

Pflegebedarfserhebung

Eine Analyse auf onkologischen Abteilungen eines Universitätsklinikums in
Deutschland

Masterarbeit

vorgelegt von

Elke Wimmer

ID Nr.: 207535

Studiengang

Master in Nursing Science

Fakultät Health Science

Universität Maastricht/Netherland

Erste Mentorin: Agnes Glaus (PhD, MSc, RN)

Zweiter Mentor: Cor Spreeuwenberg (Prof. Dr. med.)

Stuttgart, November 2005

Vorwort

Die vorliegende Masterarbeit entstand im Rahmen des Studienganges „Master in Nursing Science“. Das Resultat, einer über einjähriger Auseinandersetzung mit der Thematik Pflegebedarfserhebung, insbesondere onkologischer Patientinnen und Patienten, soll einen Beitrag zur Verbesserung der Erhebung des Pflegebedarfs onkologischer Patientinnen und Patienten, bei stationärer Aufnahme, leisten.

Ich bedanke mich bei allen, die mich in irgendeiner Weise unterstützt und somit zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Brenzel, Pflegedirektor des Universitätsklinikums. Seinem großen Engagement ist es zu verdanken, dass mir der Zugang zur Datensammlung auf den Abteilungen medizinische Hämatologie/Onkologie und Radioonkologie ermöglicht wurde.

Ich bedanke mich auch bei allen Pflegenden, die bereit waren an der schriftlichen Befragung teilzunehmen. Ohne diese wäre die geplante Untersuchung nicht durchführbar gewesen.

Ein herzliches Dankeschön gilt Frau Anke Jähne, M.A. MPH und Herrn Dipl. päd. Steffen Meier für die große Bereitschaft, mich jederzeit zu unterstützen, sei es durch viele anregende Diskursgespräche, die qualitative Überprüfung der Instrumente oder freundschaftliche Gesten der Ermutigung. Frau Karin Ströhle, pflegerische Leiterin der Fachweiterbildung Onkologie, sage ich Dank für die Hilfe bei der Analyse der Pflegedokumente.

Last but not least bedanke ich mich bei Dr. Agnes Glaus und Prof. Cor Spreuvenberg für die effektive und wohlwollende Begleitung und Unterstützung während des gesamten Prozesses meiner Masterarbeit.

Elke Wimmer

Stuttgart, im November 2005

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Situation, dass der Pflegebedarf immer noch eher subjektiv als objektiv erhoben wird und die entsprechende Dokumentation oftmals lückenhaft verläuft ist nicht neu, dennoch hat sich diese Problematik durch die neue Vergütungsordnung (Diagnosis Related Groups) verschärft. Eine umfassende Pflegebedarfserhebung für onkologische Patientinnen und Patienten ist notwendig, um den Bedarf sichtbar zu machen und dementsprechende Interventionen einzuleiten. Es besteht in Deutschland ein Mangel an validen und reliablen Instrumenten für die Erhebung des entsprechenden Pflegebedarfs. Daher wurde der Ist-Zustand der Pflegebedarfserhebung bei stationärer Aufnahme onkologischer Patientinnen und Patienten exploriert. Anschließend wurde ein Vergleich der Ergebnisse mit einer pflegewissenschaftlich begründeten Auffassung vorgenommen.

Forschungsfragen: 1) Führen die Pflegenden eine Pflegebedarfserhebung bei stationärer Aufnahme durch? 2) Wann und auf welche Art und Weise wird der Pflegebedarf erhoben und wie lange dauert im Durchschnitt diese Erhebung? 3) Was erfassen die Pflegenden? 4) Was wird wann, auf welche Weise dokumentiert und in wie weit ist der Patient involviert? 5) Welche Faktoren auf Seiten der Pflegenden beeinflussen die Pflegebedarfserhebung?

Methoden: Der Untersuchung ging eine internationale Literaturliteratur voraus. Eine quantitative Methode mit deskriptivem Forschungstypus wurde gewählt. Für die Analyse der aktuellen Pflegedokumente (n = 68) und die Befragung der Pflegenden (n = 81) wurde jeweils ein Instrument entwickelt, sowie die Interrater Reliabilität getestet bzw. die Expertenvalidität überprüft. Die Daten wurden auf einer allogenen Knochenmarkstransplantationsstation, einer radioonkologischen, sowie zwei allgemeinen Hämatologischen/Onkologischen Stationen gesammelt (convenience sampling). Die Rücklaufquote betrug 61 %.

Hauptergebnisse: Die Einschätzung der Pflegenden hinsichtlich ihres Dokumentationsverhaltens und die tatsächliche Pflegedokumentation sind inkongruent in Bezug auf Zeitpunkt der Erhebung, Dokumentationsart, sowie Inhalt/Bereiche der Dokumentation. Die Einbeziehung der Patientenperspektive ist kaum ersichtlich. Ferner besteht nach Einschätzung der Pflegenden Verbesserungsbedarf mit Blick auf die allgemeine Kommunikationskompetenz, die Überprüfung verwendeter Instrumente sowie die Standardisierung der Dokumentation. Die internationale Literatur bestätigt den durch die Untersuchung erhobenen Mangel.

Schlussfolgerung: Eine umfassende Erhebung für onkologische Patientinnen und Patienten bedarf in besonderem Maße allgemeiner Kommunikationskompetenz und die Einbeziehung

der Patienten. Die verwendeten Instrumente müssen per Schulung vermittelt und auf Gültigkeit, Zuverlässigkeit, Praxisnähe und Anwendbarkeit fortlaufend überprüft werden.

Summary

Background: It has long been recognised that the assessment of care needs for patients is still rather subjective than objective, and that the respective documentation is very often fragmentary and scarce. However, this problem has been aggravated by the newly introduced compensation system of Diagnosis Related Groups. A comprehensive needs assessment for oncological patients is necessary to identify and show the needs and to provide interventions accordingly. In Germany, valid and reliable instruments for care needs assessment are merely missing. For this reason a survey of the actual state of care needs assessment for newly admitted oncological inpatients was carried out. Subsequently, the results were compared to care needs assessment concepts described in the nursing science literature.

Research Questions: 1) Do the nurses collect nursing data when admitting a patient? 2) When and how is the data collected, and how long does it take on an average? 3) What data are collected? 4) What is documented when and how, and to what extent is the patient involved? 5) Which factors on the nurses' side influence the collection of nursing data?

Methods: A review of the international literature preceded this survey. A quantitative method with descriptive research type was chosen. For the analysis of the actual nursing documents (n = 68) and the inquiry of the nurses (n = 81) an instrument was developed respectively, the interrater reliability was tested, and the expert validity checked. Convenience samplings were made on an allogenic bone marrow transplantation ward, a radio-oncological ward, and two hematological/oncological wards. Response rate of the nursing questionnaires was 61%.

Main results: Data from the nurses questionnaires showed incongruent results with the analyses of the existing nursing patient-documents. This related to the time of documentation, manner of documentation, and contents/areas of documentation. The inclusion of the patient's perspective is hardly apparent. According to the nurses, improvement is needed in the areas of general communication competence, revision of the instruments used, and standardization of the documentation. The international literature study confirms the deficiency recorded by this survey.

Conclusion: A comprehensive nursing care needs assessment for oncological inpatients especially requires a general communication competence and the involvement of the patients. The instruments used have to be introduced by education, and their validity, reliability, practical relevancy, and applicability need to be checked continuously.

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis.....	8
1 Einleitung	9
1.1 Gesellschaftliche und Professionelle Relevanz.....	11
2 Theoretischer Rahmen	12
2.1 Pflege theoretische Grundlagen	12
2.2 Elemente der Pflegebedarfserhebung.....	12
2.3 Literaturrecherche	13
2.3.1 Von wem wird Pflegebedarfserhebung definiert?.....	14
2.3.2 Wen fokussieren die Studien zum Thema Pflegebedarfserhebung?.....	15
2.3.3 In welcher Form wird Pflegebedarfserhebung angewandt?.....	16
2.3.4 Elemente und Faktoren, die mit der Pflegebedarfserhebung in Verbindung stehen.....	16
2.3.5 Instrumente zur Pflegebedarfserhebung bei onkologischen Patienten.....	18
3 Problemstellung der Forschungsarbeit.....	20
4 Zielsetzung und Forschungsfragen	21
5 Methodisches Vorgehen.....	21
5.1 Forschungsdesign	21
5.2 Gütekriterien.....	22
5.3 Stichprobe der Untersuchung	22
5.3.1 Einschluss- und Ausschlusskriterien.....	23
5.4 Instrumentenentwicklung	23
5.4.1 Entwicklung des Analyserasters für die Pflegedokumente	24
5.4.2 Entwicklung des Fragebogens für die Pflegenden	24
5.5 Datensammlung.....	25
5.6 Datenanalyse	26
6 Ergebnisse	26
6.1 Stichprobenumfang	26
6.2 Demografische und berufliche Daten.....	27
6.3 Ergebnisse der Analyse der Pflegedokumente	28
6.4 Ergebnisse des Fragebogens.....	29
6.5 Ergebnisse der Forschungsfragen.....	29
6.6 Einschätzung der Ergebnisse und Vergleich.....	35
7 Diskussion	38

7.1 Entwickelte Instrumente.....	38
7.2 Diskussion der Forschungsfragen	38
8 Schlussfolgerung und Empfehlung/Ausblick.....	42
9 Literatur.....	44

Anhang 1: Instrument zur Analyse der Pflegedokumente

Anhang 2: Anschreiben und Fragebogen für die Pflegenden

Anhang 3: Statistische Auswertungen und grafische Darstellungen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow chart zu den Elementen nach Bartholomeyczik (2004)	13
Abbildung 2: Fragestellungen Literaturarbeit (Wimmer 2005) in Bezug zum Pflegebedarfsbegriff	14
Abbildung 3: Flow chart zur Stichprobe Analyseraster der Pflegedokumente	27
Abbildung 4: Flow chart Stichprobe des Fragebogens	27
Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsverteilung	28
Abbildung 6: Verteilung Pflegenden klinische Abteilungen	28
Abbildung 7: Dokumentationsart	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegebedarf schriftlich festgelegt.....	29
Tabelle 2: Art der Erhebung und Dauer	30
Tabelle 3: Inhalt des Pflegebedarfsgesprächs.....	31
Tabelle 4: Vergleich Dokumentationsbereiche: Pflegedokument und Fragebogen.....	32
Tabelle 5: Aspekte, die die Datenerhebung erleichtern bzw. erschweren – Gewichtung der Pflegenden	34
Tabelle 6: Verbindungen zwischen Formen der PBE, Elemente und Faktoren der internationalen Literatur.	35
Tabelle 7: Verbindungen zwischen Formen der PBE, Elemente und Faktoren der IST-Analyse	36

1 Einleitung

Ähnlich wie in vielen anderen Ländern wächst in Deutschland die Notwendigkeit, das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für Gesundheitsleistungen auf der einen und deren Qualität auf der anderen Seite zu optimieren. Für diesen Zweck brauchen Kostenträger, Gesundheitspolitiker, Leistungserbringer und zunehmend Leistungsempfänger gültige und zuverlässige Informationen (Morris, 2000). Die Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, ihre Dienstleistung transparent und nachvollziehbar darzulegen, damit die geleistete Arbeit abgerechnet werden kann. Die Finanzierungsgrundlage der Akutversorgung kranker Menschen wird seit Januar 2004 durch das Vergütungssystem „Diagnosis Related Groups“ (DRG`s) teilweise finanziert, das nach medizinischen Diagnosengruppierungen abgerechnet wird. Die Leistungen der Pflege konnten bislang nicht in dem Maß nach außen dargestellt werden, wie es notwendig gewesen wäre, um als selbständiger Leistungserbringer am Vergütungssystem direkt zu partizipieren. Als wesentliches Instrument einer solchen Darstellung pflegerischer Dienstleistung kann zunächst jede Form von Pflegebedarfserhebung gelten. Hier gibt es Qualitätsunterschiede. So ist zum Beispiel die Situation, dass der Pflegebedarf immer noch eher subjektiv als objektiv erhoben wird und die entsprechende Dokumentation oftmals lückenhaft verläuft nicht neu, diese Problematik hat sich durch die neue Vergütungsordnung noch verschärft. Eine auf pflegewissenschaftlicher Grundlage basierende Optimierung solcher Erhebungsinstrumente kann zweierlei ermöglichen. Zum einen kann die tatsächlich erfolgende Dienstleistung transparent gemacht werden, zum andern, und das ist entscheidend, kann durch eine pflegewissenschaftlichen und allgemeinen Gütekriterien genügende Erhebung die Qualität pflegerischer Dienstleistung selbst optimiert werden, indem sie den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten umfassend gerecht zu werden verspricht. In diesem Sinne besteht Verbesserungsbedarf. Dies gilt insbesondere, wie im Folgenden deutlich werden wird, für onkologische Patientinnen und Patienten. Die internationale Literatur zeigt, dass Pflegebedarfserhebung seit vielen Jahrzehnten ein Thema der Pflegewissenschaft ist (Cadd, 2000; Wright, 2003). In den letzten Jahren wird vor allem nach Instrumenten gesucht, die den Pflegebedarf valide und reliabel abbilden. So gibt es zum Beispiel relativ viele Untersuchungen über das sogenannte „Resident Assessment Instrument“ (RAI). Ursprünglich wurde das RAI für die Langzeitversorgung entwickelt. Es gibt mehrere Studien, die das Instrument als gültig und zuverlässig beschreiben (Landi, 2000; Yeaw, 2003). Mittlerweise wird es für andere Settings angepasst und getestet (Morris, 2000). Zum Beispiel steht RAI für die Palliative Pflege (RAI-PC) in englischer Sprache als valides und reliables

