der Analyse von Daten und Informationen.

8. Grundprinzip: Lieferantenbeziehung zum gegenseitigen Nutzen

Eine Organisation und ihre Lieferanten sind voneinander abhängig, weshalb Beziehungen zum gegenseitigen Nutzen die Wertschöpfungsfähigkeit beider Seiten erhöhen.

(vgl. Wagner & Käfer 2010, S.117; Weigert 2004, S. 77)

3.3.2 Acht Hauptkapitel der ISO 9001

Die ISO 9001 enthält mehrere Kapitel, wobei sich fünf Kapitel konkret mit dem Thema Qualitätsmanagement beschäftigen und die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem festlegen. Kapitel null bis drei beinhalten allgemeine Hinweise, wie Einleitung, Anwendungsbereich, normative Verweise und Begriffe. Die Normanforderungen sind in den Kapiteln vier bis acht geregelt und stellen den Kern der ISO 9001 dar.

Qualitätsmanagementsystem (Kapitel 4):

Hier werden allgemeine Anforderungen, insbesondere die Umsetzung von Prozessen und die Dokumentationsanforderungen festgelegt.

Die Dokumentation muss folgende Elemente enthalten:

- Qualitätspolitik und Qualitätsziele

- Qualitätsmanagement-Handbuch
- Dokumentierte Verfahren und Aufzeichnungen laut Normanforderung
- Dokumente sowie Aufzeichnungen, die zur Sicherstellung der Planung, Durchführung und Lenkung der Prozesse als notwendig eingestuft wurden

Verantwortung der Leitung (Kapitel 5):

Das Normenkapitel Verantwortung der Leitung umfasst die Elemente:

- Verpflichtung der Leitung
- Kundenorientierung
- Festlegung der Qualitätspolitik und Qualitätsziele
- Festlegung von Verantwortung und Befugnis sowie Sicherstellung der Kommunikation durch geeignete Prozesse
- Durchführung von Managementbewertung

Management der Ressourcen (Kapitel 6):

Die Organisation muss für die Verwirklichung eines QM-Systems die erforderlichen Ressourcen ermitteln, bereitstellen und managen.

Folgende Normpunkte werden festgelegt:

- Bereitstellen von Ressourcen,
- Personelle Ressourcen,
- Infrastruktur und
- Arbeitsumgebung

Dienstleistungsrealisierung (Kapitel 7):

Die Forderungen zu diesem Kapitel nehmen den größten Teil der Norm in Anspruch und befassen sich vor allem um kundenbezogene Abläufe.

- Planung der Dienstleistungsrealisierung
- Kundenbezogene Prozesse
- Entwicklung
- Beschaffung

- Dienstleistungserbringung
- Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln

Messung, Analyse und Verbesserung (Kapitel 8):

Im letzten Kapitel soll die Übereinstimmung der Dienstleistung bzw. Produkte nachgewiesen werden und eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung sichergestellt werden.

Folgende Punkte sind in der Norm festgelegt:

- Überwachung und Messung der Kundenzufriedenheit, der Prozesse, der Produkte bzw. Dienstleistungen sowie die Durchführung von internen Audits,
- Lenkung fehlerhafter Produkte,
- Datenanalyse und
- Verbesserung

(vgl. Önorm EN ISO 9001:2008; Wagner & Käfer 2010; Weigert 2004; Sassen 2008)

3.3.3 Das Audit als Bewertungsverfahren

Grundlegendes Instrument für die Bewertung der Konformität der Norm ist das Audit, das zur Aufrechterhaltung und Verbesserung des QM-Systems dient. Grundsätzlich wird zwischen internen und externen Audit sowie je nach Betrachtungsgegenstand zwischen Systemaudit und Prozessaudit unterschieden. Interne Audits werden zur Überprüfung des QM-Systems von der Organisation selbst durchgeführt. Die Auditdurchführung hat zum Ziel, die Übereinstimmung der Tätigkeiten und Prozesse mit den Vorgaben sowie die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung zu prüfen (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 218).

Externe Audits werden von externen, unabhängigen Organisationen – meist Zertifizierungsgesellschaften – durchgeführt. Für die Erlangung eines Zertifikats ist in jedem Fall ein Audit durch eine Zertifizierungsstelle

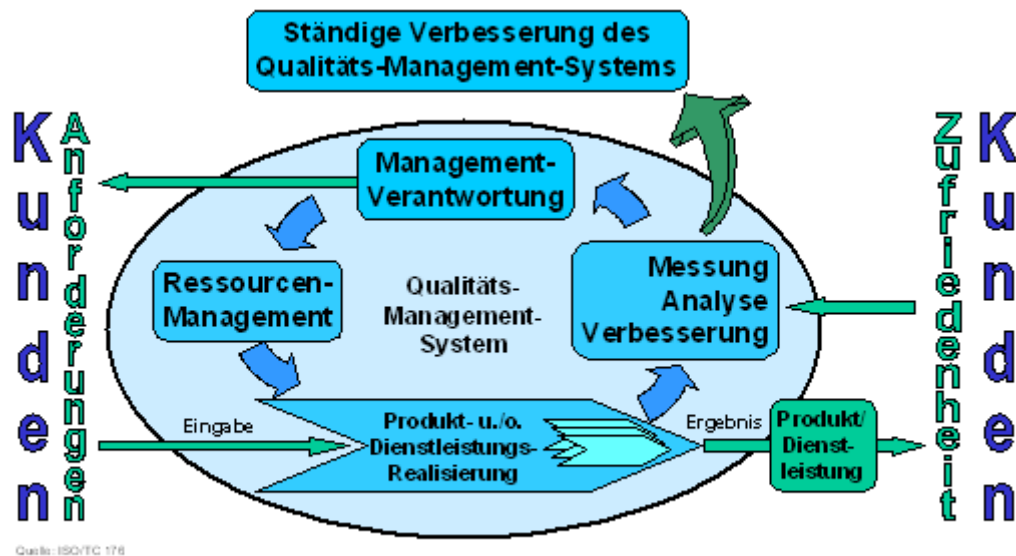
durchzuführen. Durch eine Zertifizierung wird bestätigt, dass die Normanforderung erfüllt ist. Die ausgestellten Zertifikate haben eine Gültigkeit von drei Jahren. Jährlich muss aber ein weniger umfangreiches sogenanntes „Überwachungsaudit“ durchgeführt werden (vgl. Hartl & Wernisch 2011, S. 148).

Ein Systemaudit bewertet das gesamte QM-System, ob die angewendeten Prozesse und Methoden entsprechend festgelegt und die Normanforderungen erfüllt sind. Ein Prozessaudit legt den Fokus auf bestimmte Prozesse und bewertet diese (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 281).

3.3.4 Das Prozessmodell der ISO

Die ISO 9001 verlangt – wie in den Grundprinzipien und Normkapiteln beschrieben – die Anwendung eines prozessorientierten Ansatzes. Dieser besteht aus einem System von Prozessen sowie dem Management von Wechselwirkungen dieser Prozesse. Der prozessorientierte Ansatz schließt das ganze Unternehmen mit ein und reicht vom Management der Organisation über das Management der in dem Unternehmen befindlichen Prozesse bis zum Erkennen und Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 116).

Eine anschauliche Übersicht präsentiert das Prozessmodell nach ISO. Das Prozessmodell zeigt die wesentlichen Hauptkapitel und ihre gegenseitigen Verbindungen. Den Ausgangspunkt bilden die Anforderungen der KundInnen. Das Ergebnis der Dienstleistungsrealisierung ist die Zufriedenheit der KundInnen. Diese Zufriedenheit wird gemessen und daraus ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) initiiert (vgl. Kirchner 2004, S. 24).



Modell des prozessorientierten Managements

Abbildung 6: Prozessmodell nach ISO

Quelle: http://www.bgl-ev.de/web/initiativen/leistung_qualitaet.htm (20.07.2012)

3.3.5 PDCA-Zyklus nach Deming

Das Prozessmodell der ISO basiert nach dem Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungskreises, besser bekannt als Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA) (vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 118). Demings Verbesserungsprinzip wurde 1950 in Japan bekannt (vgl. Blonski 2003, S. 71). In Japan hat Imai den Begriff „Kaizen“ für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) geprägt, wobei Kai - der Weg bedeutet und Zen – zum Guten oder Besseren. Die Idee des Kaizen hat in Japan zu großem Erfolg geführt. KVP oder Kaizen hat im deutschsprachigen Gesundheitswesen bei den MitarbeiterInnen noch keine so große Bedeutung. Gründe dafür können an der unterschiedlichen Mentalität und Einstellung zur Arbeit liegen (vgl. Schmidt 2005, S. 38). Qualitätsmanagementsysteme fordern aber die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Primäres Ziel aller Verbesserungsmaßnahmen soll die Steigerung der Kundenzufriedenheit sein. Der PDCA-Zyklus ist heutzutage für Verbesserungsmaßnahmen ein Standardschema und beinhaltet folgende vier Phasen:

P (Plan)	Analyse der Ist-Situation, Verbesserungsplan erstellen
D (Do)	Durchführung der geplanten Verbesserung
C (Check)	Erfassen der neuen Ist-Situation, Feststellung der Zielerreichung
A (Act)	Umsetzung der Ergebnisse oder neuerlicher Durchlauf des Zyklus

(vgl. Weigert 2004, S. 69; Puhr 2006, S. 21)

Der PDCA-Zyklus oder auch Demingzyklus ist als Prozess ohne Anfang und Ende zu sehen, ähnlich ist auch der Prozess der Pflege strukturiert. Eine Darstellung als Kreis, wie auch der Pflegeprozess konstruiert ist, wird in der nächsten Grafik anschaulich dargestellt:



Abbildung 7: Demingzyklus

Quelle: http://www.vectorstudy.com/management_theories/deming_cycle.htm (20.07.2012)

3.4 Gründe für ein QM-System

Die Gründe für die Implementierung eines QM-Systems sind vielfältig, ein allgemein starker Trend in diese Richtung ist zu erkennen. Verstärkter Wettbewerb, knapper werdende finanzielle Ressourcen sowie das zu-

nehmende Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz sind nur einige Gründe. Gesetzliche Regelungen tendieren immer konkreter dazu, systematisch Qualitätsmanagementsysteme vorzuschreiben – so in Deutschland (vgl. Görres et al. 2006, S.141). In Österreich existiert – wie bereits im Kapitel 2.8 erwähnt – derzeit noch keine gesetzliche Vorschrift, die zu einer Implementierung eines QM-System verpflichtet.

3.4.1 Gesetzliche Regelung der Qualitätssicherung in Österreich

Um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu verbessern, wurden vom Gesetzgeber seit Beginn der 1990er Jahre diverse Gesetze und Regelungen zur Qualitätsarbeit entwickelt. Der größte Schritt war die Schaffung des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz GQG). Der Bund hat damit einen gesetzlichen Rahmen geschaffen, um Qualitätsthemen zu strukturieren, zu entwickeln und eine Qualitätsstrategie zu verfolgen. Das Gesundheitsqualitätsgesetz ist seit ersten Jänner 2005 in Kraft (vgl. www.bmg.gv.at, 04.08.2012).

„§ 1. Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen....“ (GQG, BGBl I, Nr. 179/2004).

3.5 Risiken eines Qualitätsmanagementsystems

Nach Görres fehlt auf MitarbeiterInnenebene häufig die Akzeptanz. Als Ursachen sieht er die abstrakten Begrifflichkeiten von Qualität, ungeeignete und wenige Anreizsysteme, keine Möglichkeit der Mitgestaltung, Widerstände durch festgefahrene Routineabläufe, Ängste durch Prüfungssituationen sowie Überforderung. Weiters sieht er ein Risiko über den nicht vorhandenen Qualitätsbegriff, es fehle auch an konsensfähigen Qualitätszielen sowie an aussagekräftigen Handlungsrichtlinien. Ein weiteres Risiko besteht nach Görres in der zunehmenden Bürokratisierung von Versorgungsprozessen und der Anhäufung von nicht zu bewältigenden „Datenfriedhöfen“ (vgl. Görres 2006, S. 204).

3.6 Entwicklungstrend von Qualitätssystemen in Österreich

Ein Bericht im Auftrag der Gesundheitsagentur zeigt den aktuellen Stand der Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in den österreichischen Krankenhäusern. Der Kriterienkatalog erfasst vier Dimensionen, die strategische und strukturelle Verankerung, Qualitätsmodelle, spezifische Instrumente sowie Patientensicherheit und Risikomanagement. 177 Krankenhäuser wurden österreichweit kontaktiert, 126 Anstalten nahmen an der Befragung teil. 92% der Krankenhäuser gaben an, Mitarbeiter mit Qualitätsmanagementausbildung zu haben, 65% hatten ein Qualitätsmodell implementiert und 17,5% planten die Einführung eines QM-Systems. Ein QMS nach ISO hatten 46 von 82 Krankenhäusern implementiert, wobei nur vier die gesamte Organisation anbelangten. Prozessdiagramme sind in 59% der Krankenhäuser in Verwendung. Die Ausweitung der Teilnahme von Langzeitpflegeeinrichtungen ist in Planung (vgl. Domittner et al. 2011).

Im Pflegevorsorgebericht 2010 ist im Qualitätsteil festgehalten, welche einzelnen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in stationären Altenpflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) in den einzelnen Bundesländern ergriffen werden (vgl. www.bmask.gv.at, 27.09.2012).

In einer Pilotphase wurden österreichische Pflegeheime nach dem Nationalen Qualitätszertifikat (NQZ) bewertet. Voraussetzung dafür ist ein bereits implementiertes QMS. Derzeit wird an einen möglichen Implementierungsplan für einen Regelbetrieb gearbeitet (vgl. www.bmask.gv.at, 27.09.2012).

Das in Deutschland entwickelte Qualitätsmanagementmodell KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) – speziell für den Gesundheitsbereich – wird in österreichischen Krankenhäusern und auch Pflegeeinrichtungen zunehmend angewendet. Das Modell orientiert sich an den Normforderungen der ISO sowie anhand der Kriterien des EFQM-Modells (European Foundation for Quality Management). Ein wichtiges Element bei KTQ als auch bei EFQM ist die Selbstbewertung. Im Anschluss daran erfolgt eine Zertifizierung durch unabhängige Dritte (vgl. Hartl & Wernisch 2011; www.ktq.de, 05.10.2012).

4 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess als Kernprozess hat nicht nur im Kontext des Pflegeberufes eine bedeutsame Stellung, sondern auch im prozessorientierten Qualitätsmanagementsystem nach ISO. Die einzelnen Phasen sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz definiert und werden etwas später ausführlich beschrieben. Pflegepersonen sind dadurch zur Anwendung des Pflegeprozesses gesetzlich verpflichtet. Auch im Ausbildungscurriculum der Gesundheit- und Krankenpflege ist der Pflegeprozess fixer Bestandteil der Lerninhalte.

4.1 Definition und historische Entwicklung

Die Entwicklung des Pflegeprozesses nahm in den 1950er-Jahren in den USA ihren Anfang. Diese damals neue Vorgehensweise wurde erstmals von Lydia Hall beschrieben. Helen Yura und Mary Walsh veröffentlichten 1967 das erste umfassende Buch zu diesem Thema, das den Titel „The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating“ trug. Laut den beiden Autorinnen ist der Pflegeprozess eine geordnete, systematische Methode zur Bestimmung des Gesundheitszustandes bzw. von Pflegeproblemen. Dieser Prozess dient dazu, optimale Pflegemaßnahmen zu entwickeln und anschließend zu bewerten, in welchen Ausmaß diese das Wohlbefinden verbessert bzw. das Pflegeproblem gelöst haben (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 11). In den 1960er Jahren wurde die amerikanische Idee von der Weltgesundheitsorganisation aufgegriffen und im Rahmen einer multinationalen Studie wurden die Bedürfnisse von Patienten näher untersucht. Die WHO veröffentlichte 1987 die Ergebnisse unter dem Titel „People`s need for nursing care“, damit trug die WHO maßgeblich dazu bei, den Pflegeprozess als Grundlage einer professionellen Pflege zu etablieren (vgl. Hackmann 2012, S. 558; Kussmaul & Vater 2011, S. 14). Im deutschsprachigen Raum begann eine teilweise fachliche Auseinandersetzung rund um den Pflegeprozess ebenfalls in den 1960er und 1970er Jahren. Jedoch erst mit der Publikation der beiden Schweizerinnen Verena Fiechter und Martha Meier 1981 mit dem Titel „Pflegeplanung –

Eine Anleitung für die Praxis“ setzte eine Verbreitung des Pflegeprozessgedankens ein.

„Der Pflegeprozess ist eine systematische patientenorientierte Vorgehensweise. Dieser Begriff beinhaltet sowohl den Vorgang der Problemlösung in der Pflege als auch den Beziehungsablauf, der zwischen der Pflegeperson und dem Patienten in Gang kommt und durch welchen Problemlösung und pflegerische Hilfe erst verwirklicht werden können“ (Fiechter & Meier, 1998, S. 17).

Ein weiterer Meilenstein des Prozessgeschehens war die Formulierung von Pflegediagnosen durch die American Nursing Association. 1987 fand die erste Pflegediagnosenkonferenz in Kanada statt. Ein weiterer großer Schritt erfolgte 1991 durch die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, Zertifizierungskommission des Verbandes der Gesundheitsorganisation in den USA). In die Standards der JCAHO wurde aufgenommen, dass von professionellen Pflegepersonen Pflegediagnosen anzuwenden und zu erheben sind (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 12).

Im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurden die Inhalte des Pflegeprozesses 1997 festgelegt und demzufolge in das Ausbildungscurriculum der Gesundheits- und Krankenpflege aufgenommen.

4.2 Struktur und Modelle

Durch unterschiedliche historische Entwicklungen wurden verschiedene Modelle gestaltet. Diese unterscheiden sich lediglich in der Darstellung und Interpretation der Phasen. Der kybernetische Regelkreis stellt das Grundprinzip dar nach dem der Pflegeprozess ausgerichtet ist.

4.2.1 Der kybernetische Regelkreis

Das Wort Kybernetik leitet sich aus dem griechischen „kybernetike“ ab und bedeutet Steuermannskunst. „Kybernän“ ist eine wissenschaftliche Forschungsrichtung, die Systeme auf selbsttätige Regelungs- und Steuerungsmechanismen hin untersucht (vgl. www.duden.de/woerterbuch, 08.08.2012). Fiechter und Meier vergleichen dies mit der Kunst des Steuermannes bzw. Lotsen, sein Schiff trotz Wind und Wasserströmung ans Ziel zu bringen. Dazu muss der Lotse immer wieder den Ist-Wert seines Schiffes bestimmen und mit dem Soll-Wert vergleichen sowie eine Steuerungsstrategie entwickeln (vgl. Fiechter & Meier 1998, S. 24).

Der kybernetische Ansatz findet seine Anwendung sowohl in biologischen, soziologischen als auch in psychologischen und technischen Systemen, in denen ein geplantes zielorientiertes Vorgehen angestrebt wird. Das Grundprinzip des Pflegeprozesses baut auf dem Prinzip der Ist-Soll-Wert-Angleichung auf (vgl. Schrems 2002, S. 106). Das handelnde System besteht aus der Pflegeperson und aus dem Pflegeempfänger. Die Handlungsgrundlage stellt die Pflegeplanung dar, indem die Ist- und Soll-Werte im Rahmen der Pflegediagnose und Pflegeanamnese festgehalten werden (vgl. Resetarics 2008, S.120).

Der Pflegeprozess ist damit ein dynamisches Konstrukt in Form eines Regelkreises. Alle Phasen des Pflegeprozesses beeinflussen sich gegenseitig, Ziele werden erreicht bzw. nicht erreicht und unterliegen einer kontinuierlichen Modifizierung durch Pflegepersonen und Pflegeempfänger (vgl. Resetarics 2008, S. 136).

