

# **Pflegebedarfserhebung**

## **Literaturarbeit**

vorgelegt von

Elke Wimmer

ID Nr.: 207535

Studiengang

Master in Nursing Science

an der

Fakultät Health Science

Universität Maastricht/Holland

Supervisorin:

Agnes Glaus (PhD, MSc, RN)

Stuttgart, Juli 2005

---

Zusammenfassung .....	3
1 Einleitung .....	4
2 Forschungsfragen .....	5
3 Zielsetzung .....	5
4 Methodisches Vorgehen .....	6
4.1 Suchstrategie .....	6
4.2 Analyse der Suchergebnisse .....	6
5 Ergebnisse .....	8
5.1 Von wem wird Pflegebedarfserhebung definiert? .....	8
5.2 Wozu wird Pflegebedarfserhebung definiert? .....	9
5.3 Wen fokussieren die Studien zum Thema Pflegebedarfserhebung? .....	10
5.4 In welcher Form wird Pflegebedarfserhebung angewandt? .....	12
5.5 Instrumente für die Pflegebedarfserhebung .....	13
5.5.1 Instrumente zur Pflegebedarfserhebung bei onkologischen Patienten .....	14
5.5.2 Instrumente nicht ausschließlich für onkologische Patienten .....	16
6 Diskussion .....	17
7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	19
8 Literatur .....	21
 Anhang	

## **Zusammenfassung**

Die Pflegebedarfserhebung ist ein zentrales Steuerungsinstrument auf dessen Grundlage Pflege geplant, durchgeführt und überprüft werden kann. Die Pflegepraxis zeigt, dass Verbesserungsbedarf aus pflegewissenschaftlicher, gesellschaftlicher und ökonomischer Sicht besteht. Ziel der vorliegenden Literaturarbeit ist es, einen Überblick über das Thema Pflegebedarfserhebung zu verschaffen, wie es in der internationalen Literatur zur Darstellung kommt. Das Augenmerk liegt dabei auf der Übertragbarkeit bzw. Anwendbarkeit im onkologischen Kontext. Folgende Fragen wurden gestellt: 1) Wie wird Pflegebedarfserhebung von wem, wozu definiert und welchen Fokus setzen die analysierten Studien zum Thema? 2) Wie wird Pflegebedarfserhebung in der internationalen Literatur beschrieben und in welcher Form wird Pflegebedarfserhebung angewandt? 3) Welche Instrumente stehen zur Verfügung, um Pflegebedarf erheben zu können? 4) Gibt es Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs bei Patienten mit onkologischer Erkrankung?

Die analysierten Artikel wurden anhand der vorab definierten Einschlusskriterien ausgewählt. Eine breite Spannweite in Hinblick auf die Fragestellungen wurde sichtbar. Es zeigt sich, dass das Thema Pflegebedarfserhebung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet wird. Unter anderem stehen dabei folgende Anliegen im Vordergrund: Wahrnehmung und Stärkung der Patientenperspektive; Verbesserung der Pflegepraxis und der Patientendokumentation; Überprüfung vorhandener Instrumente zur Bedarfserhebung. Ferner konnten drei Grundformen von Pflegebedarfserhebung ausgemacht werden. Der Begriff der Pflegebedarfserhebung wird sehr unterschiedlich gefüllt. Dem entspricht im Bereich der Pflege die unterschiedliche Handhabung. Wünschenswert wären Beiträge, die sich um eine standardisierte internationale Definition des Pflegebedarfsbegriffes bemühen. Hiervon könnten gültige, zuverlässige und für die Praxis geeignete Erhebungsinstrumente abgeleitet werden.

## 1 Einleitung

Eine breite Diskussion sowohl um das inhaltliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit als auch um angemessene Instrumente zu deren Erfassung hat sich an der Kritik der Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit im Deutschen Gesetz zur sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) entzündet (Bartholomeyczik, 2004). Die Frage, wer, wie viel und welcher Art von Pflege bedarf, ist ohne eine theoretische Konzeption nicht nachvollziehbar zu bestimmen. Die Begründung des Pflegebedarfs hängt davon ab 1) was unter Pflege als Disziplin im Gesundheitswesen verstanden wird, 2) wann, bei welchen Personen und welchen Merkmalen pflegerische Maßnahmen einzusetzen sind, sowie 3) welche Ziele mit diesen erreicht werden sollen (Bartholomeyczik, 2000). Meines Erachtens wäre es zudem wesentlich, den vom Patienten selbst definierten Bedarf mit aufzunehmen. Die Einbeziehung des Patienten ist unabdingbar, um den Pflegebedarf individuell erheben zu können. Der definierte Pflegebedarf ist immer Ergebnis eines Beurteilungsprozesses, der unterschiedlich ausfallen kann, je nachdem, auf welcher theoretischen Konzeption er aufbaut. So ist zum Beispiel bei Wingenfeld (2000) Pflegebedürftigkeit definiert aufgrund des Zustandes und der Merkmale des Menschen, deretwegen er Pflege benötigt. Nach § 14 SGB XI wird eine Person als pflegebedürftig bezeichnet, wenn sie der Hilfe bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen bedarf. Diese Verrichtungen sind mit Körperpflege und Ausscheidung, Ernährung und Mobilität genauer beschrieben. Es handelt sich hierbei um einen Ausschnitt aus allen möglichen „Verrichtungen“ oder „Alltagsaktivitäten“ im Sinne von Tätigkeiten, wie sie üblicherweise in Pflegemodellen konzipiert werden. Außer Aktivitäten gibt es freilich noch andere pflegerelevanten Zustände wie z.B. Schmerz, Angst oder Verwirrtheit. Hierzu gehören auch Ressourcen wie Wahrnehmung der eigenen Gesundheit oder Motivation zur Selbstfürsorge sowie Präventions- und rehabilitative Maßnahmen (Bartholomeyczik, 2004). Die Definition des SGB XI entspricht einem auf funktionelle Tätigkeiten reduzierten Begriff von Pflege. Eine individuelle Pflegebedarfserhebung würde darüber hinaus den gesamten Krankheits- und Gesundungsprozess der Patienten beinhalten und somit eine umfassendere Sichtweise erforderlich machen.

Der Begriff der individuellen Pflegebedarfserhebung wird verkürzt, wenn es sich ausschließlich um eine Fremderhebung handelt: Selten wird die Sicht des Pflegebedürftigen in den Prozess der Erhebung einbezogen, was dann leicht der Fall ist, wenn die Pflegebedarfserhebung einem eher knappen, stichwortartig geführten Frage-Antwort-Schema folgt. Der Pflegebedürftige hat dann unter Umständen kaum Gelegenheit, sein subjektives

Krankheitserleben bzw. seinen subjektiven Pflegebedarf ausreichend zum Ausdruck zu bringen. Ansätze für umfassende Assessmentverfahren gibt es in Deutschland bislang überwiegend in der Gerontologie und Medizin. Diese bedienen sich jedoch unterschiedlicher Modelle, die Pflegebedürftigkeit vorwiegend aus naturwissenschaftlicher Sichtweise bewerten. Im Gegensatz dazu steht die eher naturalistische Perspektive der Pflegewissenschaft (Bartholomeyczik, S., & Halek, M. 2004).