Instrument zur Verfügung (Steel, 2003). In Deutschland hat der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V. dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. den Auftrag erteilt, ein Projekt unter dem Titel „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“ durchzuführen. In diesem Projekt spielen Instrumente der Pflegebedarfserhebung eine wesentliche Rolle. Es wird beschrieben, dass in der Bundesrepublik Deutschland ein Defizit in der Entwicklung von geeigneten und verbindlichen Verfahren zur Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen im stationären Pflegebereich zu verzeichnen ist. Es werden unter anderem Instrumente untersucht, die für verschiedene Patientengruppen im Gesundheitssektor als gültig und zuverlässig für die Pflegebedarfserhebung und daraus resultierende Pflegeplanung beschrieben sind (Isfort, 2001). Isfort unterscheidet sämtliche untersuchte Erhebungsinstrumente nach folgenden Kategorien: Pflegezustandserhebung, Pflegebedarfserhebung und Pflegeaufwandserhebung. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Pflegebedarfserhebung für onkologische Patientinnen und Patienten. Der Begriff Pflegebedarfserhebung beinhaltet hier insofern auch die Pflegezustandserhebung, als ein Bedarf immer nur aufgrund eines zuvor erhobenen Zustandes eingeschätzt werden kann. Der Begriff vereinigt die Elemente: „Patientenmerkmale“ (Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen, individuelle Faktoren, die die Einschränkungen mittelbar oder unmittelbar positiv oder negativ beeinflussen, Kompensationsmechanismen), „Umweltmerkmale“ (externe Faktoren, die die Einschränkungen mittelbar oder unmittelbar positiv oder negativ beeinflussen) und „Ziele/Outcome“ (z.B. angestrebter Gesundheitszustand, der zu erreichende Grad des Wohlbefindens oder anzustrebender Selbstständigkeitsgrad, höchster erreichbarer Grad an Selbstbestimmung)(Bartholomeyczik, 2001). In der professionellen Pflege gilt die Pflegebedarfserhebung als ein zentrales Steuerungsinstrument, um Pflege zu planen, durchzuführen und eine Überprüfung möglich zu machen. Pflegequalität wird verbessert, indem der Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten erhoben wird, um eine zielgerichtete, individuelle Planung mit dem Pflegeempfänger zu gestalten. Deshalb sollte der erwartete Pflegeaufwand bei der stationären Aufnahme eines Patienten strukturiert, wenn möglich mit dem Pflegeempfänger, erhoben und festgehalten werden. Das Pflegeteam kann somit effizient arbeiten, und die vorhandenen Ressourcen der Leistungsempfänger können von Anfang an in die Pflege mit einbezogen werden.

1.1 Gesellschaftliche und Professionelle Relevanz

Demografische Entwicklung

Die einschneidende Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft hat auch Auswirkungen auf den Gesundheitssektor in Deutschland. Es ist erwiesen, dass im Alter das Risiko steigt, an einer onkologischen Erkrankung zu leiden. Somit werden deutlich mehr Menschen mit den genannten Erkrankungen in die stationäre Pflege aufgenommen werden (Ferruci, 2003). Um dieser Herausforderung gerecht werden zu können, ist es notwendig, dass entsprechendes Pflegehandeln möglichst effizient und effektiv gestaltet wird. Einen wesentlichen Schritt in diese Richtung stellt eine pflegewissenschaftlich begründete Pflegebedarfserhebung dar. Damit die professionelle Pflege ihren Beitrag in der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung für die Gesellschaft leisten kann, muss sie ihre geplante Dienstleistung (Pflegebedarf aus pflegerischer Sicht in Absprache mit den Pflegeempfängern), sowie ihre tatsächlich erbrachte Dienstleistung (Pflegeaufwand) benennen und nach außen darstellen können, damit Pflegearbeit sichtbar wird für die Kostenträger und die Leistungsempfänger (Isfort, 2001).

Arbeitsbelastung

Die Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal durch die kürzere Liegedauer hat in den letzten Jahren zugenommen. Die durchschnittliche Fallzahl je Vollkraft ist um 3% gestiegen (Greißinger, 1999). Die Notwendigkeit einer effektiveren Pflegearbeit wird auf diesem Hintergrund noch dringlicher. Ein Schritt in die richtige Richtung ist eine qualitative hochwertige Pflegebedarfserhebung (Isfort, 2001).

Kostensteigerung

Durch den erhöhten Pflegebedarf, der aus der demografischen Entwicklung resultiert, werden die Kosten im Gesundheitssektor weiterhin ansteigen. Durch die zunehmenden Kosten erhöht sich auch der Legitimationsdruck der Berufsgruppe der Pflegenden, da sie in der gegenwärtigen Diskussion eher als Kostenfaktor denn als Leistungserbringer gesehen werden. Eine transparente und nachvollziehbare Pflegebedarfserhebung würde eine zuverlässige Rechengrundlage bieten (Isfort, 2001).

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Pflertheoretische Grundlagen

Die American Nurses Association hat die pflegerische Perspektive folgendermaßen dargestellt: „Pfleger ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ (ANA 1980). Diese Definition eignet sich als Abgrenzung zur Medizin, in deren Interesse weniger die menschlichen Reaktionen als die Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehen. Ähnliches ergibt sich bei der Anwendung der Internationalen Klassifikation ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps). In der zweiten Version der ICDH (WHO 1999) wird eine Unterscheidung zwischen Körperstrukturen und Körperfunktionen, individuellen Aktivitäten und gesellschaftlicher Teilhabe vorgenommen, um Behinderungen, bei denen häufig keine Krankheit im traditionellen Sinne vorhanden ist, angemessen beschreiben zu können. (Bartholomeyczik, 2001).

2.2 Elemente der Pflegebedarfserhebung

Pflegerbedürftigkeit und Pflegebedarf werden häufig synonym gebraucht, man sollte sie aber genau unterscheiden. Die Begriffe überlappen sich zwar, stellen aber jeweils für sich eine besondere Perspektive dar. Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf werden hier in Anlehnung an ihre Definition bei Bartholomeyczik (2004) (Abbildung 1) verwendet.

Pflegerbedürftigkeit und Krankheit sind unterschiedliche Dimensionen die einander ergänzen können, sich aber keineswegs automatisch bedingen. Der Fokus der Pflege liegt im Umgang mit dem Krank-Sein, während Krankheiten und deren Ursachen den Aufgabenschwerpunkt der Medizin ausmachen. Daher kann eine medizinische Diagnose möglicherweise Präzisierungen zur Beschreibung der Art der Pflegebedürftigkeit (Pflegerdiagnose) geben, diese aber nicht ersetzen, da untereinander kein lineares Verhältnis besteht.

Pflegerbedarf meint den Bedarf an pflegerischen Maßnahmen bzw. pflegerischer Zuwendung, den eine Person aufweist bzw. bezeichnet. Die genaue Kenntnis des Pflegebedarfs ist von größter Bedeutung für jede Art von Management in Institutionen, in denen Pflege geleistet wird. Es geht sowohl um den individuellen Bedarf als auch den Gesamtbedarf

organisatorischer Einheiten. Ferner bildet der Pflegebedarf die Grundlage für jede Personalplanung und damit auch für Finanzplanungen.

Pflegebedürftigkeit zeichnet die Einschränkung von Kompetenzen/Fähigkeiten einerseits und vorhandenen Ressourcen andererseits, während Pflegebedarf sich auf die Interventionsebene bezieht. Er umfasst einander bedingende Ressourcen, Beeinträchtigungen und Ziele. Derselbe Pflegebedarf, kann sich je nach Person und Situation völlig unterschiedlich darstellen. Daraus ergibt sich, dass nicht nur der Schweregrad sondern auch die Art der Pflegebedürftigkeit den Pflegebedarf beeinflusst. Der tatsächlich erbrauchte Pflegeaufwand wird vor allem in der Pflegedokumentation jedes einzelnen Patienten sichtbar.

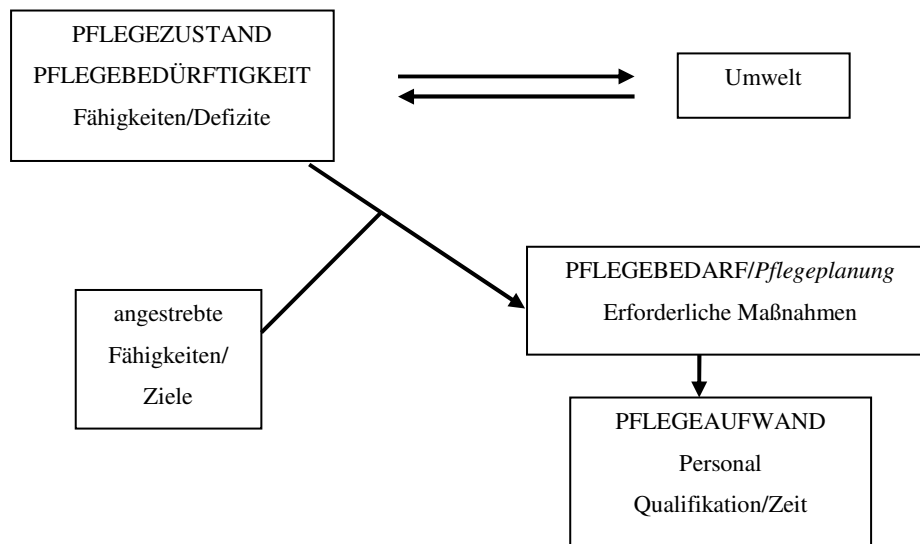


Abbildung 1: Flow chart zu den Elementen nach Bartholomeyczik (2004)

2.3 Literaturrecherche

Nachdem nunmehr ein begrifflicher Rahmen abgesteckt ist soll im Folgenden die Frage nach einer angemessenen Pflegebedarfserhebung auf die Zielgruppe der onkologischen Patientinnen und Patienten fokussiert werden. Daher beschäftigt sich dieser Abschnitt mit Ergebnissen aus vierzehn internationalen onkologischen Studien zum Thema Pflegebedarfserhebung.

Das vorliegende Schaubild setzt die Fragestellungen der Literaturarbeit (Wimmer, 2005) in Bezug zum Pflegebedarfsbegriff.

