

Masterarbeit

Reliabilität und Praktikabilität der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS-R) bei der Anwendung von Informationsbroschüren

Psychometrische Eigenschaften der PAS-R im rehabilitativen Setting im Kontext von Rater Training und Informationsbroschüren

eingereicht von

Sandra Anna Pirchheim, Bsc.

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Juliane Eichhorn-Kissel

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Christa Lohrmann

Graz, 28.05.2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 28.05.2015

Pirchheim Sandra, Bsc., eh.

Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei allen beteiligten Personen bedanken, die mich fortwährend bei der Erstellung dieser Masterarbeit tatkräftig und energisch unterstützt haben.

Das größte Dankeschön gilt meiner Betreuerin, Frau Prof. Dr. Juliane Eichhorn-Kissel, die für alle meine Anliegen und Fragen ein offenes Ohr hatte und mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand. Ohne Ihr umfangreiches fachliches Know-how hätte ich mich, vor allem im Statistikdschungel, wohl nicht zurechtgefunden oder würde mir darüber noch immer den Kopf zerbrechen. Danke für Ihre positive und konstruktive Unterstützung!

Des Weiteren darf ich mich auch herzlich bei den Teilnehmer/Innen bedanken, die an der empirischen Erhebung beteiligt waren. Sie haben meine Projektidee von Anfang an positiv aufgenommen und durch ihr umfangreiches Engagement und ihr Schaffen einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung dieses Projektes geleistet. – Ich danke Ihnen!

Besonderer Dank gilt auch meiner Bekannten Frau Mag. Dolensky und meiner Freundin Mag. Hofbauer, die mit ihren Germanistikkenntnissen zur Perfektion dieser Arbeit beigetragen haben.

Zu guter Letzt möchte ich meiner Familie und meinen Freundinnen danken, die mich jederzeit mit positiver Energie versorgt und mich immer aufgebaut haben, wenn ich es brauchte.

„Es ist ein lobenswerter Brauch: Wer was Gutes bekommt, bedankt sich auch.“

(Wilhelm Busch)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung	9
Abstract	11
1. Einleitung	13
1.1. Problemdarstellung.....	13
1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen	15
2. Theoretischer Bezugsrahmen	16
2.1. Erwachsenenpädagogik, Erwachsenenbildung, Weiterbildung, Andragogik	16
2.2. Paradigma des lebenslangen Lernens	19
2.3. Erwachsenenlernen in der Personalentwicklung/ Betriebliche Weiterbildung	20
2.4. Das Training	21
2.5. Rater Training im Kontext des Pflegeassessments	22
3. Methodische Vorbetrachtungen	24
3.1. Forschungsdesign	24
3.2. Setting und Sample	24
3.3. Methode zur Datenerhebung.....	24
3.4. Datenanalyse	29
3.5. Diskussion	31
4. Methode	34
4.1. Forschungsdesign	34
4.2. Setting und Sample	35
4.3. Datenerhebung.....	36
4.4. Datenanalyse	37

4.5. Ethische Aspekte.....	37
5. Ergebnisse.....	39
5.1. Ergebnisse zur Reliabilität (Äquivalenz) der PAS-R	39
5.2. Ergebnisse zur Praktikabilität der PAS-R	43
5.3. Analyse der offenen Fragen der Fragebogenumfrage.....	47
6. Diskussion.....	50
6.1. Effekt der Anwendung von Informationsbroschüren im Vergleich zur Durchführung eines Rater Trainings auf die Reliabilität (Äquivalenz) der PAS-R	50
6.2. Effekt der Anwendung von Informationsbroschüren im Vergleich zur Durchführung eines Rater Trainings auf die Praktikabilität der PAS-R.....	54
6.3. Implikationen für die pflegerische und pädagogische Praxis	57
6.4. Stärken und Schwächen der Studie und Empfehlungen für weitere Forschungen	59
6.5. Schlussfolgerung	60
Literaturverzeichnis	61
Anhang.....	67

Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung 1</u> : Struktur der Disziplin nach Dietrich.....	17
<u>Abbildung 2</u> : Der Pflegeprozess	22
<u>Abbildung 3</u> : Die Pflegeabhängigkeitsskala	26
<u>Abbildung 4</u> : Richtwerte zur Interpretation des Kappa-Koeffizienten.....	30
<u>Abbildung 5</u> : Charakteristika der Stichprobe	39
<u>Abbildung 6</u> : Cohen`s Kappa Werte im zeitlichen Verlauf	53
<u>Abbildung 7</u> : Verteilung der Zustimmung vs. Nicht-Zustimmung der Einzelitems in %, der Einrichtung RT vs. Einrichtung IB.....	55

Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1</u> : Reliabilitätsmaße nach der Anwendung von Informationsbroschüren & PAS - Fächer.....	41
<u>Tabelle 2</u> : Cohen`s Kappa Werte im zeitlichen Verlauf	42
<u>Tabelle 3</u> : Ergebnisse zur Praktikabilität nach der Anwendung von Informationsbroschüren & PAS-Fächer	44
<u>Tabelle 4</u> : Antworten der Pflegepersonen auf Frage 1	47
<u>Tabelle 5</u> : Antworten der Pflegepersonen auf Frage 2	47
<u>Tabelle 6</u> : Antworten der Pflegepersonen auf Frage 3	48
<u>Tabelle 7</u> : Maße zur Reliabilität (Äquivalenz) der Einrichtung IB vs. Einrichtung RT	51

Abkürzungsverzeichnis

CDS – R = care dependency scale for rehabilitation

ICC = Intraclass correlation

IB = Informationsbroschüren

M = Mittelwert

PA = Percentage Agreement

PAS = Pflegeabhängigkeitsskala

PAS – R = modifizierte Pflegeabhängigkeitsskala für den Rehabilitationsbereich

RT = Rater Training

SA = Standardabweichung

SVAI = Staff view assessment instrument

Zusammenfassung

Hintergrund: Bereits 1948 erkannte man das Potential und die Vorteile des Rater Trainings, welches vor allem im psychologischen Bereich Anwendung findet. Eichhorn-Kissel et al. (2010) haben den Effekt des Rater Trainings im Assessmentprozess auf die Einschätzungsqualität von Pflegepersonen auch im pflegerischen Setting nachweisen können. Inwiefern Informationsbroschüren zum selben Ergebnis führen, oder wie der Effekt differenziell zum Rater Training auf die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität von Assessmentinstrumenten ausfällt, ist wissenschaftlich noch nicht Gegenstand einer Untersuchung gewesen. Dies soll anhand der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS-R) erfolgen.

Ziel: Ziel der Arbeit ist die Testung der Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R nach der Anwendung von Informationsbroschüren. Die Ergebnisse werden mit Studien, die im Kontext mit Rater Training stattgefunden haben, verglichen.

Setting und Teilnehmer/Innen: Durch eine Gelegenheitsstichprobe konnte eine Rehabilitationseinrichtung in Österreich mit neurologischem, orthopädischem und pulmologischem Schwerpunkt für die Untersuchung gewonnen werden. Insgesamt waren 268 Personen an der empirischen Erhebung beteiligt.