4.2.2 Phasen-Modelle

Die vier Grundelemente, die von Yura und Walsh erstmals dargestellt wurden, sind in allen Modellen wieder zu finden. Diese sind die Elemente:

4-Phasenmodell nach Yura und Walsh
Assessment
Planning
Implementation
Evaluation

Der Pflegeprozess der WHO folgte dieser Idee und stellte den Pflegeprozess ebenfalls in vier Phasen dar. Die Beschreibung der einzelnen Phasen erfolgt im Kapitel 4.3. Daneben gibt es noch 5-Phasenmodelle und 6-Phasenmodelle. Im deutschsprachigen Raum hat sich vermehrt das 6-Phasenmodell von Fiechter und Meier durchgesetzt.

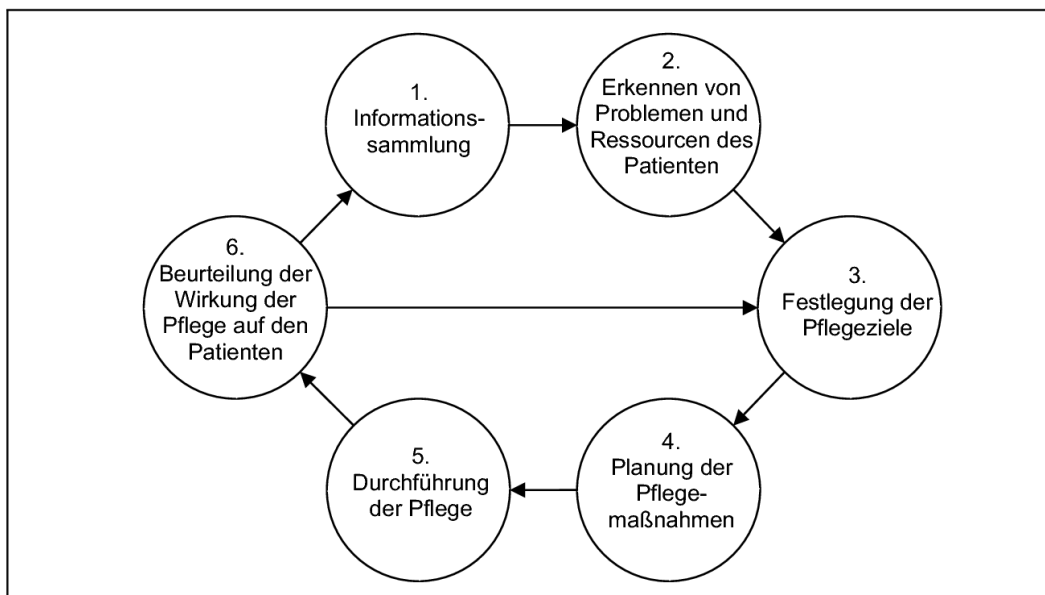


Abbildung 8: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier 1998, S. 19

Fiechter und Meier (1998, S. 19) beschreiben den Pflegeprozess als „eine Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entschei-

dungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten.“ Weiters stellen Fiechter und Meier fest, dass der Pflegeprozess ein stetiger Entwicklungsprozess ist, in dem der Verlauf eines Patienten verschiedene Phasen aufweist. Die Darstellung des Prozesses als Spirale wäre sinnvoll, um die verschiedenen Entwicklungsstufen besser zu erkennen.

Mundinger und Jauron (1975) beschrieben als Erstes die fünf Phasen, indem sie die erste Phase Assessment in Einschätzung und Pflegediagnose unterteilten (Stefan et al. 2006, S. 2).

Brobst beschreibt ebenso fünf Phasen des Pflegeprozesses und weist – wie auch Fiechter und Meier – darauf hin, dass die einzelnen Schritte dynamisch und flexibel sind und Überschneidungen stattfinden können (vgl. Brobst 2007, S. 25).

5-Phasenmodell nach Brobst
Pflegeassessment/Einschätzung
Pflegediagnose
Pflegeplanung
Pflegeimplementation/Durchführung
Pflegeevaluation

Auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) ist der Pflegeprozess in fünf Phasen ersichtlich. Diese Schritte sind im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich erfasst (siehe Kapitel 4.4.1).

5-Phasenmodell des GuKG
Pflegeanamnese
Pflegediagnose
Pflegeplanung
Durchführung
Pflegeevaluation

(Vgl. GuKG www.ris.bka.gv.at 05.09.2012)

4.2.3 Problemlösungsprozess versus Beziehungsprozess

Problemlösung und Beziehung sind im Pflegeprozess untrennbar miteinander verbunden. Auch wenn der Beziehungsprozess in den meisten Darstellungen des Pflegeprozesses nicht sichtbar ist, so kann ohne das Element „Beziehung“ keine personenorientierte Problemlösung durchgeführt werden.

4.2.3.1 Der Problemlösungsprozess

Der Pflegeprozess ist ein abstraktes, systematisches Problemlösungsverfahren und Handlungsmodell. Erst die Anwendung in konkreten Pflegesituationen macht daraus einen berufsspezifischen Prozess der Pflege (vgl. MDS 2005, S. 11).

Die Struktur des Pflegeprozesses wurde aus dem wissenschaftlichen Ansatz der Problemlösung entwickelt (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 356). Dieser ist jedoch kein pflegespezifischer Ansatz und findet in vielen Situationen und Bereichen seine Anwendung (vgl. Resetarics 2008, S. 135).

Grundsätzlich gibt ein problemlösender Ansatz eine Handlungsrichtung vor, mit deren Hilfe Entscheidungen getroffen werden, die zu einer Lösung des Problems führen. Dabei wird zwischen rationalen und weniger rationalen Problemlösungsansätzen unterschieden. In der Pflege als auch in der Medizin werden beide angewendet, da manchmal Entscheidungen schnell und ohne bzw. weniger Fakten getroffen werden müssen (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 40).

Peter Stratmeyer kritisiert, dass der Problemlösungsansatz eine sehr reduzierte Sichtweise auf die Pflege ist, die den unerlässlichen Aspekt der Beziehung offen lässt. Schöninger und Zegelin sehen die Herkunft des Problemlösungsprozesses aus den mechanistischen, industriellen Denkweisen als Kritikpunkt (vgl. Schöninger & Zegelin 1998; Stratmeyer 1997). Der Pflegeprozess ist sehr stark an den PDCA-Zyklus („Plan, Do, Check, Act“) angelehnt. Bei einer Gegenüberstellung von Demings Verbesserungszyklus und dem 4-Phasenmodell finden sich vergleichbare Schritte. Die Unterscheidung liegt lediglich in den Begrifflichkeiten und der Interpretation. Die Schritte des Pflegeprozesses beinhalten ebenso wie der PDCA-Zyklus die kontinuierliche Analyse der Ist-Situation und ihre Anpassung an die angestrebte Soll-Situation. So kann der Pflegeprozess auch als Verbesserungsprozess gesehen werden (siehe auch Kapitel 3.3.5).

Gordon beschreibt den Pflegeprozess als Problemlösungsprozess und unterteilt ihn in die zwei Hauptphasen Problemidentifikation und Problemlösung. Die Problemidentifikation beinhaltet die Phasen Assessment und Diagnose. In der Problemlösung geht es um die Bestimmung der Pflegeziele, der Intervention und der Ergebnisbewertung (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 18).

4.2.3.2 Der Beziehungsprozess

Nach Fiechter und Meier wird der „Problemlösungsprozess erst durch die Qualität der Beziehung, die zwischen Pflegeperson und Patient zustande kommt, wirksam“ (Fiechter & Meier 1998, S.21).

Pflege ist ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess, der Patient und die Pflegeperson stehen zueinander in einer Wechselwirkung. Durch unterschiedliche Verhaltensweisen der Pflegeperson und des Pflegeempfängers wird die Beziehung stark beeinflusst (vgl. Fiechter & Meier 1998, S. 21).

Hulskers (2001) unterscheidet im Beziehungsprozess der Pflege zwei Kernelemente, zum einen die Kompetenz und zum anderen die Fürsorge der Pflegeperson.

Für Tschudin treten Pflegeperson und Patient in eine Beziehung zueinander ein. Die Pflege hat diesen Prozess im Sinne von „Anteilnahme“ und „teilnehmender Beziehung“ zu gestalten. Das entstehende ungleiche Verhältnis ist einem besonderen moralischen Anspruch unterstellt (vgl. Tschudin 1988, S.21)

Das lässt sich noch präziser durch die vier Prinzipien – Benefizienz, Nichtschaden, Autonomie und Gerechtigkeit – der Pflegeethik erklären. Das Prinzip der Benefizienz und des Nichtschadens ergeben das Fürsorgeprinzip. Es besteht ein grundlegendes Bestreben dieses mit den zwei weiteren Prinzipien der Autonomie und dem der Gerechtigkeit in Einklang zu halten. Zur professionellen Pflege gehört die Fähigkeit zur ethisch begründeten Selbstbegrenzung der Fürsorge (vgl. Körtner 2004, S. 92, S. 17), dadurch lässt sich ein „teilnehmender“ wie auch „anteilnehmender“ Beziehungsprozess gestalten.

Die Kompetenz von Pflegepersonen wird von Benner in fünf Kompetenzstufen eingeteilt. Sie beginnt beim Neuling und geht bis zum Pflegeexperten. Die Anwendung des Pflegeprozesses wird demnach je nach Kompetenzstufe in unterschiedlicher Weise ausgeführt. Charakteristisch ist eine Entwicklung vom Befolgen festgelegter Regeln bis zum Handeln auf Basis gelernter Erfahrungen.

Kompetenzstufen der Pflege nach Benner
Stufe 1: Neuling
Stufe 2: Fortgeschrittene/r AnfängerIn
Stufe 3: Kompetente Pflegende
Stufe 4: Erfahrene Pflegende
Stufe 5: PflegeexpertIn

(vgl. Benner 2000, S.41)

Ein wichtiger Aspekt bei der Umsetzung des Beziehungsprozesses ist die Gewährleistung einer gewissen Kontinuität.

Krohwinkel versteht darunter, dass die Beziehung, die geplanten Maßnahmen sowie die Umsetzung des Pflegeprozesses kontinuierlich zu gewährleisten sind (vgl. Löser 2004, S. 35). Ein fördernder Beziehungs- und Problembearbeitungsprozess soll kontinuierlich realisiert werden. Dazu müssen pflegerischen Abläufe personen- und situationsbezogen von Bezugspflegepersonen durchgeführt werden (vgl. Krohwinkel, 2008, S. 256).

Das setzt bestimmte Strukturkriterien in der Organisation der Pflege voraus. Ein patientenorientiertes Pflegeorganisationssystem ist hier von essentieller Bedeutung. Als höchste Form der Patientenorientierung ist das System Primary Nursing von Marie Manthey zu erwähnen. Eine bestimmte Bezugspflegeperson ist für die gesamte Gestaltung des Pflege- und Beziehungsprozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung verantwortlich (vgl. Löser 2004, S. 52).

Pflege ist ein Beziehungsprozess, in dem eine kontinuierliche Interaktion mit dem Patienten stattfindet.

4.3 Der Pflegeprozess anhand des 4-Phasen-Modells der WHO

Assessment	Pflegeassessment und Pflege- diagnostik
Planning	Pflegezielbestimmung und Festlegen der Pflegemaß- nahmen
Intervention	Durchführung der Pflege- maßnahmen
Evaluation	Bewertung

4.3.1 Assessment

Die erste Phase des Pflegeprozesses ist die systematische Erhebung von pflegerelevanten Informationen (Pflegeassessment) sowie das Erkennen von Problemen und Ressourcen (diagnostischer Prozess).

4.3.1.1 Pflegeassessment

Der internationale allgemeine Begriff lautet Assessment und bedeutet „Bewertung“ oder auch „Einschätzung“. Im deutschsprachigen Raum werden vermehrt die Begriffe „Informationssammlung“ und „Pflegeanamnese“ verwendet. Als Assessmentinstrumente werden häufig strukturierte Erhebungsinstrumente, wie zum Beispiel standardisierte Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos, bezeichnet. Das Pflegeassessment bzw. die Informationssammlung stellt den ersten und wichtigsten Schritt im Pflegeprozess dar und setzt sich über den gesamten Aufenthalt fort (vgl. Reseta-
rics 2008, S. 137).

„Ziel des Assessments sind der Beziehungsaufbau zwischen Patient und Pflegeperson sowie die Erhebung des Pflegebedarfs“ (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 54). Wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Erhebung sind Kenntnisse in der Gesprächsführung sowie ausreichendes fachliches Wissen (vgl. Reimer & Füller 1998, S. 89).

Die Pflegetheoretikerin Hildegard Peplau, die in ihrer Pflegetheorie den Fokus auf zwischenmenschliche Beziehungen stellt, hat die Bedeutung der Gesprächsführung in der Pflege erkannt und unter anderem die Fähigkeit des Zuhörens, die Technik der Fragestellung sowie die Wichtigkeit von Information in der Orientierungsphase beschrieben (vgl. Peplau in Hojdelewicz 2011, S. 50).

Die Informationssammlung beinhaltet die Sammlung, Systematisierung und Dokumentation von pflegerelevanten Informationen, sowie biographische Aspekte und relevante Bedürfnisse, Gewohnheiten, Ressourcen, Problemen und Risiken des Pflegenden (vgl. MDS 2005, S.18; ÖBIG 2010, S.15).

Im Pflegealltag wird die Erhebung mittels Anamnesebogen und spezifischen Assessmentinstrumenten vorgenommen. Die Inhalte und der Aufbau stützen sich je nach gewählter Pflegetheorie bzw. Pflegemodell (vgl. Hojdelewics 2011, S. 56). Strukturen der Lebensaktivitäten sind dabei häufig anzutreffen.

4.3.1.2 Der diagnostische Prozess

„Die Kunst des Diagnostizierens liegt neben der Beherrschung von Diagnosenkonzepten, vor allem im Erkennen, in der Auslegung und im Verstehen der individuellen Situation jener Menschen, die der Pflege bedürfen“ (Schrems 2003, S. 34).

Die Pflegediagnostik oder auch der diagnostische Prozess ist der Weg von der Informationssammlung bis zur Erstellung der Pflegediagnosen im Pflegeprozess (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 68). Der Begriff Pflegediagnostik umfasst Pflegediagnosen als Produkt und als Prozess und beinhaltet die Integration des Patienten (vgl. Müller-Staub 2007, S. 354).

Nach Fiechter und Meier (1998, S. 31) wird beim Erfassen und Formulieren von Problemen und Ressourcen der Grundstein für die Pflegeplanung gelegt. Der diagnostische Prozess enthält das Assessment, die Analyse der gesammelten Information, eine Hypothesenbildung, deren Überprüfung und letztlich die formulierte Pflegediagnose (vgl. Hojdelewicz 2011, S.91). Dabei haben professionelles Urteilsvermögen und die Kreativität der handelnden Personen große Bedeutung (vgl. Müller-Staub 2007, S. 354).

4.3.1.3 Formulierung von Pflegediagnosen

„Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegefachkraft verantwortlich ist“ (Caroll-Johnson 1993 in Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 13)

Über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen besteht kein internationaler bzw. nationaler Konsens. Die Anwendung von Klassifikationssystemen ist in Österreich nach wie vor nicht einheitlich geregelt. Die am weitesten verbreitete und entwickelte Klassifikation ist die der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 80). Sie wurde wiederholt getestet und in mindestens zwölf Sprachen übersetzt (vgl. Müller-Staub 2007, S. 54). Im deutschsprachigen Raum findet man aber auch Kritik gegenüber den NANDA-Diagnosen. Angefangen von der Übersetzungsproblematik, dem kulturabhängigen Pflegever-

ständnis über die biomedizinische Perspektive, die Defizitorientierung bis hin zum Verlust von Individualität durch Standardisierung, sind die Kritikpunkte weitreichend (vgl. Hojdelewicz 2011, S. 83; Leoni-Scheiber 2004, S. 102).

Vorteile von Klassifikationssystemen sind die Entwicklung einer professionellen Pflegefachsprache, die Schaffung einer vergleichbaren und exakten Beschreibung, die Erstellung von Datenbanken sowie die Einflussnahme auf Gesundheitspolitik und Leistungstransparenz (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 99).

Der strukturelle Aufbau von Pflegediagnosen erfolgt in Österreich wie auch in Deutschland nach Empfehlung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG, 2010, S. 17) und nach dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS 2005, S. 20) nach dem vierteiligen P-Ä-S-R Format. Das Schema wurde von NANDA (PES-Format) übernommen und modifiziert. Der Aufbau der Pflegediagnose setzt sich wie folgt zusammen:

P	Problem
Ä	Ätiologie
S	Symptom
R	Ressource

In Österreich haben Stefan & Schalek (2009, S. 329) eine deutschsprachige Klassifikation der Pflegediagnosen entwickelt. Die Definition der Praxisorientierten Pflegediagnosen - kurz POP- ist folgende:

„Pflegediagnosen sind Beschreibungen konkreter pflegerischer Einschätzungen von menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess“ (Stefan et al. 2009, S. 9).

Die POP-Klassifikation beruht auf einer modifizierten Form der Pflegeetheorie nach Dorothea Orem, mit dem Schwerpunkt der Ressourcenorientierung bei der Formulierung von Pflegediagnosen. Das Klassifikationssystem besteht aus neun Bereiche, neunzehn Klassen und 150 Pflegediagnosen. Der strukturelle Aufbau ist ebenfalls nach dem P-Ä-S-R Format gegliedert (Stefan & Schalek 2009, S. 329).

4.3.1.4 Arten von Pflegediagnosen

Es lassen sich, je nach Problemformulierung, verschiedene Arten von Pflegediagnosen unterscheiden. In der Praxis ist der Einsatz von aktuellen Pflegediagnosen und Risikopflegediagnosen am häufigsten (vgl.

Hojdelewicz 2011, S. 81).

Im Allgemeinen lassen sich fünf Arten von Pflegediagnosen unterscheiden:

- Aktuelle Pflegediagnosen
- Risikopflegediagnosen
- Verdachtspflegediagnosen
- Syndrompflegediagnosen
- Wellnessdiagnosen

(vgl. Hojdelewicz 2011, S. 78)

Fiechter & Meier (1998, S. 38) unterscheiden zwischen generellen und individuellen Problemen. „Generelle Probleme sind typische voraussehbare Probleme, die den meisten Patienten unter den gleichen Bedingungen und mit den gleichen Risikofaktoren gemeinsam sind. Individuelle Probleme sind für einen Patienten spezifische und betreffen seine persönlichen Lebensumstände und sein persönliches Erleben.“

4.3.2 Planung / Planning

Die Planung beinhaltet die Teilschritte Pflegezielbestimmung sowie das Festlegen von Pflegemaßnahmen. In der Pflegepraxis werden unter Pflegeplanung meist die Erstellung der Pflegediagnose, die Zielformulierung, die Maßnahmenbeschreibung und die Evaluierung zusammengefasst. Die Ursache liegt in den Dokumentationsvorgaben, diese sind meist als Pflegeplanung betitelt und enthalten die zuvor genannten vier Teilschritte.

4.3.2.1 Pflegeziel

Im Sinne des Problemlösungsprozess ist zu jeder Pflegediagnose ein Pflegeziel zu erfassen. Die Pflegediagnose gibt den Ist-Zustand und das zu erreichende Pflegeziel den Soll-Zustand an. Das Ziel legt die Ergebnisse fest, die erreicht werden sollen und dient gleichzeitig als Maßstab, um die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen zu beurteilen (vgl. Fiechter & Meier 1998, S. 39, Leoni-Scheiber 2004, S. 108).

Für die Erreichbarkeit und den Erfolg des Pflegeziels sind die Einbeziehung von Pflegenden und Bezugsperson von großer Bedeutung. Denn nur gemeinsam erstellte Pflegeziele motivieren die Betroffenen, bewirken Transparenz und gestalten Ziele realisierbar (vgl. Leonie-Scheiber 2004, S. 210; MDS 2005, S. 27).