Die Autonomie des Patienten, sowie das Diagnostizieren der vorhandenen Ressourcen sollten bei der Pflegebedarfserfassung im Vordergrund stehen, damit ein auf den Patienten gerichteter Bedarf erhoben werden kann.

Die Diskussion über geeignete Instrumente zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit wird aus pflegewissenschaftlicher, gesellschaftlicher und ökonomischer Sicht geführt. Um diese Problematik eingehender beleuchten zu können, bietet es sich an, die internationale Literatur zum Thema Pflegebedarfserhebung zu befragen. Folglich wurde eine Literatursuche mit anschließender Analyse durchgeführt.

## **2 Forschungsfragen**

Für die Literaturrecherche wurden die nachstehenden Forschungsfragen formuliert:

- 1) Wie wird Pflegebedarfserhebung von wem, wozu definiert und welche Zielgruppe nimmt die jeweilige Studie in ihrem Fokus?
- 2) Welche Formen von Pflegebedarfserhebung werden in der internationalen Literatur beschrieben und wie werden diese angewandt?
- 3) Welche Instrumente stehen zur Verfügung, um Pflegebedarf erheben zu können?
- 4) Gibt es Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs bei Patienten mit onkologischer Erkrankung?

## **3 Zielsetzung**

Ziel der vorliegenden Literaturarbeit ist es, einen umfassenden Überblick zum Thema Pflegebedarfserhebung zu geben, wie es in der internationalen Literatur zur Darstellung kommt. Der Fokus liegt dabei auf der Übertragbarkeit bzw. Anwendbarkeit im onkologischen Kontext.

## **4 Methodisches Vorgehen**

### **4.1 Suchstrategie**

Die primäre Literatursuche wurde von November 2004 bis April 2005 in den Datenbanken PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>) und Cinahl ([www.cinahl.com/](http://www.cinahl.com/)) vorgenommen. Zusätzlich wurde der Onlinezugang des European Journal of Oncology Nursing für die Literatursuche verwendet. Einschlusskriterien waren englisch- und deutschsprachige Artikel von 1995 – 2005. Um zu zeigen, dass Pflegebedarfserhebung zwar ein aktuelles aber kein neues Thema ist, wurde zudem die Untersuchung von Lauer (1982) aufgenommen.

Folgende Schlüsselwörter („Key words“) wurden gewählt: Patient needs; Patient care needs; Acute care; Value of patient assessment; Needs assessment; Nursing assessment; Oncology care. Die Schlüsselwörter wurden einzeln und in Verknüpfungen gesucht. Die Sekundärliteratursuche erfolgte anhand der Referenzangaben der Artikel, die in der Primärsuche als geeignet bewertet wurden.

### **4.2 Analyse der Suchergebnisse**

Von dreißig Artikeln wurden neunzehn für die Beantwortung der Fragen als geeignet beurteilt. Artikel wurden verworfen, wenn sie sich vor allem auf die Langzeitpflege (Altenpflege, psychiatrische Pflege) bezogen oder den Fokus ausschließlich auf der ökonomischen Seite hatten.

Die Datenanalyse erfolgte durch ein strukturiertes kategorisiertes Vorgehen (Diekmann, 2003; Polit, 1999). Leitend waren hierbei der Forschungsprozess und die im Kapitel 2 benannten Fragestellungen.

Inhalt und Methode der einzelnen Studien wurden mittels eines Rasters analysiert. Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Verknüpfungen der Untersuchungen wurden als Cluster gruppiert und ausgewertet.

Tabelle 1: Übersicht über die gefundene Literatur

<b>Autor/Jahr</b>	<b>Land</b>	<b>Population</b>	<b>Erhebungsmethode</b>	<b>Instrument</b>
Farrell C. et al. (2005)	England	33 Tumorpatienten 11 Pflegende	Quantitativ und Qualitativ	nein
Arraras J. et al.(2004)	7 EU Länder	49 Tumorpatienten, 61 Interprofessionelle	Qualitativ	Ja (Entwicklung)
Cossich T. et al. (2004)	Australien	450 Tumorpatienten	Quantitativ	ja
Crooks D. et al. (2004)	Kanada	306 Krankenakten	Quantitativ	ja
Kennedy C. (2004)	England	11 Gemeindepflegende	Qualitativ	nein
Osse B. et al. (2004)	Niederlande	40 Tumorpatienten/Palliativ (Qualitativ) 64 Tumorpatienten/Palliativ (Quantitativ)	Qualitativ und Quantitativ	ja
Cowley S. & Houston A. (2003)	England	30 Health Visitors 21 Beobachtungen 19 Patienten	Qualitativ	ja
Wright K. (2003)	England	28 Pflegende	Quantitativ	nein
Dassen Th. et al. (2001)	Deutschland	261 Patienten (Geriatric, Pädiatrie, Chirurgie)	Quantitativ	ja
Bonevski B. et al.(2000)	Australien	888 Tumorpatienten	Quantitativ	ja
Cadd A. et al. (2000)	Australien	100 Palliativpatienten und deren Dokumente	Quantitativ	nein
Mazzocato C. et a. (2000)	Schweiz/ Niederlande	82 Tumorpatienten (Palliativ)	Quantitativ	ja
Sanshon-Fisher R. et al. (2000)	Australien	888 Tumorpatienten	Quantitativ	nein
Hays B. et al. (1999)	U.S.A.	5 Pflegeexperten als Panel	Quantitativ	ja
Graydon J. et al. (1997)	Kanada	70 Brustkrebspatientinnen	Quantitativ	ja
Whelan T. et al. (1997)	Kanada	134 Tumorpatienten	Quantitativ	nein
Luker K. et al. (1996)	England	105 Brustkrebspatientinnen	Quantitativ	ja
Luker K. et al. (1995)	England	150 Brustkrebspatientinnen	Quantitativ	ja
Lauer P. (1982)	U.S.A.	33 Pflegende 27 Tumorpatienten	Quantitativ	ja

Sechs Studien kommen aus England, zwei davon wurden von Luker durchgeführt, eine Querschnitts- und eine Längsschnittsstudie (Follow up Studie). Es handelt sich um Patientinnen, die vor kurzem die Diagnose Brustkrebs erhalten haben. Drei der Studien haben zur Zielpopulation „Health visitors“ und deren Patientinnen und Patienten im häuslichen Setting, bzw. Gemeindepflegende und Pflegende im stationären Bereich. Zusätzlich gibt es eine Untersuchung von Pflegenden und Patientinnen der onkologischen Gynäkologie.