Methode: Bezüglich der Erhebung der Reliabilität (Äquivalenz) schätzten zwei Pflegepersonen, unabhängig voneinander, Patienten/Innen mittels der PAS-R ein. Dies geschah über einen Zeitraum von 6 Monaten nach der Anwendung von Informationsbroschüren. Zur Ermittlung der Praktikabilität der modifizierten Skala erfolgte eine Fragebogenumfrage mittels des Staff view assessment instrument (SVAI).

Datenanalyse: Um Aussagen bezüglich der Reliabilität (Äquivalenz) machen zu können, wurden das Percentage Agreement, Cohen`s Kappa und die Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten berechnet. Bezüglich der Praktikabilität bediente man sich der Berechnung der Häufigkeiten und Mittelwerte.

Ergebnisse: Die Cohen`s Kappa Werte tendierten nach einem Rater Training (RT) für die Einzel-Items der PAS-R höher auszufallen (0,89 - 0,96), als nach der Anwendung von Informationsbroschüren (IB) (0,40 - 0,80). Auch bei der Beobachterübereinstimmung und den Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten erzielte man nach Trainingsmaßnahmen scheinbar bessere Ergebnisse (PA: 96,1% - 99,3%; ICC: 0,94 – 0,99) als nach rein schriftlichen Informationen (PA: 83,7% - 94,1%; ICC: 0,47 – 0,96). Im zeitlichen Erhebungsverlauf (Nov – Apr) ergaben sich, anders als angenommen, nicht bei allen Einzel-Items höhere Cohen`s Kappa Werte.

Hinsichtlich der Praktikabilität zeigten beide Teilnehmergruppen ein positives Antwortverhalten, wobei nach RT 67,6% und nach der Anwendung von IB nur 61,9% der Pflegepersonen für die PAS-R stimmten.

Diskussion: Rater Training scheint im Vergleich zu Informationsbroschüren eine effektivere Methode zu sein, um die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R zu erhöhen.

Abstract

Background: Since 1948 the potential as well as the advantages of rater training, which was applied especially to the psychological setting, were recognized. Eichhorn-Kissel et al. (2010) reported, that rater training due to the assessment process, has the potential to improve performance ratings, also in the nursing area. It has not been studied yet if written information, in comparison to rater training, also have an impact on the reliability or practicability of assessment instruments. This study focuses on the modified care dependence scale for rehabilitation (CDS-R).

Aim: The aim of the study is to investigate the effect of written information on the reliability (equivalence) and practicability of the CDS-R. The findings should be compared to studies, which evaluated the psychometric properties of the CDS-R after rater training.

Setting and participants: Through a random sample, one rehabilitation center in Austria was selected, which is specialized in the treatment and care of neurological, orthopaedic and pulmological patients. The sample consisted of 268 participants.

Methods: To test the reliability (equivalence) of the CDS-R, two randomly chosen nurses were selected to each assess patients according to CDS-R. The data collection process was performed over a period of six months after handing out brochures. To analyse the clinical utility of the CDS-R, all nurses of the rehabilitation center were asked to complete the staff view assessment instrument (SVAI).

Data analysis: To evaluate the modified CDS-R in terms of reliability (equivalence) the following aspects were calculated: percentage agreement (PA), Cohen`s Kappa and Intraclass Correlation (ICC). To analyse the practicability (clinical utility) of the scale, percentages and averages were evaluated.

Conclusion: The Kappa results of the single items after rater training were between 0,89 and 0,96. However, after handing out brochures, results seemed to range only between 0,40 to 0,80. According to percentage agreement and ICC, the results were higher after rater training (PA: 96,1% - 99,3%; ICC: 0,94 - 0,99) than after handing out brochures (PA: 83,7% - 94,1%; ICC: 0,47 – 0,96). During the data collecting process (November – April) Kappa results were not increasing, as was expected. Due to the practicability, all nurses evaluated the CDS – R as clinical relevant and useful assessment instrument. After rater training 67,6% of the participants agreed to the CDS-R, whilst after handing out brochures only 61,9% approved of the scale.

Discussion: Rater training seems to be more effective than brochures in order to increase the reliability (equivalence) and the practicability of the CDS-R.

1. Einleitung

1.1. Problemdarstellung

Bereits 1948 erkannte man das Potential und die Vorteile des Rater Trainings. Vor allem im psychologischen Bereich gibt es zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen bezüglich der Effektivität eines Rater Trainings auf die Genauigkeit von individuellen Einschätzungen. In diesen Studien betrachtet man die Einstufung menschlichen und sozialen Verhaltens mittels diverser Assessmentinstrumente (Montgomery 2010). Diese Studien haben gezeigt, dass sich durch gezielte Trainingsprogramme die Übereinstimmungen verschiedener Beobachter („Interrater-Reliabilität“) erhöhen und Einschätzungsfehler reduzieren lassen (Woehr & Huffcutt 1994; Russel et al. 1994; Schredl et al. 2004; Schlientz et al. 2009).

Auch im pflegerischen Setting spielt das Assessment als Kernelement des Pflegeprozesses eine bedeutende Rolle. Da es sich beim Einschätzungsprozess um einen kognitiven, bewertenden, von Erfahrungswissen geprägten und subjektiven Vorgang handelt, gibt es wissenschaftlich geprüfte standardisierte Assessmentinstrumente in Form von Skalen, Fragebögen oder Tests, die mehr Objektivität gewährleisten und genauere Ergebnisse hervorbringen können (Reuschenbach & Mahler 2011).

Die sachgemäße Anwendung dieser Einschätzungsinstrumente spielt hierbei eine übergeordnete Rolle und kann durch spezielle Schulungen in Form von Rater Trainings noch präzisiert werden. Basierend auf den Ergebnissen von Cusick et al. (2005) kann ein Rater Training durch die Vorlage von Standards oder Experteneinschätzungen genauere Bewertungen hervorbringen, da die persönlichen Interpretationen im Assessmentprozess eingegrenzt werden.

Durch die theoretische Vermittlung im Training über die wichtigsten Elemente bei der Einschätzung, durch dessen praktische Ausrichtung und der anschließenden Diskussionsrunde (Feedback) lässt sich eine höhere Beobachterübereinstimmung bei den Teilnehmer/Innen erreichen, als bei Personen, die nur ein schriftliches Skriptum erhielten (Cusick et al. 2005).

Auch die Studie „Psychometric properties of the modified care dependency scale“ von Eichhorn-Kissel et al. (2010) berichtete nach einem Rater Training von 2,5 Stunden eine gute Übereinstimmung der Einschätzungen diverser Rater. Hierbei erfolgte der Einschätzungsprozess durch die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS-R), welche speziell für den Rehabilitationsbereich modifiziert wurde. In zahlreichen Untersuchungen wurden bereits die psychometrischen Eigenschaften der PAS-R nachgewiesen und zeigten positive Ergebnisse auf (Eichhorn-Kissel et al. 2010; Eichhorn-Kissel et al. 2012; Dijkstra et al. 2000; Dassen et al. 2001). Festzustellen war hierbei, dass bei Studien die mit Trainingsprogrammen gekoppelt waren, die Beobachterübereinstimmung (Äquivalenz) höhere Cohen`s Kappa Werte aufwies als bei Studien ohne Trainingsprogramm, die lediglich mit Informationsbroschüren arbeiteten (Eichhorn-Kissel 2011; Dijkstra et al. 2002; Dassen et al. 2001). Neben Aspekten der Reliabilität zeigte sich bei Untersuchungen zudem eine gute Praktikabilität der PAS- R (Eichhorn-Kissel 2010).