4.3.2.2 Zielformulierung und Zielarten

Pflegeziele sollen für alle Beteiligten nachvollziehbar sein und deshalb genau benannt werden. Mit Hilfe der SMART-Methode aus dem Projektmanagement lassen sich Ziele konkret formulieren (vgl. Wagner & Patzak 2007, S. 306; Wright 2005, S. 72).

S	Spezifisch
M	Messbar
A	Annehmbar
R	Realistisch
T	Terminbezogen

Folgende Zielarten können übergeordnet unterschieden werden:

- Erhaltungsziele
- Verbesserungsziele
- Bewältigungsziele

(vgl. Leonie-Scheiber 2004, S.110)

Weiters werden Pflegeziele als kurzfristige Ziele bzw. Nahziele oder als langfristige Ziele bzw. Fernziele definiert.

Nahziele beschreiben Ergebnisse, die innerhalb weniger Tage erreicht werden können und dienen dazu, Fortschritte zu messen, die ein Patient in Richtung langfristiger Ziele gemacht hat. Fernziele beschreiben Ergebnisse, zu deren Umsetzung es längere Zeit benötigt. Das ideale langfristige Ziel ist die maximal mögliche Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden. In der Langzeitpflege sind Fernziele in Kombination mit Nahzielen besonders sinnvoll (vgl. Wilkinson 2012, S. 302).

4.3.2.3 Festlegen von Pflegemaßnahmen

In Bezug auf den Pflegeprozess als Problemlösungsprozess sollen ausgewählte Maßnahmen die zuvor erhobenen Probleme lösen. Die Planung stellt somit eine Handlungsanweisung bzw. -strategie für alle an der Pflege beteiligten Personen dar, um das geplante Ziel, den Soll-Zustand zu erreichen (vgl. Hojdelewicz 2011, S. 106).

Leoni-Scheiber (2004, S. 119) definiert vier wichtige Kriterien für die Planung von Pflegemaßnahmen. Zum einem sollen die geplanten Maßnahmen den neuesten Erkenntnissen entsprechen. Des Weiteren sind die festgelegten Pflegemaßnahmen für alle Pflegepersonen verbindlich und entsprechen einer pflegerischen Anordnung. Ebenso darf die ökonomische Betrachtungsweise nicht außer Acht gelassen werden. Und zuletzt weist sie auf die Wichtigkeit der Aktualität der Pflegeplanungen hin.

Um die Pflegekontinuität und damit eine erfolgreiche Umsetzung zu gewährleisten ist eine präzise Formulierung der geplanten Maßnahmen erforderlich. Als Formulierungshilfe dienen folgende Fragewörter: Wer (beteiligte Personen), was (Ausformulierung der Tätigkeit) wann (Zeitpunkt bzw. Zeitraum), wo (Ort der Anwendung) wie (Art und Weise der Durchführung) und wie oft (Häufigkeit der Ausführung).

Bei der Planung der Pflegemaßnahmen ist die Berücksichtigung der zuvor bestimmten Ressourcen des Patienten von großer Bedeutung (vgl. Fiechter & Meier 1998, S. 41).

4.3.3 Durchführung der Pflegemaßnahmen / Implementierung

Die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen ist die Umsetzung des Pflegeprozesses in die Praxis. Wilkinson nennt in dieser Phase des Pflegeprozesses drei Aufgabenschwerpunkte,

- das Ausführen der geplanten Maßnahmen,
- die mögliche und auch notwendige Delegation der Maßnahmen
- und die Dokumentation der geleisteten Maßnahmen

(vgl. Wilkinson 2010 in Hojdelewicz 2011, S. 120).

Während der Durchführung der Maßnahmen kommt es zur Überschneidung mit anderen Phasen des Pflegeprozesses. Es werden kontinuierlich Reaktionen des Pflegenden beobachtet, Veränderungen und Abweichungen wahrgenommen und beurteilt, ob die Maßnahme modifiziert werden soll (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 130; MDS 2005, S. 31).

Die Durchführung der Maßnahmen wird in einem Durchführungsnachweis mit Handzeichen und Uhrzeit dokumentiert. Abweichungen, nicht geplante Interventionen sowie Veränderungen und Befindlichkeiten werden im Pflegebericht dokumentiert werden (vgl. ÖBIG 2010, S. 31).

4.3.4 Evaluation / Bewertung

Die Evaluation ist ein gezielter systematischer Prozess, indem der Ist-Stand mit dem Soll-Stand geprüft und bewertet wird.

„Evaluation in der Pflege ist die geplante und kontinuierliche Beurteilung der vom Klienten in Richtung Zielverwirklichung gemachten Fortschritte und der Wirksamkeit des Pflegeplans...“ (Wilkinson 2012, S. 460). Es werden die Struktur, die Prozesse und die Ergebnisse berücksichtigt.

Ohne Evaluation kann keine Änderung und somit Verbesserung angeregt werden. „Die Funktion des letzten Schrittes sind die Rückkopplung und

das Feedback“ im Sinne eines Regelkreises, der den nächsten Pflegeprozesszyklus in Gang setzt (Hojdelewicz 2011, S. 126).

4.3.4.1 Arten der Evaluation

Es lassen sich verschiedene Arten der Evaluationen einteilen, zum einen die objektive und subjektive Evaluation und zum anderen die formelle bzw. informelle Evaluation sowie die „gleichzeitige“ Evaluation.

Objektive und subjektive Evaluation

Die objektive Evaluation basiert auf Messkriterien bzw. Daten, die überprüfbar sind, wie z.B. Vitalparameter, spezifische Assessmentinstrumente, Hautdefekte. Subjektive Evaluation stützt sich auf eigene Beobachtungen sowie Äußerungen und Reaktionen von Patienten.

Formelle und informelle Evaluation

Die formelle Evaluation findet im Rahmen des festgelegten Kontrollintervalls statt. Eine informelle Bewertung ist eine nicht geplante Evaluation, diese findet bei unvorhersehbaren Veränderungen statt. Sowie bei einer „gleichzeitigen oder fortlaufenden Evaluation“. Diese findet während der Durchführung von Pflegemaßnahmen statt. In dieser Zeit wertet die Pflegeperson laufend die Reaktionen des Patienten aus (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 139).

4.3.4.2 Der Evaluationsprozess

Wilkinson beschreibt die Durchführung der Evaluation anhand strukturierter Prozessschritte.

1. Die Pflegeperson sieht die Dokumentation sowie die Messkriterien, Zielformulierungen durch.
2. Sie nimmt Kontakt mit dem Patienten sowie den agierenden Pflegepersonen auf.

3. Sie überprüft gemeinsam mit den Betroffenen die Effizienz der vorgegebenen Ziele und Pflegemaßnahmen, indem die aktuelle Situation mit der Zielformulierung verglichen wird.
4. Sie dokumentiert die Ergebnisse und Erkenntnisse
5. Sie nutzt die neuen Erkenntnisse und adaptiert den Pflegeprozess, indem neue Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen erstellt werden.
6. Sie kommuniziert Erkenntnisse und Veränderungen an die Patienten sowie agierenden Pflegepersonen.

(vgl. Wilkinson 2010 in Hojdelewicz 2011, S. 129)

Die Ergebnisse der Evaluation werden entsprechend dokumentiert. Wo die Auswertung festgehalten wird, obliegt der Organisation. Die Ergebnisse werden im Pflegebericht, in einem Evaluierungsbericht oder direkt beim evaluierten Pflegeziel dokumentiert (vgl. ÖBIG 2010, S. 25).

In der befragten Einrichtung erfolgt die Dokumentation der Evaluation in der elektronischen Patientendokumentation im Pflegeplanungstool, die fortlaufende Beschreibung der Wirksamkeit der Maßnahmen und kontinuierlichen Beobachtungen von Reaktionen und Veränderungen werden im Pflegebericht dokumentiert.

4.4 Der Pflegeprozess im Kontext der Bedeutung

Der Pflegeprozess ist einer Menge an Einflüssen ausgesetzt.

Gesetze, Pflegetheorien, Qualitätsmanagementsysteme etc. beeinflussen die Anwendung des Pflegeprozesses und bestimmen die Qualität der Ausführung der prozessualen Pflege.

4.4.1 Gesetzliche Bedeutung

Die Ausübung und Dokumentation des Pflegeprozesses ist im österreichischen Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe seit der

Novelle 1997 geregelt. Bei den Berufspflichten §5 steht unter Pflegedokumentation, dass alle gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren sind. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose und die Pflegemaßnahmen zu enthalten. Im GuKG (§13) sind die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festgehalten. Diese umfassen eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeiten (vgl. GuKG, www.ris.bka.gv.at, 05.09.2012).

Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§14) ist Folgendes festgelegt:
„§14(1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischer 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.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehender Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,...“ (GuKG, www.ris.bka.gv.at, 05.09.2012)

Mit dieser gesetzlichen Regelung sind alle diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zur Erstellung eines Pflegeprozesses verpflichtet. Die gesetzliche Vorgabe bietet keinen konkreten Handlungsrahmen. Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses lassen sich zwar erkennen, aber die Inhalte sind sehr knapp gehalten.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation herausgegeben. Diese stellt eine Empfehlung zur Pflegedokumentation insbesondere über den Pflegeprozess dar (vgl. ÖBIG 2010, S. 1).

4.4.2 Bedeutung aus der Sicht des QMS

International und mit Übereinstimmung der WHO wird der Pflegeprozess als Kern des pflegerischen Handelns gesehen (vgl. Sowinski 2004 www.kda.de, 24.06.2012). Ein Kernprozess ist er auch im Qualitätsmanagementsystem. In Pflegeeinrichtungen wird der Pflegeprozess als Kernprozess der Pflege abgebildet. Berta Schrems erwähnt, dass mit der Etablierung von QM-Systemen die Pflege eine „Vorreiterrolle“ eingenommen hat. Qualitätsmanagementsysteme basieren auf dem PDCA-Zyklus und auch der Pflegeprozess funktioniert nach diesem Problemlösungsprozess (vgl. Schrems 2006, S. 46). Unternehmenskultur, Qualitätsziele sowie ein geeigneter struktureller Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation sind wichtige Voraussetzungen für die Ausführung des Kernprozesses Pflege.

4.4.3 Bedeutung für die Praxis

Seit Mitte der 1990er Jahre werden Diskussionen über die Bedeutung von Pflegeprozess und Pflegedokumentation in der Praxis geführt. Auch wenn Überlegungen, den Pflegeprozess abzuschaffen laut geworden sind, so gibt dieser Rahmen bzw. dieses Modell einen strukturierten Weg zur Prob-

lemidentifikation und Problemlösung vor. Und bei genauerer Betrachtung lässt sich erkennen, dass der Pflegeprozess noch nie so sicher verankert war, wie heute. (vgl. Schrems 2006; Isfort 2005; Thiel 2001).

Franz Allmer sieht die Anwendung des Pflegeprozesses in Bereichen, in denen der pflegerische eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich überwiegt – wie in geriatrischen Einrichtungen – leichter umsetzbar, als im Akutbereich, wo es viele standardisierte, mitverantwortliche Tätigkeiten gibt. Die Phasen Assessment und Evaluation sind nach Allmer aber bei jeden Patienten unverzichtbar (vgl. Allmer, 2003, S. 15).

4.4.3.1 Pflege-theoretischer Bezugsrahmen

In der Pflege existieren eine Menge pflege-theoretischer Bezugsrahmen, eine allumfassende Theorie wurde noch nicht gefunden (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 91). Afaf Meleis unterscheidet vier Denkschulen, die interaktionsorientierte, die bedürfnisorientierte, die ergebnisorientierte und die humanistische Denkschule (vgl. Hallensleben 2003, S. 60).

Im deutschsprachigen Raum ist die Anwendung von Pflegemodellen nach Lebensaktivitäten häufig. In vielen Altenpflegeeinrichtungen findet das Pflegemodell der ganzheitlichen, fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel seine Anwendung. Als Strukturierungsmodell dienen die dreizehn Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL bzw. ABEDL). Dieses Pflegemodell stellt den pflege-theoretischen Bezugsrahmen in der befragten Einrichtung dar. Krohwinkel definiert den Pflegeprozess als individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess und übernimmt das 4-Phasenmodell der WHO in modifizierter Form (vgl. Krohwinkel 2008, S. 35).

Ein häufiger Kritikpunkt an Pflegeprozessen ist oft die fehlende Orientierung an pflege-theoretischen Modellen bei der Umsetzung (vgl. Isfort 2005,

S. 1). Das Grundmodell Pflegeprozess beinhaltet aber keine Pflege-theorien oder Pflegekonzepte sondern ist primär als praktisches Handlungsmodell zu sehen, in denen die einzelnen auszuführenden Schritte dargestellt sind.

4.4.3.2 Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegenden

Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Pflegeperson tragen für einen erfolgreichen Einsatz des Pflegeprozesses in der Praxis bei:

Intellektuelle bzw. kognitive Fähigkeiten: Im Bezug auf den Pflegeprozess sind dazu Fertigkeiten zur Entscheidungsfindung, Problemlösung sowie kritisches Denken notwendig.

Theoretisches Wissen: Fachwissen und Expertise sind wichtig, um professionelle Pflege zu leisten.

Technische und psychomotorische Fähigkeiten: In der Phase der Implementierung benötigen Pflegepersonen besonders diese Fertigkeiten.

Zwischenmenschliche Fähigkeiten: Kommunikations-, Konflikt- und Teamfähigkeit sind wichtige zwischenmenschliche Fähigkeiten. Aber auch das Wissen über menschliches Verhalten sowie über nonverbale Äußerungen spielt eine wichtige Rolle im Pflegeprozess. Eine wertschätzende Pflegeperson-Patientenbeziehung bildet dazu den notwendigen Rahmen.

Kulturelle Kompetenz: Kulturelle Sensibilisierung bedeutet, ein Verständnis für andere Sichtweisen von Patienten zu bekommen, indem unterschiedliche kulturellen Verhaltensweisen erkannt und

respektiert werden (vgl. Fiechter & Meier 1998, S. 147; Leoni-Scheiber 2004, S. 149; Wilkinson 2012, S. 45).

5 Stand der Forschung

Zur Schaffung einer fundierten wissenschaftlichen Basis und um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu bekommen, wurde eine Literaturrecherche in Datenbanken und Bibliotheken durchgeführt.

5.1 Durchführung der Literaturrecherche

Die Literatursuche zum Thema Prozessanwendung in der Pflege erfolgte an der Universitätsbibliothek Wien, an der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien und an der Pflegefachbibliothek im Rudolfinerhaus. Durch die Nutzung von deutschen und englischsprachigen Datenbanken, insbesondere „Medline“, „Cinhal“ und „Bibnet“ wurden aktuelle Fachartikel ausfindig gemacht. Ebenso erfolgte eine Suche im Internet über die Suchmaschine „Google“ und „Google Scholar“.

5.2 Forschungsstand

Während der Literaturrecherche zeigte sich, dass zur vorliegenden Forschungsfrage wenig konkrete Literatur vorhanden ist. Ganz im Gegensatz dazu sind zu den methodischen Ansätzen von Qualitätsmanagementsystemen, besonders über die Implementierung von unterschiedlichen Qualitätsmanagementansätzen, viele Literaturstellen zu finden. Über die Anwendung von Prozessdiagrammen aus der Sicht der Pflege fanden sich keine spezifischen Arbeiten.

Kunkel, Rosenqvist und Westerling (2009) fanden in ihrer Forschungsarbeit heraus, dass die Qualität von Qualitätsmanagementsystemen bezogen auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität davon abhängig ist, nach welchen Kriterien die Implementierung des Systems erfolgte. Dabei wurde eine quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen in 600 schwedischen Krankenhausabteilungen durchgeführt.

Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Implementierung von QM-Systemen von Führungspersonen erfordert, zu gewährleisten, dass allen Mitarbeite-

innen die Möglichkeit gegeben wird, bei der Planung und Umsetzung eines QMS mitzuwirken zu können. Diese Beteiligung soll in Form einer „cooperative implementation“ Strategie und nicht nach einer „top-down“ oder „bottom-up“ Strategie erfolgen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen auf, wie wichtig es ist, MitarbeiterInnen bei der Entwicklung und Umsetzung von neuen Prozessen zu beteiligen, um nachhaltig ein Qualitätsmanagementsystem für alle zu schaffen (vgl. Kunkel et al. 2009).

Bernd Seeberger (2011) untersuchte in seiner Studie die Wirksamkeit von Qualitätsmanagementsystemen in deutschen Altenpflegeeinrichtungen. Der gewählte Forschungsansatz ist eine dreijährige Evaluationsstudie und besteht aus einem quantitativen und einem qualitativen Teil. Die Befragungen wurden in 43 Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt und fanden in Form von MitarbeiterInnenbefragung von Pflegepersonen und Führungspersonen statt.

Im Detail wurden folgende Fragestellungen erhoben:

- Tragen Qualitätsmanagementprozesse zur Teambildung bei bzw. verbesserten Teamorientierung bei?
- Lösen Qualitätsmanagementprozesse positive organisatorische Veränderungen bzw. Wirkungen aus?
- Erleichtern Qualitätsmanagementprozesse Führungspersonen die Arbeit?
- Unterscheiden sich die Ergebnisse der Altenpflegeeinrichtungen mit QM-Ansätzen erheblich von denen ohne QM-Ansätze?

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass Teambildung und Zusammenarbeit anfangs verbessert werden konnten, trotzdem kann eine anhaltende Erhöhung der Teamqualität aufgrund von QM-Systemen nicht eindeutig festgestellt werden.

Weiters stellte Seeberger fest, dass Führungspersonen Veränderungen durch Qualitätsmanagementprozesse positiver bewerteten als ihre MitarbeiterInnen. Eine Erleichterung der Arbeit ist aufgrund von kontinuierlichen Veränderungsansätzen nicht wirklich spürbar. MitarbeiterInnen, die bei der Erstellung von Prozessen nicht aktiv eingebunden waren, fanden diese als belastend und hemmend in ihrer täglichen Arbeit.

Nach Seeberger ist die Ausrichtung von QM-Systemen nicht auf Personen, sondern auf Prozesse gerichtet. Dienstleistungsqualität sollte aber primär über Arbeitshaltung, Empathie und Beziehungsqualität bei der Umsetzung bestimmt sein. Deshalb ist es besonders wichtig, dass sich Organisationen nicht nur über die Qualität ihrer Prozesse, sondern über die Qualität ihrer MitarbeiterInnen definieren. Qualitätsmanagementsysteme nach ISO entsprechen dem Denksystem der Betriebswirtschaft und dienen lediglich der Umsetzung von Normvorgaben (vgl. Seeberger 2011).

Die Ergebnisse von Seeberger lassen erkennen, dass ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO sehr produktorientiert ausgerichtet ist. Es ist wichtig, in Dienstleistungsprozessen den Faktor Mensch nicht außer Acht zu lassen - wie es auch im Pflegeprozess nicht getan wird - sondern den Mensch in den Mittelpunkt zu stellen. Die Wichtigkeit der Einbindung von MitarbeiterInnen in die Prozessgestaltung wird ebenso durch die Untersuchung hervorgehoben.

