

Fokus-Dokumentation auf Intensivstationen

[erstellt 09/Jun/2008]

[aktualisiert 15/Mrz/2010]

Frage

Welche Erfahrungen existieren mit *Fokus-Dokumentation* auf Intensivstationen?

Hintergrund

Der Begriff *Fokus-Dokumentation* verweist auf ein spezielles System zur strukturierten Dokumentation von für die Pflege relevante Ereignisse. Diese Ereignisse können z.B. sowohl Erkrankungen, Diagnosen, Symptome sowie deren Verbesserung oder Verschlechterung als auch physische oder psychische Reaktionen von Patienten sein. Somit geht diese Dokumentation über ausschließlich an Problemen von Patienten orientierte Dokumentationsformen hinaus. Ihren Ursprung nimmt die *Fokus-Dokumentation* in 1980 in einem Krankenhaus in Minneapolis, Minnesota (USA) als Ergebnis der Überlegungen einer mit Pflegenden besetzten Arbeitsgruppe zur Verbesserung des etablierten Dokumentationssystems [1; 2].

Die drei bzw. vier wesentlichen Elemente einer *Fokus-Dokumentation* sind im Folgenden aufgeführt (im englischen Sprachgebrauch wird das *Focus-Charting*[®] in Anlehnung an die einzelnen Elemente auch DAR(P) abgekürzt) [3]:

1. Informationen zu patientenrelevanten Foki (Data),
2. Handlung/Intervention (Action),
3. Evaluation (Response),
4. Planung (Plan).

Fokus-Dokumentation hat im englischsprachigen Ausland Verbreitung gefunden. In Deutschland ist diese Form der am Pflegeprozess orientierten Dokumentation noch wenig etabliert.

Antwort

Durch die Recherche in den Literaturdatenbanken CINAHL und EMBASE/MEDLINE konnten – trotz des relativ hohen Verbreitungsgrades dieses Dokumentationssystems vor allem in den USA, Kanada sowie England – insgesamt nur wenige Veröffentlichungen identifiziert werden. Das Gros dieser Publikationen sind Erfahrungsberichte (vor allem in der

Altenpflege und Akutversorgung) und Kurzbeschreibungen des Konzeptes. Eine Studie zur *Fokus-Dokumentation* auf Intensivstationen wurde nicht gefunden. Auf eine umfassende Buchpublikation von Susan Lampe aus 1997 wird als weiterführende Lektüremöglichkeit hingewiesen [4].

In einer Leitlinie zur Pflege-Dokumentation aus dem Jahre 2006 verweist die Association of Registered Nurses of Alberta auf die Eignung von Fokus-Dokumentation insbesondere für die Akutversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen [5]. Auch andere Anbieter von Leitlinien zur Pflegedokumentation in Kanada stellen die *Fokus-Dokumentation* als eines der für klinische Settings geeigneten Dokumentationssysteme vor. So nennen z.B. die pflegewissenschaftlichen Fakultäten der Hochschulen in Nova Scotia und British Columbia in ihren Leitlinien die *Fokus-Dokumentation* als eine von mehreren geeigneten Methoden der Pflegedokumentation [3; 6].

Gryfinski und Lampe haben in einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1990 den Implementierungsprozess von *Fokus-Dokumentation* als Dokumentationssystem am Beispiel eines großen akademischen Lehrkrankenhauses (873 Betten, 32 Stationen und Abteilungen, 1200 Pflegende) in Illinois wissenschaftlich begleitet [1]. Ziel der Implementierung war es, die Pflegedokumentation zu vereinheitlichen und zugleich effektiver und qualitativ hochwertiger zu machen. Nach der Identifikation von Defiziten des bestehenden Dokumentationssystems und der Formulierung eines Anforderungskataloges an das neue System durch eine mit Pflegenden besetzte Steuerungsgruppe folgte die Umstellung auf die *Fokus-Dokumentation* entlang der folgenden Handlungsschritte [1]:

- allgemeine Einführung in die Methode des *Focus-Charting*[®] sowie spezifische Darstellung anhand eines hypothetischen Falles in einer Präsentation gegenüber dem Pflegepersonal mit Leitungsverantwortung,
- Herstellung einer Beschlussfassung zwischen Steuerungsgruppe und leitendem Pflegepersonal zur Implementierung von *Fokus-Dokumentation*,
- Abfassung einer offiziellen Stellungnahme sowie Beginn der Schulungen für das Pflegepersonal (für die Dauer von 10 Tagen) mit ausführlicher Darlegung der Gründe für die Wahl von *Fokus-Dokumentation* sowie der Gelegenheit für praktisches Üben,
- Umsetzung des neuen Dokumentationssystems im Anschluss an die Schulungen; instruierte Stationsleitungen waren den Pflegenden während der Implementierungsphase bei Bedarf unterstützend beigestellt und
- Evaluation sechs Monate nach erfolgter Implementierung von *Focus-Charting*[®].

Die Evaluation zeigte eine höhere Einhaltung der eingeforderten Dokumentationsstandards durch das Pflegepersonal aufgrund eines insgesamt reduzierten Aufwandes für Dokumentationstätigkeiten. Die Autorinnen nennen drei Gründe für eine erfolgreiche Implementierung von Fokus-Dokumentation [1]:

1. eine mit Pflegenden (aus dem administrativ-leitenden und klinischen Bereich sowie der Ausbilder und Ausbilderinnen) besetzte Steuerungsgruppe,
2. die Formulierung eines Ziel- und Anforderungskataloges auf Grundlage einer Analyse bestehender Defizite des Status Quo und
3. abteilungs- bzw. stationsbezogene Schulungen sowie unterstützende Begleitung während der Implementierungsphase.