Welchen Effekt die Anwendung von Informationsbroschüren auf die psychometrischen Eigenschaften der PAS-R hat, wurde wissenschaftlich noch nicht aufgegriffen und soll Gegenstand dieser Untersuchung sein. Hierbei sollen die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R nach der Anwendung von schriftlichen Informationen getestet werden. Aus Gründen eines gezielten Ressourceneinsatzes ist der Vergleich der Ergebnisse mit PAS-R Studien, welche im Kontext mit einem Rater Training stattfanden, nicht unerheblich.

Aufgrund dessen erfolgt eine Reflexion der erhobenen Daten dieser Arbeit mit den Studien von Eichhorn-Kissel et al. (2010).

1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen:

Ziel der Arbeit ist die Testung der Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R nach der Anwendung von Informationsbroschüren. Die Ergebnisse sollen mit Studien, welche im Kontext mit Rater Training stattgefunden haben, verglichen werden.

Daher wurden folgende Forschungsfragen für die Arbeit abgeleitet:

- *Welchen Einfluss hat die Anwendung von Informationsbroschüren auf die Reliabilität (Äquivalenz) der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS-R)?*
- *Wie wirkt sich die Anwendung von Informationsbroschüren auf die Praktikabilität der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS-R) aus?*

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen differenziell zu Studien, welche im Kontext mit einem Rater Training stattfanden, diskutiert werden. Schlussfolgernd können konkrete Aussagen bezüglich Kosten- und Ressourceneinsparung getroffen und Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet werden. Aufgrund dessen erfolgt ein Vergleich der erhobenen Daten mit den Studien von Eichhorn-Kissel et al. (2010) „Psychometric testing of the modified care dependency scale for rehabilitation“ und Eichhorn-Kissel et al. (2010) „The clinical utility of the care dependency scale for rehabilitation: nurses` perception“.

2. Theoretischer Bezugsrahmen:

Da das Rater Training, im Kontext der betrieblichen Weiterbildung, als Hauptaspekt in dieser Arbeit aufgegriffen wird, sollen an dieser Stelle die Erwachsenenbildung, in Abgrenzung zur Weiterbildung und zur Andragogik im Sinne der Erwachsenenpädagogik näher erläutert werden.

2.1. Erwachsenenpädagogik, Erwachsenenbildung, Weiterbildung, Andragogik

Horst Siebert definiert die Erwachsenenpädagogik als „*interdisziplinäre Querschnittswissenschaft*“ (Siebert 1989, S.15), da sie von mehreren Bezugsdisziplinen wie der Psychologie, der Soziologie, der Philosophie, der Geschichte und auch der Kommunikations- und Alterswissenschaften geprägt wird. Da die Erwachsenenpädagogik von sehr vielen Strömungen beeinflusst wird, ist ihr Gegenstandsbereich nicht klar definiert, was es erschwert, ihre Eigenständigkeit zu formulieren. Man versuchte die Erwachsenenpädagogik als Überbegriff für die Erwachsenen- und Weiterbildung zu sehen, jedoch konnte sich dieses Vorhaben – vor allem in Österreich - nicht durchsetzen. Es herrscht also nach wie vor ein Begriffsdschungel vor und wir sprechen von Erwachsenenpädagogik, Erwachsenenbildung und Weiterbildung und betiteln eigentlich dasselbe (Gruber 2009).

Die beiden Begriffe Erwachsenen- und Weiterbildung werden in der österreichischen Literatur oft als Synonym verwendet, da man sie nicht klar voneinander abgrenzen kann, obwohl sie sich auf unterschiedliche Aspekte beziehen.

Die Erwachsenenbildung im Sinn der traditionellen „Volksbildung“ umfasst ein breites Spektrum und beinhaltet alle beruflichen, allgemeinen, kulturellen und politischen Lehr- und Lernaktivitäten.

Die Weiterbildung ist im beruflichen Kontext angesiedelt und beinhaltet Bildungsaktivitäten zur Vertiefung und Steigerung der Kompetenzen für die Qualifikation im Rahmen der Erwerbstätigkeit. Sie soll als Wiedereingliederungs- und Aufstiegsmöglichkeit dienen, aber auch die Arbeitslosenquote senken und den Menschen befähigen, sich beruflich zu entfalten (Schlögl & Schneeberger 2003).

Es gibt mehrere Strukturierungs- und Differenzierungsvorschläge der Erziehungswissenschaften. Die hierarchische Systematik von Dietrich (1984) bildet konkret ab, wie sich das Praxisfeld der betrieblichen Weiterbildung aus der Erwachsenen- und Weiterbildung als Subdisziplin der Pädagogik hervortut (Forneck & Wrana 2005).