Sascha Sassen (2008) untersuchte den Verwirklichungsgrad der Vorgaben von Qualitätsmanagementsystemen nach EN ISO 9001 in diversen Alterseinrichtungen. Mittels Experteninterviews stellte er fest, dass der Grad der Umsetzung nicht den Anforderungen der Norm entspricht. Er zeigte auf, dass viele Inhalte den Pflegepersonen nicht bekannt sind. Das Ausmaß an Informiertheit über relevante Inhalte ist zumeist der Selbststeuerung der MitarbeiterInnen überlassen. Folgende Ergebnisse lassen sich aus der Untersuchung ableiten:

- Es herrscht Unklarheit über den Nutzen von Qualitätsmanagementsystemen.
- Die Organisation hat Schwierigkeiten, relevante und irrelevante Prozesse zu unterscheiden.
- Kernprozesse und qualitätsbeeinflussende Kennzahlen sind den MitarbeiterInnen nicht ausreichend bekannt.
- Der Kenntnisstand über das QMS hängt von den Eigeninteressen der MitarbeiterInnen ab.
(vgl. Sassen 2008)

Stephan Dorschner, Annette Meussling-Sentpali und Iris Schaefer (2009) führten in Deutschland eine qualitative Studie zum Thema „Pflegeprozess und Pflegequalität im subjektiven Erleben beruflicher Pflegenden“ durch. Die Datenerhebung erfolgte in Form von problemzentrierten Interviews an 13 Pflegeheimen und 17 ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Zusammengefasst lassen sich folgende zentrale Aussagen der Pflegefachkräfte zum Pflegeprozess festhalten:

- Eine grundsätzliche Bereitschaft einer aktiven Pflegeprozessgestaltung lässt sich erkennen.
- Die Praxistauglichkeit des theoretischen Konstrukts wird oft bezweifelt.
- Die einzelnen Phasen bereiten unterschiedliche Probleme.
- Begrifflichkeiten der einzelnen Phasen können beschrieben werden.
- Problemformulierungen und Evaluierungen fallen oft schwer.
- Hoher Dokumentationsaufwand wird als Belastung empfunden
(vgl. Dorschner et al. 2009)

6 Beschreibung der empirischen Untersuchung

6.1 Forschungsansatz

Bei der vorliegenden Arbeit wurde die Entscheidung für einen qualitativen Forschungsansatz getroffen, um vertiefende und differenzierte Phänomene aus der Perspektive der Pflegepersonen aufzuspüren. In der qualitativen Forschung wird die Erfahrungsrealität verbalisiert und interpretativ ausgewertet. Die Pflegepersonen können ihre subjektive Sichtweise und ihr Erleben in einer offenen Gesprächssituation frei äußern. Aus diesem Grund ist der qualitative Forschungsansatz für diese Arbeit ein geeignetes Instrument, da mit dessen Hilfe eruiert werden soll, wie Pflegepersonen im Pflegealltag ein vorhandenes Qualitätsmanagementsystem verstehen und in der Praxis anwenden.

6.1.1 Gütekriterien

Jede qualitative Forschungsarbeit muss zur Qualitätsprüfung bestimmte Gütekriterien erfüllen. Im deutschsprachigen Raum finden die Kriterien von Phillip Mayring häufig Anwendung (vgl. Mayer 2011, S.114). Dabei bezieht sich der Autor auf folgende sechs Gütekriterien:

- Verfahrensdokumentation

In der qualitativen Forschung ist dieser Ansatz besonders wichtig, da die Vorgehensweisen oft sehr spezifisch und individuell sind. Deshalb ist eine genaue und detaillierte Beschreibung des Forschungsprozesses notwendig, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

- Argumentative Interpretationsabsicherung

Interpretationen spielen in der qualitativen Forschung eine entscheidende Rolle. Diese bedürfen einer guten Argumentation, die außerdem in sich schlüssig sein soll. Sie lassen sich nicht nach Rechenoperatio-

nen standardisieren, daher sind sie nachvollziehbar zu machen und entsprechend zu argumentieren.

- Regelgeleitetheit

Offenheit ist zwar ein wichtiges Prinzip der qualitativen Forschung, trotzdem beziehungsweise gerade deshalb ist eine systematische Vorgehensweise enorm wichtig. Verfahrensregeln, wie im Auswertungsprozess der vorliegenden Arbeit beschrieben, müssen eingehalten werden.

- Nähe zum Gegenstand

Um eine Nähe zum Gegenstand zu gewährleisten, muss in die Alltagswelt der Beforschten hineingegangen werden. Dieses Gütekriterium wurde dadurch erfüllt, dass Personen aus der Pflegepraxis in ihrem Umfeld befragt wurden.

- Kommunikative Validierung

Durch die Diskussion der Ergebnisse mit den Beforschten kann eine Überprüfung der Gültigkeit der Interpretationen erreicht werden.

- Triangulation

Dieses Kriterium bedeutet, dass die Anwendung verschiedener Erhebungsmethoden die Qualität der Ergebnisse steigern kann. Es besteht die Möglichkeit verschiedene Methoden zu vergleichen und durch verschiedene Perspektiven ein konkreteres Ergebnis zu erzielen (vgl. Mayring 2002, S. 144-148).

6.2 Methode der Datenerhebung

Als Erhebungsmethode für diese Forschungsarbeit wurde ein qualitatives Interview mittels Leitfaden ausgewählt. Dabei handelt es sich um eine

halbstandardisierte, offene Interviewart. Reihenfolge und Formulierung der Fragen sind aber nicht an den Leitfaden gebunden, damit eine offene und freie Gesprächssituation entstehen kann. Er dient hauptsächlich als Gedächtnisstütze für die Interviewerin, um alle Themenschwerpunkte zu erfragen sowie als Formulierungshilfe für die Fragestellung (vgl. Mayer 2011, S. 197).

Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang und beinhaltet folgende Schwerpunkte:

- Allgemeines Wissen über das QMS nach ISO
- Anwendung und Verständnis von Prozessdiagrammen
- Anwendung und Verständnis des Pflegeprozesses

6.2.1 Beschreibung der Interviewpersonen und des Feldzuganges

Die Bestimmung der Stichprobe soll in der qualitativen Forschung sowohl nützlich als auch angemessen sein. Nützlichkeit bedeutet, dass man sich bereits vorher überlegen sollte, wer befragt wird, da die Stichprobe grundsätzlich kleiner ist. Unter Angemessenheit ist zu verstehen, dass die gesammelten Daten eine Sättigung erreichen sollten, damit man das Phänomen auch ausreichend und ausführlich beschreiben kann. Die Auswahl der Teilnehmer bezieht sich deshalb auf bestimmte Kriterien (vgl. Mayer 2011, S. 304).

Für diese Forschungsarbeit wurden sechs Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheit- und Krankenpflege einer Langzeitpflegeeinrichtung befragt. Die Interviewpersonen müssen in der direkten Pflege auf unterschiedlichen Stationen mindestens seit einem halben Jahr tätig sein und den Einschulungsprozess bereits absolviert haben. Die Langzeitpflegeeinrichtung muss ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO implementiert haben. Das Pflegekrankenhaus, in dem die Forschungsarbeit durchgeführt wurde, ist seit 2004 nach EN ISO 9001 zertifiziert.

Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von zwei Monaten. Zu Beginn der Erhebung wurde ein Probeinterview durchgeführt. Anschließend wurde der Interviewleitfaden nochmals überarbeitet, da manche Fragen nicht ausreichend verständlich waren.

Die Rekrutierung der Interviewpersonen erfolgte mit Unterstützung der Pflegedienstleiterin. Es wurden vier weibliche und zwei männliche Interviewpersonen von unterschiedlichen Stationen ausgewählt. Der erste Kontakt entstand telefonisch und zusätzlich per Mail. In diesem Gespräch wurden die Forschungsfrage und das Ziel der Untersuchung dargestellt, die Auswahl der Befragten kurz umrissen und die Rahmenbedingungen vorgestellt. Danach erfolgte nach positiver Bestätigung der Teilnahme durch die Interviewpersonen eine Terminvereinbarung.

Die Interviews wurden am Arbeitsplatz der Interviewpersonen durchgeführt. Als Räumlichkeit stand das Stationsleitungsbüro zur Verfügung, welche eine angenehme und ruhige Atmosphäre schaffte. Die Befragungen fanden auf Wunsch der Teilnehmer zu einer etwas ruhigeren Tageszeit, am Nachmittag statt.

Die Interviewdauer wurde auf eine halbe Stunde bis maximal eine Stunde festgelegt. Der Gesprächsverlauf gliederte sich in eine Einstiegsphase, eine Hauptphase und eine Abschlussphase.

Der Einstieg begann mit einer zwanglosen Plauderei und einer kurzen persönlichen Vorstellung. Es wurde das Ziel der Forschungsarbeit nochmals kurz erläutert, Anonymität zugesichert und das Einverständnis einer Aufnahme auf einem digitalen Diktaphon eingeholt, die von allen Teilnehmer gewährt wurde. Die Aufklärung erfolgte zusätzlich in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung, die im Anhang zu finden ist. Als Einstieg wurden zuerst Fragen zu Berufsausbildung, Schulbildung sowie Arbeitsbeginn im Pflegekrankenhaus gefragt. Während des Interviews wurde

die Reihenfolge der Themenschwerpunkte eingehalten, aber die Fragen flexibel dem Gespräch angepasst. Manche Themen wurden ausführlicher und manche weniger lang behandelt – dies ergab sich aus den Erfahrungen und Persönlichkeiten der Interviewpersonen.

In der Abschlussphase wurde den TeilnehmerInnen signalisiert, alle relevanten Fragen besprochen zu haben und die Möglichkeit eingeräumt, weitere Aspekte mitteilen zu können. Außerdem wurde das Angebot gemacht, den TeilnehmerInnen die Forschungsarbeit zukommen zu lassen.

6.3 Methode der Datenanalyse

Als Methode der Datenanalyse wurde eine qualitative Inhaltsanalyse gewählt.

6.3.1 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der Daten erfolgte durch eine wörtliche Transkription der durchgeführten Interviews. Um eine bessere Lesbarkeit und Bearbeitung zu gewährleisten, wurde eine Übertragung in normales Schriftdeutsch durchgeführt. Das ist nach Mayring (2002, S. 91) zulässig, da der Fokus auf der inhaltlichen-thematischen Ebene liegt.

Zur Erhaltung von sprachlichen Auffälligkeiten und nonverbalen Äußerungen kamen einige Sonderzeichen der kommentierten Transkription nach Kallmeyer und Schütze zur Anwendung.

- Nichtsprachliches oder Lachen wurde in Klammer gesetzt.
- Eine kurze Pause wurde mit drei Punkten ... und eine lange Pause mit einer Klammer (Pause) gekennzeichnet.
- Starke Betonungen wurden unterstrichen.

Zusätzlich wurde jedes Interview durchgehend an jedem Zeilenanfang nummeriert.

Zur Wahrung der Anonymität wurden alle genannten Personen durch xx oder xy ersetzt. Die Interviewerin und Interviewpersonen erhielten Kodierungen (I, IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6) (vgl. Mayer 2011, S. 254).

6.3.2 Datenauswertung

Als Methode der Datenauswertung kam die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring zur Anwendung. Dabei handelt es sich um ein interpretatives-reduktives Verfahren. Das Datenmaterial wird dabei zusammengefasst, umschrieben und in Kategorien erfasst. Danach werden die gebildeten Kategorien verknüpft und interpretiert (vgl. Mayer 2011, S. 257).

Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist die Reduktion des Materials bei Erhalt der wesentlichen Inhalte. „Durch eine Abstraktion wird ein überschaubarer Korpus geschaffen, der immer ein Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2002, S. 115).

Die zusätzliche Anwendung einer Themenmatrix ermöglicht eine Übersicht aller in den Interviews angesprochenen Themenschwerpunkte (vgl. Lamnek 2005, S. 405). Diese Schwerpunkte ergaben sich aus den Fragestellungen des halbstandardisierten Interviewleitfadens. Die wesentlichen Aussagen der Interviewpersonen wurden den jeweiligen Themenschwerpunkten zugeordnet.

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring besteht aus folgenden sieben Arbeitsschritten:

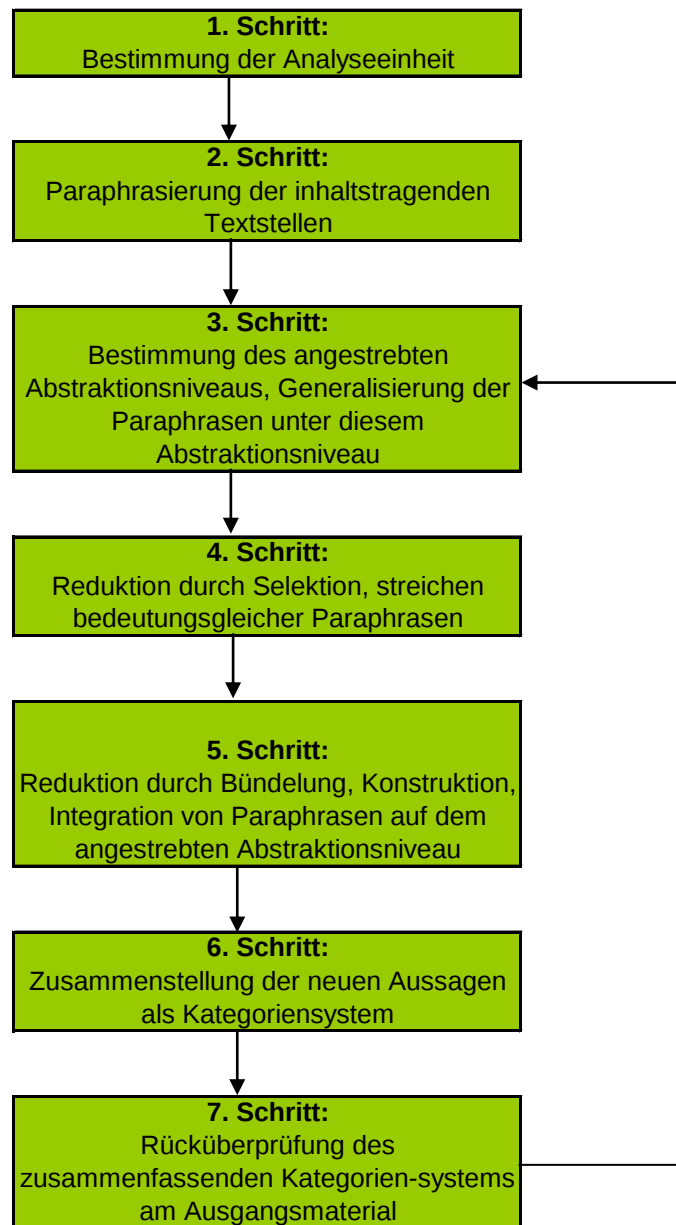


Abbildung 9: Ablaufmodell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 2003, S. 60)

1. Schritt: Bestimmung des Analyseeinheit

Dabei muss bestimmt werden, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll (vgl. Mayring 2003, S. 46). Ausgehend von den bereits definierten Hauptkategorien wurden in diesem Arbeitsschritt die relevanten Textstellen der Interviewprotokolle markiert.

2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Die markierten Interviewpassagen werden nun auf eine „auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben“ (Mayring 2003, S. 61) und in eine Themenmatrix eingetragen. Dabei werden nicht inhaltstragende Textbestandteile gestrichen. Ziel ist, eine einheitliche Sprachebene zu erreichen.

3. Schritt: Generalisierung der Paraphrasen auf das Abstraktionsniveau

In diesem Arbeitsschritt wird eine Verallgemeinerung der Paraphrasen vorgenommen. Alle Paraphrasen die unter dem Abstraktionsniveau liegen werden verallgemeinert und die darüber liegenden werden belassen.

4. Schritt: Reduktion durch Selektion

Durch den vorangegangenen Schritt kommt es zu inhaltsgleichen Paraphrasen die nun gestrichen werden.

5. Schritt: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration

Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt werden zusammengefasst.

6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Die übrig gebliebenen Paraphrasen werden in Kategorien zusammengefasst.

7. Schritt: Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial

In diesem letzten Schritt wird überprüft, ob das neu entstandene Kategoriensystem das Ausgangsmaterial repräsentiert.

(Vgl. Mayring 2003, S. 61; Mayer 2011, S. 260)

6.4 Ethische Überlegungen

Forschung, die sich auf Menschen bezieht, wirft immer auch ethische Fragen auf (vgl. Mayer 2002, S. 55). In diesem Kapitel soll kurz auf die Prinzipien der Ethik und deren Bedeutung für die Pflegeforschung eingegangen werden.

6.4.1 Ethische Grundsätze in der Pflegeforschung

Verschiedene Vereinigungen in der Pflege geben Empfehlungen zur Forschungsethik heraus. Aber so unterschiedlich sie auch sind, orientieren sie sich nach den vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik.

Diese Prinzipien sind Autonomie, Benefizienz, Nichtschadens und Gerechtigkeit (vgl. Mayer 2011, S. 63; vgl. Körtner 2004, S. 117).

Davon lassen sich drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes, an diesen sich die Forschung grundsätzlich halten soll, ableiten:

- **Information und freiwillige Teilnahme**
Alle InterviewteilnehmerInnen wurden ausreichend und verständlich über Ziel und Zweck, den Zeitrahmen und sonstige wesentliche Punkte aufgeklärt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die InterviewteilnehmerInnen gaben ihre Einwilligung in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung. Darüber hinaus hatten die TeilnehmerInnen jederzeit die Möglichkeit ihre Zustimmung zu widerrufen und das Interview abubrechen.
- **Anonymität**
Den TeilnehmerInnen wurde versichert, dass ihre Identität geheim bleibt. Die Aufzeichnungen sind an einem sicheren Ort aufbewahrt

und die Anonymität der Transkripte mit Hilfe einer Kodierung gesichert.

- Schutz der Einzelnen vor Schäden

Die Untersuchung ist so zu planen, dass die Risiken vor psychischen oder physischen Schäden so gering wie nur möglich gehalten werden. Das Wohlergehen der TeilnehmerInnen hat Vorrang vor dem Interesse der Forscherin (vgl. Mayer 2011, S. 64).

6.5 Beschreibung des Untersuchungsfeldes

Das Haus der Barmherzigkeit ist eine Institution kirchlichen und öffentlichen Rechts. Sie bietet Menschen mit chronischen Erkrankungen eine interdisziplinäre Langzeitbetreuung. Es besteht aus verschiedenen Teilbereichen, zwei Pflegekrankenhäusern in Kagran und Ottakring, drei Pflegeheimen sowie fünfzehn vollbetreuten Wohngemeinschaften und vier basalen Tagesheimen für die Betreuung von mehrfachbehinderten Menschen.

Als erstes geriatrisches Krankenhaus wurde 2006 das Pflegekrankenhaus in Ottakring mit dem ISO 9001 Qualitätsmanagementzertifikat ausgezeichnet. Hier werden 350 chronisch erkrankte Menschen aufgeteilt auf 12 Bettenstationen betreut. Die Stationen setzen sich aus acht Einheiten für geriatrische Patienten, zwei Einheiten für demenzerkrankte Patienten, eine Spezialeinheit für Multiple-Sklerose Patienten und eine Spezialeinheit für Wachkomapatienten zusammen. Im Vordergrund steht die interdisziplinäre Betreuung, die durch pflegerische, therapeutische und medizinische Berufsgruppen erfolgt. Zusätzlich sind Sozialarbeiterinnen, Diätologinnen, Seelsorgerinnen und ehrenamtliche MitarbeiterInnen im Einsatz.

Die Dokumentation des Qualitätsmanagementsystems erfolgt mittels der Dokumentenlenkungssoftware CorpMan, die für alle Pflegepersonen zugänglich ist. Damit wird gewährleistet, dass nur auf aktuell gültige Prozesse und Dokumente zugegriffen werden kann.

Die gesamte Patientendokumentation wird seit 2009 interdisziplinär über eine elektronische Pflegedokumentation (EPD) durchgeführt.

Die Qualitätspolitik ist die Umsetzung des Leitbildes in die Alltagsarbeit. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird durch definierte strategische Zielvorgaben, Prozesskennzahlen sowie durch laufende MitarbeiterInnen-, BewohnerInnen- und Angehörigenbefragungen beurteilt (vgl. Managementhandbuch Haus der Barmherzigkeit, 2010).