Pflegebedarf

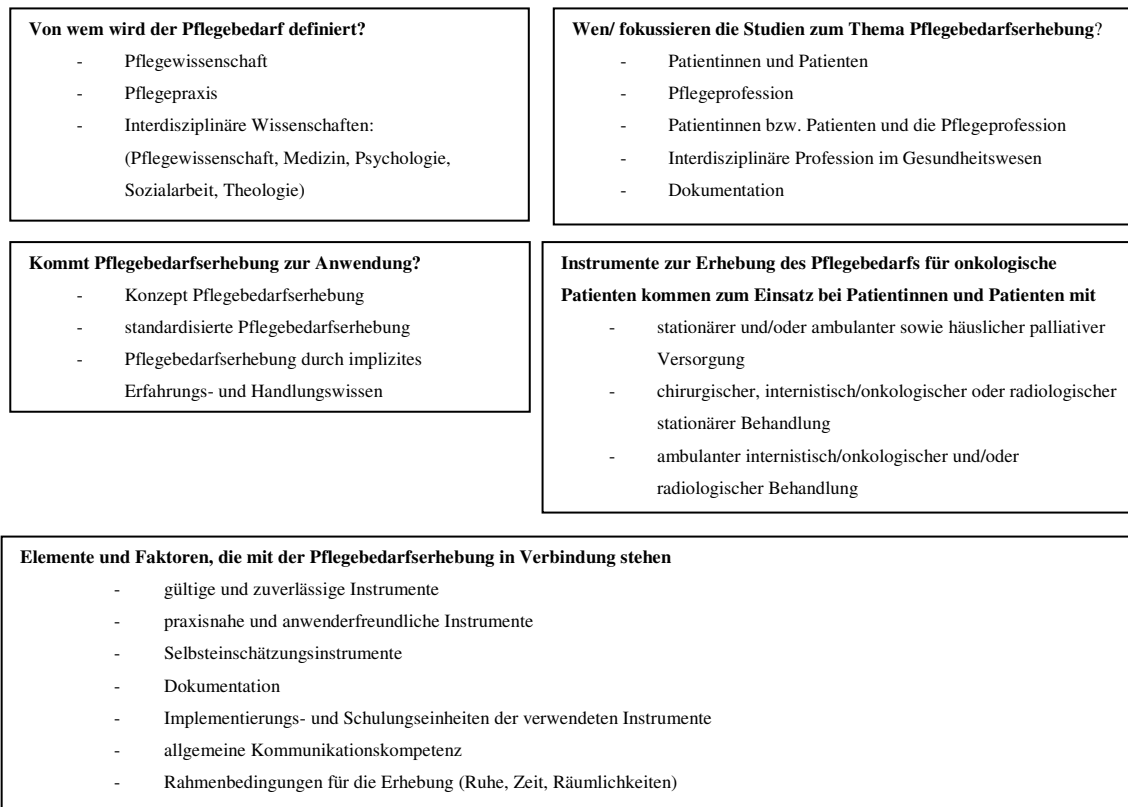


Abbildung 2: Fragestellungen Literaturlerbeit (Wimmer 2005) in Bezug zum Pflegebedarfsbegriff

2.3.1 Von wem wird Pflegebedarfserhebung definiert?

Die vierzehn untersuchten Studien können schwerpunktmäßig zwei unterschiedlichen Perspektiven zugeordnet werden: 1) pflegewissenschaftliche Perspektive und 2) interdisziplinäre Perspektive, zu dieser zählen Vertreter der Pflegewissenschaft, der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Theologie. Bei der überwiegenden Zahl der Artikel geht das erkenntnisleitende Interesse von der Disziplin der Pflegewissenschaft und/oder der Pflegepraxis aus (Bonevski, 2000; Cowley, 2003; Graydon, 1997; Lauer, 1982; Luker, 1995, 1996; Sanson-Fisher, 2000; Whelan, 1997). Den andere Anteil stellen die interdisziplinären Forschungen (Arraras, 2004; Cossich, 2004; Crooks, 2004; Farrell, 2005; Mazzocato, 2000; Osse, 2004; Whelan, 1997).

2.3.2 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 Gruppen ausgemacht werden: 1) Patientinnen und Patienten; 2) Pflegeprofession; 3) Patientinnen bzw. Patienten und Pflegeprofession; 4) interdisziplinäre Professionen im Gesundheitswesen: dazu zählen Pflegewissenschaft, Medizin und Psychologie; 5) Dokumentation. In den meisten gesichteten Studien stellen die Patienten die Zielpopulation der Untersuchung dar (Bonevski, 2000; Cadd, 2000; Cossich, 2004; Graydon, 1997; Luker, 1995, 1996; Mazzocato, 2000; Osse, 2004; Sanson-Fisher, 2000; Whelan, 1997). Von den vierzehn analysierten Studien ist die untersuchte Population vorwiegend auf onkologischen stationären Abteilungen zu finden. Dort wiederum haben die meisten Untersuchungen an Erkrankten auf chirurgischen, radioonkologischen und medizinisch-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). Einige Untersuchungen weisen ausdrücklich mehrere Zielpopulationen aus. 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 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).

2.3.3 In welcher Form wird Pflegebedarfserhebung angewandt?

In den analysierten Studien können drei Grundformen von Pflegebedarfserhebung ausgemacht werden: 1) Konzept Pflegebedarfserhebung; 2) standardisierte Pflegebedarfserhebung und 3) Pflegebedarfserhebung durch implizites Erfahrungs- und Handlungswissen. Zur ersten Form werden hier alle speziell definierten Erhebungsinstrumente mit strukturierter Pflegedokumentation, die in der Regel eine zusätzliche Schulung und Implementierung voraussetzen, um sachgerecht eingesetzt werden zu können, gezählt. Hiervon wird der Begriff der standardisierten Pflegebedarfserhebung unterschieden. Das hierzu erforderliche Wissen wird für den Abschluss der Grundausbildung vorausgesetzt. Eine zusätzliche Schulung und Implementierungsphase ist nicht vorgesehen.

Schließlich wird unter Punkt 3 ein impliziertes Erfahrungs- und Handlungswissen verstanden, wie es bei jeder Form von Pflegebedarfserhebung zum Einsatz kommt, ohne dass eine Konzeption und/oder Standardisierung zu Grunde liegt. Sowohl die standardisierte 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.

2.3.4 Elemente und Faktoren, die mit der Pflegebedarfserhebung in Verbindung stehen

Folgende Elemente und Faktoren stehen bei dieser Literaturrecherche in Verbindung mit der Erhebung des Pflegebedarfs:

1) Gültige und zuverlässige, anwenderfreundliche und praxisrelevante Instrumente für die Pflegebedarfserhebung werden als wesentliches Element für eine sinnvolle Pflegebedarfserhebung bei vier Studien angeführt. Ein getestetes und anwenderfreundliches Instrument erhöht nach Ansicht der Autoren die Wahrscheinlichkeit, dass der Pflegebedarf strukturiert und vollständig erfasst und dokumentiert wird (Arraras 2004; Bonevski 1999; Graydon, 1997; Mazzocato, 2000). Zwei Studien fokussieren zusätzlich zuverlässige und gültige Instrumente in Hinblick auf eine interdisziplinäre Bedarfserhebung (Arraras, 2004; (Crooks, 2004); Mazzocato, 2000). Alle am Behandlungsprozess beteiligten Professionen benutzen dasselbe Erhebungsinstrument, somit können Ressourcen gebündelt und Mehrfachbefragungen bzw. Mehrfachdokumentationen minimiert werden.

2) Die Ergebnisse der Studie von Bonevski (1999) zeigen Vorteile beim Einsatz von Selbsteinschätzungsinstrumenten auf. Der individuelle Pflegebedarf kann auf dieser

Grundlage kostengünstig, zeitsparend und quantifizierbar erhoben werden. Ferner ermöglicht eine Selbsteinschätzung eine bessere Wahrnehmung des Pflegebedarfs und somit die Stärkung der Patientenperspektive (Lauer, 1982; Luker, 1995, 1996).

3) Auf eine Verbesserung der Dokumentation von Bedarfserhebung weisen vor allem zwei Studien hin (Crooks; 2003; Cadd; 2000). Crooks konnte in ihrer Untersuchung feststellen, dass intensive Schulungs- und Implementierungsphasen vom angewendeten Instrument „Initial Health Assessment“ eine signifikante Verbesserung der Dokumentation ermöglichen. Trotzdem sieht die Studie weiteren Verbesserungsbedarf in Hinblick auf soziale, spirituelle und finanzielle Bedürfnisse der Betroffenen sowie Informationsbedarf.

4) Implementierungs- und Schulungsphasen von verwendeten Instrumenten weisen explizit zwei Studien Crooks (2004) und Farell (2005) als ein entscheidendes Element aus. Diese zielen auf einen sachgerechten Einsatz des Instrumentes hin.

5) Unter den Aspekt allgemeine Kommunikationskompetenz¹ werden die Themen Sexualität, Spiritualität und Finanzen am seltensten in den Krankenakten aufgenommen. Pflegende äussern Hemmungen diese Themen bei der Bedarfserhebung anzusprechen. Die Autorin führt dies auf fehlende Kommunikationskompetenz zurück und empfiehlt Kommunikationstrainings mit dem Ziel Hilfestellungen für die Beziehungsbildung bei der Pflegebedarfserhebung zu vermitteln (Crooks, 2003); Farell (2005) und Cadd (2000) stellen ebenfalls die Forderung auf, Kommunikationsschulungen für die Professionellen zu intensivieren. Ein Mangel an kommunikativer Sicherheit bei der individuellen Bedarfserhebung wurde festgestellt, in so fern die Selbsteinschätzung der Patienten eine erhebliche Diskrepanz zur Fremdeinschätzung durch die Professionellen aufweist. Farell (2005) berichtet, dass die Pflegenden Ängste vor Gefühlsauslösung seitens der Patientinnen befürchteten, weshalb sie sich bei bestimmten Fragen zurückhalten, die vor allem die psychischen und spirituellen Bedürfnisse betreffen.

6) Die Studie von Farell (2005) erwähnt explizit dass Rahmenbedingungen wie zum Beispiel hohe Patientinnenzahl mit kurzer Liegedauer (im Durchschnitt 24 Stunden) eine individuelle Pflegebedarfserhebung erschweren, da in solchen Fällen ein starker Zeitdruck auf den Pflegenden lastet.

¹ Die oben besprochenen Untersuchungen machen darauf aufmerksam, dass insbesondere mangelnde pflegerische Kommunikationskompetenz im Allgemeinen Pflegenden die Anwendung von Pflegebedarfsinstrumenten erschwert.

2.3.5 Instrumente zur Pflegebedarfserhebung bei onkologischen Patienten

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 traditionellen Methoden. Zweiundachtzig 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 in Entwicklung befindliches Informationsbedarfsinstrument ist bei Arraras (2004) zu finden. Eine europäische

Expertengruppe aus fünf Nationen führt auf der Grundlage einer Literaturliste 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. An der Untersuchung haben 888 Patienten von neun Tumorzentren 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 Tumorkranken 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 ein Besorgnis („concern“) darstellen. Eine Zunahme des Besorgnisses 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“. Die analysierten Artikel zeigen, dass eine sehr breite Spannweite vorhanden ist zum Begriff Pflegebedarfserhebung und somit auch eine sehr unterschiedliche Handhabung vorgenommen wird. Die Literaturliteratur hat zu dem Entschluss geführt eine IST-Analyse zur Pflegebedarfserhebung an onkologischen Abteilungen eines Universitätsklinikums durchzuführen. Die Forschungsfragen für die vorliegende Untersuchung sind vom theoretischen Rahmen abgeleitet. Die Forschungsfragen für die vorliegende Untersuchung sind vom theoretischen Rahmen abgeleitet.

3 Problemstellung der Forschungsarbeit

Das aktuelle Vergütungssystem macht erforderlich, dass zuverlässige Informationen über den Pflegebedarf auch in der stationären Versorgung erhoben werden (Lüngen, 2003). Die strukturierte Erhebung des Pflegebedarfs mittels eines Instrumentes wird zukünftig an Bedeutung gewinnen. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es zu diesem Zweck jedoch kaum gültige und zuverlässige Instrumente (Bartholomeyczik, 2001). Es sind auch keine einheitlichen Richtlinien oder Qualitätsstandards in der Praxis zu finden. Es besteht noch Entwicklungsbedarf. Die Erfahrung zeigt, dass die Pflegebedarfserhebung eher subjektiv und gemäß individueller Expertise geschieht als objektiv und standardisiert. Zusätzlich wird der entsprechenden Dokumentation zu wenig Beachtung geschenkt (Bartholomeyczik, 2004;

Isfort, 2001). Es sind noch nicht ausreichend Studien in Deutschland vorhanden, um ein klares Bild entwerfen zu können, wie Pflegende in der stationären Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten den Pflegebedarf erheben, was erhoben wird, auf welche Art und Weise die Pflegedokumentation vorgenommen wird und welche Faktoren aus pflegerischer Sicht Einfluss auf den Erhebungsprozess haben.

4 Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht in der Erfassung des IST Zustandes der Pflegebedarfserhebung bei stationärer Aufnahme onkologischer Patienten und einem anschließenden Vergleich der Ergebnisse mit einer pflegewissenschaftlich begründeten Auffassung von Pflegebedarfserhebung wie sie in der Fachliteratur zur Darstellung kommt.