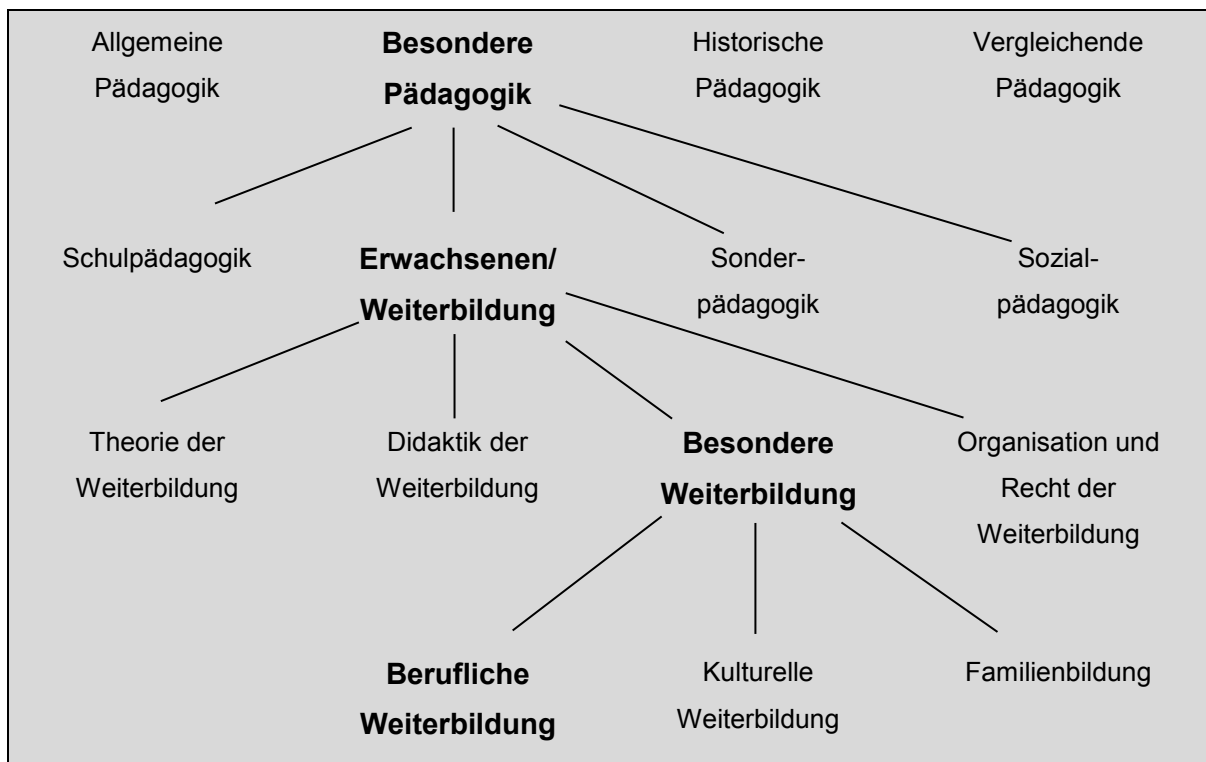


Abbildung 1: Struktur der Disziplin nach Dietrich (1984) in: Forneck & Wrana (2005) S.153

Aus dem angelsächsischen Raum gewinnt nach dem Ersten Weltkrieg neben der Erwachsenen- und Weiterbildung auch die Andragogik als „Wissenschaft von der lebenslangen und lebensbegleitenden Bildung der Erwachsenen“ immer mehr an Bedeutung (Gruber 2009).

Durch den stetigen Anstieg von Erwachsenenbildungsprogrammen versuchten die Forscher/Innen und Wissenschaftler/Innen Unterschiede zur Pädagogik herauszuarbeiten. Das Wort „Pädagogik“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet wortwörtlich „die Kunst und Wissenschaft der Führung von Kindern“.

In der Pädagogik übernimmt der/die Lehrer/In sehr stark die Verantwortung für die Gestaltung und die Durchführung des Unterrichts. Das Bedürfnis nach Selbststeuerung und Unabhängigkeit im Lernprozess nimmt jedoch von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter zu, sodass neue Lehr- und Lerntheorien von Nöten sind. Hierbei kommt dem andragogischen Konzept, in Abgrenzung zur pädagogischen Praxis, eine Schlüsselrolle zu (Knowles 2007).

Durch die Erkenntnisse der andragogischen Praxeologie haben sich die didaktischen Verfahren, die Lernbereiche und die Lerngegenstände in der Erwachsenenbildung stark verändert, wobei die Selbststeuerung der Lernenden, deren Interessen und das Vermitteln des Lernens in den Mittelpunkt gerückt sind. Hierbei steht neben dem Lehren, Unterrichten und Moderieren das Beraten, Planen und Leiten der Erwachsenenbildner/Innen neu im Fokus. Außerdem hat neben dem institutionellen Lernen auch das informelle Lernen im Kontext sozialer Aktivitäten an Bedeutung gewonnen (Faulstich & Zeuner 2008).

Durch das bestehende Paradigma des Lebenslangen Lernens (LLL) ist es noch schwieriger geworden, diese Begrifflichkeiten klar voneinander abzugrenzen, sodass neben der Erwachsenenpädagogik, der Erwachsenen- und Weiterbildung, auch formelles und informelles Lernen ineinander verschwimmen (Schlögl & Schneeberger 2003).

2.2. Paradigma des Lebenslangen Lernens (LLL)

Durch die Ökonomisierung, die Technologisierung, die Globalisierung, die Individualisierung und die rasant fortschreitenden Veränderungen am Arbeitsmarkt kommt der „Bildung“ und dem „Lebenslangen Lernen“ eine Schlüsselrolle zu. Das „Sich Aneignen von Wissen und Kompetenzen“ erfolgt heutzutage nicht mehr nur in der Erstausbildung, sondern erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne und umfasst neue Lernformen und Lernarrangements (Mikula 2007).

Mit der Einführung des Konzeptes des lebenslangen Lernens ergab sich auch in der Erwachsenenbildungstheorie ein Paradigmenwechsel – weg von der Belehrung hin zur Selbstkonstruktion. Damit nachhaltiges Wissen erzeugt werden kann, benötigt es Lernkulturen, in denen die Individuen die Informationen nicht nur vermittelt bekommen, sondern in denen ein reflektiertes Denken und Handeln möglich ist. Der Mensch mit seinen individuellen Erfahrungs- und Wissensbeständen bildet die Grundlage für den Lernprozess und soll sich die Inhalte selbstgesteuert aneignen. Hierbei tritt die lehrende Person in den Hintergrund und greift nur mehr unterstützend ein. Durch den eigenverantwortlichen Aneignungsprozess und der aktiven Auseinandersetzung des Lernenden mit dem Untersuchungsgegenstand erfährt sich das Individuum als ein lernfähiges Wesen, welches durch den eigenständigen Erwerb von Qualifikationen, Wissen und Kompetenzen etwas bewirken kann (Mikula 2007).

Lernen sollte in der Erwachsenenbildung als die Fähigkeit des Menschen sich nicht nur auf beruflicher Ebene weiterzuentwickeln, sondern auch zur Entfaltung und Bereicherung seiner Persönlichkeit beizutragen, vermittelt werden. Sie dient den Menschen aber auch durch die Ausbildung von Fähig- und Fertigkeiten und neuen Erkenntnissen dazu, sich am Arbeitsmarkt zu qualifizieren. Hierbei wird klar, dass sich der Erwerb von Bildung nicht nur über die ersten Lebensphasen erstreckt, sondern zum übergeordneten Prinzip des gesamten Lebens wird. Fachpersonen sprechen auch von einer Entgrenzung des Lernens oder auch von der Pädagogisierung einzelner Lebensbereiche (Mikula 2007).

2.3. Erwachsenenlernen in der Personalentwicklung/ Betriebliche Weiterbildung

Organisationen sind Unternehmen, die aufgrund bestimmter Absichten und Ziele gegründet wurden und diese durch ihre Mitarbeiter/Innen (Humankapital) umsetzen wollen. Das Personal leistet einen wesentlichen Beitrag, die Organisationsziele durch Leistung und Performanz zu realisieren. Aus diesem Grund erscheint es unabdingbar, in das inkorporierte Wissen der Mitarbeiter/Innen durch Weiterbildungsmaßnahmen zu investieren und somit eine Leistungssteigerung in allen Belangen, sei es beim Individuum, im Arbeitsprozess oder auf organisationaler Ebene zu erreichen. Durch diese Ausführungen wird klar, dass die Ausbildung von Fähig-, Fertigkeiten und Kompetenzen und die Entwicklung von Mitarbeiter/Innen wichtige Aspekte darstellen, wenn man auf dem Markt wettbewerbsfähig bleiben will (Knowles 2007).

Außerdem verhilft es, die individuellen Potentiale der Mitarbeiter/Innen auszuschöpfen, sie für neue Aufgaben zu befähigen und deren Motivation und Zufriedenheit zu erhöhen. Die Organisation profitiert durch die konstante Investition in Trainingsmaßnahmen und gewährleistet somit Kundenorientierung, Produktivität und eine qualitätsvolle Arbeitsleistung (Wang et al. 2012).