Vier der analysierten Forschungen wurden in Australien durchgeführt. Bonevski (2000) und Sanson-Fisher (2000) verwendeten dieselben Daten. Die Population setzte sich ausschließlich aus onkologischen Patienten zusammen. Zusätzlich wurden bei Cadd (2000) auch die Dokumente analysiert.

Kanada ist mit drei Studien in der vorliegenden Arbeit vertreten. Zielpopulation sind onkologische Patienten. Eine hat zum Untersuchungsgegenstand ausschließlich Krankenakten onkologischer Patienten mit Erstdiagnose.

Die französische Schweiz hat eine Studie gemeinsam mit den Niederlanden durchgeführt. Die Datensammlung fand in der palliativen Sprechstunde in Lausanne/Schweiz statt. Die Zielpopulation waren erkrankte Menschen (nicht ausschließlich onkologisch), die ein palliatives Behandlungskonzept benötigen. In den Niederlanden wurde zudem eine Studie durchgeführt, die palliative Tumorpatientinnen und Patienten in häuslicher Umgebung eingeschlossen hat.

Eine aus Deutschland kommende Forschungsarbeit repräsentiert eine Studie bei stationären Patientinnen und Patienten der Abteilungen Geriatrie, Pädiatrie und Chirurgie.

Eine Europäische Studie mit sieben teilnehmenden Ländern hat onkologische Patientinnen und Patienten sowie ein interprofessionelles onkologisches Team als Zielpopulation gewählt.

Zwei Studien stammen aus den U.S.A. Beide Untersuchungen haben Pflegende als Probanden gewählt. Eine der Studie schließt zusätzlich onkologische Patientinnen und Patienten ein.

## **5 Ergebnisse**

Die bearbeiteten Studien wurden auf dem Hintergrund der Forschungsfragen analysiert. Die Ergebnisse werden in den nächsten Abschnitten zusammenfassend dargestellt.

### **5.1 Von wem wird Pflegebedarfserhebung definiert?**

Die neunzehn untersuchten Studien können schwerpunktmäßig drei unterschiedlichen Perspektiven zugeordnet werden: 1) pflegewissenschaftliche Perspektive; 2) interdisziplinäre



Perspektive, zu dieser zählen Vertreter der Pflegewissenschaft, der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Theologie und 3) pharmazeutische Perspektive. Bei der überwiegenden Zahl der Artikel geht das erkenntnisleitende Interesse von der Disziplin der Pflegewissenschaft und/oder der Pflegepraxis aus (Bonevski, 2000; Cowley, 2003; Dassen, 2001; Graydon, 1997; Hays, 1999; Kennedy, 2004; Lauer, 1982; Luker, 1995, 1996; Sanson-Fisher, 2000; Whelan, 1997; Wright, 2003). Den zweitgrößten Anteil stellen die interdisziplinären Forschungen (Arraras, 2004; Cossich, 2004; Crooks, 2004; Farrell, 2005; Mazzocato, 2000; Osse, 2004; Whelan, 1997). Cadd (2000) deklariert klar in ihrer Studie, dass es sich um ein Teilprojekt des Australischen Pharmazeutischen Schulungsprogramms handelt. Die finanziellen Mittel für diese Untersuchung stellt somit die Pharmazie zur Verfügung.

## **5.2 Wozu wird Pflegebedarfserhebung definiert?**

Die Ziele der Untersuchungen zum Thema Pflegebedarfserhebung haben in den vorliegenden Studien unterschiedliche Schwerpunkte. Insgesamt können sechzehn verschiedene Blickrichtungen heraus kristallisiert werden.

Im Fokus der Studien sind:

- 1) die Überprüfung der Empfehlungen von Gemeindepflegenden für Langzeitpatienten im Krankenhaus und in der Gemeinde und damit verbundene Entscheidungen für die Weiterversorgung (Wright, 2003);
- 2) eine politische Entscheidung, die Implementierung eines Pflegebedarfsinstruments zur Beurteilung von Gesundheitsförderung von Familien, in Frage zu stellen (Cowley, 2003);
- 3) die Untersuchung eines sachgerechten Einsatzes von Medikamenten für Stuhlprobleme (Cadd, 2000);
- 4) eine empirische Überprüfung von Carpers theoretischen Rahmens, die Hauptmerkmale innerhalb der wissenschaftlichen, Erfahrungs- und persönlichen Dimensionen des Wissens bei der ersten Pflegebedarfserhebung von Gemeindepflegende aufweist (Kennedy, 2004);
- 5) die Verbesserung und Optimierung von Pflege aufgrund einer klaren Identifikation von Patientenbedürfnissen und einer Pflegebedarfserhebung mit Empfehlungsanweisungen (Cossich, 2004; Crooks, 2004; Farrell, 2005; Graydon, 1997; Sanson-Fisher, 2000);
- 6) die Identifikation von Patientenbedürfnissen bzw. von Pflegebedarf sowie die Erhebung einer Datengrundlage für die Entwicklung eines strukturierten Assessmentverfahrens (Whelan, 1997);
- 7) die Testung vorhandener strukturierter Pflegebedarfserhebungsinstrumente auf deren Gültigkeit und Zuverlässigkeit (Bonevski, 2000; Dassen, 2001; Osse, 2004);

- 8) die Entwicklung eines robusten Erhebungsinstruments mit folgender Zielsetzung: anwendbar für die klinische Arbeit und einsetzbar für viele Kulturen, um die Erfassung von Patienteninformationsbedarf in allen Krankheitsphasen zu erreichen (Arraras, 2004);
- 9) die Identifikation von Patientensubgruppen mit unterschiedlichem Krankheitsstatus, unterschiedlicher Intensität palliativer Maßnahmen und die Förderung gezielter Pflegebedarfserhebung und Entscheidungsfindung für anstehende Interventionen (Mazzocato, 2000);
- 10) die Ermöglichung einer besseren Wahrnehmung des Pflegebedarfs von Patientinnen bzw. Patienten und Professionellen und somit die Stärkung der Patientenperspektive (Lauer, 1982; Luker, 1995, 1996);
- 11) die Verfeinerung eines Erhebungsinstruments zur Verbesserung der Praktikabilität und Anwendbarkeit sowie die Nachweismöglichkeit von Effektivität und Effizienz der Pflege (Hays, 1999);
- 12) die Stärkung der Autonomie der Patientinnen und Patienten (Cossich, 2004; Graydon, 1997; Lauer, 1982);
- 13) die Verbesserung der Patientendokumentation (Crooks, 2004; Mazzocato, 2000; Osse, 2004; Whelan, 1997);
- 14) Informationsbedarf und Informationsquellen von Patientinnen mit der Erstdiagnose Brustkrebs (Graydon, 1997; Luker, 1995, 1996);
- 15) die Messung der Häufigkeit der unberücksichtigten Bedürfnisse bei onkologisch erkrankten Menschen und verschiedener Behandlungen, um eine Vorhersagegenauigkeit auf die Häufigkeit der verschiedenen Arten von Bedürfnissen zu erreichen (Sanson-Fisher, 2000);
- 16) Identifikation ernsthafter Patientenbesorgnisse („concern“), die einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patientenbesorgnisse und einer späteren Entwicklung von Angst und Depression zeigen (Farrell, 2005).