Für die vorliegende Studie wurden die nachstehenden Forschungsfragen formuliert:

1. Führen die Pflegenden am Universitätsklinikum, Abteilung Onkologie, routinemäßig eine Pflegebedarfserhebung bei der stationären Aufnahme durch?
2. Wann und auf welche Art und Weise wird der Pflegebedarf erhoben und wie lange dauert im Durchschnitt diese Erhebung?
3. Was erfassen die Pflegenden bei der Pflegebedarfserhebung?
4. Was wird wann, auf welche Weise bei der Pflegebedarfserhebung dokumentiert, welches Medium kommt zum Einsatz und in wie weit ist der Patient involviert?
5. Welche Faktoren auf Seiten der Pflegenden beeinflussen die Pflegebedarfserhebung?

5 Methodisches Vorgehen

5.1 Forschungsdesign

Die vorliegende Untersuchung basierte auf einer quantitativen Methode. Es handelt sich hier um einen deskriptiven Forschungstypus mit Querschnittsdesign. Die Datenerhebung bei Querschnittsdesign bezieht sich auf einen Zeitpunkt oder eine kurze Zeitspanne, in der eine einmalige Erhebung der Eigenschaften bei N Untersuchungseinheiten vorgenommen wird. Problemstellung und Forschungsziel bestimmen die Wahl dieser Methode (Polit, 2004). Auf der Basis der gewonnenen Ergebnisse können zukünftige Forschungsvorhaben entwickelt

werden. Das entwickelte Analyseraster der Pflegedokumente und der entwickelte Fragebogen für die Pflegenden stellen eine schriftliche Form der Datenerhebung dar.

5.2 Gütekriterien

Die Untersuchung orientierte sich an den vier Grundfragen oder Gütekriterien für wissenschaftliche Forschung: Wahrheitswert, Anwendbarkeit, Beständigkeit und Neutralität (Lincoln, 1985). Die Beurteilungsbedingungen waren für alle Probanden gleich. Die Ergebnisse sind ausführlich und nur im Kontext der Situation und der Zeit beschrieben worden. Der Kontext bezieht sich hier auf die Pflegebedarfserhebung bei der stationären Aufnahme von onkologischen Patientinnen und Patienten am Universitätsklinikum. Die Zeitspanne beinhaltet den Zeitraum der Forschungsstudie von November 2004 bis November 2005. Die Neutralität wird durch eine Begutachtung der Schritte im Forschungsprozess gewährleistet.

Ethische Aspekte

Das Kriterium für die Berücksichtigung ethischer Aspekte wurde durch umfassende Informationen an die Verantwortlichen der beteiligten eingeschlossenen Abteilungen und an die Probanden sichergestellt. Zusätzlich bewilligte die Ethikkommission des Universitätsklinikums die Durchführung der Studie. Das Anschreiben für die Studienteilnehmer beinhaltete eine kurze Erläuterung zur Studie mit der Bitte um Teilnahme an der Untersuchung. Es wurde versichert, dass 1. die Ergebnisse der Untersuchung anonym behandelt werden und dass 2. der Fragebogen anonymisiert behandelt wird, 3. die Studienteilnahme freiwillig ist und 4. Studienteilnehmern keine Nachteile aus der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme erwachsen. Die Analyse der Pflegedokumente erfolgte anonymisiert.

5.3 Stichprobe der Untersuchung

Zur Forschungspopulation gehörten examinierte Pflegenden der stationären Versorgung, die Pflegebedarfserhebungen im Rahmen der stationären Aufnahme (innerhalb der ersten fünf Tage) onkologisch erkrankter Menschen im Erwachsenenalter durchführten. Das Sampling des Fragebogens umfasste einundachtzig Probanden. Die Analyse der Pflegedokumente beinhaltete zum Zeitpunkt der Erhebung achtundsechzig aktuelle Pflegebedarfserhebungen onkologisch erkrankter Menschen im Erwachsenenalter. Die Patientinnen und Patienten

waren zum Zeitpunkt der Analyse mindestens fünf Tage stationär. Das convenience sampling erwies sich als angemessen für dieses Studiendesign (Polit, 2004). Die Interpretation der Ergebnisse sollte auf dieser Grundlage vorgenommen werden.

5.3.1 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die Einschlusskriterien waren aktuelle Pflegedokumente von onkologisch erkrankten erwachsenen Menschen die zur stationären Aufnahme kommen und mindestens zum Zeitpunkt der Analyse fünf Tage stationär aufgenommen waren sowie examinierten Pflegenden in Vollzeitbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung; mit und ohne Fachweiterbildung Onkologie. Von dieser Untersuchung waren examinierte Pflegende ausgeschlossen, die am qualitativen Pilottest teilgenommen hatten und examinierte Pflegende, die nicht über ausreichend Kenntnisse in der deutschen Sprache verfügten.

5.4 Instrumentenentwicklung

Die Items des Analyserasters für die Pflegedokumente sowie des Fragebogens für die Pflegenden wurden aus den Elementen des Schemas Bartholomeyczik (2004) (vgl. Kapitel 2.2), den Ergebnissen der Literaturarbeit Wimmer (2005) (vgl. Kapitel 2.3) und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen operationalisiert. Es ergaben sich Themengruppen, welche die Grundlage der entwickelten Instrumente bildeten: 1) Erfragung der Daten zur Pflegebedarfserhebung; 2) Inhalt des Aufnahmegesprächs zur Pflegebedarfserhebung; 3) Dokumentation der Daten zur Pflegebedarfserhebung; zusätzlich wurde im Fragebogen 4) äußere Faktoren, die in Zusammenhang mit der Pflegebedarfserhebung stehen, aufgenommen. Um weitere Informationen von den Befragten zu erhalten sind zwei Fragen mit je zehn Antwortmöglichkeiten formuliert worden. Die Pflegenden wurden gebeten je drei von zehn Aspekten auszuwählen, die ihrer Meinung nach die Pflegebedarfserhebung erleichtern bzw. erschweren. Ferner war die Möglichkeit gegeben im Freitext zusätzliche Gedanken über das Thema mitzuteilen. Beide Instrumente wurden einem qualitativen Pilottest, zwei Pflegeexpertinnen und ein Pflegeexperte der Onkologie, unterzogen. Neben der Fachweiterbildung Onkologie haben die Fachleute auch pädagogische Weiterbildungen bzw. einen Pflegepädagogischen Studiengang absolviert. Ihr tägliches Arbeitsfeld ist die onkologische Praxis und Schulungen in Aus- und Weiterbildungslehrgängen. Dies entspricht

der Expertenvalidität nach Polit (2004). Die Experten arbeiten in einer vergleichbaren Institution.

5.4.1 Entwicklung des Analyserasters für die Pflegedokumente

Standardisierte Instrumente für die Analyse von Pflegedokumenten in Bezug auf die Pflegebedarfserhebung konnten bei der Recherche nicht gefunden werden. Informelle Anfragen bei diversen Pflegeexpertinnen, Pflegewissenschaftlerinnen und Qualitätsmanager haben bestätigt, dass diese für die Analyse solcher Pflegedokumente nicht vorliegen. Daher wurde ein Instrument für die Pflegedokumente mit fünf Einzelfragen und einer Frage mit 10 Unterfragen erstellt. Die Antwortkategorien waren ausschließlich qualitative Nominal- bzw. Ordinaldaten. Das erstellte Analyseinstrument wurde von einer Pflegeexpertin der Onkologie und der Studienleiterin auf Zuverlässigkeit (Interrater Reliabilität), zwei Personen messen und beurteilt unabhängig voneinander das Instrument, getestet. Ferner wurden Anwendbarkeit und Brauchbarkeit von insgesamt fünfzehn Pflegedokumenten aller eingeschlossenen Stationen überprüft. Die Analyse der Pflegedokumente ist vor dem Pilottest des Fragebogens durchgeführt worden, damit eine durch die Beeinflussung der Pflegenden erfolgende Verzerrung ihrer Pflegedokumentation ausgeschlossen werden konnte. Das vollständige Instrument ist im Anhang 1 vorzufinden.

5.4.2 Entwicklung des Fragebogens für die Pflegenden

Für die Beantwortung der Forschungsfragen liegt kein vorgefasstes validiertes Instrument vor. Die Art der Forschungsfragen lässt die Erhebung der Daten mittels eines einfachen gut verständlichen Fragebogens zu. Aus diesem Grund wurde ein Fragebogen entwickelt. Die Items entstanden nachdem die internationale Literatur gesichtet und analysiert wurde. Der entwickelte Fragebogen beinhaltet dreiundzwanzig Items zum Thema Pflegebedarfserhebung bei der stationären Aufnahme. Es handelt sich um geschlossene Fragen mit teilweise ergänzenden Freitexten. Die Antwortkategorien waren qualitative Nominal- und Ordinaldaten. Die Fragebogenüberprüfung fand in 2 Phasen statt. In der ersten Phase wurde der qualitative Pilottest des Fragebogens durchgeführt. Die Experten füllten den Fragebogen aus. Die Zeit wurde festgehalten um einen Richtwert zu erhalten. Anschließend sind in einem Diskursgespräch die einzelnen Fragen auf Verständlichkeit, Sprache und Inhalt überprüft und modifiziert worden. Die Expertenrunde dauerte vier Zeitstunden. Die zweite Phase beinhaltete

eine quantitative Überprüfung. Ziel war es die Anwenderfreundlichkeit, Verständlichkeit, Praxisrelevanz und Machbarkeit des Fragebogens zu testen. Sechs Mitarbeiter der eingeschlossenen Stationen meldeten sich freiwillig. Die Studienteilnehmerinnen bekamen den durch die Studienleiterin und eine Statistikerin begutachteten Fragebogen zum Ausfüllen. Unklarheiten und Fragen, die schriftlich fixiert wurden waren Gegenstand anschließender Plenumsdiskussion. Eine Modifizierung war nötig, indem eine Frage gestrichen, zwei Fragen umformuliert, eine zusätzliche Frage aufgenommen sowie Ergänzungen der Antwortkategorien zweier Fragen vorgenommen wurde. Die teilnehmenden Pflegenden wurden nicht in die Hauptstudie eingeschlossen um einem Studienbias vorzubeugen. Die Überprüfung dauerte zwei Zeitstunden. Das vollständige Instrument ist im Anhang 2 vorzufinden.

5.5 Datensammlung

Vor der Datensammlung sind die teilnehmenden Stationen von der Studienleiterin nach der täglichen Übergabe zwei Mal besucht worden, um die Studie vorzustellen und vorhandene Fragen zu klären. Auf den vier Stationen ergab sich eine rege Diskussion zum Thema Pflegebedarfserhebung sowie wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege und die Verknüpfung zur Pflegepraxis. Über die Hälfte der potentiellen Probanden befürchtete, dass durch die Teilnahme der Studie bzw. deren Ergebnisse Nachteile in Form von weiteren Stellenkürzungen und/oder Forderungen seitens des Krankenhausmanagements auf sie zukommen würde. Des Weiteren erhob sich die Frage nach dem Nutzen für die Pflegepraxis. Im Hintergrund stand hierbei die Erfahrung der Diskrepanz zwischen Pflgetheorie und Pflegepraxis. Anhand von Praxisbeispielen gelang es, den Probanden die pflegewissenschaftliche Sicht auf das Thema nahe zu bringen, so dass die genannten Befürchtungen zerstreut werden konnten und eine konstruktive Erörterung stattfand.

Die Datensammlung der Analyse von aktuellen Pflegebedarfserhebungen wurde von Mitte Juni bis Anfang Juli durch die Studienleiterin durchgeführt. Die Dokumente sind auf den Stationen des Universitätsklinikums anhand des erstellten Analyserasters beurteilt worden. Von Mitte bis Ende Juli 2005 konnte die Datensammlung der schriftlichen Befragung von examinierten Pflegenden erfolgen. Fünfundsiebzig Anschreiben mit Fragebogen, einschließlich frankierten verschließbaren Kuverts, wurden Mitte Juli von der Studienleiterin persönlich auf den Stationen überreicht, mit der Bitte, sicherzustellen, dass den Probanden der

Fragebogen zukommt. Das Ziel der persönlichen Kontaktaufnahme sollte weiteres Vertrauen aufbauen und die Motivation fördern. Die Zeitspanne zum Ausfüllen des Fragebogens betrug zwei Wochen. Dieser sollte in das vorgesehene frankierte verschließbare Kuvert gegeben und der Studienleiterin auf dem Postweg zugesendet werden. Die Anonymität wurde somit gewährleistet.