Weiterbildungen zielen auf vier Faktoren ab:

- Realisierung der Geschäftsziele und Geschäftsanforderungen (Business)
- Ausbau von Wissen und Erlernen neuer Fähigkeiten der Mitarbeiter/Innen (Lernen)
- Leistungssteigerung und Leistungsanpassung (Performanz)
- Änderung der Umfeldbedingungen (Biech 2008)

Im betrieblichen Kontext finden viele Lehr- und Lernformen Beachtung und Anwendung. Je nachdem welches Ziel verfolgt wird, umso wichtiger wird der Aspekt, welche Weiterbildungsform bzw. welche Lernmethode gewählt werden muss, um effektive Veränderungen in der Organisation erzielen zu können (Knowles 2007). In diesem Zusammenhang soll das Training, als praxis- und handlungsorientiertes Ausbildungsmodell in der betrieblichen Weiterbildung, näher erläutert werden.

2.4 Das Training

Der Begriff des „Trainings“ kommt ursprünglich aus der Sportwissenschaft und beschreibt eine Methode zur Leistungssteigerung. Das Training aus pädagogischer Sichtweise wird als Maßnahme gesehen, gezielt Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und/oder Verhaltensweisen bei den Teilnehmer/Innen auszubilden (Brinkmann 2008). Durch Trainings kann man Lernumgebungen zur Verfügung stellen, die den Mitarbeiter/Innen effektives Lernen ermöglichen und den Transfer in nachhaltiges Wissen gewährleisten (Alipour et al. 2009). Durch dessen praktische Ausrichtung kommt es zur Ausbildung von Handlungskompetenzen, wodurch die Mitarbeiter/Innen für ihre Tätigkeiten am Arbeitsplatz qualifiziert werden. Dies kann in sich in einer höheren Produktivität und einer gesteigerten Arbeitsmotivation niederschlagen (Bergmann 1999). Qualifizierte und kompetente Mitarbeiter/Innen verhelfen der Organisation wettbewerbsfähig zu bleiben, ihre gesteckten Ziele zu erreichen und die Qualität zu erhöhen (Alipour et al. 2009).

Trainingsinhalte sollten so ausgerichtet sein, dass sie am Vorwissen und am jeweiligen Kenntnisstand der Teilnehmer/Innen anknüpfen, sodass der Transfer in nachhaltiges Wissen gewährleistet werden kann. Im Training sollen in realen Lernumgebungen und/oder durch praktische Übungen komplexe Fertigkeiten erlernt werden können, wobei die Teilnehmer/Innen schrittweise zu einer höheren professionellen Kompetenz hingeführt werden können. Zum einen sollte das Wissen in Handeln überführt werden, zum anderen – oder auf umgekehrtem Wege – sollte Handeln zum Expertenwissen werden. Dies schafft man, indem man den Teilnehmer/Innen die Möglichkeit bietet, sich selbst und ihr Handeln bewusst zu reflektieren. Somit kann man Veränderungen im Denken, im Handeln und auf emotionaler Ebene herbeiführen (Wahl 2002).

Diese Arbeit behandelt Maßnahmen (Training oder Informationsbroschüren) zur besseren Übereinstimmung der Einschätzungen von Pflegepersonen im Assessmentprozess. Hierbei kommt der korrekten Beobachtung und Einschätzung des vorliegenden Verhaltens und der exakten Anwendung des Assessmentinstrumentes eine Schlüsselrolle zu.

Spezielle Trainingsmaßnahmen, die hierfür konzipiert wurden, nennt man in der Fachsprache „Rater Training“. Die Bedeutung dieses Trainings soll folgend kurz erläutert werden.

2.5. Rater Training im Kontext des Pflegeassessments

Das Rater Training im Kontext des Assessments ist eine Methode um die Beobachtungsfähigkeit der einschätzenden Person und auch die Anwendung des zur Verfügung stehenden Instrumentes zu schulen.

Das Assessment als erster Schritt des Pflegeprozesses stellt die Grundlage für die klinische Entscheidungsfindung und für das pflegerische Handeln dar. Hierbei wird im Sinne der ganzheitlichen Pflege nicht nur auf die physischen, sondern auch auf die psychischen und sozialen Aspekte des/der Patienten/In eingegangen. Durch die Einholung von Informationen in Form von gezielten Beobachtungen oder Befragungen der zu Pflegenden oder deren Angehörigen („collecting“) kommt es zur Spezifizierung und Bewertung des Problems („judging“ und „estimating“). Dies bildet die Grundlage zur Festlegung von Pflegediagnosen und für das anschließende Intervenieren von Pflegepersonen (Reuschenbach & Mahler 2011).

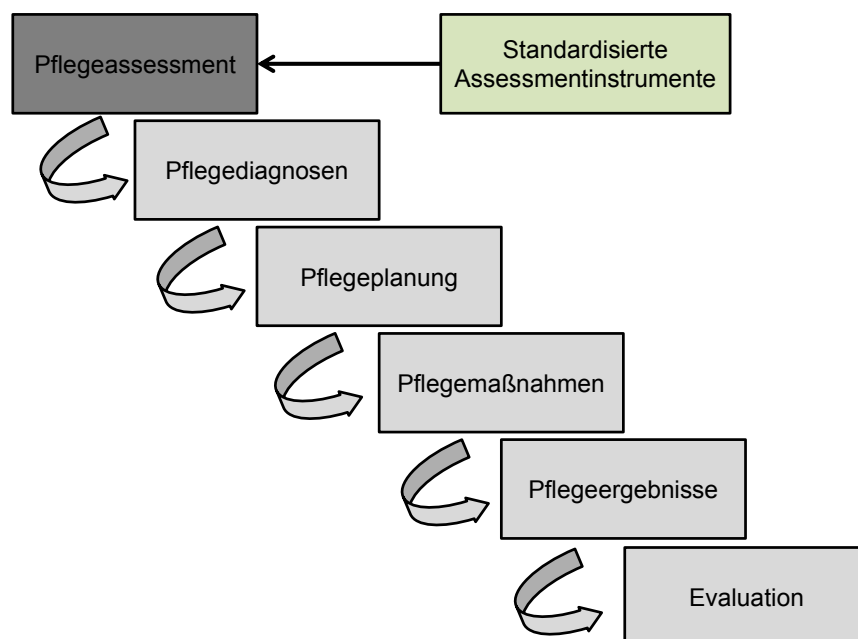


Abbildung 2: Der Pflegeprozess in Anlehnung an Reuschenbach & Mahler (2011)

Da es sich beim Pflegeassessment um eine subjektive Einschätzung der erhobenen Pflegeaspekte handelt, verhelfen standardisierte Instrumente wie Skalen, Fragebögen, Tests, Interviews etc. den Einschätzungsprozess zielgerichteter und strukturierter zu gestalten. Sie ermöglichen nicht nur eine objektivere Einschätzung, sondern dienen auch als Unterstützung bei der Erhebung von pflegerelevanten Aspekten. Vor allem für Auszubildende stellen sie ein Hilfsinstrument für eine gezielte Patienten/Innenbeobachtung dar und liefern eine Grundlage zur Ableitung von Pflegemaßnahmen (Reuschenbach & Mahler 2011).