### **5.3 Wen fokussieren die Studien zum Thema Pflegebedarfserhebung?**

Zur Beantwortung der Frage, wen oder was die jeweilige Untersuchung zur Pflegebedarfserhebung vor allem in den Blick nimmt, können fünf unterschiedliche Gruppen ausgemacht werden: 1) Patientinnen und Patienten; 2) Pflegeprofession; 3) Patientinnen bzw. Patienten und die Pflegeprofession; 4) interdisziplinäre Professionen im Gesundheitswesen: dazu zählt die Pflegewissenschaft, die Medizin und die Psychologie und 5) Dokumentation. In den meisten gesichteten Studien sind die Patientinnen und Patienten die Zielpopulation der Untersuchung (Bonevski, 2000; Cadd, 2000; Cossich, 2004; Dassen, 2001; Graydon, 1997;

Luker, 1995, 1996; Mazzocato, 2000; Osse, 2004; Sanson-Fisher, 2000; Whelan, 1997; Wright, 2003). In vierzehn von neunzehn der analysierten Studien ist die untersuchte Population auf onkologischen stationären Abteilungen zu finden. Dort wiederum haben die meisten Untersuchungen an Erkrankten auf chirurgischen, radioonkologischen und medizinischen onkologischen Abteilungen stattgefunden (Arraras, 2004; Bonevski, 2000; Cossich, 2004; Lauer, 1982; Sanson-Fisher, 2000; Whelan, 1997). Eine kleinere Studienanzahl hat ausschließlich Patientinnen und Patienten in der palliativen Versorgung untersucht (Cadd, 2000; Mazzocato, 2000; Osse, 2004). Luker (1995,1996) befragte Patientinnen, die vor kurzem die Diagnose Brustkrebs erhalten hatten und Graydon (1997) Brustkrebspatientinnen in verschiedenen Therapiephasen. Whelan (1997) weist die Besonderheit auf, dass seine Studie bei erkrankten Menschen mit der Erstdiagnose Neoplasie durchgeführt wurde. Eine Studie hatte eine gynäkologische Abteilung eingeschlossen, die Patientinnen betreuen, die im Durchschnitt vierundzwanzig Stunden für die intravenöse Chemotherapie stationär aufgenommen wurden (Farrell, 2005).

Darüber hinaus gibt es fünf Studien, die sich nicht auf eine onkologische Abteilung beziehen. Es sind dies zwei Fälle, in denen Gemeindepflegende als Zielpopulation untersucht werden (Kennedy, 2004; Wright, 2003). Hays (1999) nahm ein Panel von fünf ausgesuchten Pflegeexpertinnen und stellte fünfundzwanzig Fälle aus der Gemeindepflege vor. Innerhalb sechs Wochen sollten die Fälle beurteilt werden, indem die Häufigkeit von Pflegebedarf mit anschließender Gruppendiskussion zu eruieren war. Cowley (2003) untersuchte Pflegende, die Gesundheitsbesuche bei Familien tätigen. Zusätzlich wurden während der Pflegebedarfserhebung Beobachtungen mit einer anschließenden Befragung der Familien über die Pflegebedarfserhebung durchgeführt. Dassen (2001) führt seine Untersuchung bei Patientinnen und Patienten in der Akutklinik Abteilung Geriatrie, Pädiatrie und Chirurgie durch. Daneben gibt es zwei auf die Pflegeprofession fokussierte Studien (Hays, 1999; Kennedy, 2004). Es gibt auch einige Untersuchungen die mehr als eine Zielpopulation ausweisen. Zwei der Artikel haben sowohl die Erkrankten als auch die Profession Pflege im Fokus (Cowley, 2003; Lauer, 1982). Eine Arbeit hat die Patientinnen bzw. Patienten und das internationale interdisziplinäre Team im Mittelpunkt (Pflege, Medizin, Psychologie, Theologie und Sozialarbeit) (Arraras, 2004). Zwei Untersuchungen forschen nach dem Pflegebedarf für die Patientinnen und Patienten gemäß der Einschätzung der Professionen und fragen, ob in der Pflegedokumentation die Sicht der Betroffenen aufgenommen wird (Cadd, 2000; Farrell, 2005). Eine Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Art und Weise der Dokumentation von Pflegebedarfserhebung, indem eine Analyse der Krankenakten von

Patientinnen und Patienten, die vor kurzem mit einem Tumorleiden diagnostiziert worden sind durchgeführt wurde (Crooks, 2004).

#### **5.4 In welcher Form wird Pflegebedarfserhebung angewandt?**

In den analysierten Studien können drei Grundformen von Pflegebedarfserhebung ausgemacht werden: 1) Konzept Pflegebedarfserhebung; 2) standardisierte Pflegeanamnese und 3) Pflegebedarfserhebung durch implizites Erfahrungs- und Handlungswissen. Zum ersten Konzept zählen alle speziell definierten Erhebungsinstrumente mit strukturierter Pflegedokumentation, die in der Regel eine zusätzliche Schulung und Implementierung voraussetzen, um sachgerecht eingesetzt werden zu können. Im Unterschied wird der Begriff der Pflegeanamnese verwendet. Dazu gehören standardisierte Pflegebedarfserhebungen. Das hierzu erforderliche Wissen wird für den Abschluss der Grundausbildung vorausgesetzt. Es bedarf keiner zusätzlichen Schulung und Implementierungsphase. Schließlich wird unter Pflegebedarfserhebung ein implizites Erfahrungs- und Handlungswissen verstanden, das von der jeweiligen Profession eingesetzt wird, ohne dass eine Standardisierung zu Grunde liegt, gleichwohl von Professionellen aufgrund ihres Erfahrungs- bzw. Expertenwissens durchgeführt werden.

Sowohl die Pflegeanamnese als auch die implizite Pflegebedarfserhebung machen kaum Gebrauch von zusätzlichen Schulungs- und Implementierungsphasen, da angenommen wird, dass das für eine Pflegebedarfserhebung erforderliche Wissen und Können in der Grundausbildung mit der üblichen beruflichen Sozialisation erworben wird.