5.6 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte nach doppelter Eingabe der Pflegedokumente und der ausgefüllten Fragebogen ins Programm EpiData. Die beiden generierten Datensätze wurden im Programm auf Übereinstimmung und Plausibilität überprüft. Die unterschiedlichen Eingaben wurden korrigiert, anschließend nochmals überprüft und die beiden endgültigen Datensätze erstellt. Beide Datensätze wurden zur Auswertung in das Programm SPSS Version 12.0.1 transferiert. Zuerst wurden die Daten hinsichtlich ihrer Verteilung betrachtet. Es handelt sich um qualitative Daten (nominal und ordinal). Die Analysetechnik war eine an die Daten angepasste deskriptive Statistik. Die Datenbeschreibung umfasste Häufigkeitsverteilungen. Alle Freitextangaben wurden ihrem Inhalt nach gruppiert und als Variablen aufgenommen.

6 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden wesentliche Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Die Erläuterungen zu den Ergebnissen werden anhand der Instrumente und der Forschungsfragen behandelt. Zu Beginn sind demografische und berufliche Daten deskriptiv dargelegt, anschließend werden die Instrumente und die gestellten Forschungsfragen chronologisch beantwortet. Schließlich wird ein Vergleich zur internationalen Literatur gezogen. Zum besseren Verständnis sind ausgewählte Abbildungen im Text eingefügt. Die vollständigen Ergebnisse sind tabellarisch zusammengefasst und im Anhang 3 nachzulesen.

6.1 Stichprobenumfang

Die rekrutierte Stichprobe der Pflegedokumente betrug $n = 68$ (Abbildung 3). Davon wurde eine Stichprobe für den Zuverlässigkeitstest (Interrater Reliabilität) $n = 15$ gezogen, folglich war die analysierte Stichprobe $n = 53$. Die rekrutierte Stichprobe des Fragebogens betrug

$n = 81$ (Abbildung 4). Die Stichprobe des quantitativen Pilottests von $n = 6$ wurde davon gezogen, folglich war die Stichprobe $n = 75$. Die Rücklaufquote betrug $n = 46$, das entsprach 61 %. Falls mehr als 25% des Fragebogens nicht beantwortet worden ist wurde dieser als drop out gewertet. In diese Kategorie kam ein Fragebogen, da nur demografische und berufliche Daten vorhanden waren. Zudem hatten einzelne Fragebögen fehlende Antworten („missing values“).

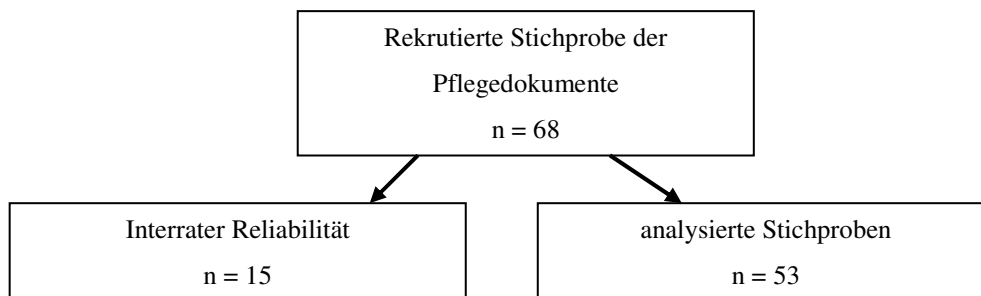


Abbildung 3: Flow chart zur Stichprobe Analyseraster der Pflegedokumente

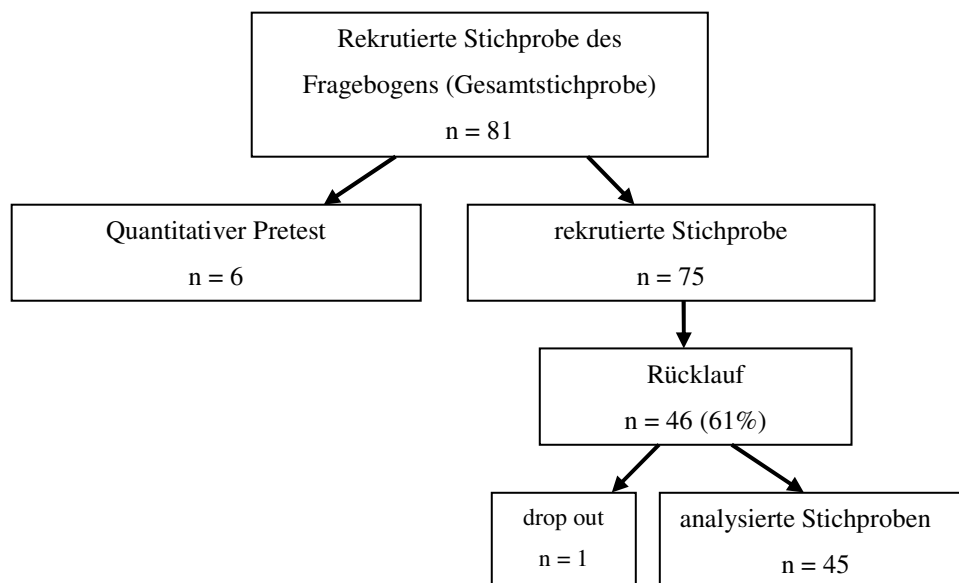


Abbildung 4: Flow chart Stichprobe des Fragebogen

6.2 Demografische und berufliche Daten

Insgesamt sind mit 69% deutlich über die Hälfte der Befragten weiblichen Geschlechts (31 Frauen, 14 Männer). Die Altersgruppen 30 – 39 Jahre und 40 – 49 Jahre sind mit 40% und mit 37,8 % vertreten, das heißt, über drei Viertel der Probanden sind diesen Altersgruppen

zuzuordnen. Die Verteilung der Abteilungen sind wie folgt: allgemeine Hämatologie/Onkologie 42,2 %, Radioonkologie 31,1 % und allogene Knochenmarktransplantationsstation 26,7 %. Die Hälfte der Fragebögen wurde auf der allgemeinen Hämatologie/Onkologie ausgegeben, das bedeutet, dass Pflegende auf Radioonkologie bzw. Knochenmarktransplantationsstation mit einem höheren Anteil an der Untersuchung teilgenommen haben. Die Fachweiterbildung für die Pflege Onkologie haben 28,9 % der Probanden absolviert. In den letzten zwei Jahren haben 48,9 % der Befragten an hausinterne Fortbildungen teilgenommen, vorwiegend zu onkologischen Themen. Das Krankenpflegeexamen haben vor mehr als 10 Jahren 53,3 % und vor 5 – 10 Jahren 28,9 % der Probanden abgelegt. Jeweils 4,4 % der Pflegenden befinden sich bei den Kategorien vor 3 – 4 Jahren bzw. vor 1 – 2 Jahren. Schließlich haben 6,7% weniger als ein Jahr das Examen absolviert. Knapp die Hälfte der Befragten (46,7 %) sind in Vollbeschäftigung, 8,9% der Probanden arbeiten 80 – 90 %, 35,6 % arbeiten zwischen 50 – 75 % und weniger als 30 % arbeiten vier (8,9%) der Befragten.

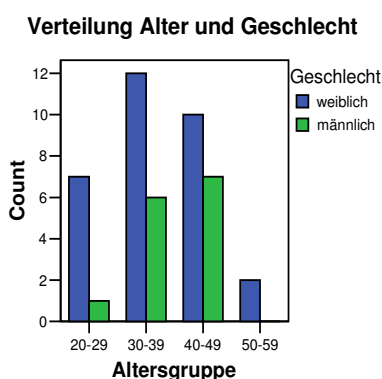


Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsverteilung

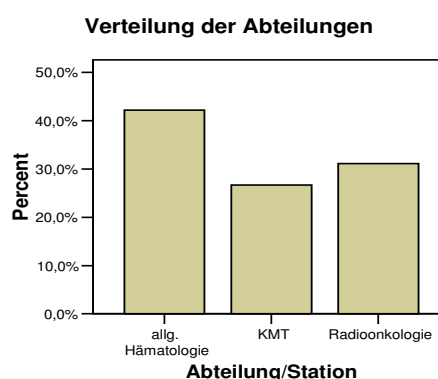


Abbildung 6: Verteilung Pflegenden klinische Abteilungen

6.3 Ergebnisse der Analyse der Pflegedokumente

Die Entwicklung des Instrumentes ist im Abschnitt Methodologie 5.4 bzw. 5.4.1 ausführlich beschrieben. Die Verteilung der Beantwortungen der Fragen sind im Anhang 3 Tabelle 1 angegeben.

6.3.1 Interrater Reliabilität

Zwei Pflegeexpertinnen für Onkologie testeten die Zuverlässigkeit (Interrater Reliabilität) des entwickelten Analyserasters der Pflegedokumente (n=15). Das Testverfahren wurde mit Cohen`s Kappa durchgeführt. Dies ist ein Maß, das die zufällige Übereinstimmung

berücksichtigt. Die Werte der Testung betrug: Minimum 0.69, Maximum 1.0 und Median 1.0 (vgl. Anhang 3 Tabelle 2). Diese Werte sprechen für eine sehr große Übereinstimmung des Instrumentes. Interpretation von Kappa Werte: 0.00 – 0.20 = ungenügend; 0.21 – 0.40 = mäßig; 0.41 – 0.60 = mittel; 0.61 – 0.80 = groß; 0.81 – 1.00 = sehr groß;

6.4 Ergebnisse des Fragebogens

Die Entwicklung des Instrumentes ist im Kapitel Methodologie 5.4 bzw. 5.4.2 ausführlich beschrieben. Die Verteilung der Beantwortungen der Fragen sind tabellarisch zusammengefasst und im Anhang 3 Tabelle 2 angegeben.

6.5 Ergebnisse der Forschungsfragen

Führen die Pflegenden am Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung Onkologie, routinemäßig eine Pflegebedarfserhebung bei der stationären Aufnahme durch? (Frage 1)

Das Ergebnis der Analyse der Pflegedokumente zeigt, dass alle gesichteten Unterlagen (100%) eine Pflegebedarfserhebung aufzeigen (Tabelle 1). Die Pflegebedarfserhebung wurde somit bei der stationären Aufnahme routinemäßig durchgeführt.

Frage im Pflegedokument	Kodierung	Häufigkeit = n	Prozentzahl
Ist im Pflegedokument der Pflegebedarf schriftlich festgelegt?	Ja	53	100
	Nein	0	0

Tabelle 1: Pflegebedarf schriftlich festgelegt

Wann und auf welche Art und Weise wird der Pflegebedarf erhoben und wie lange dauert im Durchschnitt diese Erhebung? (Frage 2)

Die Pflegenden geben mit 37,8 % an, dass ausschließlich am Tag der stationären Aufnahme die Pflegebedarfserhebung stattfindet und 15,6 % in den ersten fünf Tagen. Sowohl am Aufnahmetag als auch in den ersten 5 Tagen geben 44,4 % der Befragten an. Die Analyse der Pflegedokumente zeigt, dass am ersten Tag 67,9 %, in den ersten fünf Tagen 9,4 % und nach dem fünften Tag 17,0 % die Pflegebedarfserhebung stattgefunden hat. In 18,9 % der Fälle konnte nicht identifiziert werden wann die Aufnahme durchgeführt worden ist. Der Vergleich „Zeitpunkt der Erhebung“ (Abbildung 6) veranschaulicht den zum Teil gravierenden

Unterschied der zwei Instrumente. Die Art der Pflegebedarfserhebung ist mit 24,4 % individuell, 11,1 % nach standardisiertem Schema und 62,2 % individuell und nach standardisiertem Schema von den Pflegenden angegeben worden (vgl. Tabelle 2). Alle eingeschlossenen Stationen delegieren die Pflegebedarfserhebung an Krankenpflegeschüler, zusätzlich führen Pflegehilfen auf den Abteilungen Hämatologie/Onkologie und Radioonkologie zu 13,3 % die Pflegebedarfserhebung durch. Unter der Kategorie „andere“ sind ausschließlich examinierte Pflegenden genannt. Diese übernehmen die Betreuung der Patienten nach dem Schichtwechsel (Tabelle 2). Beim Aufnahmegespräch orientieren sich drei Viertel der Probanden an die vorgegebenen Themen des standardisierten Formulars, das die „Aktivitäten des Täglichen Lebens“ aufnimmt (Henderson, 1963). Ausschließlich an Erfahrung orientieren sich 8,9 % während weitere 8,9 % sich an den vorgegebenen Themen und an Erfahrung orientieren. Die Befragten verwenden die üblichen Standardformulare zu 33,3 % „immer“, 46,7 % „meistens“, 13,3 % „selten“ und 4,4 % „nicht“. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, ist die Durchschnittsdauer der Pflegebedarfserhebung in den Kategorien 5 – 15 Minuten mit 42,2 % und 16 – 25 Minuten mit 40,0 % annähernd gleich. Während 26 – 35 Minuten 11,1 % und 36 – 45 Minuten 4,4% im Durchschnitt für die Pflegebedarfserhebung benötigen. Die Pflegenden der allogenen Knochenmarktransplantationsstation wenden Durchschnitt mehr Zeit für das Aufnahmegespräch auf während auf allgemeiner Hämatologie/Onkologie eher weniger Zeit beansprucht wird.