Um den Einschätzungsprozess mithilfe von Assessmentinstrumenten gezielter und präziser zu gestalten, haben sich Rater Trainings als wirksame Methode herausgestellt.

Die ersten Rater Trainings wurden konzipiert um diverse Fehler in der Einschätzung zu reduzieren. Heutzutage haben die Trainings einen anderen Fokus und zielen darauf ab, die Beobachtungen der einschätzenden Personen zu schärfen und durch Feedbackmechanismen das Beobachterverhalten positiv zu beeinflussen. In diesen Trainings werden die Personen gezielt geschult um ihre Aufmerksamkeit auf Aspekte zu richten, die relevant für die Einschätzung und die anschließende Bepunktung sind. Normen und Standards sollen der einschätzenden Person als Vorlage dienen und repräsentieren fehlerfreie, sorgfältige Bewertungen eines Experten unter optimalen Zuständen (Murphy & Cleveland 1995). Woehr und Huffcutt (1994) haben mehrere Methoden des Rater Trainings beschrieben, wobei sich das „Frame of reference Training“ als das effektivste herausgestellt hat. Dieses zielt darauf ab, die Einschätzung des Beobachters durch die Vorgabe von Standards oder Experteneinschätzungen präziser zu gestalten (Woehr & Huffcutt 1994).

3. Methodische Vorbetrachtungen

3.1. Forschungsdesign

Die empirische Forschungsarbeit wurde als Querschnittsdesign angelegt, da die uns interessierenden Variablen zu einem Zeitpunkt erhoben wurden.

Querschnittstudien gehören der quantitativen Forschung an, da es um die systematische Erhebung von numerischen Daten geht. Ziel ist es Phänomene zu beschreiben um Vorhersagen treffen zu können und um den empirischen Nachweis von Kausalität. Kausalität bedeutet, die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung zu beschreiben. Im Unterschied zur qualitativen Forschung wird Objektivität und eine Generalisierung der Ergebnisse angestrebt (Polit & Beck 2012).

3.2. Setting und Sample

Die Untersuchung hat im Rehabilitationsbereich stattgefunden, da die modifizierte Pflegeabhängigkeitsskala speziell für dieses Setting entwickelt wurde. Die Grundgesamtheit der Stichprobe setzte sich aus den Pflegepersonen und den Patienten/Innen der ausgewählten Rehabilitationseinrichtung der Steiermark zusammen, da hier die Pflegeabhängigkeitsskala bereits erfolgreich implementiert werden konnte.

3.3. Methode zur Datenerhebung

In der Untersuchung erhob man die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R nach der Anwendung von Informationsbroschüren. Aus diesem Grund wurden nachfolgend die Entwicklung und die Architektur der PAS-R noch einmal gesondert erläutert.

Die Pflegeabhängigkeitsskala

Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) wurde 1994 in den Niederlanden von Dijkstra et al. (1996) entwickelt und basiert auf dem „Modell der Grundbedürfnisse“ von Virginia Henderson (Dijkstra et al. 1996; Henderson 1978; Henderson 1964). Ursprünglich wurde diese Skala für das Assessment von Langzeit- und geistig beeinträchtigten Personen entwickelt, da sie im Sinne der „ganzheitlichen Pflege“ nicht nur auf physische, sondern auch auf psychosoziale Aspekte abzielt. Ziel war damals, den Pflegepersonen ein Instrument zur Verfügung zu stellen, welches die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen des/r Patienten/Innen systematisch erfasst und somit eine Grundlage für den Pflegeprozess bietet (Dijkstra et al. 1996).

Die Pflegeabhängigkeitsskala wurde speziell für den Rehabilitationsbereich (PAS-R) modifiziert und optimiert. Da die Patienten/Innen in diesem Setting mit Krankheiten konfrontiert sind, die eine langfristige Behandlung und Therapierung benötigen, spielt auch die Fähigkeit psychisch und emotional den neuen Lebenslagen entgegenzutreten eine übergeordnete Rolle. Dieser Aspekt wurde in der modifizierten Version aufgegriffen und soll zum Ausdruck bringen, inwiefern der/die Patient/In in der Lage ist, Probleme zu meistern bzw. Schritte zu setzen, um wieder gesund zu werden (Marsh & White 2008).

Die optimierte Version der Pflegeabhängigkeitsskala besteht nun aus 16 Items, wobei 16 – 80 Punkte zu erreichen sind. Hierbei bedeutet ein niedriger Summenwert eine höhere Pflegeabhängigkeit des/r Patienten/In (Eichhorn-Kissel 2011).

	völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Essen und Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tag- und Nachtrhythmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körpertemperatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeiden von Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakte mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinn für Regeln und Werte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltagsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lernfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fähigkeit zur Bewältigung psychisch/emotional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 3: Die modifizierte Pflegeabhängigkeitsskala in Anlehnung an Institut für Pflegewissenschaft (2013)

Die PAS-R wurde in den Studien von Eichhorn-Kissel et al. (2010) und Eichhorn-Kissel et al. (2012) umfangreich hinsichtlich ihrer Gütekriterien getestet. Hierbei erwies sie sich als reliables, valides und änderungssensibles Instrument.

Des Weiteren ergab die Untersuchung von Eichhorn-Kissel et al. (2010), dass die Pflegepersonen die PAS-R als praktikables, leicht anzuwendendes und einfach zu interpretierendes Instrument einschätzen. Die Gütekriterien von Instrumenten sind deshalb von Bedeutung, da nur durch ihre Sicherstellung zuverlässige und standardisierte Einschätzungen erfolgen können.

Gütekriterien von Instrumenten

Reliabilität

Ein Instrument ist dann reliabel, wenn es bei wiederholenden Messungen zum selben Ergebnis kommt. Dies ist deshalb von Bedeutung, da der Messfehler bei wiederholenden Messungen bzw. bei verschiedenen Beobachtern zunimmt. Es gibt drei verschiedene Aspekte der Reliabilität:

- a) Test-Retest Reliabilität (Stabilität) zeigt an, inwiefern ein Instrument bei mehrmaliger Anwendung die gleichen Ergebnisse hervorbringt bzw. inwiefern das Instrument zeitlich konsistent bleibt. Das zu berechnende Maß ist der Reliabilitätskoeffizient nach *Pearson* (r), der von 0 bis 1 reicht. Laut Polit & Beck (2010) sind Werte über 0,85 anzustreben und über 0,70 zufriedenstellend.
- b) Interne Konsistenz (Homogenität) ist das Ausmaß, in dem alle Items einer Skala dasselbe Konstrukt messen. Angegeben wird die interne Konsistenz mit dem Alpha-Koeffizienten von 0 bis 1. *Cronbach Alpha* von 0,8 gilt als gut, wobei Werte über 0,9 als ausgezeichnet gewertet werden (Polit & Beck 2012).
- c) Interrater-Reliabilität (Äquivalenz) ist das Ausmaß, in dem das Instrument bei verschiedenen Anwendern zu einem festgelegten Zeitpunkt übereinstimmende Ergebnisse erzielt (Gupta 2012). Die Interrater-Reliabilität wird mit dem *Cohen`s Kappa- Koeffizienten* angegeben, wobei Werte über 0,60 als gut und über 0,80 als ausgezeichnet eingestuft werden (Grouven et al. 2007).