Darüber hinaus empfehlen die Autorinnen, die Praxiserfahrungen des Pflegepersonals in die Planungen im Vorfeld des Implementierungsprozesses eingehen zu lassen. Zudem

betonen sie, dass die Fokus-Dokumentation ein für alle klinischen Settings geeignetes Dokumentationssystem sei.

Kerr vergleicht in ihrer Veröffentlichung aus dem Jahre 1992 *Fokus-Dokumentation* mit drei anderen gängigen Dokumentationssystemen. Als Vorteile von *Fokus-Dokumentation* werden insbesondere vier Aspekte hervorgehoben [2]:

1. klare Darstellung des Pflegeprozesses,
2. gute Organisation der Eintragungen des Pflegepersonals,
3. einfacher Rückgriff auf Informationen möglich,
4. flexible, mannigfaltige Foki möglich.

Als nachteilig bewertet Kerr den großen edukativen Aufwand während der Implementierungsphase und dass die narrativen Anteile der Dokumentation ggf. umfangreicher werden könnten. Die Wahl eines Dokumentationssystems muss sich stets an den Bedürfnissen und Anforderungen des institutionellen Kontextes orientieren. Die Autorin schlussfolgert, dass keine Aussagen zur Überlegenheit eines einzelnen Systems getroffen werden können; die Elemente aber aus unterschiedlichen Systemen entlehnt und zu einem den jeweiligen organisationsindividuellen Bedürfnissen angepassten System integriert werden können.

Allan und Englebright [7] haben den Effekt einer Neustrukturierung eines computergestützten Dokumentationssystems in einem Krankenhaus in einem Vorher-Nacher-Vergleich getestet. Zu diesem Zwecke wurden Elemente aus unterschiedlichen Dokumentationssystemen (hier: *focus-charting*[®] und *charting by exceptions*) als Bestandteile des neu entwickelten Informationssystems integriert. Die Autorinnen bestätigen, wie bereits Kerr, die gute Vereinbarkeit der einzelnen Elemente aus unterschiedlichen Dokumentationssystemen. Darüber hinaus konnte eine Verringerung des zeitlichen Aufwandes für die Dokumentation um rund die Hälfte der zuvor benötigten Zeit und eine erhöhte Zufriedenheit des Pflegepersonals mit dem Dokumentationssystem festgestellt werden.

Literatur

1. Gryfinski J.J.; Lampe S.S.: Implementing Focus Charting: process and critique. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice* 1990, 4 (4): 201-205.
2. Kerr S. D.: A comparison of four nursing documentation systems. *Journal of Nursing Staff Development* 1992, 8 (1): 27-31.
3. College of Registered Nurses of Nova Scotia: Documentation Guidelines for Registered Nurses, College of Registered Nurses of Nova Scotia: Halifax 2005. Abrufbar unter: <http://nursingatlanticcanada.com/documents/CRNNS%20Documentation%20Guidelines%202005.pdf> (Zugriff: 15.03.2010).
4. Lampe S.: *Focus Charting*[®]: documentation for patient-centered care. 7. Aufl., Verlag Creative Health Care Management: Minneapolis 1997.
5. College & Association of Registered Nurses of Alberta: Documentation Guidelines for Registered Nurses, CARNA: Edmonton 2006. Abrufbar unter: <http://www.nurses.ab.ca/pdf/DocumentationforRegisteredNursesSep%2006.pdf> (Zugriff: 15.03.2010).
6. College of Registered Nurses of British Columbia: Nursing Documentation. Practice Support, CRNBC: Vancouver 2007. Abrufbar unter: <http://www.crnbc.ca/downloads/151.pdf> (Zugriff: 15.03.2010).

7. Allan J.; Englebright J.: Patient-centered documentation: an effective and efficient use of clinical information systems. Journal of Nursing Administration 2000, 30 (2): 90-95.

Suchanfragen in Datenbanken/Informationsquellen

CINAHL, EMBASE/MEDLINE, Internet-Seiten internationaler Pflegeorganisationen und Universitäten mit pflegewissenschaftlicher Forschungs- und Ausbildungsaktivität

Verwendete Suchbegriffe

focus documentation, focus charting, nursing records, critical care nursing, intensive care units, intensive care nursing

Haftungsausschluss

Ergebnisse aus klinischen Studien, Übersichtsarbeiten, Leitlinien etc. dienen lediglich Ihrer Information und stellen keine Empfehlungen für oder gegen eine bestimmte Diagnose oder Therapie dar. Auch können die Ergebnisse kein Ersatz für eine Untersuchung, Diagnose oder Therapie und deren Überwachung durch medizinisch oder pflegerisch ausgebildete Personen sein. Die Ergebnisse sollten auf keinen Fall ohne vorherige gründliche Prüfung des einzelnen Behandlungsfalles und der besonderen Situation des einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin angewendet werden. Der Fuldaer Informationsdienst für angewandte Gesundheitswissenschaften und klinische Praxis – FiNDAX – kann für entstandene Schäden jedweder Art, die aus der Nutzung der von FiNDAX angebotenen Informationen resultieren, nicht haftbar gemacht werden.

Copyright

Dieses PDF-Dokument darf nicht zu kommerziellen Zwecken kopiert, verbreitet, verändert oder Dritten zugänglich gemacht werden.

© FiNDAX 2010