Fragen - Fragebogen	Kodierung	Häufigkeit = n	Prozentzahl
Auf welche Art und Weise erheben Sie den Pflegebedarf?	individuelles Interview	11	24,4
	standardisiertes Schema	5	11,1
	beides	28	62,6
Delegieren Sie die Erfragung der Daten? Wenn ja, an wen	ja/nein	7/22	15,6/48,9
	teilweise	16	35,6
	Krankenpflegeschüler	11	24,4
	Pflegehilfe	6	13,3
Wie lange benötigen Sie ungefähr für die Erhebung?	andere	6	13,3
	5 – 15 Minuten	19	42,2
	16 – 25 Minuten	18	40,0
	26 – 35 Minuten	5	11,1
	36 – 45 Minuten	2	4,4

Tabelle 2: Art der Erhebung und Dauer

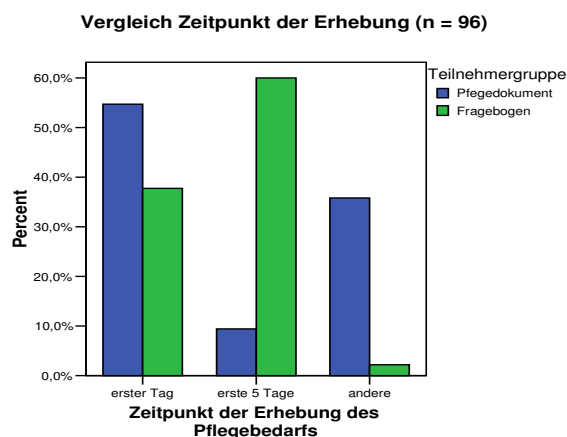


Abbildung 6: Vergleich Zeitpunkt der Erhebung

Was erfassen die Pflegenden bei der Pflegebedarfserhebung? (Frage 3)

Der Inhalt des Aufnahmegesprächs bezieht sich bei allen Befragten auf den körperlichen Bedarf. Der soziale und psychische Bedarf ist mit 95,6 % bzw. 88,9 % Gesprächsinhalt bei der Erhebung der Daten. Der spirituelle Bedarf ist mit 26,7 % Thema der Pflegebedarfserhebung. Die Probanden erfragen mit 84,4 % den Informationsstand über die Krankheitssituation. Zudem ist unter der Rubrik „andere“ je einmal Information über Stationsablauf, berufliche Situation und pflegerelevante Themen genannt (Tabelle 3).

Frage - Fragebogen	Kodierung	Häufigkeit = n	Prozentzahl
körperlicher Bedarf	ja/nein	45/0	100/0
psychischer Bedarf	ja/nein	40/5	88,9/11,1
sozialer Bedarf	ja/nein	43/2	95,6/4,4
spiritueller Bedarf	ja/nein	12/33	26,7/73,3
Informationsstand	ja/nein	37/7	84,4/15,6
andere	ja/nein	3/42	6,7/93,3

Tabelle 3: Inhalt des Pflegebedarfsgesprächs

Was wird wann, auf welche Weise bei der Pflegebedarfserhebung dokumentiert, welches Medium kommt zum Einsatz und in wie weit ist der Patient involviert? (Frage 4)

Sowohl die Analyse der Pflegedokumente als auch die Befragung zeigt, dass körperlicher Bedarf über 96 % dokumentiert wird. In allen anderen Bereichen ist die Befragung vier Mal höher, außer bei der Rubrik „Informationsbedarf“, dieser wird von den Pflegenden niedriger eingeschätzt. Der spirituelle Bedarf ist in den gesichteten Pflegedokumenten nicht niedergeschrieben worden, obwohl 40,0 % der Befragten angeben diesen in ihre

Dokumentation aufzunehmen (vgl. Tabelle 4). Während des Aufnahmegesprächs wird die Dokumentation in 66,7 % der Fälle vorgenommen und nach dem Aufnahmegespräch nehmen 53,3 % die Dokumentation vor. Knapp ein Viertel der Pflegenden schreiben die Patientendaten auf einen Zettel und übertragen diese nach dem Gespräch ins Dokumentationssystem und 6,7 % notieren die erhobenen Daten nach dem Schichtwechsel. Auf welche Weise die Daten dokumentiert werden wird von Seiten der Pflegenden bei den Antwortkategorien „freie Sätze“ mit 62,2 %, „stichpunktartig“ mit 77,8 % und „Ankreuzverfahren“ mit 66,7 % angegeben. Unter der Kategorie „andere“ ist mit 4,4% „Zitate des Patienten“ aufgenommen. Das Ergebnis der Analyse der Pflegedokumente zeigt folgende Verteilung der gleichen Antwortkategorien: 7,5 % „freie Sätze“, 100 % „stichpunktartig“ und 56,6 % „Ankreuzverfahren“ (vgl. Abbildung 7). Überwiegend kommt die handschriftliche Dokumentation zum Einsatz (62,3%). Ein computergestütztes Medium ist bei 34 % der analysierten Dokumente zu finden. Sowohl handschriftliche als auch computergestützte Dokumentation findet sich bei 3,8 % der Pflegedokumente. Die Abteilungen allogene Knochenmarkstransplantation und Radioonkologie nehmen vorwiegend die Dokumentation computergestützt vor während die allgemeine Hämatologie/Onkologie ausschließlich handschriftlich dokumentiert. Des Weiteren wird die Dokumentation mit 42,2 % „ohne dem Patient“, mit 28,9 % „gemeinsam mit dem Patient“ und mit 22,2 % „im Beisein vom Patient“ durchgeführt. Die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Pflegebedarfserhebung ist bei der Analyse der Pflegedokumente zu 15,1 % der Fälle.

	Kodierung	Pflegedokument (n = 53) Prozentzahl	Fragebogen (n = 44) Prozentzahl
körperlicher Bedarf	ja/nein	96,2/3,8	97,8/0
psychischer Bedarf	ja/nein	58,5/41,5	84,4/13,3
sozialer Bedarf	ja/nein	22,6/77,4	91,1/6,7
spiritueller Bedarf	ja/nein	0/100	40,0/57,8
Ressourcen und Fähigkeiten	ja/nein	20,8/79,2	88,9/8,9
Vorlieben und Gewohnheiten	ja/nein	7,5/92,5	68,9/28,9
Entlassungsmanagement	ja/nein	71,7/20,8	53,3/44,4
Informationsbedarf	ja/nein	54,7/45,3	86,7/11,1
Beratungsbedarf	ja/nein	47,2 %/52,8	71,7/26,7

Tabelle 4: Vergleich Dokumentationsbereiche: Pflegedokument und Fragebogen

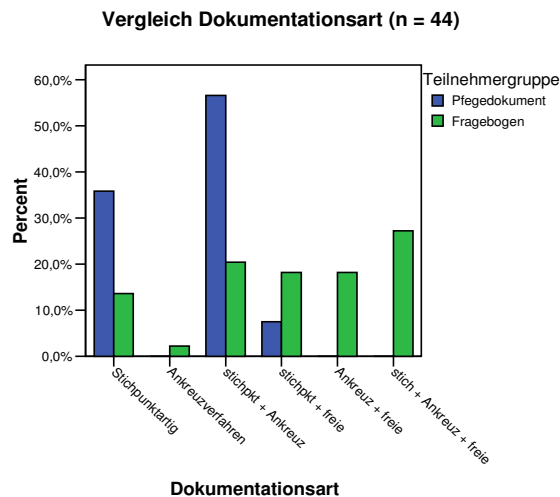


Abbildung 7: Dokumentationsart

Welche Faktoren auf Seiten der Pflegenden beeinflussen die Pflegebedarfserhebung?

(Frage 5)

Die Befragten fühlen sich zu 15,6 % „sehr sicher“, zu 75,6 % „sicher“ und zu 6,7% unsicher bei der Pflegebedarfserhebung. Schulungen der standardisierten Formulare zur Erhebung des Pflegebedarfs, sowie Kommunikationsschulungen nach der Grundausbildung in Bezug auf das Aufnahmegespräch sind mit 64,4 % bzw. mit 84,4 % nicht erfolgt. Schwierige Themen, die von den Pflegenden aus nicht angesprochen werden sind unter anderem Sexualität (73,3 %), Religion (51,1 %) und Sterben (42,2 %). Zusätzlich haben zwei Probanden jeweils ein Thema, das sie von sich aus nicht ansprechen würden, im Freitext niedergeschrieben: familiäre Konstellation und psychische Probleme. Über die Hälfte der Befragten (51,1%) fühlen sich sicherer mit einem standardisierten Formular in der Hand während des Erhebungsgesprächs, 26,7 % vertreten die Meinung, dass die verwendeten Formulare nicht eindeutig und verständlich sind und 24,4 %, dass diese nicht alle relevanten Pflege Themen für onkologische Patientinnen und Patienten abdecken und zwar Informationsstand der Patienten, Versorgung zu Hause, soziales Umfeld, sowie Informations- und Beratungsbedarf. Weitere Faktoren die die Pflegebedarfserhebung beeinflussen sind Zeitmangel mit 37,8, sowie kein ruhiges Zimmer mit 48,9 %.

Die folgende Tabelle veranschaulicht Aspekte, die nach Meinung der Befragten, die Pflegebedarfserhebung erleichtern bzw. erschweren.

	Erleichterung (n 45)		Erschwernisse (n 45)
genügend Zeit	73,3 % (33)	Zeitdruck	75,6 % (34)
übersichtliches Formular	53,3% (24)	Mehrfachdokumentation	53,3 % (24)
Ruhiges Zimmer	48,9% (22)	Ablenkung/Störung	44,4 % (20)
Schulungen in Gesprächsführung	33,3 % (15)	fehlendes ruhiges Zimmer	42,2 % (19)
Überprüfen der Formulare	28,9 % (13)	Unzureichende Formulare	31,1 % (14)
leichter Zugang zu bereits erhobenen Daten	26,7 % (12)	fehlende Schulungen in Gesprächsführung	17,8% (8)
Selbsteinschätzungsinstrumente	17,8 % (8)	fehlende Schulungen zum Pflegeverständnis	15,6 % (7)
Schulungen/Pflegeverständnis	15,6% (7)	erschwerter Zugang zu bereits erhobenen Daten	13,3 % (6)

Tabelle 5: Aspekte, die die Datenerhebung erleichtern bzw. erschweren – Gewichtung der Pflegenden

Eine Erleichterung bei der Pflegebedarfserhebung sind vor allem genügend Zeit (73,3%) und Ruhe (48,9 %). Ein übersichtliches Formular zur Erhebung des Pflegebedarfs ist für 53,3 % hilfreich. Ein Viertel (28,9 %) der Befragten geben die fortlaufende Überprüfung standardisierter Formulare als Erleichterung an. Drei Viertel der Probanden sind Schulungen in Gesprächsführung hilfreich während Schulungen zum Thema Pflegeverständnis zu 15,6 % eine Erleichterung darstellt. Einen leichten Zugang zu bereits erhobenen Daten ist mit 26,7 % und die Anwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten mit 17,8 % als Hilfe gewichtet (vgl. Tabelle 5). Zeitdruck (75,6%), Ablenkung/Störung (44,4%) und fehlendes ruhiges Zimmer (42,2%) sind in der Kategorie Erschwernisse die am meisten gewichteten, dazu kommt der Aspekt Mehrfachdokumentation (53,3%). Ferner werden unzureichende Formulare (31,1%), fehlende Schulungen in Gesprächsführung (17,8%), fehlende Schulungen zum Pflegeverständnis (15,6%) und erschwerter Zugang zu bereits erhobenen Daten (13,3%) als erschwerende Aspekte bei der Pflegebedarfserhebung genannt.

Vier von fünfundvierzig Probanden haben zusätzlich eigene Gedanken zum Thema Pflegebedarfserhebung wie folgt formuliert: 1) am Aufnahmetag an die Entlassungsplanung zu denken stellt eine Überforderung dar; der Gesundheitszustand onkologischer Patienten

unterliegt einer ständigen Veränderung, somit ändert sich auch der Pflegebedarf; 2) fehlende Informationen über die Weiterversorgung der Patienten in Bezug auf rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Ebene; 3) mangelhaftes standardisiertes Formular in Hinblick auf die Themenbereiche für onkologische Patienten; 4) fehlender Platz auf dem verwendeten Formular für zusätzliche Informationen über psychische und familiäre Situation; 5) wesentlicher Aspekt bei der Pflegebedarfserhebung ist die Beziehungsbildung, deshalb ist diese Aufgabe nicht delegierbar.