Validität

Die Validität drückt aus, dass ein Instrument das misst, welches Konzept es vorgibt zu messen. Hierbei unterscheidet man vier Formen der Validität:

- a) Kriteriumsvalidität ist das Ausmaß, in dem die Messgrößen eines Instruments mit externen Kriterien z.B. eines „Goldstandards“ korrelieren. Wenn die beiden Werte hochgradig übereinstimmen, geht man von einer guten Validität des Instruments aus. In diesem Fall wird der *Validitätskoeffizient nach Pearson (r)* berechnet, wobei Werte über 0,70 oder darüber anzustreben sind (Polit & Beck 2012).
- b) Inhaltsvalidität gibt an, inwiefern die Items eines Instrumentes das zu messende Konstrukt wiedergeben. Hierbei geht es darum, ob z.B. die Skala alle relevanten Aspekte abdecken kann.
- c) Konstruktvalidität befasst sich mit der Frage, ob das Instrument das Konstrukt misst, welches es vorgibt zu messen. Besonders hilfreich erscheint die Angabe der Konstruktvalidität dann, wenn der Vergleich mit einem „Goldstandard“ nicht gegeben ist.
- d) Augenscheinvalidität ist das Ausmaß, in dem das Instrument als passend erscheint (Gupta 2012).

Um ein Assessmentinstrument in der Pflegepraxis anwenden zu können, muss neben den Gütekriterien der Reliabilität und Validität auch die Praktikabilität gewährleistet sein (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

Praktikabilität

Bei der Praktikabilität eines Einschätzungsinstrumentes geht es um die durchschnittliche Einschätzungszeit, um dessen Akzeptanz und Anwendung in der klinischen Praxis, um die Verständlichkeit im Bewertungsprozess, aber auch wie die Daten zu interpretieren sind (Harris & Warren 1995). McColl et al. (1997) empfehlen Assessmentinstrumente, wobei die Einstufungszeit von 15 Minuten nicht überschritten werden soll, da ansonsten die Akzeptanz der Anwender nicht mehr gegeben ist. Praktikable Instrumente sollten kurz, verständlich und einfach in der Anwendung sein (Harris & Warren 1995). Long und Dixon (1996) wiederum sprechen von Praktikabilität, wenn die Daten leicht zu analysieren sind und der Interpretationsvorgang einfach vonstattengeht. Außerdem sollten Einschätzungsinstrumente hilfreich in der Informationsgewinnung sein, um auf deren Grundlage Pflegemaßnahmen und das professionelle Handeln planen zu können (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

3.4. Datenanalyse

Um Aussagen machen zu können, welchen Effekt Informationsbroschüren auf die Reliabilität haben, wurden die Maße im Zusammenhang mit der Äquivalenz berechnet. Diese sollen im nachfolgenden genauer beschrieben werden.

Berechnung der prozentualen Häufigkeit (Percentage Agreement)

Das Percentage Agreement ist das Ausmaß, das besagt, wie häufig die Beobachter in ihren Einschätzungen übereinstimmen. Berechnet wird es durch die Formel:

$$\frac{\text{Anzahl der Übereinstimmungen von Beobachtern}}{\text{Anzahl der Einschätzungen}} \times 100$$

Das Ergebnis liegt zwischen 0 und 100%, wobei Werte zwischen 75 und 90% als akzeptabel gelten. Anzustreben wäre jedoch ein Koeffizient über 90, wobei dessen Höhe durch die Anzahl der Ausprägungen beeinflusst wird (Graham et al. 2012).

Das Percentage Agreement überschätzt meist den „wahren“ Wert, da es gegenüber dem Zufall nicht bereinigt ist und je mehr Variablen in die Berechnung mit einfließen, desto eher wird das Ergebnis verfälscht (Wirtz & Caspar 2002). Aus diesem Grund werden auch noch andere Reliabilitätsmaße wie der Kappa- und der Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient berechnet.

Berechnung von Cohen`s Kappa

Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um die Beobachterübereinstimmung von zwei Pflegepersonen handelt, wurde die Interrater-Reliabilität (Äquivalenz) berechnet. Die Interrater-Reliabilität wird definiert als die Bewertung eines Sachverhaltes durch verschiedene Beobachter zu einem Zeitpunkt. Das meistverwendete Maß zur Angabe der Übereinstimmungsgüte bei kategorialen Daten ist der Cohen`s Kappa Koeffizient.

Der Kappa Koeffizient wird definiert als:

$$\kappa = \frac{p_0 - p_c}{1 - p_c}$$

- p_0 ist die tatsächliche Übereinstimmung der Schätzer
- p_c ist die zufällige Übereinstimmung

Wenn die beiden Beobachter in ihren Einschätzungen übereinstimmen, wird p_0 und auch der Kappa Koeffizient zu 1. Beim Kappa-Koeffizienten ist die Übereinstimmung durch Zufall mit eingerechnet und somit aussagekräftiger als die prozentuale Beobachterübereinstimmung (Grouven et al. 2007).

Wert von κ	Stärke der Übereinstimmung
< 0,20	schwach
0,21 – 0,40	leicht
0,41 – 0,60	mittelmäßig
0,61 – 0,80	gut
0,81 – 1,00	sehr gut
nach Altman [1]	

Abbildung 4: Richtwerte zur Interpretation des Kappa-Koeffizienten in Anlehnung an Grouven et al. (2007)

Berechnung der Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten (ICC)

Der Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient als Maß in der Reliabilitätsanalyse, kommt dann zur Anwendung, wenn in der Berechnung mehrere Variable, in unserem Fall mehrere Items, vorkommen. Der ICC kann gleich wie der Kappa-Korrelationskoeffizient Werte zwischen 1 und -1 annehmen (Bortz & Schuster 2010).

Datenanalyse der Praktikabilität der PAS-R

Mittels deskriptiver Statistik und SPSS wurden die Häufigkeiten der geschlossenen Fragen des SVAI analysiert und die Grundcharakteristika der Stichprobe dargestellt. Bei den offenen Fragen erfolgte eine Inhaltsanalyse und anschließend eine Clusterbildung, um die Kernpunkte herauszufiltern (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

3.5. Diskussion

Im Diskussionsteil erfolgte eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der empirischen Erhebung mit den Daten der beiden Studien von Eichhorn-Kissel et al. (2010). Hierzu sollen die zwei Untersuchungen nachfolgend kurz beschrieben werden.

„Psychometric testing of the modified care dependency scale for rehabilitation“ von Eichhorn-Kissel et al. (2010)

Ziel: Diese Untersuchung beschäftigte sich mit den psychometrischen Eigenschaften der PAS-R, wobei die Pflegepersonen zur besseren Beobachterübereinstimmung ein Rater Training mit der Dauer von 2,5 Stunden erhielten.