7 Ergebnisse der Interviews

Die transkribierten Interviews wurden nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring bearbeitet. Vor der Analyse wurden anhand des halbstandardisierten Interviewleitfadens bereits drei Themenschwerpunkte herausgearbeitet und die erstellten Paraphrasen diesen Schwerpunkten zugeordnet. Nach der Phase vier und fünf - der Selektion sowie Bündelung und Selektierung nach Mayring - wurden den drei Themenschwerpunkten weitere Kategorien zugeordnet.

Die wesentlichen Aussagen der Interviewpersonen wurden den Kategorien zugeordnet und weniger relevante Aussagen wurden gestrichen.

Der erste Themenschwerpunkt beschäftigt sich mit dem allgemeinen Wissen über das Qualitätsmanagementsystem. Im zweiten Themenschwerpunkt werden die konkrete Anwendung sowie das Verständnis von Prozessdiagrammen beschrieben und im letzten Themenschwerpunkt werden die Anwendung und das Verständnis des Pflegeprozesses, als Kernprozess, erforscht.

Themenschwerpunkt: Wissen über das QMS

Kategorien:

- Bedeutung und Ziele QMS
- Aufbau und Struktur
- Umgang mit Veränderungen
- Wissensvermittlung

Themenschwerpunkt: Anwendung und Verständnis von Prozessdiagrammen

Kategorien:

- Anwendung von Prozessdiagrammen
- Interpretation von Prozessdiagrammen
- Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten in der Anwendung

Themenschwerpunkt: Anwendung und Verständnis des Pflegeprozesses

Kategorien:

- Darstellung des Pflegeprozesses
- Beschreibung der Pflegeprozessphasen
- Wissensvermittlung
- Kontext Pflegemodell
- Kontext Beziehung
- Bedeutung und Ziele des Pflegeprozesses

7.1 Themenschwerpunkt: Wissen über das QMS

Im ersten Themenschwerpunkt werden die Bedeutungen und Ziele eines Qualitätsmanagement für die interviewten Personen beschrieben sowie der konkrete Aufbau und die Struktur, wobei der Fokus auf dem prozessorientierten Ansatz liegt. Des Weiteren werden das Erleben von Veränderungen und die Vorgehensweise von Wissensvermittlung betrachtet.

Von den vier weiblichen und zwei männlichen Interviewpersonen haben alle außer einer Person in Österreich diplomiert. Die Berufserfahrung liegt zwischen einem und 24 Jahren. Eine Person hat über Qualitätsmanagement bereits in der Ausbildung gehört, wobei hier lediglich auf die verschiedenen Ansätze von Qualitätsmanagementsystemen im Gesundheitsbereich eingegangen worden ist.

In der befragten Einrichtung haben einige MitarbeiterInnen aus der Pflege, bevorzugt in leitenden Positionen, eine Weiterbildung zum Qualitätsbeauftragten absolviert. Von den Interviewpersonen hat keiner diese Weiterbildung abgelegt.

7.1.1 Bedeutung und Ziele des Qualitätsmanagementsystems

Die Frage zur Bedeutung des Qualitätsmanagementsystems nach ISO war für alle Teilnehmer nicht leicht zu beantworten. Wahrscheinlich weil es ein sehr umfassendes Thema ist, wurde darauf auch sehr unterschiedlich geantwortet. Die verschiedenen Bedeutungen und Ziele eines QM-Systems werden im folgenden Abschnitt angeführt.

Sicherheit

IP2/5: *Positiv ist, das eine Absicherung da ist,...*

Qualitätsregelung

IP3/2: *Ein geregeltes System, wie Qualität ablaufen soll und kann.*

Qualitätssteigerung und kontinuierliche Verbesserung

IP5/2: *QM ist Entwicklung, Verbesserung sowie Verbesserungsmöglichkeiten.*

IP6/79: *Es ändert sich immer wieder etwas und es wird über sehr viel nachgedacht. Es gibt ein paar ganz gute Dinge,...*

Prozessorientierung

IP1/9: *QMS bedeutet jede Menge Prozesse...*

IP4/2: *QMS verbessert Prozesse bzw. befasst sich mit Prozessen.*

Umsetzung des Leitbildes

IP6/9: *...das Leitbild, das man in den Alltag umsetzt, ist unsere Qualitätspolitik.*

Interdisziplinarität

IP1/14: *QM ist im ganzen Haus, das betrifft nicht nur die Pflege, das betrifft alles.*

IP3/5: *QM ist nicht nur auf die Pflege bezogen, sondern wird auch in anderen Bereichen angewendet.*

Auditdurchführungen

IP6/2: *Durch die Isozertifizierung haben wir Audits,...*

IP2/6: *Ein Audit gehört unangekündigt, sonst hat es nicht viel Sinn.*

Vorgabe von Dokumenten und Prozessen

IP2/22: *QMS wird durch die Richtlinien und Prozesse vorgegeben,...*

7.1.2 Struktur und Aufbau des Qualitätsmanagementsystems

Das Wissen über die Struktur und den Aufbau ist bei allen Interviewpersonen ähnlich umfangreich. Sie sind mit der Software CorpMan vertraut. Alle Dokumente und Prozesse sind in diesem System abgebildet und von jedem/der MitarbeiterIn mittels Passwort abrufbereit.

IP6/19: *Man findet alles im CorpMan*

IP3/9: *... das der Aufbau im CorpMan beschrieben ist*

IP3/30: *Im CorpMan gebe ich einen Begriff ein, wenn es um eine bestimmte Handlung geht, die ich durchführen möchte.*

Die Struktur der Prozesslandkarte wurde nur von zwei Interviewpersonen gekannt, diese waren auch während der Implementierungsphase des Qualitätsmanagementsystems bereits im Haus tätig. Alle anderen hatten nur geringe bis keine Kenntnisse über die Prozesslandkarte sowie den Begriff Kernprozesse.

IP6/38: *Ich kenne die Prozesslandkarte nur oberflächlich.*

IP5/18: *Die Prozesslandkarte habe ich schon mal gesehen.*

IP2/36: *Prozesslandkarte ist eine Gliederung des Hauses, in Kernprozesse, übergeordneten Prozessen und begleitenden Prozesse.*

IP4/49: *Die Bezeichnung Kernprozesse habe ich nicht gewusst.*

IP3/24: *Den Begriff Kernprozess habe ich schon mal gehört, kann ihn aber nicht genau beschreiben.*

IP1/21: *Wir beschäftigen uns hauptsächlich mit den Kernprozessen.*

IP2/39: *Kernprozess ist alles was mit Pflege zu tun hat, von der Aufnahme bis zur Entlassung.*

Das Qualitätsmanagementhandbuch wurde zwar einige Male genannt, aber inhaltlich wusste keine Person konkret bescheid.

IP3/10: *Im QM - Handbuch ist es beschrieben*

IP5/55: *Das QM - Handbuch hängt irgendwo.*

Ein auf der Station aufliegender Qualitätsmanagementordner wird von der Hälfte der Befragten als primäres Nachschlagewerk genutzt.

IP6/21: *Wenn ich etwas suche, würde ich zuerst in die Ordner schauen und erst danach im CorpMan suchen.*

IP4/8: *Wir haben einen Ordner, wo man nachschauen kann,...*

Eine Interviewperson gab an, durch die Vielzahl an Dokumenten eine Einengung sowie den Verlust der Eigenverantwortung zu erfahren.

IP2/63: *Ich glaube wir haben zu viele Dokumente und Prozesse. Man wird eingeengt, hat keine Möglichkeiten mehr.*

IP2/85: *Es ist typisch für einen Prozess, dass einem die Verantwortung abgenommen wird.*

IP2/109: *Anfangs haben sich sehr viele Interessierte gut ausgekannt mit Prozessen.*

7.1.3 Umgang mit Veränderungen

Alle sechs Interviewpersonen haben Kenntnis über den Ablauf von Dokumenten- und Prozessänderung.

Quartalsmäßig werden Listen mit den veränderten Dokumenten und Prozessen von der Qualitätsmanagerin an die Stationsleitungen ausgesendet, diese müssen von allen Pflegepersonen mit einer Unterschrift zur Kenntnis genommen werden.

IP1/44: Wir erhalten quartalsmäßig diese Blätter mit den Änderungen, die wir dann ansehen und unterschreiben müssen.

IP4/60: Wir bekommen die Zettel, die im Ordner abgelegt sind, die liest man sich durch und unterschreibt, was sich geändert hat.

IP6/72: Im Nachtdienst oder wenn Zeit ist, liest man sich das durch und unterschreibt.

Die Stationsleitung (STL) bespricht allgemein wichtige Veränderungen sowie pflegerelevante Veränderungen bei Dienstübergaben und Teambesprechungen.

IP1/46: Wir besprechen es dann mit der STL und je nach Wichtigkeit manchmal bei der Teambesprechung.

IP4/70: Die STL ist diesbezüglich sehr engagiert und bespricht die Änderungen bei Dienstübergaben oder Teambesprechungen.

Eine Interviewperson erzählte, dass die Kenntnisnahme der Veränderungen von Dokumenten und Prozessen in der Verantwortung des Einzelnen liege und es schwierig sei, in dieser Menge von Änderungen die wesentlichen Dokumente zu erkennen.

IP3/56: Auf der anderen Station wurde die Liste aufgelegt und jeder war eigenverantwortlich zuständig, die Veränderungen wahrzunehmen.

IP3/59: Es ist schwierig die Dinge zu erkennen, die uns betreffen.

Die Mehrheit der Interviewpersonen gab an, dass bei Teambesprechungen vorwiegend Dokumentenänderungen besprochen werden. Prozessänderungen hingegen nur vereinzelt bis gar nicht.

IP3/73: Ein Prozess wurde seit Jahresbeginn noch nicht besprochen.

IP4/80: Prozessdiagramme werden eigentlich nicht besprochen.

IP4/84: Ich komme wenig in Berührung, außer wenn ich im CorpMan bin oder durch die Aussendungen der Änderungen.

Das Erleben von Veränderungen wird von den Interviewpersonen sowohl positiv als auch negativ wahrgenommen.

IP5/88: Ich nehme Veränderungen in der täglichen Arbeit wahr.

IP5/89: Durch das Fehlermanagement hat sich viel verbessert.

IP2/113: Es interessiert sich keiner mehr dafür, es hat keine Nachhaltigkeit mehr.

IP2/104: Bei uns ist das eine große Menge und dann wird es gleich wieder geändert, ...Wir werden erschlagen von Dokumenten.

IP6/98: Änderungen alle paar Monate sind in Ordnung, aber drei Änderungen im Monat sind nicht zu schaffen.

7.1.4 Wissensvermittlung

Im Pflegekrankenhaus finden regelmäßig interdisziplinäre QM-Schulungen für neue MitarbeiterInnen statt. Der überwiegende Teil der Interviewpersonen konnte sich nur vage bis gar nicht an eine Schulung zum Thema QMS erinnern.

IP6/51: Konkret kann ich mich nicht mehr an die Schulung erinnern.

IP4/14: Ich glaube schon, dass ich eine Schulung hatte.

IP3/44: Ich hatte eine Einschulung mit vier Themen gehabt und da war glaube ich QM dabei.

IP2/197: *Jede/r MitarbeiterIn hat eine Einschulung gehabt, aber irgendwann vergisst man es.*

IP5/77: *Ich hatte nur diese Fehlermanagementschulung.*

Die QM-Schulung findet gemeinsam mit den Themen Brandschutz, Notfallmanagement und Hygiene an einem Schulungstag statt. Dieser wird von zwei Interviewpersonen als sehr anstrengend erlebt.

IP3/48: *Einschulung war anstrengend, aber interessant.*

IP6/59: *Die Schulung ist an einem Tag mit Hygiene, Brandschutz, Notfall und zuletzt noch Qualität,... da sitzt du bei der Schulung und denkst, jetzt möchte ich heimgehen.*

Die Schulung wird am Beginn des Arbeitsprozesses, in den ersten drei Monaten, absolviert. Stationsleitungen oder KollegInnen erklären die praktische Anwendung des CorpMans auf der Station.

IP6/119: *Während der Einschulung haben die Kollegen mit mir die wichtigen Prozesse besprochen.*

IP5/67: *Die STL hat mir alles gezeigt sowie die Funktion des CorpMans.*

IP1/35: *Ich habe bereits viel schon vor der Schulung gefragt, da ich auch viel benötigt habe und mir war das einfach zu wenig.*

Zusätzlich zur Software CorpMan gibt es auf jeder Station der befragten Interviewpersonen einen QM-Ordner. In diesem befinden sich neben den quartalsmäßigen Kenntnisnahmelisten, eine Kenntnisnahmелiste für alle Prozesse und Dokumente für neue MitarbeiterInnen sowie die Qualitätspolitik, die strategischen Ziele und diverse wichtige Prozesse und Dokumente.

IP1/64: *Wir haben eine Mappe, da ist alles Wichtige zusammengefasst. Diese Mappe ist auch für neue MitarbeiterInnen, um ihm die wichtigen Dinge zu zeigen.*

Laufende Schulungen zum Thema QM werden seit zwei Jahren angeboten. Eine Mitarbeiterin der Stabstelle Qualitätsmanagement veranstaltet alle zwei Monate eine „QM-Viertelstunde“ auf den Stationen. In dieser werden wichtige Inhalte, Veränderungen oder Fragen zu spezifischen QM-Themen besprochen. Über diese Besprechung bzw. Schulung wusste außer eine Person, jede Interviewperson bescheid.

IP1/39: *Zum Thema EPD gibt es einige Schulungen, zum QMS gibt es nichts mehr.*

IP1/50: *An einem Nachmittag kommt für eine ¼ Stunde die Frau XY und bespricht mit uns Änderungen oder wichtige Dinge.... Die KollegInnen, die nicht dabei sein konnten müssen sich die Blätter durchlesen und selbst zu den Informationen kommen.*

IP4/25: *Die „QM¼ Stunde“ ist mir unbekannt.*

7.2 Themenschwerpunkt: Anwendung und Verständnis von Prozessdiagrammen

Im zweiten Themenschwerpunkt liegt das Interesse in der konkreten Anwendung sowie dem Verständnis und der Interpretation von Prozessdiagrammen. In diesem Teil der Untersuchung wurde ein beliebiges Prozessdiagramm durch die Interviewperson erklärt sowie Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Anwendung bzw. die Ursachen der Anwendung und „Nicht- Anwendung“ versucht, zu ergründen.

7.2.1 Anwendung von Prozessen

Die Anwendung von Prozessdiagrammen erfolgt durch die Pflegepersonen nicht routinemäßig, sondern nur in Ausnahmesituationen. Die Inter-

viewpersonen gaben verschiedene Gründe für die geringe Anwendung von Prozessdiagrammen an, die etwas später noch erläutert werden.

Die aktive Auseinandersetzung mit einem Prozessdiagramm lag bei vier Interviewpersonen mehr als vier Monate zurück.

Der Prozess „Bewohneraufnahme“ und der Prozess „Formen der Entlassung“ sind die am häufigsten genannten und angewendeten Prozessdiagramme der Interviewpersonen.

IP3/104: *Den letzten Prozess habe ich mir vor ungefähr vier bis fünf Monaten angesehen.*

IP4/94: *Ich glaube ich habe mir zuletzt den Prozess Entlassung angesehen, da ich den Ablauf nicht genau wusste.*

IP5/99: *Am Anfang habe ich mir die Prozesse angesehen, aber jetzt weiß ich es auswendig was zu tun ist.*

IP2/149: *Den Prozess „Verstorbener Bewohner“ habe ich mir zuletzt angesehen, weil dieser nicht regelmäßig vorkommt.*

IP6/122: *Ich habe den Prozess Entlassung besprochen, aber mehr nach dem Leitfaden.*

IP5/128: *Ich öffne meistens ein Dokument, wie „Leitfaden Bewohneraufnahme“, nicht ein Prozessdiagramm.*

Weiters war zu beobachten, dass die Mehrheit der Interviewpersonen die Handhabung der Suchfunktion nach Prozessen im CorpMan nicht genau beherrscht und eine große Unsicherheit beim Auffinden von Prozessen besteht.

7.2.2 Interpretation von Prozessdiagrammen

Die Interpretation von Prozessdiagrammen ergab bei fünf Interviewpersonen eine ähnliche unsichere Situation. Nur eine Interviewperson, die be-

reits vor Implementierung im Haus war, konnte ein Prozessdiagramm fließend vorstellen.

Das Bewusstsein, dass es für jeden Prozess eine Prozessbeschreibung sowie einen Prozessverantwortlichen gibt, war nicht zu erkennen.

IP4/113: Ja, das habe ich auch schon mal irgendwo gelesen.

IP6/102: Die Prozessbeschreibungen habe ich mir glaube ich noch nie angesehen.

Die Leserichtung eines Flussdiagramms ist für alle Interviewpersonen grundsätzlich verständlich und leicht zu erfassen.

IP6/132: Es muss im Prozessdiagramm alles nach der Reihe geschehen.

IP4/114: Ich gehe diesen Arbeitsschritt durch und sehe wer verantwortlich ist.

Die Kenntnisse über die Bedeutung von Symbolen im Prozessdiagramm sind nicht durchgehend bekannt. Die Interviewpersonen gaben ihr Unwissen über unterschiedliche Symbole an.

Nur eine Person wusste über alle Symbolbedeutungen im Diagramm bescheid.

IP6/137: Die Symbole V, D, M, I kenne ich nicht.

IP5/183: Dieses Symbol bedeutet zu dokumentieren - keine Ahnung.

IP1/124: Das Symbol „i“ kenne ich nicht, ist für mich neu.

Ein Unwissen über das Symbol, dass eine Schnittstelle zu einem weiteren Prozess an gibt, besteht bei drei Interviewpersonen.

IP4/132: Das Symbol mit den Parallelstrichen ist mir noch nicht aufgefallen.

IP6/188: *Dieses Prozessschrittsymbol mit den Parallelstrichen kenne ich nicht.*

IP5/201: *Ich glaube, das Symbol mit dem Parallelstrichen ist ein Subprozess.*

7.2.3 Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten in der Anwendung

Für die Nichtanwendung und für das Unverständnis von Prozessdiagrammen wurden von den Interviewpersonen mehrere Ursachen angeführt. Begründungen für eine Anwendung wurden von den Interviewpersonen hingegen nur wenige genannt.

7.2.3.1 Mögliche Ursachen der Nichtanwendung

Generell sind die geringen Kenntnisse von Prozessdiagrammen durch den seltenen Einsatz im Pflegealltag verursacht.

IP1/186: *Ich kann mit Diagrammen wenig anfangen. Für die Praxis bevorzuge ich Dokumente.*

IP2/190: *Im Alltag brauche ich Prozessdiagramme fast nicht. Ich verwende immer Dokumente oder Arbeitsanweisungen.*

IP6/211: *Ich verwende Prozesse im Alltag eigentlich nicht. Ich weiß keine Kollegin, die nach den Prozessen vorgeht.*

IP4/142: *Ich habe mir anfangs nicht so leicht getan, aber wenn man sich damit auseinandersetzt, kommt man schon gut zurecht.*

IP3/126: *Nach der langen Zeit ist es mir schwer gefallen, aber jetzt habe ich den Prozessablauf wieder verstanden.*

Warum ist der Einsatz von Prozessdiagrammen in der Praxis so gering?

Als Ursache werden von zwei Interviewpersonen die abstrakte Darstellung der Prozesse genannt. Die übergeordneten Begrifflichkeiten stellen keine Handlungsanleitung dar.

IP1/155: *Es stehen nur Großbegriffe im Prozess und ich weiß nicht genau was ich zu tun habe.*

IP6/117: *Die Checkliste ist in Punkten gegliedert was zu tun ist, das verwendet jeder auf der Station, das Prozessdiagramm aber nicht.*

Sehr häufig wird von den Interviewpersonen die primäre Benutzung von Dokumenten aufgrund ihrer Einfachheit und Verständlichkeit gegenüber Prozessdiagrammen genannt.