6.6 Einschätzung der Ergebnisse und Vergleich

Um die Einschätzung der Ergebnisse zur Pflegebedarfserhebung (PBE) im Vergleich zur internationalen Literatur transparent und nachvollziehbar zu beschreiben wird eine Visualisierung in Form einer Matrix vorgenommen (Tabelle 6 und 7).

In der internationalen Literatur herrschen folgende Formen, Elemente und Faktoren vor².

Ein Systematisierungsversuch kann folgendermaßen aussehen:

Formen der PBE	Element	Element	Element	Element	Element	Faktor	Faktor
	Gültigkeit und Zuverlässigkeit	Praxisnähe und Anwenderfreundlichkeit	Selbsteinschätzung	Dokument	Implementierung/Schulung	Rahmenbedingungen	Kommunikationskompetenz
Konzept	+	+	+/-	+	+	+	+
standardisierte Form	?	?	?	+/-	-	+/-	+/-
implizites Erfahrungs- u. Handlungswissen	-	-	?	-	-	?	?

Tabelle 6: Verbindungen zwischen Formen der PBE, Elemente und Faktoren der internationalen Literatur.

Kommunikationskompetenz ist in diesen Zusammenhang zu unterscheiden von Kommunikationstraining in Rahmen von Implementierungs- und Schulungseinheiten und meint allgemeine Kommunikationskompetenz (vgl. Fußnote 1)

² Formen: gemeint sind die in der Literatur vorgefunden Formen von PBE (vgl. Kapitel 2.3.3); Elemente: gemeint sind Elemente die die jeweiligen PBE aufweisen (vgl. Kapitel 2.3.4); Faktoren: gemeint sind Bedingungen für die PBE (vgl. Kapitel 2.3.4);

Diese Darstellung bezieht sich auf die Ergebnisse der IST-Analyse der PBE:

Formen der PBE	Element	Element	Element	Element	Element	Faktor	Faktor
	Gültigkeit und Zuverlässigkeit	Praxisnähe und Anwenderfreundlichkeit	Selbsteinschätzung	Dokument	Implementierung/Schulung	Rahmenbedingungen	Kommunikationskompetenz
Konzept	-	-	-	-	-	-	-
standardisierte Form	-	+/-	?	+/-	-	+/-	+/-
implizites Erfahrungs- u. Handlungswissen	-	-	?	-	-	?	?

Tabelle 7: Verbindungen zwischen Formen der PBE, Elemente und Faktoren der IST-Analyse

Konzept

Konzept bezeichnet von den drei vorliegenden Formen diejenige, die einer am umfassenden PBE am nächsten kommt, ob ein Selbsteinschätzungsinstrument ergänzend zur Befragung durch die Professionellen angewendet wird kann im Einzelfall nur vermutet werden. Es ist auch zu bedenken, dass Selbsteinschätzung des Pflegebedarfs von Seiten der Betroffenen nicht nur mit einem ausgewiesenen Instrument, sondern auch mit einer offenen Befragung gewährleistet werden kann.

Standardisierte Form

In wie weit die Anwendung von gültigen und zuverlässigen bzw. praxisnahen und anwenderfreundlichen Instrumenten sowie die Form der Selbsteinschätzung der Betroffenen eingesetzt werden ist nicht zu beantworten. Diese Form der PBE beinhaltet keine expliziten Implementierungs- und Schulungseinheiten.

Implizites Erfahrungs- und Handlungswissen

Diese Form der PBE weist eine Reihe von Fragezeichen auf. Es ist nicht klar in wie weit Instrumente verwendet werden, die den pflegewissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen, da keine Überprüfung stattfindet. Schulungs- und Implementierungsphasen fehlen bei dieser Form. Selbsteinschätzung kann eine Rolle spielen. Es ist anzunehmen dass die Dokumentation eher subjektiv und der jeweiligen Expertise überlassen wird.

Es kann gemutmaßt werden, dass die PBE am Universitätsklinikum am ehesten einen theoretischen Rahmen der standardisierten PBE einzuordnen ist. Ein Vergleich der Ergebnisse der IST-Analyse mit der internationalen Literatur legt nahe, dass in jener an folgende Elemente und Faktoren mindestens teilweise abgedeckt werden: praxisnahe und anwenderfreundliche Instrumente, Dokumentation, Rahmenbedingungen und Kommunikationskompetenz. Dieser Befund bestätigt im Wesentlichen die Ergebnisse der internationalen Literatur. Insbesondere besteht jedoch Verbesserungsbedarf hinsichtlich patientenorientierter PBE. Die Einschätzungen der Pflegenden, (vgl. Tabelle 5) veranschaulichen unter anderem die Rangfolge der Themen für Verbesserungsbedarf. Die Rahmenbedingungen wurden in der vorliegenden Untersuchung von den Befragten mit genügend Zeit bzw. Zeitdruck und ruhiges Zimmer bzw. fehlendes ruhiges Zimmer und Ablenkung/Störung als wesentlicher Verbesserungsfaktor gewertet. Der Punkt Kommunikationskompetenz wurde unter den Rubriken Schulungen in Gesprächsführung bzw. fehlende Schulungen in Gesprächsführung sowie schwierige Themen, die von den Professionellen nicht angesprochen werden, als Verbesserung sichtbar. Der Bedarf nach gültigen und zuverlässigen sowie praxisnahen und anwendbaren Instrumenten wird gemäß der Befragung deutlich in der Forderung der Pflegenden nach fortlaufender Überprüfung der standardisierten Formulare auf Gültigkeit und Zuverlässigkeit, einem übersichtlichen Formular für die Dokumentation, bzw. standardisierte Formulare, die die Themen der Praxis abdecken. Ein weiterer Schwerpunkt zeigt sich beim Element Dokumentation. Erschwerter Zugang zu bereits erhobenen Informationen durch das interdisziplinäre Team sowie Mehrfachdokumentationen behindern die PBE (vgl. Tabelle 5). Die Analyse der Pflegedokumente bestätigt diese Forderung (vgl. Anhang 3 Tabelle 1).

7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die entwickelten Instrumente, die Bedeutungen der Ergebnisse sowie Begrenzungen der Untersuchung diskutiert.

7.1 Entwickelte Instrumente

Analyseraster der Pflegedokumente

Die Testung der Interrater Reliabilität zeigt eine sehr große Übereinstimmung, das bedeutet, dass das Instrument unabhängig von den Beurteilern eingesetzt werden kann. Dieses Gütekriterium gilt jedoch nur für die vorliegende Untersuchungspopulation. Eine Verbesserung der Frage fünf („Ist aus der Dokumentation ersichtlich, dass der Pflegeempfänger in die Pflegebedarfserhebung mit einbezogen wurde?“) ist empfehlenswert, da Interpretationsspielraum vorhanden ist. Bei erneutem Einsatz des Instrumentes sollte diese konkretisiert werden. Ein Vorschlag wäre Indizien: a) Patientenzitate und b) jede Form der Selbsteinschätzung zu der bestehenden Frage hinzuzufügen.

Fragebogen für die Pflegenden

Der Fragebogen weist Expertenvalidität auf. Die zurückgesendeten Fragebögen zeigen geringfügig fehlende Antworten („missing values“) und nur einen „drop out“. Es ist anzunehmen, dass das Instrument verständlich und anwendbar für die teilnehmenden Pflegenden war. Durch die Datenanalyse wurde bei Frage 7 und 10 hinsichtlich der Antwortkategorie Verbesserungsbedarf deutlich. Beide Fragen beinhalten dieselben Antwortkategorien außer „Informationsstand über die Krankheitssituation“ (vgl. Anhang 3 Tabelle 4 und 5). Damit ein Vergleich zwischen Inhalt des Gesprächs und der Dokumentation bei allen Antwortkategorien stattfinden kann sollte diese Kategorie ergänzt werden.

7.2 Diskussion der Forschungsfragen

Führen die Pflegenden am Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung Onkologie, routinemäßig eine Pflegebedarfserhebung bei der stationären Aufnahme durch?

Es kann festgestellt werden, dass alle gesichteten Pflegedokumente eine schriftliche Erfassung des Pflegebedarfs aufweisen. Die qualitativen Unterschiede der einzelnen Pflegedokumente vor allem in der Erhebung der psychosozialen Bereiche lassen zum Teil eine erhebliche Abweichung erkennen. Der Inhalt der Dokumentation sollte den Pflegebedarf

real widerspiegeln, damit eine nachweisliche Grundlage für die erbrachten Pflegeleistungen gegeben ist (Isfort, 2002).

Wann und auf welche Art und Weise wird der Pflegebedarf erhoben und wie lange dauert sie?

Wann die Pflegebedarfserhebung stattfindet ergibt beim Vergleich der beiden Instrumente eine große Diskrepanz. Vor allem die Antwortkategorie „innerhalb der ersten fünf Tage“ wurde von den Befragten umsfünffache höher bewertet. Ob Pflegenden die Erhebung der Patientendaten schrittweise, innerhalb der ersten fünf Tage, durchführen ohne wiederkehrenden Datumsvermerk im Dokument kann nur gemutmaßt werden. Zudem weist einfünftel der gesichteten Pflegedokumente kein Erhebungsdatum auf. Die Pflegebedarfserhebung delegieren über 50% der Befragten ganz bzw. teilweise an Pflegehilfen und/oder Krankenpflegeschüler. Dies ist vor allem auf den Stationen der Fall, die angeben wenig Zeit und kaum Ruhe für die Erhebung zur Verfügung zu haben. Auch wenn es verständlich erscheint bei Zeitmangel die Erhebung des Pflegebedarfs zu delegieren, so ist dies in Hinblick auf eine umfassende Pflegebedarfserhebung onkologischer Patienten, die neben fachlicher und sozialer Kompetenz besonders allgemeine Kommunikationsfähigkeiten benötigt, fragwürdig (Bartholomeyczik, 2000; Cadd, 2000; Crooks, 2004). Meines Erachtens kann dies nicht von Krankenpflegeschülern bzw. Pflegehilfen geleistet werden, da die entsprechenden Qualifikationen kaum zu erwarten sein dürften und die Beziehung zum Patienten fragmentiert werden würde.

Was erfassen die Pflegenden bei der Pflegebedarfserhebung?

Körperlicher Pflege-Bedarf als Inhalt des Aufnahmegesprächs wurde von allen Befragten angegeben. Des Weiteren sind psychischer und sozialer Betreuungs-Bedarf sowie Informationsstand über die Krankheitssituation zu einem sehr hohen Prozentsatz Thema der Pflegebedarfserhebung. Der spirituelle Bedarf der Betroffenen hingegen wird in einem niedrigeren Umfang thematisiert (vgl. Kapitel 6.5 Tabelle 3). Spiritualität und Lebensqualität wurde zum Beispiel bei gynäkologischen Patientinnen untersucht. Das Forscherteam befragte achtzehn Frauen mit Hilfe eines Selbsteinschätzungsfragebogens. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass die Frauen es als Unterstützung sahen, wenn der spirituelle Bedarf bei der Pflegebedarfserhebung eruiert wurde (Gioiella, 1998). Crooks (2004) beschreibt in ihrer Studie, dass der körperliche Bedarf nach wie vor vorrangig bei der Pflegebedarfserhebung behandelt wird und spiritueller Bedarf nur vereinzelt, obwohl onkologische Patientinnen und

Patienten spirituelle Bedürfnisse äußern. Dies sollte Anlass geben den spirituellen Bedarf stärker in der täglichen Pflegebedarfserhebung zu berücksichtigen.

Wie wird die Pflegebedarfserhebung dokumentiert, wann wird diese vorgenommen und ist der Patient in die Dokumentation involviert?