Von den genannten neunzehn Studien weisen dreizehn ein definiertes Erhebungsinstrument auf. Die Entwicklung und/oder der Gebrauch des Instrumentes sind unterschiedlichen Disziplinen des Gesundheitswesens zuzuordnen, entweder der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis (Cowley, 2003; Crooks, 2004; Dassen, 2001; Graydon, 1997; Hays, 1999; Lauer, 1982; Luker, 1995, 1996) oder einem interdisziplinären Ansatz (Arraras, 2004; Bonevski, 2000; Cossich, 2004; Mazzocato, 2000; Osse, 2004).

Außer bei Whelan (1997) ist kein standardisiertes Vorgehen bei der Pflegeanamnese in der Beschreibung der Studie erkennbar. Implizites Erfahrungs- und Handlungswissen wird auf unterschiedliche Art und Weise in den Studien sichtbar. Wright (2003) fordert ein strukturiertes Vorgehen und eine damit verbundene Schulung der Gemeindepflegenden bei der Pflegebedarfserhebung von Langzeitpatienten. Cadd (2000) beschreibt, dass die bisherigen Behandlungen der Stuhlproblematik der erkrankten Menschen nicht umfassend genug aufgenommen und dokumentiert werden. Sie gibt daher die Empfehlung, dass ein

hermeneutischer Ansatz der Pflegebedarfserhebung das individuelle unstrukturierte Assessment ablösen sollte. Die Forscherin macht keine Vorschläge, wie dies umgesetzt werden könnte. Kennedy (2004) untersucht in einer Feldforschung welche Art von Wissen bei den Gemeindepflegerinnen bei der ersten Pflegebedarfserhebung vorhanden ist. Daraus entwickelt sie eine Typologie des Wissens, indem sie kontext- und zeitbezogene Fragen sowie die Autonomie des Patienten in den Blick nimmt. In der Studie von Farrell (2005) und Sanson-Fisher (2000) wird davon ausgegangen, dass die Professionellen durch ihr Erfahrungs- und Handlungswissen die Besorgnisse („concerns“) der Patientinnen und Patienten erkennen.

Von den dreizehn definierten Erhebungsinstrumenten können fünf als Fremdeinschätzung (Cowley, 2003; Crooks, 2004; Dassen, 2001; Hays, 1999; Mazzocato, 2000) und acht als Selbsteinschätzung des Pflegebedarfs bezeichnet werden (Arraras, 2004; Bonevski, 2000; Cossich, 2004; Graydon, 1997; Lauer, 1982; Luker, 1995, 1996; Osse, 2004). Die so genannte Pflegeanamnese bei Whelan (1997) nimmt eine Selbsteinschätzung der neu diagnostizierten Brustkrebspatientinnen vor. Bei der Gruppe Pflegebedarfserhebung durch implizites Erfahrungs- und Handlungswissen verwendet Farrell (2005) sowohl eine Fremdeinschätzung als auch eine Selbsteinschätzung, um den Prozentsatz der Übereinstimmung von Seiten der Patientinnen bzw. Patienten einerseits und der Pflegenden andererseits zu erheben. Wright (2003) und Cadd (2000) benutzen zur Pflegebedarfserhebung die Fremdeinschätzung, Sanson-Fisher (2000) dagegen eine Selbsteinschätzung.

### **5.5 Instrumente für die Pflegebedarfserhebung**

Dreizehn Studien beziehen sich in unterschiedlicher Weise auf Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs. Die Schwerpunkte sind wie folgt: die Entwicklung eines Instruments (Arraras, 2004); die Bewertung des Nutzens eines bereits vorhandenen Instruments (Cowley, 2003; Crooks, 2004; Mazzocato, 2000); die Erhebung zielt auf den Informationsbedarf von Brustkrebspatientinnen (Graydon, 1997; Luker, 1995, 1996); die Testung von Validität und Reliabilität (Bonevski, 2000; Cossich, 2004; Dassen, 2001; Hays, 1999; Osse, 2004); bzw. nur die Inhaltsvalidität (Lauer, 1982). In den folgenden Abschnitten werden die Instrumente bezogen auf Inhalt und Methode beschrieben.

### **5.5.1 Instrumente zur Pflegebedarfserhebung bei onkologischen Patienten**

Zehn von dreizehn Instrumenten stehen für onkologisch erkrankte Menschen zur Verfügung. Diese Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs kommen zum Einsatz bei 1) Patientinnen und Patienten mit stationärer und/oder ambulanter palliativer (Mazzocato, 2000) sowie palliativer häuslicher Versorgung (Osse, 2004); 2) Patientinnen und Patienten mit chirurgischer, internistisch/onkologischer oder radiologischer stationären Behandlung (Arraras, 2004; Bonevski, 2000; Crooks, 2004; Lauer, 1982); 3) Patientinnen und Patienten, die sich in ambulanter internistisch/onkologischer und/oder radiologischer Behandlung befinden (Cossich, 2004).

Drei Studien erheben ausschließlich den Informationsbedarf von Patientinnen, die an Brustkrebs leiden. Luker (1995) bezieht sich auf Patientinnen mit Erstdiagnose und schließt eine Follow up Studie (1996) an. Graydon (1997) befragt Brustkrebspatientinnen, die am Anfang der chirurgischen, radioonkologischen oder chemotherapeutischen Behandlung stehen.

Mazzocato (2000) untersucht INTERMED, ein interdisziplinäres biopsychosoziales Erhebungsinstrument, das vier Domänen umfasst (biologisch, psychologisch, sozial und Gesundheitspflege). Diese werden in einem Zeitkontext beurteilt (Geschichte, aktueller Stand, Prognose). INTERMED soll die Bedarfserhebung und Dokumentation der körperlichen und psychischen Symptome umfassender abbilden als die traditionelle Methode. 82 Patientinnen und Patienten wurden von einem palliativen Expertenteam anhand von 20 Items im Rahmen der üblichen Konsultation befragt. Osse (2004) entwickelte den „Problems and Needs in Palliative Care (PNPC)“ Fragebogen zur Pflegebedarfserhebung für Patientinnen und Patienten in der häuslichen palliativen Versorgung, um eine auf die Patientenbedürfnisse zugeschnittene Pflege durch ein klares Identifizieren des Bedarfs bereitzustellen. Dieses Instrument stellt ein systematisches „aktives“ Assessment dar und wurde eingesetzt, um der Frage nachzugehen, welche psychometrischen Eigenschaften in Bezug auf Validität und Reliabilität abgedeckt werden. Es wurde die Angemessenheit/Eignung der Fragen durch die Beantwortungshäufigkeit (mindestens 10% der Patienten betrachteten die Frage als relevant) überprüft. Alle zusätzlich verfassten Kommentare der Patientinnen und Patienten wurden analysiert und beurteilt. Kein wichtiges Thema wurde von den Befragten vermisst; 64 Patientinnen und Patienten mit metastasierender Krebserkrankung, die zu Hause leben, haben den 140 Items umfassenden Fragebogen ausgefüllt. Die interne Konsistenz des Fragebogens wurde mit Cronbach's Alpha überprüft ( $> 0.70$ ). Der PNPC zeigt Kriteriumsvalidität gemäß

der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) and COOP-WONCA quality of life measures.