IP6/236: *Leitfäden usw. sind verständlicher, weil beim Prozess muss ich anfangs genau schauen, um was es geht bzw. was ist genau gemeint.*

IP2/154: *Bei Unsicherheiten nehme ich die Arbeitsanweisung.*

IP1/84: *Es gibt eine Arbeitsanweisung und die gehe ich Schritt für Schritt durch.*

IP1/152: *Ich finde es leichter mit einem Dokument zu arbeiten.*

Als weiteres Argument wird von zwei Interviewpersonen angegeben, dass eine gezielte Suche auf Prozessebene schwer möglich ist.

IP2/210: *Auf Prozessebene ist es schwer möglich, ein Dokument zu suchen.*

Das wiederum bewirkt, dass im CorpMan vorwiegend Dokumente gesucht werden.

IP2/161: *Ich suche meistens über den Dokumentenreiter.*

IP5/128: *Ich öffne meistens ein Dokument - wie „Leitfaden Bewohneraufnahme“ - nicht ein Prozessdiagramm.*

Zwei Interviewpersonen gaben Gewohnheit als mögliche Ursache der Nichtanwendung von Prozessdiagrammen im Alltag an.

IP6/246: *Ich denke mir, dass es auch Gewohnheit ist.*

IP2/206: *Das ist Gewohnheit. Ich gehe nur in den CorpMan, wenn ich mir wo unsicher bin und da suche ich gezielt.*

Als weitere mögliche Ursachen wird von einer Interviewperson das unterschiedliche Lese- bzw. Lernverhalten von Individuen angesprochen sowie auch das Alter der Anwender thematisiert.

IP6/243: *Vielleicht hängt es auch davon ab, was ich für ein Lern- bzw. Lesetyp bin.*

IP6/227: *Ich muss dazu sagen, ich bin jung, ich kenne mich gut mit dem Computer aus und ich suche mich da halt viel durch.*

7.2.3.2 Mögliche Ursachen der Anwendung

Von einer Interviewperson wird die Transparenz der Verantwortlichkeiten hervorgehoben.

IP4/33: *Ich kann Prozesse sehen und nachsehen, wer welche Verantwortung hat.*

Als weiteren Vorteil werden die Schnittstellentransparenz sowie das Aufzeigen aller Dokumente im Prozess angeführt.

IP1/164: *Einen Vorteil sehe ich, dass ich die Schnittstellen zu anderen Prozessdiagrammen sehe.*

IP1/168: *Ein weiterer Vorteil ist, dass alle Dokumente zusammengefasst sind, die ich benötige.*

Zuletzt wird von zwei Interviewpersonen die gute Übersicht durch ein Prozessdiagramm betont.

IP3/132: *Wenn ich etwas schneller zu suchen habe, finde ich die Prozessebene übersichtlicher.*

IP4/139: *Man sieht gleich alles auf einen Blick, das ist gut.*

7.3 Themenschwerpunkt: Anwendung und Verständnis des Pflegeprozesses

Im letzten Themenschwerpunkt wurden die Interviewpersonen konkret auf den Pflegeprozess als Kernprozess der Pflege befragt. Die entwickelten Kategorien aus den Fragestellungen sind: Die Bedeutung und Ziele des Pflegeprozesses, die Kenntnisse der Darstellung sowie die Beschreibung der einzelnen Phasen, die Wissensvermittlung, das zugrundeliegende Pflegemodell sowie das Verständnis des Pflegeprozesses als Beziehungsprozess.

7.3.1 Darstellung des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess und seine Darstellung als Kreis sind allen Interviewpersonen bekannt. Für die nähere Beschreibung wurden die Begrifflichkeiten Regelkreis, kreisförmig, kybernetischer Kreis genannt, aber nicht näher darauf eingegangen. Der Kernprozess Pflegeprozess aus dem CorpMan war den wenigsten bekannt.

IP 5/219: *Er ist ein kybernetischer Kreis und es sind 5 Punkte zu beachten.*

IP3/167: *Der Pflegeprozess ist kreisförmig und kontinuierlich.*

IP2/283: *Ich kenne ihn schon, aus Zeitschriften und so, aber direkt im CorpMan nicht. Aber wie gesagt, ich schaue da auch selten nach.*

IP6/257: *Meistens ist er rund dargestellt, in einem Prozessdiagramm habe ich ihn noch nicht gesehen.*

Eine Interviewperson, die bereits vor der Implementierung im Pflegekrankenhaus gearbeitet hat, beschrieb mit Begeisterung den Pflegeprozess in seiner kreisförmigen Darstellung.

IP1/204: *Als ich angefangen habe, habe ich eine kleine, schöne gelbe Karte mit dem Pflegeprozess bekommen. In einem Kreis war aufgezeichnet, was alles dazugehört.*

IP1/227: *Im Prozess steht im Prinzip dasselbe wie auf meinem Kärtchen, nur war es kreisförmig und schöner.*

Ob es sich nun um ein Vier-, Fünf- oder Sechs-Phasenmodell handelt, ergab bei den Interviewpersonen unterschiedliche Antworten.

IP4/173: *Ich glaube er ist in 5 oder 6 Schritten dargestellt.*

Eine Interviewperson erwähnte, dass die Anzahl der Schritte keine Relevanz zeigt, da es den gleichen Inhalt impliziert.

IP1/306. *Es ist mir egal ob 4 oder 6 Schritte, da es ja dasselbe beinhaltet.*

7.3.2 Beschreibung der Pflegeprozessphasen

Die Ergebnisse der Befragung werden in diesem Teil anhand des Vier-Phasenmodells der WHO dargestellt, da im theoretischen Teil der Arbeit der Pflegeprozess nach diesen vier Phasen beschrieben wurde.

Der Kernprozess "Pflegeprozess" ist im CorpMan der befragten Einrichtung als sechsstufiges Flussdiagramm dargestellt.

7.3.2.1 Assessment

Die Informationssammlung bzw. das Pflegeassessment erfolgt mittels eines vorgefertigten Anamnesebogens, den die BewohnerInnen bereits bei Anmeldung durch die Aufnahmemanagerin erhalten. Der Anamnesebogen ist nach den Aktivitäten und existentiellen Erfahrung des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel strukturiert und wird von den Angehörigen bzw. BewohnerInnen bereits vor der Aufnahme ausgefüllt. Die Pflegeperson nimmt, falls notwendig, Ergänzungen und Korrekturen vor.

Als spezifische Assessmentinstrumente werden die Bradenskala zur Erfassung eines Dekubitusrisikos, ein standardisiertes Instrument zur Pflegeabhängigkeitseinstufung (PAS) sowie eine subjektive Sturzrisikoeinschätzung durchgeführt. Für alle Interviewpersonen ist die Pflegeanamnese, die bei Aufnahme erhoben bzw. ergänzt wird, das bedeutsamste Instrument der Informationssammlung.

IP2/230: Bei der Aufnahme habe ich die Informationssammlung, nämlich die Anamnese von Angehörigen oder Bewohner selbst.

IP5/240: Informationen sammle ich über die Anamnese. Ich schaue mir alles an, bevor ich eine Pflegeplanung erstelle.

Zwei Interviewpersonen erwähnen explizit die Anwendung von spezifischen Assessmentinstrumenten.

IP6/270: Ich sammle Informationen, wenn ich einen neuen Bewohner bekomme, dann schaue ich mir die Anamnese an und in der EPD macht man die Assessments.

IP1/242: Die Informationssammlung erfolgt über die Anamnese, das was ich selbst erfrage, selbst am Bewohner sehe und über die ganzen Skalen, die Assessments die wir machen müssen...

Eine Interviewperson, die erst kurz nach der Ausbildung in der Einrichtung tätig ist, gab eine sehr defizitorientierte und krankheitsbezogene Phase der Informationssammlung an.

IP4/192: Ich erhebe die Informationen, welche Krankheiten bzw. welche Beschwerden hat der Bewohner. Das macht man eben, diese Vorerkrankungen...

Bei drei Interviewpersonen lassen sich Ansätze der Pflegediagnostik erkennen.

IP6/277: Man beobachtet den Bewohner eine Weile und sieht dann auch wo er Unterstützung braucht und was er selbstständig kann.. Wo er ein Defizit hat, wo er Unterstützung benötigt, da stelle ich eine Pflegediagnose.

IP1/243: ...das was ich selbst erfrage,... und das was ich in der Pflege selbst beobachte und mit diesen Informationen lege ich eine Pflegeplanung an. Die Pflegediagnosen werden erstellt, die Ressourcen erhoben...

IP2/230: ...die Informationen werden ausgearbeitet und dann geplant.

Die Pflegediagnosen sind in einer elektronischen Pflegedokumentation (EPD) nach den AEDL strukturiert und in Anlehnung an NANDA – Diagnosen, formuliert. Die Berücksichtigung der Ressourcen in dieser Phase wird von fast allen Interviewpersonen thematisiert. Die Erhebung erfolgt nach dem vierteiligen P-Ä-S-R System. In Verwendung sind zwei Arten von Pflegediagnosen, Diagnosen zu einem aktuell bestehenden Problem sowie Gefährdungsdiagnosen.

IP1/276: Es wird zu den relevanten AEDL eine Pflegediagnose gestellt.

IP2/249: Die Pflegediagnosen sind nach NANDA adaptiert und die AEDL kommen auch vor.

IP5/21: *Bei der Pflegeplanung schaue ich zuerst auf die Ressourcen des Bewohners.*

IP3/194: *Bei erhöhtem Risiko von Sturz oder Dekubitus erstelle ich eine Pflegeplanung.*

7.3.2.2 Planung

Die Formulierung der Pflegeziele sowie die Planung der Maßnahmen erfolgt in der EPD. Die Beschreibung der Pflegeziele erfolgt wenig bewohnerInnenorientiert, es wird stets von den Zielen der Pflegeperson berichtet. Die Formulierung der Maßnahmen orientiert sich nach den gesetzten Zielen und als Hilfestellungen werden W-Fragen angewendet.

IP2/232: *Die Planung habe ich in der EPD nach Krohwinkel.*

IP2/234: *In der Planung spiegeln sich der Prozess und die Anamnese.*

IP1/266: *Was für Ziele setzte ich mir, sollen realistisch sein. Was für Maßnahmen plane ich, um diese Ziele zu erreichen.*

IP6/340: *Die Maßnahmen werden nach den W-Fragen geplant, umformuliert und konkretisiert.*

IP5/243: *Ich überlege, was er braucht, danach erstelle ich die Planung, was ist mein Ziel. Danach plane ich die Maßnahmen, um mein Ziel zu erreichen.*

Eine Interviewperson berichtet kritisch über die Situation der vorgefertigten Textbausteine in der Erstellung der Pflegeplanung in der EPD. Eine andere Interviewperson sieht es positiver, da durch die EPD alles viel leichter und schneller geht.

IP6/296: *Es ist alles schon vorgeschrieben in der EPD, Pflegediagnosen, Ziele, Maßnahmen, das finde ich als Unsinn. Es schreibt kaum jemand einen Freitext. Wenn Ziele bereits dastehen, werden sie angeklickt.*

IP5/92: *Ich kann jetzt alles viel schneller am Computer.*

7.3.2.3 Durchführung

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen erfolgt im Pflegekrankenhaus von diplomierten Pflegepersonen und PflegehelferInnen.

Die durchgeführten Maßnahmen werden im Durchführungsnachweis in der EPD bestätigt.

IP6/341: Ich führe die Maßnahmen durch und sehe dann, ob es passt oder nicht...

IP5/248: ...Maßnahmen durchführen, dabei muss ich täglich in der EPD die Maßnahmen abklicken...

IP1/283: Die Durchführung der Pflege erfolgt durch mich und den Pflegehelfern.

Eine Interviewperson wünscht sich, dass PflegehelferInnen mehr in den Pflegeprozess involviert werden.

IP3/235: Es wäre wünschenswert, dass auch die Pflegehelfer mehr Einblick bekommen. Sie wissen über den Durchführungsnachweis bescheid, aber wenige über die Planung und wo sich die befindet.

7.3.2.4 Evaluation

Eine Evaluation im Rahmen des Pflegeprozesses ist im Pflegekrankenhaus mindestens alle sechs Monate vorgeschrieben.

Eine Interviewperson hebt besonders die Wichtigkeit der Evaluierung hervor.

IP2/312: Wenn man die Evaluierung vergisst, dann nutzt die ganze Planung nichts.

Alle Interviewpersonen beschreiben die Evaluierung als fortwährenden Prozessschritt im Pflegeprozess.

IP6/347: *Normalerweise werden die Planungen alle 3 Monate evaluiert. Es braucht aber seine Zeit, bis man den Bewohner kennt und dann wird in kürzeren Abständen evaluiert.*

IP5/251: *Ich evaluiere die Maßnahmen, Ziele, alles, hat sich etwas geändert oder nicht.*

IP1/268: *...Ich muss das immer wieder evaluieren.*

IP4/268: *Ich evaluiere meine Bezugspersonen und schreibe die Verbesserungen in die Dokumentation.*

Besonders hervorgehoben wird von einer Interviewperson die Zusammenarbeit mit dem Pflgeteam in der Phase der Evaluation.

IP1/287: *Ich evaluiere nicht alleine. Ich hole mir das Feedback meiner Gruppe, sehe mir die Berichte an und dann weiß ich warum die Maßnahmen zu ändern sind.*

Ein umgesetztes Bezugspflegesystem als Strukturkriterium, wird von einer Interviewperson hervorgehoben.

IP5/336: *Wir haben Bezugspflegegruppen und ich mache den gesamten Pflegeprozess.*

7.3.3 Wissensvermittlung

Fünf von sechs Interviewpersonen, hatten im Rahmen ihrer Krankenpflegeausbildung die Grundstruktur des Pflegeprozesses kennengelernt. Eine Interviewperson, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierte, hatte über den Pflegeprozess erst in Österreich während der Nostrifizierung gehört.

Nach den Erinnerungen der Interviewpersonen zu beurteilen, fanden kaum bis keine Schulungen zum Pflegeprozess bzw. Pflegemodell im Pflegekrankenhaus statt. Einige Personen berichteten, dass im Rahmen

der EPD-Schulung der Pflegeprozess sowie das Pflegemodell Erwähnung fanden.

IP3/247: Im Haus hatte ich noch keine Schulung zum Pflegeprozess, aber in der Ausbildung und woanders.

IP1/234: Über Krohwinkel und den Pflegeprozess habe ich keine extra Schulung gehabt.

IP5/233: In meinem Heimatland wurde der Pflegeprozess nicht unterrichtet. Ich habe den Pflegeprozess während der Nostrifizierung gelernt.

IP4/183: Eine Schulung über das Pflegemodell hatte ich nicht bzw. habe ich erst.

7.3.4 Kontext Pflegemodell

Alle Interviewpersonen konnten die Frage, welches Pflegemodell dem Pflegeprozess zugrunde liegt, beantworten.

IP5/272: Unser Pflegemodell ist nach Monika Krohwinkel, sie hat 12 oder 13 AEDL.

IP6/355: Krohwinkel haben wir.

IP3/203: Nach den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen nach Krohwinkel.

Über die Anzahl und der Benennung der Kategorien „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ hatten die meisten Interviewpersonen ungenaue Kenntnisse.

IP6/366: Dieses Modell hat 2 Kategorien von AEDL zusätzlich, das mit den existentiellen Erfahrungen und, ...ich weiß es nicht genau.

IP2/292: Das sind die ATL nach Juchli und das 13. Sozialverhalten ist dazu gekommen.

Über die Inhalte des Pflegemodells wurde wenig bis keine Information preisgegeben. Eine Interviewperson erwähnte ein Beispiel zur fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel.

IP2/346: Es wird in Bezug auf die Förderung in die Pflegeplanung angelegt, wie z.B. Gehtraining oder Toilettentraining.

IP4/187: Ich habe mir das Pflegemodell Krohwinkel noch nicht so genau durchgelesen.

Eine weitere Interviewperson meinte dazu, dass die Förderung der Selbstständigkeit selbstverständlich ist und in der Ausbildung bereits vermittelt wurde ohne ein Pflegemodell dahinter stehen zu haben.

IP6/378: In meiner Ausbildung wurde uns von Anfang an näher gebracht, dass der Bewohner das was er kann selber machen soll und nicht bemutert werden soll, das ist für mich selbstverständlich....

Ich bin viel zu praktisch veranlagt, aber das machen wir sowieso.

7.3.5 Kontext Beziehung

Die Frage nach der Rolle der BewohnerInnen im Pflegeprozess beantworteten alle Interviewpersonen einheitlich, indem sie die BewohnerInnen in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses stellen.

IP5/302: Der Bewohner hat die allerwichtigste Rolle.

IP3/168: Der Bewohner steht im Mittelpunkt.

IP1/297: Ich versuche den Pflegeprozess mit dem Bewohner zu gestalten.

IP2/276: Der Bewohner spielt die Hauptrolle.

Der Angehörige bzw. die Vertrauensperson, wird als wichtiger Teil im Pflegeprozess wahrgenommen, besonders dann wenn kognitive Beeinträchtigungen der BewohnerInnen vorhanden sind.

IP6/173: *Durch die Angehörigen erfährt man sehr viel.*

IP5/307: *Bei kognitiver Beeinträchtigung werden die Angehörigen involviert.*

IP1/295: *Von den Angehörigen kommen die Informationen, wenn der Bewohner sich nicht mehr äußern kann.*

Für manche Interviewpersonen ist in den einzelnen Pflegeprozessphasen noch Potential zur Verbesserung des Beziehungsprozesses vorhanden.

IP4/246: *Es ist schwierig, manche Bewohner im Prozess aktiv teilhaben zu lassen.*

IP3/230: *Ich denke, hier wird in der Praxis noch zu wenig gemacht, dass mehr Ressourcen eingebunden werden, vermehrte Mitsprache bei orientierten Bewohnern, das der Bewohner seine Maßnahmen kennt und weiß was seine Pflegeplanung ist.*

7.3.6 Ziele und Bedeutung des Pflegeprozesses

Die Frage nach den Zielen und der Bedeutung des Pflegeprozesses beantworteten die Interviewperson ausschließlich konstruktiv und positiv.

Zum einen wird er als struktureller und prozessualer Rahmen für die Pflege beschrieben.

IP3/252: *Der Pflegeprozess ist ein guter Rahmen wo Pflege stattfinden kann.*

IP1/212: *Ich kann ohne Pflegeprozess nicht arbeiten, er ist das um und auf.*

Zum anderen wird er als Handlungsorientierung und Problemlösungsprozess für das gesamte Tun bezeichnet.

IP2/269: *Die ganze Welt funktioniert so, weil wenn ich ein Haus baue, dann muss ich auch so vorgehen.*

IP2/310: *Er passt für das ganze Leben.*

Ein Ziel des Pflegeprozesses ist laut einer Interviewperson das Erkennen von Veränderungen bzw. die Verbesserungen der Pflegenden.

Eine weitere Interviewperson definiert ebenso die Verbesserung, also die Steigerung des Wohlbefindens des Pflegenden sowie die Förderung der Ressourcen, als übergeordnetes Ziel.

IP3/220: *Mein Ziel ist, durch den Pflegeprozess zu erkennen, ob es beim Bewohner Veränderungen bzw. Verbesserungen gibt. Das kann ich durch den Pflegeprozess gut erkennen.*

IP3/224: *Weil indem ich meine Ziele evaluiere, erkenne ich was ich verändern muss.*

IP5/304: *Es soll dem Bewohner besser gehen und die Ressourcen gefördert werden.*

8 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Aussagen und Inhalte der interviewten Personen anhand der Themenschwerpunkte zusammengefasst und interpretiert.

8.1 Themenschwerpunkt: Wissen über das QMS

Über die Bedeutung und Ziele eines QM-Systems haben die Interviewpersonen unterschiedliche wichtige Inhalte des QMS angesprochen - wie kontinuierliche Verbesserung, Qualitätsregelung und Qualitätssteigerung, Prozessorientierung, Qualitätspolitik sowie Interdisziplinarität.