Die Selbsteinschätzung der Pflegenden in Bezug zur Dokumentationsart variiert stark bei den Antwortkategorien „freie Sätze“ und „stichpunktartig“ mit der analysierten Pflegedokumenten (vgl. Abschnitt 6.5 und Abbildung 7). Weit über die Hälfte der Befragten nehmen die Dokumentation während der Pflegebedarfserhebung vollständig oder teilweise vor. Es ist erstaunlich dass ein Viertel der Probanden trotz standardisierter Formulare den Pflegebedarf auf einen Zettel schreiben, um anschließend die Daten in das Dokumentationssystem zu übertragen. Hier besteht Verbesserungsbedarf, wenn man bedenkt welches Zeitfenster diese Tätigkeit benötigt. Es ist zu vermerken, dass die Station mit der größten Zeitnot die Patientendaten während der Erhebung ins Dokumentationssystem aufnimmt. Weniger als ein Viertel der Probanden führen gemeinsam mit dem Patienten die Dokumentation durch. Nur ein geringer Prozentsatz der analysierten Pflegedokumente zeigte, dass die Patienten in die Dokumentation einbezogen worden sind, Äußerungen und Zitate der Patienten wurden vermerkt. Eine am Patienten orientierten Pflegebedarfserhebung fordert, dass die Sicht der Betroffenen in die Dokumentation aufgenommen wird (Cadd, 2000; Farrell, 2005). Der Anspruch und die Fähigkeit onkologischer Patientinnen und Patienten sich am Behandlungsprozess zu beteiligen, sowie die Erhebung subjektiver Befindlichkeiten würde eine Einbeziehung der Erkrankten in die Dokumentation mehr als rechtfertigen. Ferner würde die Patientenautonomie gestärkt in Hinblick auf Mitbestimmung und der Pflegebedarf würde einem geäußerten Bedürfnis entsprechen.

Was wird bei der Pflegebedarfserhebung dokumentiert und welches Medium kommt zum Einsatz?

Die enorme Diskrepanz zwischen Einschätzung der Probanden und analysierten Pflegedokumenten in Bezug auf die Dokumentation von psychischen, sozialen und spirituellen Bedarf, Ressourcen und Fähigkeiten, Vorlieben und Gewohnheiten sowie Informations- und Beratungsbedarf wird in dieser Untersuchung sichtbar. Alle Aspekte wurden von den Pflegenden um ein Vielfaches höher eingestuft. Ein Grund dafür könnte sein, dass diese zwar den Pflegebedarf eruieren, die verwendeten Instrumente einen Mangel in Bezug auf eine vollständige Dokumentation aufweisen. Die Ergebnisse internationaler

Studien zeigen ähnliche Resultat, nämlich dass die Pflegenden bei Befragungangaben in einem höheren Maße zu dokumentieren als das bei der Analyse tatsächlich der Fall war (Cadd, 2000; Crooks, 2004; Hale, 1997). Die Tatsache, dass Entlassungsmanagement niedriger beurteilt wurde könnte auf dem interdisziplinären Charakter des Instruments zurückzuführen sein, da neben den Pflegenden auch Sozialarbeiter das Formular ausfüllen. Das könnte bedeuten, dass geklärt werden sollte, wer welche Aufgabe bei der Entlassungsplanung übernimmt.

Welche Faktoren auf Seiten der Pflegenden beeinflussen die Pflegebedarfserhebung?

Es wird sichtbar, dass die Befragten trotz eines hohen Sicherheitsgefühls bei der Pflegebedarfserhebung bestimmte Themen wie Sexualität, Religion und Sterben von sich aus nicht ansprechen würden. Das könnte auf mangelnde Kommunikationskompetenz zurückzuführen sein oder darauf, dass diese Themen tabu sind. Das Ansprechen der oben genannten Themen bei der Erhebung des Pflegebedarfs könnte zur Folge haben, dass sehr persönliche Nöte ans Licht kommen. Notwendig erscheint, dass die Professionellen Sicherheiten nicht nur in der Gesprächsführung, sondern auch in fachlicher und menschlicher Hinsicht aufweisen. Einige Studien bestätigen, dass Pflegenden Sexualität und Spiritualität von sich aus kaum ansprechen, diese Themen sind deshalb in der Dokumentation vernachlässigt. Die Autoren empfehlen dringend Kommunikationsschulungen im Allgemeinen, da Beziehungsbildung ein Schlüssel der Patientenzufriedenheit darstellt (Crooks, 2004; Farrell, 2005). Des Weiteren weist die vorliegende Untersuchung auf, dass weniger als ein Drittel der Pflegenden Schulungen der verwendeten Instrumente erhalten hat. Es herrscht Konsens bei einigen Autoren der gesichteten Artikel, dass ohne Implementierungs- und Schulungsphase verwendeter Instrumente eine Überprüfung auf Verständlichkeit, Anwendbarkeit und Praxisrelevanz nicht gewährleistet werden kann (Bonevski, 2000; Crooks, 2004; Sanson-Fisher, 2000).

Die zwei Gewichtungsfragen im Fragebogen, bestätigen, dass neben fehlender Zeit und Ruhe, Schulungen für Gesprächsführung und praktikable Instrumente, vor allem ohne Mehrfachdokumentationen, eine Erleichterung bei der PBE mit sich bringen würde. Ein Veränderungsbedarf der Rahmenbedingungen besteht vor allem auf den zwei allgemeinen hämatologischen/onkologischen Stationen. Es ist anzunehmen, dass wahrscheinlich eine größere Patientenzahl mit kürzerer Liegedauer betreut wird, somit erhöht sich auch die Arbeitsbelastung. Der Einsatz von Selbsteinschätzungsinstrumenten für die Patientinnen und

Patienten wurde nur vereinzelt als Erleichterung gewichtet. Es kann vermutet werden, dass fehlendes Wissen über Selbsteinschätzungsinstrumente vorliegt, eine Selbsteinschätzung von Seiten der Patienten zeitlich nicht machbar erscheint oder dass Pflegende sich nicht kompetent für diese Aufgabe fühlen. Ein ergänzendes Selbsteinschätzungsinstrument, sei es durch ein Instrument das die Patienten ausfüllen oder durch offene Fragestellungen seitens der Professionellen, ist notwendig, um den vom Patienten geäußerten Pflegebedarf zu erfassen. (Arraras, 2004; Bonevski, 2000; Cossich, 2004; Graydon, 1997; Luker, 1995, 1996; Osse, 2004).

Begrenzungen der Untersuchung

Die Anzahl der analysierten Pflegedokumente und der Probanden war begrenzt wegen des erschwerten Zugangs zur Population, den eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten, des zeitlichen Rahmens und der begrenzten Kapazität der Forscherin. Zudem sagt sie nur etwas über die Stationen aus, an denen die Untersuchung stattfand. Es ist nicht auszuschließen, dass die Situation in anderen Fachgebieten und Krankenhäusern vergleichbar ist. Die Studie erhebt somit keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit sondern hat ihre Gültigkeit im Kontext.

8 Schlussfolgerung und Empfehlung/Ausblick

Die vorliegende Untersuchung legt dar, dass am Universitätsklinikum, Abteilung Medizinische Onkologie und Radioonkologie, eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Pflegenden in Bezug auf ihr Dokumentationsverhalten und der erfolgten Pflegedokumentation besteht. Die Studie veranschaulicht, dass Pflegende eine umfassendere Dokumentation des Pflegebedarfs vorzunehmen meinen, als sie tatsächlich vorgenommen wird. Ferner ist aufgrund der Untersuchung zu vermuten, dass die verwendeten Instrumente zur Pflegebedarfserhebung nur teilweise als praxisnah und anwendungsfreundlich zu bewerten sind. Die genannte Diskrepanz ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Pflegenden tatsächlich jeweils mehr erheben, als sie dokumentieren. Zu vermuten ist in diesem Fall weiter, dass die vorliegenden Formulare nicht geeignet sind, dieses Mehr an Erhobenem zu erfassen. Zu empfehlen wären demnach Ergänzungen der Formulare um geeignete Items und/oder Platz für freie Formulierungen. Derart angepasste Instrumente sollten zudem den Kriterien Gültigkeit und Zuverlässigkeit, Anwendungsfreundlichkeit und Praxisnähe genügen. Die Sicht der Betroffenen und somit die Mitbestimmung der onkologischen Patientinnen und Patienten sollte stärker als bisher in die Erhebung des

Pflegebedarfs einbezogen werden. Ein Instrument der Selbsteinschätzung könnte ein Hilfsmittel für eine am Patientenbedarf orientierte Pflege darstellen. Keines der genannten Instrumente ersetzt freilich den Einsatz nicht standardisierbarer Expertise bei der Pflegebedarfserhebung. Mit Blick auf die beeinflussenden Faktoren dieser sind zudem Schulungen der allgemeinen Kommunikationskompetenz und eine Optimierung der Rahmenbedingungen empfehlenswert, um eine umfassende Pflegebedarfserhebung zu gewährleisten.

Ausblick

Die deskriptive Studie legt eine Datengrundlage zum Thema Pflegebedarfserhebung und kann als Pilotstudie angesehen werden. Eine Multicenter Studie, die den IST-Zustand der Pflegebedarfserhebung an onkologischen Zentren untersucht könnte mit einem modifizierten Analyseraster und Fragebogen folgen. Die zukünftige Untersuchung sollte die Patientensicht, sowie die am Behandlungsprozess beteiligten Professionen einschließen. Eine gemeinsame Datenerhebung könnte Ressourcen bündeln, Mehrfachdokumentation vermeiden, sowie Synergien freisetzen. Darauf aufbauend könnten Assessmentinstrumente für onkologische Patientinnen und Patienten im stationären Setting entwickelt werden. Ein Vorteil umfassender Instrumente zur Pflegebedarfserhebung ist, dass sie sozusagen dazu verhelfen, möglichst keinen relevanten Bereich, vor allem subjektorientierte und psychosoziale, auszulassen. Durch eine zielgerichtete Bedarfserhebung können die Leistungsaufwendungen sichtbar und nachvollziehbar für die Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger abgeleitet werden. Vor der Entwicklung eines neuen Instrumentes muss allerdings geprüft werden, ob mittlerweile neue Erhebungsinstrumente zur Verfügung stehen, die für die Erhebung des Pflegebedarfs onkologischer Patientinnen und Patienten, im Sinne der vorliegenden Studie, angepasst werden können.

9 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., Hunstein, D., Koch, V., Zegelin-Abt, A.,. (2001). *Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- 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.
- Farrell, C., Heaven, C., Beaver, K., Maguire, P., (2005). Identifying the concerns of women undergoing chemotherapy. *Patient Education and Counseling*, 72-77.
- Ferruci, C., et al. (2003). The trailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology. *Oncology Hematology*, 46, 127-128.
- Gioiella, M. E., Berkman, B., Robinson, M., (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patient. *Cancer Practice*, 6, 333-338.
- 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.
- Greißinger, P., Rossels, H., (1999). Die Fallzahl steigt, die Fallkosten sinken, das Betriebsergebnis wird schlechter. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, Heft 5.
- Hale, C. A., Thomas, L.H., et al. (1997). The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 207-214.

- Henderson, V. (1963). *Grundregeln der Krankenpflege (ICN Basic Principles of Nursing Care)*. Frankfurt am Main: Deutsche Schwesterngemeinschaft.
- Isfort, M., Klug, E., Weidner, F., (2002). *Pflegequalität und Pflegeleistungen 2, zweiter Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes: "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen"*. Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. Retrieved, from the World Wide Web:
- Isfort, M., Weidner, F., (2001). *Pflegequalität und Pflegeleistungen 1, Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen"*. Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. Retrieved, from the World Wide Web:
- Landi, F., Tua, E., Onder, G., et al. (2000). Minimum Data Set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care*, 38, 1184-1190.
- 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.
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- 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.
- Lüngen, M., Lauterbach, K. W., (2003). *DRG in deutschen Krankenhäusern. Umsetzungen und Auswirkungen*: Schattauer Verlag.
- 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.
- Morris, J. N., Murphy, K., Nonemaker, S., (2000). *RAI 2.0 Resident Assessment Instrument, Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation* (V. Garms-Homolova, Gilgen, R., Trans.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle,: Huber Verlag.
- Osse, B., Vernooij, M., Schade, 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., Beck, C.T., Hungler, B. P., (2004). *Quantitatives Forschungsdesign verstehen, Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber Verlag.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., et al. (2000). the Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. *Cancer*, 225-236.

- Steel, K., Ljunggren, G., Topinkove, E., Morris, J. N., Vitale, C., Parzuchowske, J., Nonemaker, S., (2003). The RAI-PC: an assessment instrument for palliative care in all settings. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20, 211-219.
- 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.
- Wimmer, E. (2005). *Pflegebedarfserhebung*. Unpublished Literaturarbeit, Universität Maastricht/NL, Stuttgart.
- Wright, K. (2003). Assessment for long-term care: a snapshot of nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, 8, 6-14.
- Yeaw, E., Burlingame, P.A., (2003). Identifying high-risk patients from the emergency department to the home. *Home-Healthcare-Nurse*, 21, 473-480.