Ein im Entwicklungsprozess befindliches Informationsbedarfsinstrument ist bei Arraras (2004) zu finden. Eine europäische Expertengruppe aus fünf Nationen führt auf der Grundlage einer Literaturarbeit eine Untersuchung in zwei Phasen durch: halbstrukturierte Interviews mit 54 Gesundheitsanbietern und anschließend mit 40 Patientinnen und Patienten. Diese Untersuchung über den Informationsbedarf führt im zweiten Schritt zu einer Themenliste über nachgefragte Informationen. Der Fragebogen hat zum Ziel, den Informationsgrad von onkologischen Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Bereichen der Erkrankung (Diagnose, Behandlung, Pflege) zu beurteilen.

Bonevski (2000) beschreibt die Entwicklung und die psychometrische Beurteilung eines subjektiven Selbsteinschätzungsinstruments, das für die Bedarfseinschätzung erstellt wurde. Augenschein-, Inhalts- und Konstruktvalidität wurden beurteilt, sowie die Interne Reliabilität mit Cronbach's Alpha. Die ersten fünf Faktoren weisen einen Koeffizienten von 0.87 bis 0.97 auf. 888 Patienten von neun Tumorzentren haben an der Untersuchung teilgenommen und den Fragebogen innerhalb von sieben Tagen zu Hause ausgefüllt.

Crooks (2003) benutzt ein Instrument namens Initial Health Assessment Form (IHA). Es wurde entwickelt, um die Kliniker bei der Dokumentation des supportiven Pflegebedarfs während der Erstaufnahme im Tumorzentrum zu unterstützen. Die Effektivität dieses Instruments soll mit der Routinepraxis verglichen werden, indem 153 Dokumente vor und nach der Implementierung des Instruments beurteilt worden sind. Eine signifikante Verbesserung der Dokumentation wurde in allen Bereichen des supportiven Pflegebedarfs erzielt.

Lauer (1982) deckt die Wahrnehmung onkologischer Patientinnen und Patienten in Bezug auf ihren Lernbedarf „learning needs“ einerseits und die Einschätzung desselben durch die Pflegenden andererseits auf und nimmt einen Vergleich vor. Ein Fragebogen mit 36 Items und einer Rangfolgeskala wurde 27 Patientinnen bzw. Patienten und 33 Pflegenden zur Bewertung vorgelegt. Bemerkenswerte Differenzen konnten festgestellt werden. Die Pflegenden schätzten den Lernbedarf der Patienten in Bezug auf generelle Informationen über die Tumorerkrankung und den Umgang mit Gefühlen signifikant höher ein als die Patienten selbst.

Beim short-form Cancer Needs Questionnaire (CNQ) der Studie von Cossich (2004) wurde ein 32 Fragen umfassendes Selbsteinschätzungsinstrument Bedürfnisbereichen zugeordnet. Auf diese Weise wurden hierbei die interne Konsistenz und die Konstruktvalidität bei 450

ambulanten Tumorpatienten beurteilt. Die Faktorenanalyse ergab fünf Domänen: psychologischer Bereich („psychological“), Gesundheitsinformation („health information“), körperliche Funktionen und Alltagsleben („physical and daily living“), Patientenversorgung und Unterstützung („patient care and support“) sowie zwischenmenschlicher Kommunikationsbedarf („interpersonal communication needs“). Die ersten fünf Faktoren erklären mit 73.5% sehr gut die Gesamtvarianz.

Luker (1995) hat in ihrer Studie ein Selbsteinschätzungsinstrument (Thurstone scaling model) mit 36 Fragenpaaren benutzt, um den Informationsbedarf aus Patientensicht bei neu diagnostizierten Brustkrebspatientinnen zu erheben. 150 Frauen nahmen an der Studie teil, indem sie eine Priorisierung mehrerer vorgelegter Fragen vornahmen. „Informationen über die Wahrscheinlichkeit der Heilung“ stand an erster Stelle, gefolgt von „Ausbreitung der Krankheit und Behandlungsoptionen“. Eine Anschlussuntersuchung von Luker (1996) legte die vorhandenen Daten zugrunde und untersuchte den Informationsbedarf von 105 an Brustkrebs erkrankten Frauen (im Mittel 21 Monate) nach der Diagnosestellung. Das Ergebnis zeigte, dass Überlebensfragen auch knapp zwei Jahre nach der Diagnosestellung eine Besorgnis („concern“) darstellt. Eine Zunahme der Besorgnis angesichts des erhöhten Risikos für Familienmitglieder Brustkrebs zu bekommen stieg bei der Messung zum zweiten Zeitpunkt an. Graydon (1997) verwendete den „Toronto Informational Needs Questionnaire“, um den Informationsbedarf von 70 Frauen mit Brustkrebs während der ersten Behandlung zu erheben. Das Selbsteinschätzungsinstrument enthält 51 Fragen und erforderte zirka 40 Minuten zum Ausfüllen. Die Antworten werden auf einer Fünf-Punkte Skala vergeben. Jede Frage wird mit der Stammfrage eröffnet „du hilfst mir mit meiner Krankheit/mir ist wichtig zu wissen“.

### **5.5.2 Instrumente nicht ausschließlich für onkologische Patienten**

Drei Instrumente sind nicht ausschließlich bei onkologischen Patientinnen und Patienten eingesetzt worden. Cowley (2003) untersuchte in einer qualitativen Studie die Akzeptanz/Eignung und die Effektivität des gesetzlich verordneten Instruments „health needs assessment tool (HNAT)“, das den Pflegebedarf für Familien zu Hause eruiert. Zunächst wurden 30 Gesundheitsbesucher (health visitors) telefonisch interviewt. Diese führten anschließend 21 Assessments durch, wurden dabei beobachtet und aufgenommen. 19 Klientinnen und Klienten wurden nach dem Ereignis befragt. Dassen (2001) übersetzte das Fremdeinschätzungsinstrument „Pflegeabhängigkeitsskala“ (PAS) vom Niederländischen ins



Deutsche und testete anschließend Kriteriums-, Konstruktvalidität und Interrater Reliabilität bei stationären Patientinnen und Patienten (113 geriatrischen, 54 pädiatrischen und 46 allgemein chirurgischen). Die Korrelation beider Skalen betrug Minus 0.82 bei der Kriteriumsvalidität, diese Korrelation spricht für klar unterscheidbare Skalen. Des Weiteren zeigte sich das Instrument bei der Konstruktvalidität als valide. Die Interrater Reliabilität der ermittelten Kappa-Werte ergaben 0.41-0.60 mittel („moderate“) und 0.61-0.80 substantiell („substantial agreement“).