Alle aufgezählten Begriffe sind in den acht Grundprinzipien bzw. in den Hauptkapiteln der ISO 9001 festgehalten (vgl. Hartl & Wernisch 2011; Wagner & Käfer 2010). Der Begriff Qualität wurde in unterschiedlichen Zusammenhängen genannt. Die Prozesslandkarte und die Begriffe Führungsprozess, Kernprozess und unterstützender Prozess sind den Pflegepersonen in der direkten Pflege kaum bekannt. Im CorpMan ist eine grafische Abbildung der Prozesslandkarte aus technischen Gründen nicht möglich. Die Kernprozesse, unterstützende Prozesse und Managementprozesse sind nur namentlich aufgelistet. Das EDV-Dokumentationssystem CorpMan ist allen Interviewpersonen bekannt und ein wichtiges Instrument für die Praxis bei der Suche nach Dokumenten.

Der Ablauf von Dokumenten- und Prozessänderungen wurde von allen Interviewpersonen präzise beschrieben. Unterschiedliche Sichtweisen gibt es bei der Kommunikation von Änderungen. Es liegt im Ermessen der Stationsleitung, ob und welche Inhalte in die Teambesprechung einfließen und wie diese kommuniziert werden. Gerade Prozessdiagramme werden sehr wenig bis gar nicht besprochen. Prozesse könnten aber im Alltag der Pflege mehr Anwendung finden, wenn Prozessdarstellungen bei den unmittelbaren Vorgesetzten in gleicher Weise wie Dokumente Beachtung finden würde.

Das Erleben von Veränderungen wird unterschiedlich bewertet. Tatsache ist, dass eine kontinuierliche Anzahl an Dokumenten und Prozessen und somit an Abläufen regelmäßig geändert wird. Eine Interviewperson, die bereits vor der Implementierung im Haus war, spricht von einer Erschöpfung und Orientierungslosigkeit durch die Vielzahl an Dokumenten und stetigen Änderungen. Eine andere Interviewperson nimmt diese Änderungen im Alltag positiv wahr. Es ist sicher nicht einfach, hier gleichzeitig Transparenz zu schaffen und andererseits die Pflegeperson über alle Änderungen zu informieren. Ein wichtiges Grundprinzip im QMS ist die anhaltende Optimierung. „Die ständige Verbesserung der Gesamtleistung der Organisation stellt ein permanentes Ziel der Organisation dar“ (Wagner & Käfer 2010, S. 117). Durch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) sind Veränderungen stetig wahrnehmbar und stellen eine Herausforderung für das Management dar, MitarbeiterInnen über Änderungen zu informieren und gleichzeitig nicht zu überfordern.

QM-Schulungen finden für neue MitarbeiterInnen am Beginn des Arbeitsprozesses mit weiteren Schulungsthemen an einem Tag statt. Das kann möglicherweise zu einer Überforderung und somit zum Verlust von wesentlichen Inhalten führen, wie von Interviewpersonen in Situationsbeschreibungen auch geschildert wurde. Eine kontinuierliche Auseinandersetzung findet alle zwei Monate durch eine „QM-Viertelstunde“ an den Stationen statt und wird durch eine Mitarbeiterin der Stabstelle QM ausgeführt. Weiters setzen sich Pflegepersonen aufgrund der jährlich durchzuführenden Audits mit dem Thema QM auseinander. Ein Problem, das sich daraus ergeben kann, ist, dass diese Form der Wissensvermittlung nicht alle MitarbeiterInnen erreicht, sondern nur jene, die an diesen Tagen anwesend sind. Einer Interviewperson, die bereits ein Jahr tätig ist, war die „QM-Viertelstunde“ unbekannt.

Eine wichtige Rolle spielt auch hier der Transfer von Wissen in die Praxis, insbesondere geht es um die richtige Aufbereitung der Informationen und um ein strategisches strukturiertes Vorgehen, um jede/m MitarbeiterIn die Informationen in geeigneter Form auch vermitteln zu können. Je größer die zu informierende Menschenmenge ist, umso schwieriger ist es, alle zu erreichen und umso mehr benötigt man eine geeignete Strategie.

8.2 Themenschwerpunkt: Anwendung und Verständnis von Prozessdiagrammen

Eine routinemäßige Anwendung von Prozessdiagrammen im Pflegealltag lässt sich nicht erkennen. Die letzten aktiven Auseinandersetzungen mit Prozessen lagen bei den meisten Interviewpersonen einige Monate zurück. Die Unsicherheit bei der Suche nach Prozessdiagrammen in der Software CorpMan ließ ebenso erkennen, dass Prozesse wenig bis gar nicht angewendet werden.

Die Interpretation von Prozessdiagrammen durch die interviewten Pflegepersonen ergab große Unsicherheiten. Nur eine Person, die bereits vor der Implementierung des QMS im Haus war, konnte ein Prozessdiagramm fließend erklären.

Das Verständnis der Prozesssymbolsprache war für viele problematisch. Ohne diese Kenntnisse kann aber ein Prozessdiagramm nur unvollständig und fehlerhaft verstanden werden.

Für eine Nichtanwendung von Prozessdiagrammen ließen sich unterschiedliche Gründe erfassen. So wird durch die die abstrakte Darstellung der Prozesse keine umfassende Handlungsanleitung gegeben. Weiters wird von den Pflegepersonen die Verständlichkeit und Einfachheit von Dokumenten gegenüber Prozessen erwähnt, sodass erstere primär benutzt werden. Im Interview berichteten einige Pflegepersonen während der Beschreibung eines konkreten Prozesses, dass für sie „Checklisten“ eine

sehr wichtige Handlungsorientierung geben. Gerade bei einer BewohnerInnenaufnahme sind sehr viele Teilschritte durchzuführen. Der Prozess sei dafür viel zu komplex dargestellt. Im EDV-Dokumentationssystem CorpMan werden Handlungsanleitungen routinemäßig über die Suchfunktion Dokumente gesucht, da eine gezielte Suche nach einer spezifischer Handlungsanleitung auf Prozessebene nur bedingt möglich ist.

Eine Interviewperson nannte das unterschiedliche Lern- und Leseverhalten von Individuen als mögliche Ursache, bevorzugt mit Dokumenten als mit Prozessen zu arbeiten. Auch das Alter der AnwenderInnen wurde in diesem Zusammenhang genannt. Das Durchschnittsalter liegt im Altenpflegebereich ungefähr bei vierzig Jahren (vgl. Uhl 2011, S. 57). Diese Generation hat noch ohne bzw. mit geringer Anwendung von Computertechnologien die Schule besucht. Ein weiterer zu beachtender Faktor sind multikulturelle Pflgeteams. Gerade im Altenpflegebereich ist der Anteil von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sehr hoch. Erfahrungen mit EDV-gestützten Systemen im Arbeitsalltag sind dabei nicht immer selbstverständlich.

Die „Gewohnheit“ als Ursache der Nichtanwendung wurde von zwei Interviewpersonen genannt. Traditionen in der Pflege üben einen starken Einfluss auf Routinetätigkeiten im Alltag aus. Handlungsanleitungen als Darstellung in Flussdiagrammen sind eine Erneuerung für den Pflegebereich und bedürfen deshalb einer kritischen und ausführlichen Auseinandersetzung bei der Integration in den Pflegealltag.

Im Gegensatz dazu werden von den Interviewpersonen sehr wenige Gründe, die für eine Anwendung von Prozessdiagrammen sprechen, genannt. Diese beziehen sich vorwiegend auf den strukturellen Aufbau von Prozessdarstellungen – wie Transparenz der Verantwortlichkeiten, Aufzeigen von Schnittstellen und Dokumenten in den Prozessschritten.

Ein weiteres „nutzerfreundliches Motiv“ ist für die Interviewpersonen, einen Gesamtüberblick über einen Prozess zu bekommen. Da aber ein Prozessdiagramm nicht konsistent interpretiert werden konnte – aufgrund der Unkenntnisse der Symbolsprache – ist die Absicht einen Gesamtüberblick zu bekommen in der Praxis schwierig durchführbar.

8.3 Themenschwerpunkt: Anwendung und Verständnis des Pflegeprozesses

Grundlegendes Wissen über den Pflegeprozess als strukturiertes Handlungsinstrument in der Umsetzung der Pflege war bei allen Interviewpersonen vorhanden. Besonders die Darstellung der Phasen in Form eines Kreisdiagramms war vielen in Erinnerung.

Das Prozessdiagramm „Pflegeprozess“ im CorpMan war nur wenigen bekannt. Wahrscheinlich gab es auch deshalb unterschiedliche Angaben zur Anzahl der Pflegeprozessphasen. Der Kernprozess „Pflegeprozess“ ist im Pflegekrankenhaus in sechs Phasen strukturiert.

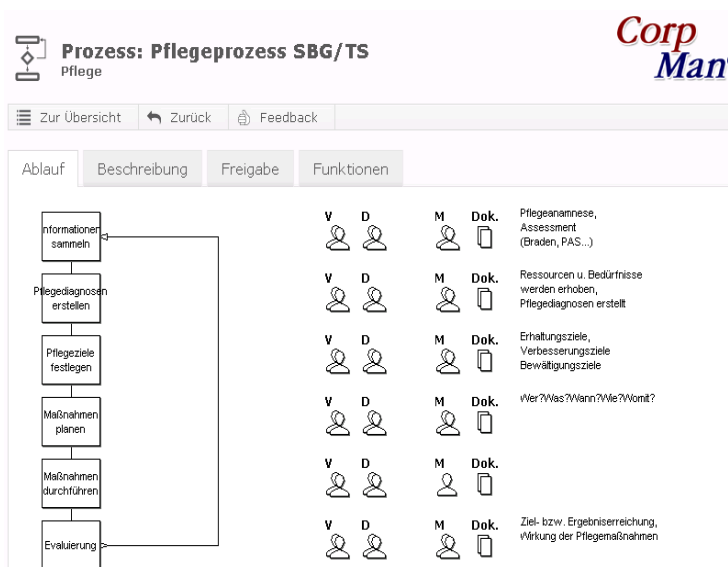


Abbildung 10: Pflegeprozess der Pflegekrankenhäuser Haus der Barmherzigkeit

Die einzelnen Pflegeprozessphasen wurden von den Interviewpersonen kurz und mit wenig inhaltlichen Ausführungen beschrieben.

Die Pflegeanamnese stellte für die Interviewpersonen ein wichtiges Instrument zur Informationssammlung dar. Drei Interviewpersonen zeigten zur Erstellung von Pflegediagnosen eine strukturierte Vorgehensweise im Sinne einer Pflegediagnostik auf. Eine Interviewperson hingegen hatte eine sehr defizit- und krankheitsorientierte Sichtweise der Informationssammlung.

Die Pflegediagnosen sind bereits als Textbausteine in der Pflegeplanung der EPD integriert und wurden kaum thematisiert. Nur eine Person äußerte sich kritisch über die vorhandenen Textbausteine in der Pflegeplanung. Sie vertrat die Meinung, dass dadurch freie Formulierungen nicht genützt werden. Hingegen wurde von fast allen Interviewpersonen das Potential der Ressourcen bei der Erstellung der Pflegediagnosen erkannt.

In der Phase der Planung zeigte sich, dass alle Interviewpersonen routiniert Maßnahmen formulieren. Bei der Befragung zur Zielformulierung waren Unsicherheiten erkennbar. In der Phase der Implementierung ließ sich erkennen, dass die Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen im Durchführungsnachweis der EPD einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Die Phase der Evaluation wurde als essentielle und fortwährende Phase beschrieben. Wesentlich dazu ist ein umgesetztes Bezugspflegesystem (siehe Kapitel 4.2.3).

Schulungen zu den Themen Pflegeprozess sowie Pflegemodell sind den Interviewpersonen kaum in Erinnerung.

Das vorhandene Pflegemodell nach Monika Krohwinkel fand zwar Erwähnung, aber inhaltlich sowie in Bezug zum Pflegeprozess konnte keine Interviewperson über genauere Kenntnisse berichten. Es hat vorwiegend die

Funktion eines Strukturmodells für die Erstellung von Anamnese und Planung.

Auch wenn sich bei der Zielformulierung nicht eindeutig eine BewohnerInnenorientierung erkennen lässt, so ist diese im Kontext zur Beziehung eindeutig sichtbar: „Die BewohnerInnen stehen im Mittelpunkt“ des Pflegeprozesses und die Angehörigen werden, besonders bei kognitiv beeinträchtigten BewohnerInnen, als wichtige PartnerInnen wahrgenommen.

Der Pflegeprozess wird von den Interviewpersonen als struktureller Rahmen, indem Pflege stattfindet, gesehen. Er wird als Problemlösungsprozess für das gesamte Handeln bezeichnet und das nicht nur im Kontext der Pflege. Mit dem Ziel, Veränderungen von Pflegenden wahrnehmen zu können, darauf zu reagieren und eine kontinuierliche Steigerung des Wohlbefindens zu erreichen.

9 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen Prozessdiagramme – mit Ausnahme des Pflegeprozesses – im Pflegealltag kaum anwenden. Die Kenntnisse über die prozessorientierte Herangehensweise sind relativ gering. Die Gründe dafür liegen hauptsächlich daran, dass Prozessdiagramme keine grundlegende Handlungsanweisung bieten. Die Hierarchie der QM-Dokumente in Form einer Pyramide zeigt auf, dass Prozesse sich auf einer Metaebene befinden und aufgrund dessen für die Anwendung in der Praxis der Pflege nicht zweckmäßig sind. Auf Mikroebene sind Dokumente und Aufzeichnungen im Einsatz. Checklisten als Handlungsgrundlage wurden von der Mehrheit der Interviewpersonen als optional anwendbares Dokument genannt.

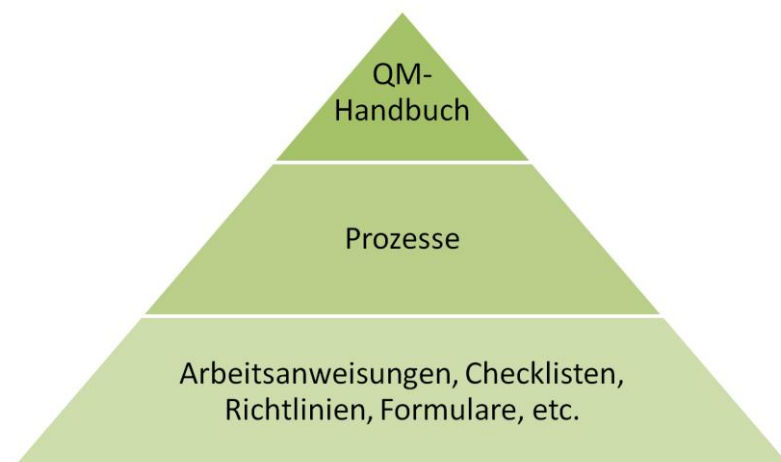


Abbildung 11: QM-Dokumentenpyramide
(vgl. Wagner & Käfer 2010, S. 54)

Norbert Pateisky sieht den Nutzen von Prozessen ebenfalls nicht in der praktischen Anwendung im Pflegealltag. Dazu sind Checklisten da, sie geben klare und knappe Handlungsanweisungen was in welchem Fall zu tun ist (Pateisky 2010, S. 17). Der primäre Nutzen von Prozessdiagrammen liegt darin, eine Übersicht über alle betroffenen Berufsgruppen, über Verantwortlichkeiten sowie Schnittstellen zu geben und eine Steuerung und Lenkung durch vorgegebene Kennzahlen zu erreichen (siehe Kapitel 2.2).

Im Gegensatz zu Prozessdiagrammen aus dem QMS wird der Pflegeprozess als Handlungsrahmen verstanden und angewendet. Ein Grund ist wohl, dass der Pflegeprozess täglich angewendet wird und bereits 15 Jahre Tradition hat. Da die Darstellung des Pflegeprozesses sich an den abstrakten Problemlösungsprozess nach Deming (PDCA-Zyklus) orientiert (siehe Kapitel 3.3.5 und 4.2.3), ist eine Anwendung ohne spezifische Kenntnisse des Prozessdiagramms aus dem CorpMan möglich. Pflegemodelle können dem Pflegeprozess Struktur und Inhalte geben, die Anwendung ist aber auch ohne ein konkretes Modell möglich.

In der Literatur findet man regelmäßig Abhandlungen über den fehlenden Beziehungsaspekt in der Darstellung des Pflegeprozesses (vgl. Schöninger & Zegelin 1998; Isfort 2005). Für alle Interviewpersonen ist es aber offensichtlich, dass die BewohnerInnen im Mittelpunkt stehen und der Beziehungsprozess einen essentiellen Teil einnimmt. Das Grundprinzip der Kundenorientierung aus dem QMS nach ISO kann ebenso als Grundprinzip des Pflegeprozesses gesehen werden. Fiechter & Meier (1998) sehen in der Anwendung des Pflegeprozesses nicht nur die Problemlösung sondern auch den Aspekt der Beziehung als wesentlichen Bestandteil.

Grundsätzlich sind Prozessdarstellungen für die Führungsebene zum Steuern und Lenken anhand definierter Qualitätsziele wesentlich.

Prozessdiagramme geben aber auch Pflegepersonen in der Praxis eine wichtige Orientierung, um einen Gesamtüberblick zu bekommen, sowohl für neue MitarbeiterInnen, als auch bei der Umsetzung von neuen Prozessen, für alle MitarbeiterInnen. Dazu ist es wichtig „MitarbeiterInnen zu Betroffenen zu machen“ (vgl. Blonski & Stausberger 2003, S. 23) und bei Erneuerungen und Veränderungen mitwirken zu lassen.

In vielen Fachbüchern und Fachzeitschriften werden QM-Systeme und deren Implementierung beschrieben. Aber wie sieht das bei einem bereits implementierten QMS aus? Wie werden diese MitarbeiterInnen zu Beteilig-

ten gemacht? Wichtige Maßnahmen dazu könnten regelmäßige stattfindende Schulungen sein, zum Beispiel in Form von konkreten Fallbesprechungen an denen der Prozess nachvollzogen werden kann. Besonders bedeutsam ist es, Prozessdiagramme in den Stationsalltag zu integrieren, damit sie regelmäßig angewendet und verstanden werden und in den Routinebetrieb aufgenommen werden. Stationsleiterinnen und Praxisanleiterinnen – als Bindeglied zur Pflegepraxis – sind als wesentlicher Erfolgsfaktor zu sehen. Natürlich sind auch strukturelle Maßnahmen, wie zum Beispiel die Implementierung von Prozessdiagrammen in Einschulungskonzepten, die Referenzierung auf Prozessdarstellungen in Dokumenten notwendig, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Prozessdiagramme finden in der Pflegepraxis – mit Ausnahme des Pflegeprozesses – kaum Anwendung, weil sie nicht die erforderlichen Informationen erbringen, die in der unmittelbaren Praxis benötigt werden. Der Pflegeprozess und seine Phasen dienen den Pflegepersonen als strukturierte und analytische Handlungsgrundlage bei der Umsetzung von Pflege in die Praxis. Trotz der Ergebnisse lässt sich feststellen, dass Pflegepersonen sehr wohl Prozessdarstellungen brauchen. Einerseits aufgrund der kontinuierlichen Anwendung des Pflegeprozesses als Problemlösungs- bzw. Verbesserungsprozess, und andererseits um steuernd und lenkend in Prozesse eingreifen zu können, um eine kontinuierliche Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität und somit Pflegequalität zu erreichen.