Hays (1999) untersuchte in seiner Studie ein modifiziertes Pflegebedarfserhebungsinstrument „Community Health Intensity Rate Scale (CHIRS)“ für die Gemeindepflege, das 1988 von Peters entwickelt worden ist, auf Inhaltsvalidität, Interrater Reliabilität (Kappa-Wert von 0.40 mässig) und Anwendbarkeit. CHIRS besteht aus fünfzehn Parametern, die vier Gemeindepflegegebieten zugeordnet sind: umgebungsbedingte, psychosoziale, körperliche und auf Gesundheitsverhalten bezogene. Fünf Pflegeexpertinnen der Gemeindepflege wurden fünfundzwanzig reale Patientenfälle aus der Gemeinde vorgelegt. Es wurde eine Pflegebedarfserhebung unabhängig voneinander in einem Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt. Anschließend trafen sich die Expertinnen mit dem Forscherteam und diskutierten über die Erfahrungen, die sie mit dem Instrument gemacht hatten.

## 6 Diskussion

Die vorliegende Literaturarbeit fragt, von wem und wozu Pflegebedarfserhebung definiert wird sowie welche Zielgruppe die jeweilige Studie fokussiert. Ferner wird geklärt, welche Form der Pflegebedarfserhebung Anwendung findet. Die dargestellten Instrumente, die bei der Pflegebedarfserhebung jeweils zum Einsatz kommen, werden auf Inhalt und Methode gesichtet. Die analysierten Artikel zeigen unterschiedliche Facetten und Blickrichtungen zu den Fragestellungen. Bei der Frage von wem Pflegebedarfserhebung definiert wird geht das leitende Interesse der meisten Studien von der Pflegeprofession beziehungsweise einer interdisziplinären Forschergemeinschaft aus. Um die Forschungsergebnisse differenziert interpretieren zu können, ist es wünschenswert zu wissen, vom wem und mit welchem Anliegen der jeweilige Forschungsauftrag erteilt worden ist. Hierüber geben freilich nicht alle Autoren explizit Auskunft. Wenn wie bei Cadd (2000) die pharmazeutische Industrie Auftraggeber ist, kann vermutet werden, dass neben wissenschaftlichen naturgemäß auch ökonomische Ziele verfolgt werden.

Die Frage, wozu und wie die Pflegebedarfserhebung definiert wird, bringt sechzehn unterschiedliche Schwerpunkte. Die Definition von Pflegebedarfserhebung lässt offensichtlich einen sehr breiten Spielraum zu. Eine einheitliche Definition scheint noch zu fehlen. Aus der Studie von Wright (2003) geht nicht klar hervor, in wie weit die Interessen des Gesetzgebers die Fragestellungen der Pflegewissenschaft bedingen.

Autonomieförderung der Patientinnen und Patienten ist nach Ansicht von Crossich (2004), Graydon (1997) und Lauer (1982) ein wesentlicher Schlüssel, um den Bedarf der Patientinnen und Patienten möglichst genau zu ermitteln und nicht am Betroffenen vorbei zu planen. Wenn man bedenkt, dass die Übereinstimmung der Wahrnehmung aus Patientensicht mit der Perspektive der Professionellen im Gesundheitssektor in Bezug auf Pflegebedarf lediglich 20% (Farrell, 2005) und 40% (Arraras, 2004) beträgt, so scheint die Gefahr deutlich, dass am Patientenbedarf vorbei geplant wird. Zudem lässt diese Diskrepanz ahnen, welchen Stellenwert die Patientenautonomie in der Pflegebedarfserhebung eingeräumt wird. Meines Erachtens kann es auch ein Indikator sein, dass bei der Erhebung des Pflegebedarfs durch die Professionellen die Ressourcen der jeweiligen Patientinnen und Patienten noch zu wenig genutzt werden. Eine Diskussion, ob die pflegewissenschaftlichen Untersuchungen in Bezug auf Pflegebedarfserhebung eine differenziertere bzw. spezifischere Eingrenzung der Populationen vornehmen sollten, wäre m. E. erforderlich. Die Studie von Mazzocato (2000) zeigt, dass aus Sicht der Betroffenen ein erheblicher Unterschied zu bestehen scheint, ob Pflege zu Hause, ambulant oder stationär geleistet wird. Auch die verschiedenen Krankheitsphasen spielen bei der Erhebung des Pflegebedarfs eine nicht unwesentliche Rolle. Die Studie von Mazzocato (2000) nimmt als einzige diesen Aspekt auf.

Die individuelle Pflegebedarfserhebung stellt aus pflegewissenschaftlicher Sicht ein Steuerungsinstrument dar, das zur Planung, Durchführung und Evaluierung von Pflege eingesetzt werden sollte. Ein Ansatz, um der unterschiedlichen Einschätzung des Pflegebedarfs begegnen zu können, wäre meines Erachtens die ergänzende Verwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten. Mangelnde Sicherheit in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten kann einer individuellen Pflegebedarfserhebung im Wege stehen. Kommunikationsschulungen haben ein erhebliches Verbesserungspotential, um den Pflegebedarf angemessen eruieren zu können (Crooks, 2004; Farrell, 2005; Wright, 2003).

Auch der Einsatz von praktikablen, strukturierten Instrumenten ist ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist zu bedenken, dass es nicht ausreicht, ein Instrument einzusetzen ohne kontinuierliche Schulungen vor und nach der Implementierungsphase durchzuführen.

Insgesamt ist zu erwähnen, dass eine Instrumententestung zur Pflegebedarfserhebung nur dann für die Pflegepraxis sinnvoll erscheint, wenn die Entwicklung des Instruments auf einer Grundlage vorheriger Datengenerierung aufbaut. Dies sollte meines Erachtens am Ort der Instrumententestung stattfinden. So kann die Anwendbarkeit des Instruments für die Praxis von Nutzen sein. In wie weit die Instrumententestung der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) für die deutsche Pflegepraxis weiterführend ist, bleibt offen. Die Untersuchungen von Graydon (1997) und Luker (1995, 1996) beziehen sich ausschließlich auf den Informationsbedarf von Brustkrebspatientinnen. Dieser stellt einen Teilaspekt des Pflegebedarfs dar, somit sollten diese Artikel auch als solche betrachtet werden.