10 Literaturverzeichnis

Allmer, Franz (2003): Pflegeprozess in der Krise? In: Pflegenetz, 01, S. 14-17

Allbiez, Thoma / Bächle, Bernadette / Grässle, Birgit / Naegele, Matthias / Schramm, Kerstin / Treiber, Jörg (2009): Pflegequalifikation bestimmt Pflegequalität. In: PrInternet 05, S.1-10

Benner, Patricia (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber

Blonski, Harald / Stausberger, Michael (Hrsg.) (2003): Prozessmanagement in Pflegeorganisationen. Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. 1. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Brobst, Ruth A. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Cassel, Michael (2007): ISO 9001 - Qualitätsmanagement prozessorientiert umsetzen. 1. Auflage, München: Carl Hanser Verlag

Domittner, Brigitte / Geißler, Wolfgang / Knauer, Christine (2011): Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten. Bericht über die praktische Qualitätsarbeit. Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, Wien: Gesundheit Österreich GmbH

Dorschner, Stephan / Meussling-Sentpali, Annette / Schaefer, Iris (2009): „Wir tun unser Bestes...“-Pflegeprozess und Pflegequalität im subjektiven Erleben beruflich Pflegenden. In: Stemmer, Renate (Hrsg.), Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. 1. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Fiechter, Verena / Meier, Martha (1998): Pflegeplanung. Eine Anleitung und Dokumentation des Pflegeprozesses in der Praxis. 10. Auflage, Fritziar: RECOM Verlag

Fröse, Sonja (2008): Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. 1. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Geraedts, M. / Hollo, B. / Vollmar, H.C. / Bartholomeyczik S. (2011): Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege. Alle Entwicklungen und Besonderheiten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54, S.185-193

Gordon, Marjory / Bartholomeyczik Sabine (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. 1. Auflage, München: Urban&Fischer Verlag

Görres, Stefan / Roes, Martina / Mittnacht, Barbara / Biehl, Maria / Klün, Silvia (2006): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf. 1. Auflage, Heidelberg: C.F. Müller Verlag

Graudenz, Susanne (2008): Der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation von Krankenhäusern. Vorstellung eines Instrumentes zur Beurteilung und exemplarische Studie. 1. Auflage, Hamburg: Diplomica Verlag

Güttler, Karen / Lehmann, Almut (2003): Eine Typologie für Pflegeprozesse am Beispiel des Projektes Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor Pflege. In: Pflege, 16, S: 153-160

Hackmann, Mathilde (2011): Justitia half dem Klassiker auf die Sprünge. Zur Geschichte des Pflegeprozesses. In: Pflegezeitschrift, 64 (9), S. 557-559

Hallensleben, Jörg (2003): Typologien von Pflegemodellen. Diskussion ihrer Nützlichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Typologie von A.I. Meleis. In: Pflege & Gesellschaft 8 (2), S. 59-67

Hartl, Friedrich / Wernisch, Dietmar (2011): Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen. 3. Auflage, Wien: Verlagshaus der Ärzte

Haupt, Thomas (2009): Funktionen und Effekte klinischer Behandlungspfade. 1. Auflage, Melsungen: Bibliomed Verlag

Haus der Barmherzigkeit (2010): Managementhandbuch

Hojdelewicz, Bettina Maria (2012): Der Pflegeprozess. Prozesshafte Pflegebeziehung. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Hulskers, Harry (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. In: Pflege 14, S. 39-45

Klie, Thomas (1996): Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege. 2. Auflage, Melsungen: Bibliomed

Kirchner, Helga (2004): Qualitätsmanagement für stationäre Pflegeeinrichtungen. Grundlage – Praxisbeispiele – Übungsaufgaben. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Körtner, Ulrich (2004): Grundkurs Pflegeethik. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Knö, Dieter / Groß, Horst / Lobinger, Walter (2005): Qualitätsmanagement in der Pflege. 1. Auflage, München Wien: Carl Hanser Verlag

Krohwinkel, Monika (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. 3.Auflage, Bern: Verlag Hans Huber

Kühne-Ponesch, Silvia (Hrsg.) (2002): Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Kühne-Ponesch, Silvia (2003): Situationserfassung im Pflegeprozess. In: Pflegenetz, 01, S. 12-13

Kunkel Stefan / Rosenqvist, U. / Westerling R. (2009): Implementation strategies influence the structure, process and outcome of quality systems: an empirical study of hospital departments in Sweden. In: Quality & Safety in Health Care, 18 (1), S.49-54

Kussmaul, Jörg / Vater, Alexander (2011): Pflegeplanung. Formulierungshilfen für Altenheim – Ambulante Pflege – Krankenhaus. 1. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage, Basel: Beltz Verlag

Leoni-Scheiber, Claudia (2004): Der angewandte Pflegeprozess. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Löser, Angela Paula (2004): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher. 2. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Mayer, Hanna (2011): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Mayer, Horst Otto (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 5. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag

Mittermaier, Michael (2003): Warum zieht sich das mit dem Pflegeprozess bloß so? In: Pflegenetz, 1, S.9-11

Müller-Staub, Maria / Lavin, Ann / Needham, Ian / Van Achterberg, Theo (2007): Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege, 20, S. 352-371

Müller, Joachim (2002): DIN EN ISO 9000:2000 und das EFQM-Modell für Excellence im Vergleich. In: Die Schwester/Der Pfleger, 41 (3), S. 186-189

Nübling, R. / Schrempp, C. / Kress, G., Löschmann, C. / Neubart, R. / Kuhlmei, A. (2004): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, S. 133-140

Österreichisches Normungsinstitut (ON) (2008): ÖNORM EN ISO 9001, Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2008)

Österreichisches Normungsinstitut (ON) (2006): Vornorm ÖNORM CEN/TS 15224, Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme. Anleitung zur Anwendung von ISO 9001:2000

Pateisky, Norbert (2010): Professioneller Umgang mit Checklisten: Die größte medizinische Erfolgsgeschichte der letzten Jahrzehnte. In: Qualitas 02, S.16-18

Peate, Ian (2010): Nursing Care and the Activities of Living. 2. Edition, United Kingdom: Wiley- Blackwell Publishing

Puhr, Jürgen (2006): Auswahl eines Qualitätsmanagementsystems für die geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, Diplomarbeit. Burgenland: Fachhochschulstudiengänge Burgenland

Reimer, Willy / Füller, Felix (1998): Der Pflegeprozess. Diagnose, Intervention, Ergebnisse. 1. Auflage, Ulm: Universitätsverlag Ulm

Resetarics, Paul (2008): Grundlagen pflegerischen Handelns. 1. Auflage, Wien: Wilhelm Maudrich Verlag

Sassen, Sascha (2008): Qualitätsmanagement: Umsetzung in der Altenpflege. 1. Auflage, Marburg: Tectum Verlag

Schmidt, Simone (2005): Das QM- Handbuch. Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. 1.Auflage, Heidelberg: Springer Verlag

Schöniger, Ute / Zegelin-Abt, Angelika (1998): Hat der Pflegeprozess ausgedient? Wird es Zeit für den Prozess der Pflege? In: Die Schwester/Der Pfleger, 37 (4), S. 305-310

Schrems, Berta (2002): Die Bedeutung der Kybernetik 2. Ordnung für den Pflegeprozess. In Silvia Kühne-Ponesch (Hrsg.), Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Schrems, Berta (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. 1. Auflage, Wien: Facultas Verlag

Schrems, Berta (2006): Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. Reflexion zum problematischen Verhältnis von Pflege und Pflegeprozess. In: PrINTERNet, 1, S. 44-52

Seeberger, Bernd (2011): Zur Wirksamkeit von Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Stefan, Harald / Eberl, Josef / Schalek, Kurt / Streif, Hubert / Pointner, Harald (2007): 10 Jahre GuGK: Die Rolle des Pflegeprozesses. Wesentlicher Beitrag zur Bewältigung der neuen Herausforderungen. In: Procure, 12, S. 22-25

Stefan, Harald / Eberl, Josef / Schalek, Kurt / Streif, Hubert / Pointner, Harald (2006): Praxishandbuch Pflegeprozess. Lernen – Verstehen – Anwenden. 1. Auflage, Wien: Springer Verlag

Stefan, Harald / Eberl, Josef / Schalek, Kurt / Streif, Hubert / Pointner, Harald (2006): Die Verantwortlichkeiten verändern sich. Die Rolle des Pflegeprozesses bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen. In: Procure, 4, S. 30-34

Stemmer, Renate (Hrsg.) (2009): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. 1. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Stratmeyer, Peter (1997): Ein historischer Irrtum in der Pflege? In: Dr. med. Mabuse, 106, S.34-38

Thiel, Volker (2001): Systematische Problemlösung. Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 40 (4), S. 338-343.

Tschudin, Verena / Mäder, Dorothee (1988): Ethik in der Krankenpflege. 1. Auflage, Basel: Recom Verlag.

Uhl, Achim (2008): Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf. 1. Auflage, München: LIT-Verlag

Van der Bruggen, Harry (2002): Pflegeklassifikationen. 1. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Wagner, Karl Werner / Käfer, Roman (2010): PQM Prozessorientiertes Qualitätsmanagement. Leitfaden zur Umsetzung der ISO 9001. 5. Auflage, München: Carl Hanser Verlag

Wagner, Karl Werner / Patzak, Gerold (2011): Performance Excellence. Der Praxisleitfaden zum effektiven Prozessmanagement. 1. Auflage, München: Carl Hanser Verlag

Weigert, Johann (2004): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 1. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Weiss-Fassbinder, Susanne / Lust, Alexandra (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz- GuKG. 6. Auflage, Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

Wilkinson, Judith M. (2012): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. 1. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Wright, Kerri (2005): Care planning: An easy guide for nurses. In: Nursing & Residential Care, 7 (2), S.72

Yashi, Emel (2006): QM goes to Pflege: Darstellung eines außerordentlichen Erfolges. Zertifizierung des ersten österreichischen Pflegekrankenhauses für geriatrische und chronisch kranke Menschen nach ISO Norm 9001:2000. In: Qualitas, 18. S. 32-35

Zapp, Winfried (Hrsg.) (2010): Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen. Von der Analyse zum Controlling. 2. Auflage, Hamburg: Economica Verlag

Internetquellen:

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True> (04.08.2012)

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG)
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (05.09.2012)

Bundesministerium für Gesundheit: Qualitätsentwicklung in österreichischen Gesundheitssystemen
http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsentwicklung_im_oesterreichischen_Gesundheitswesen (04.08.2012)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) :
Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010
http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/0/4/CH2094/CMS1313493260454/pflegevorsorgebericht_2010.pdf (27.09.2012)

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung / Kuratorium
Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2004): Modellprogramm zur Verbesserung
der Versorgung Pflegebedürftiger. Der Pflegeprozess. Kern des pflegeri-
schen Handelns: Begleitung des Pflegeprozesses
<http://www.kda.de/files/bmg/bmgsposter2.pdf> (24.06.2012)

Duden Wörterbuch online
<http://www.duden.de/woerterbuch> (08.08.2012)

Isfort, Michael (2005): Prozessuale Pflege – Oder die nächste Fahrt geht
rückwärts? In: Die Schwester/Der Pfleger, Sonderdruck, 44 (06), S.1-10
http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Isfort_SonderdruckSP7-05.pdf (24.06.2012)

KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität
<http://www.ktq.de> (05.10.2012)

MDS (Hrsg.) (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Doku-
mentation
http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegeprozess_und_Dokumentation.pdf
(24.06.2012)

ÖBIG (Hrsg.) (2010): Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation
http://www.oebai.at/cms/wb/media/news/Pflege_Arbeitshilfe_Druck20-20Letztfassung.pdf (24.06.2012)

NQZ – Nationales Qualitätszertifikat
http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Seniorinnen_und_Senioren/Lebensqualitaet_und_Wuerde/Nationales_Qualitaetszertifikat_fuer_Alten_und_Pflegeheime_in_Oesterreich (24.06.2012)

Stefan, Harald / Schalek, Kurt (2009): Praxisorientierte Pflegediagnostik-
Ressourcenorientierung in der diagnostischen Arbeit. 6. Dreiländerkon-
gress Pflege in der Psychiatrie in Wien
http://www.ibicura.de/tagungsband_2009.pdf#page=327 (11.08.2012)

11 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: PROZESSLANDKARTE DER PFLEGEKRANKENHÄUSER HAUS DER BARMHERZIGKEIT	18
ABBILDUNG 2: SYMBOLDARSTELLUNGEN DER PFLEGEKRANKENHÄUSER HAUS DER BARMHERZIGKEIT	19
ABBILDUNG 3: PFEILFORMDARSTELLUNG DER KERNPROZESSE DER PFLEGEKRANKENHÄUSER HAUS DER BARMHERZIGKEIT	19
ABBILDUNG 4: PROZESSABLAUFDARSTELLUNG, KERNPROZESS BEWOHNERAUFNAHME DER PFLEGEKRANKENHÄUSER HAUS DER BARMHERZIGKEIT (AUSSCHNITT)	21
ABBILDUNG 5: SWIMLANE-DARSTELLUNG	22
ABBILDUNG 6: PROZESSMODELL NACH ISO	36
ABBILDUNG 7: DEMINGZYKLUS.....	37
ABBILDUNG 8: PFLEGEPROZESS NACH FIECHTER UND MEIER	44
ABBILDUNG 9: ABLAUFMODELL DER ZUSAMMENFASSENDEN QUALITATIVEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING	76
ABBILDUNG 10: PFLEGEPROZESS DER PFLEGEKRANKENHÄUSER HAUS DER BARMHERZIGKEIT	110
ABBILDUNG 11: QM-DOKUMENTENPYRAMIDE	113

12 Abkürzungsverzeichnis

AEDL

Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens

ABEDL

Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens

CorpMan

Dokumentenlenkungssoftware der !mprove IT Systemlösungen GmbH

EFQM

European Foundation for Quality Management

EN

Europäische Norm

EPD

Elektronische Pflegedokumentation

GuKG

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

GQG

Gesundheitsqualitätsgesetz

Hrsg.

Herausgeber

I

Interviewerin

IP

Interviewperson

JCAHO

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

ISO

International Standardization of Organization

KVP

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

KTQ

Kooperation für Transparenz und Qualität

MDS

Medizinische Dienste der Spitzenverbände der Krankenkassen

NANDA

North American Nursing Diagnosis Association

NQZ

Nationales Qualitätszertifikat

ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

PDCA

Plan-Do-Check-Act

PÄSR

Problem-Ätiologie-Symptom-Ressource

PES

Problem-etiology-symptome

POP

Praxisorientierte Pflegediagnostik

QM

Qualitätsmanagement

QMS

Qualitätsmanagementsystem

STL

Stationsleitung

WHO

World Health Organization

13 Anhang

Information und Einverständniserklärung

Liebe Interviewteilnehmerin!

Lieber Interviewteilnehmer!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit mit dem Titel: Qualitätsmanagement nach EN ISO 9001:ff - Anwendung von Prozessdiagrammen im Pflegealltag einer Langzeitpflegeeinrichtung, möchte ich eine Befragung mit Pflegepersonen durchführen.

Ziel der Befragung ist es, die Anwendung und das Verständnis eines implementierten Qualitätsmanagementsystems insbesondere von Prozessstrukturen in der direkten Pflege aufzuzeigen.

Ich werde 6-8 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aus dem praktischen Bereich einer Langzeitpflegeeinrichtung befragen.

Die Befragung wird in Form eines offenen Gesprächs mittels eines Interviewleitfadens durchgeführt.

Die Interviews werden in einem Zeitrahmen von ca. 30-40 Minuten stattfinden und mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet.

Ich möchte daraufhin weisen, dass die Anonymität der InterviewpartnerInnen gewährleistet wird und das Interview ohne Angaben von Gründen jederzeit unterbrochen werden kann.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft und Offenheit im Voraus!

Daniela Metzenbauer

Datum:

Unterschrift des/der InterviewteilnehmerIn:

Interviewleitfaden

Anwendung von Prozessdiagrammen im Pflegealltag

- **Begrüßung/Vorstellung**
- **Ersuchen um Aufzeichnung mittels Aufnahmegerät**
- **Auf Anonymität hinweisen**
- **Ziele der Befragung darlegen:**

Wissenstand über das Qualitätsmanagementsystem, insbesondere von Prozessstrukturen

Anwendung und Verständnis von Prozessdiagrammen im Pflegealltag

Mögliche Herausforderungen/ Schwierigkeiten identifizieren

Einstiegsfragen:

Allgemeine Informationen:

Geschlecht:

Muttersprache:

Schulbildung:

Krankenpflegeausbildung: Wann? Wo?

Einrichtung: Seit wann tätig?

1. Allgemeines Wissen und Verständnis über das Qualitätsmanagement

- Kennen Sie den Aufbau/Struktur ihres QM-Systems?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff QMS nach ISO?
- Kennen Sie ihre Kernprozesse, unterstützenden Prozesse und Führungsprozesse bzw. Ihre Prozesslandkarte?
- Wo sind ihre Prozesse/Dokumente dargestellt? Aktualität?
- Wie erfolgt die laufende Information?
- Welche Schulungen/Fortbildungen haben Sie zum Thema QM besucht?
- Welche Veränderungen nehmen Sie wahr bzw. haben sie bemerkt?

2. Anwendung und Verständnis von Prozessdiagrammen

- Welche Prozesse kennen Sie?
- Welche Prozesse wenden Sie regelmäßig an?
- Können Sie mir ein Prozessdiagramm zeigen und die Schritte bzw. Symbole erklären?
- Welche Schwierigkeiten/Herausforderungen nehmen Sie wahr?
- Wie geht es Ihnen damit?
- Arbeiten Sie mit Prozessdiagrammen im Pflegealltag?
- Wenn nein, warum nicht?
- Sehen Sie Prozessdiagramme mehr als Unterstützung oder Belastung im Pflegealltag und warum?

3. Anwendung und Verständnis des Pflegeprozesses

- Wo ist der Pflegeprozess abgebildet?
- Wie setzen Sie den Pflegeprozess im Pflegealltag um?
- Welche Prozesse/Dokumente gibt es dazu?
- Welche Darstellung?
- Können Sie mir die Schritte erklären? Was tun Sie konkret?
- Welches Pflegemodell/Pflegephilosophie steht dahinter?
- Welche Bedeutung/Ziele hat der Pflegeprozess für Sie?
- Welche Rolle/Auswirkung hat der Pflegeprozess für die BewohnerIn?
- Wie erfolgt die Kommunikation „Pflegeprozess“ im Stationsalltag?
- Wie erfolgt die Dokumentation des Pflegeprozesses?
- Welche Schwierigkeiten/Herausforderungen nehmen Sie wahr?
- Wie erfolgt die Schulung/Wissensvermittlung?
- Welche Vorteile/Nachteile hat für Sie der Pflegeprozess?

4. Was möchten Sie mir noch mitteilen?

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview genommen haben!

Curriculum Vitae

Daniela Metzenbauer

Geboren: 28.10.1971 in Waidhofen/Ybbs

Verheiratet, 2 Kinder

Ausbildung:

2007	Ausbildung zur Qualitätsbeauftragten, WIFI Wien
2000-2013	Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien
1999-2000	Studienberechtigungsprüfung, VHS Floridsdorf 1210 Wien
1988-1991	Krankenpflegeschule, SMZ-Ost 1220 Wien
1987-1988	1. Ausbildungsjahr Krankenpflegefachdienst 1170 Wien
1986-1987	Fachschule für wirtschaftliche Frauenberufe 1210 Wien
1982-1986	Hauptschule 1220 Wien

Berufliche Tätigkeit:

Seit 2012	Pflegeexpertin, Haus der Barmherzigkeit 1160 Wien
2010-2011	Karenz
2008-2010	Pflegeexpertin, Haus der Barmherzigkeit 1160 Wien
2007-2008	Pflegedienstleiterin, Haus der Barmherzigkeit 1220 Wien
2006-2007	DGKS, Haus der Barmherzigkeit 1160 Wien
2003-2006	Karenz
2001-2003	Stellvertretende Stationsleiterin, Donauspital / 2. Med.
1999-2000	DGKS, Donauspital Wien / 2. Med.
1992-1998	DGKS, Donauspital Wien / Aufnahmestation