Nicht nur aus pflegewissenschaftlicher sondern auch aus ökonomischer Sicht wird das Interesse an einer gezielten Pflegebedarfserhebung mutmaßlich weiter anwachsen. Durch den erhöhten Pflegebedarf, der aus der demografischen Entwicklung resultiert, werden die Kosten im Gesundheitssektor weiterhin ansteigen (Isfort, 2001). Eine transparente und nachvollziehbare, an den Patientenbedürfnissen ausgerichtete Pflegebedarfserhebung würde zusätzlich eine angemessene Rechengrundlage bieten. Des Weiteren weist eine vorwiegend am Somatischen orientierte Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit, wie sie im Deutschen Gesetz zur sozialen Pflegeversicherung zu finden ist, Lücken in Hinblick auf all diejenigen Patientengruppen auf, die vor allem Pflegebedarf in der Beratung, Betreuung und Begleitung aufweisen.

## **7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Eine individuelle Pflegebedarfserhebung ist sowohl für Patientinnen und Patienten wie auch für Professionelle wünschenswert. Einige der analysierten Artikel weisen Kommunikation und Beziehungsbildung als die Schlüsselfaktoren für die Patientenzufriedenheit aus (Cadd, 2000; Wright, 2003). Die Stärkung der Patientenautonomie und die Verwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten seitens der Patientinnen und Patienten sind vermutlich unabdingbar, um zukünftig den tatsächlich vorhandenen Pflegebedarf ermitteln zu können. Die Erhebung soll möglichst individuell ausgerichtet sein, um die Planung einer angemessenen adäquaten Intervention erstellen zu können. Der Wert, der einem Bedürfnis zugesprochen wird, variiert in Abhängigkeit von der Einschätzung derjenigen, die den Bedarf erheben oder beschreiben.

Die Literaturarbeit zeigt in dieser Hinsicht deutlichen Verbesserungsbedarf. Es liegt auf der Hand, dass weitere Untersuchungen zu den Themen Pflegebedarfserhebung sowie

Optimierung von Pflegeleistungen die Effektivität und Effizienz der letzteren fördern würden. Nicht nur den auf funktionellen Tätigkeiten reduzierte Begriff von Pflege des SGB XI begegnen zu können, sondern auch die Patientenautonomie zu stärken, um somit den individuellen Patientenbedarf erheben zu können, ist es notwendig eine umfassendere Sichtweise für eine individuelle Pflegebedarfserhebung zu erhalten. Eine Analyse der Pflegepraxis ist daher wichtig, um festzustellen, wie die nächsten Schritte für eine bezahlbare am Patienten orientierte Pflege aussehen kann. Ferner ist zu erwähnen, dass so weit ich sehe, keine Studie im deutschen Raum zum Thema Pflegebedarfserhebung bei onkologischen Patientinnen und Patienten vorliegt. Aus den genannten Gründen wird im Anschluss an die vorliegende Arbeit eine Untersuchung durchgeführt, die den IST-Zustand der Pflegebedarfserhebung bei stationärer Aufnahme onkologischer Patientinnen und Patienten erhebt und einen anschließenden Vergleich der Ergebnisse mit einer pflegewissenschaftlich begründeten Auffassung von Pflegebedarfserhebung, wie sie in der Fachliteratur zur Darstellung kommt, anschließt.

## 8 Literatur

- Arraras, J., Wright, S., Greimel, E. et al. (2004). Development of a questionnaire to evaluate the information needs of cancer patients: the EORTC questionnaire. *Patient Education and Counseling*, 234-241.
- Bartholomeyczik, S. (2004). Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. *PRINTERNET*, 7-8, 389-395.
- Bartholomeyczik, S., & Hunstein, D. (2000). Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft*, 105-109.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M. (2004). *Assessmentinstrumente in der Pflege* (first ed.). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A. et al. (2000). Evaluation of an Instrument to Assess the Needs of Patients with Cancer. *Cancer*, 217-225.
- Cadd, A., Keatinge, D., Henssen, M. et al. (2000). Assessment and documentation of bowel care management in palliative care: incorporating patient preferences into the care regimen. *Journal of Clinical Nursing*, 228-253.
- Cossich, T., Schofield, P., & McLachlan, S.A. (2004). Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting. *Quality of Life REsearch*, 13, 1225-1233.
- Cowley, S. H., A. (2003). A structured health needs assessment tool: acceptability and effectiveness for health visiting. *J Adv Nurs*, 43, 82-92.
- Crooks, D. L., Whelan, T.J., Reyno, L. et al. (2004). The Initial Health Assessment: an intervention to identify the supportive care needs of cancer. *Support Care Cancer*, 12, 19-24.
- Dassen, T., Balzer, K., Bansemir, G. et al. (2001). Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. *Pflege*, 14, 123-127.
- Diekmann, A. (2003). Querschnitt- und Längsschnitterhebungen. In rowohlts enzyklopädie (Ed.), *Empirische Sozialforschung Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (pp. 266-287). Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Taschenbuch Verlag GmbH.
- Farrell, C., Heaven, C., Beaver, K., Maguire, P. (2005). Identifying the concerns of women undergoing chemotherapy. *Patient Education and Counseling*, 72-77.
- Graydon, J., Galloway, S., Palmer-Wickham, S. et al. (1997). Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 59-64.
- Hays, B., Sather, L., Peters, D.A. (1999). Quantifying Client Need for Care in the Community: A Strategy for Managed Care. *Public Health Nursing*, 16, 246-253.
- Kennedy, C. M. (2004). A typology of knowledge for district nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 401-409.

- Lauer, P., Murphy S. P., Powers, M. J. (1982). Learning Needs of Cancer Patients: A Comparison of Nurse and Patient Perceptions. *Nursing Research*, 31, 11-16.
- Luker, K., Beaver, K., Leinster, S. et al. (1995). The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 134-141.
- Luker, K., Beaver, K., Leinster, S. et al. (1996). Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow up study. *Journal of Advanced Nursing*, 487-495.
- Mazzocato, C., Stiefel, F., Jonge de, P. et al. (2000). Comprehensive Assessment of Patients in Palliative Care: A Descriptive Study Utilizing the INTERMED. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, 83-90.
- Osse, B., Vernooij, M., Schadé, E., Grol, R. (2004). Towards a New Clinical Tool for Needs Assessment in the Palliative Care of Cancer Patients: The PNPC Instrument. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 329-341.
- Polit, D. F., Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A. et al. (2000). the Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. *Cancer*, 225-236.
- Whelan, T., Mohide, E.A., Willan, A.R. et al. (1997). The Supportive Care Needs of Newly Diagnosed Cancer Patients Attending a Regional Cancer Center. *Cancer*, 1518-1524.
- Wright, K. (2003). Assessment for long-term care: a snapshot of nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, 8, 6-14.