Design, Setting und Stichprobe: Die Forschungsarbeit wurde als Querschnittsdesign angelegt. Durch eine Gelegenheitsstichprobe konnte eine Rehabilitationseinrichtung in Österreich ausgewählt werden, die die PAS-R bereits in die Pflegepraxis integriert hat. Die Stichprobe umfasste 1197 Patienten und 42 Pflegepersonen, mit neurologischem und orthopädischem Fokus.

Datenerhebung und Datenanalyse: Um die Aspekte in Zusammenhang mit der Reliabilität der PAS-R erheben zu können, schätzten zwei Pflegepersonen, unabhängig voneinander, Patienten/Innen hinsichtlich ihrer Pflege(-un)abhängigkeit ein. Es wurden die Cronbach Alpha Werte, Cohen`s Kappa, das Percentage Agreement, die Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten und der Standardfehler des Mittelwertes (SEM) berechnet. Weiters wurden die Konstruktvalidität und die kriterienbezogene Validität der PAS-R evaluiert.

Ergebnisse: Der Cronbach Alpha Wert der PAS-R nach einem Rater Training betrug 0,97, während die Kappa Werte zwischen 0,89 und 0,96 variierten. Die Werte rund um die prozentuale Beobachterübereinstimmung (PA) reichten von 96% bis 99%, die ICC von 0,94 bis 0,99 und die SEM Werte von 0,08 bis 0,17. Der Pearson Koeffizient in Zusammenhang mit der kriterienbezogenen Validität erreichte einen Wert von 0,88.

Diskussion: Die PAS-R konnte nach der Durchführung eines Rater Trainings hohe Werte in Bezug auf die interne Konsistenz und Äquivalenz erreichen. Des Weiteren konnte die Skala zufriedenstellende Ergebnisse im Zusammenhang mit der kriterienbezogenen Validität und der Konstruktvalidität erreichen (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

„The clinical utility of the Care Dependency Scale in rehabilitation: nurses` perception“ von Eichhorn-Kissel et al. (2010)

Die demographische Entwicklung und die steigende Pflegebedürftigkeit der Menschen brachten Veränderungen im Gesundheitswesen in Bezug auf Kosteneinsparungen, Ressourcenoptimierungen und Zeiteinbußen mit sich.

Um dennoch patienten- und bedürfnisorientiert agieren zu können und weiterhin eine hohe Qualität sicherzustellen, benötigt man Instrumente die einfach und leicht anzuwenden sind und Akzeptanz von den Pflegenden in der Praxis erfahren. Die Pflegeabhängigkeitsskala ist speziell für das Setting der Rehabilitation zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit modifiziert worden (PAS-R). Sie wurde bereits erfolgreich in die Pflegepraxis integriert und umfangreich hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften getestet. Neben Aspekten der Reliabilität und Validität, spielt auch die Praktikabilität eines Instruments eine bedeutende Rolle. Aufgrund dessen war das Ziel dieser Untersuchung die Evaluation der Handhabung der Skala in der Pflegepraxis aus der Sicht von Pflegenden. Für die Erhebung bediente man sich dem Staff View Assessment Instrument (SVAI), welches noch speziell für diese Untersuchung getestet werden musste. Dies stellte das zweite Ziel der Studie dar.

Pflegepersonen, von drei Rehabilitationseinrichtungen in Österreich, wurden hinsichtlich der Studie aufgeklärt und gebeten den Fragebogen (SVAI) auszufüllen. Den Ergebnissen zufolge, stellte sich der Fragebogen als gültiges Instrument heraus, die Ansichten von Pflegepersonen in Bezug auf die Evaluation der PAS-R zu erheben. Weiters erwies sich die PAS-R als praktikables Instrument, welches die Kommunikation und Kooperation innerhalb eines Pflorgeteams verbessern kann und welches leicht und einfach anzuwenden, zu analysieren und zu interpretieren ist (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

4. Methode

4.1. Forschungsdesign

In der empirischen Untersuchung wurden die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R nach der Anwendung von Informationsbroschüren und PAS- Fächer erhoben. Aufgrund eines gezielten Ressourceneinsatzes wurden die Ergebnisse mit den Daten der Studie von Eichhorn-Kissel et al. (2010) verglichen. In dieser Studie wurden ebenfalls die psychometrischen Eigenschaften der PAS-R getestet, mit Ausnahme dessen, dass die Pflegepersonen ein Rater Training mit einer Dauer von 2,5 Stunden erhielten.

Um die Vergleichbarkeit zwischen der empirischen Erhebung und der Studie von Eichhorn- Kissel et al. (2010) herzustellen, wurden die Rahmenbedingungen ident gehalten. Aus diesem Grund wurde die Forschungsarbeit ebenfalls als Querschnittsdesign angelegt.

Intervention: Informationsbroschüren & PAS-Fächer

Die Pflegepersonen der eingeschlossenen Einrichtung erhielten Informationsbroschüren und PAS-Fächer, die vom Inhalt ähnlich aufgebaut waren wie das Rater Training in der Studie von Eichhorn-Kissel et al. (2010).

In der Einleitung wurde der Einsatz von Assessmentinstrumenten, im Speziellen die Pflegeabhängigkeitsskala für den Rehabilitationsbereich thematisiert. Hierbei wurde auf ihre Praktikabilität und ihre umfangreiche wissenschaftliche Überprüfung hingewiesen. Anschließend erläuterte man ihren Ursprung und ihre Entwicklung zur modifizierten Pflegeabhängigkeitsskala. Ebenfalls wurden Ziel, Zweck, Anwendung und Vorteile des Assessmentinstrumentes beschrieben.

Danach wurden der Aufbau und die Architektur der modifizierten Pflegeabhängigkeitsskala erläutert.

Zur besseren Vorstellung der einschätzenden Personen diene eine Abbildung, auf der die gesamte Skala mit den verschiedenen Items und deren Antwortkategorien dargestellt ist. Die Einstufungen von völlig unabhängig bis völlig abhängig, waren noch einmal gesondert beschrieben und ausgewiesen.

Anschließend wurden die Prinzipien der Einstufung und die diversen Versionen der PAS thematisiert. Damit die Pflege(un-)abhängigkeit auch fortlaufend von den Pflegepersonen evaluiert werden konnte, war die PAS auch als Netzdiagramm abgebildet (Institut für Pflegewissenschaft 2013).

Der PAS-Fächer ist eine Item-Beschreibung im Detail und wurde als Einschätzungshilfe zur Anwendung der modifizierten Skala für Pflegepersonen konzipiert. Die einzelnen Items waren mit Definitionen konkretisiert und die Antwortkategorien waren mit umfangreichen Beschreibungen und mit Fallbeispielen erläutert, sodass der Assessmentprozess leicht und einfach durchgeführt werden konnte und Fehleinschätzungen vermieden werden konnten (Institut für Pflegewissenschaft 2007).

4.2. Setting und Sample

Durch eine zweckgebundene Gelegenheitsstichprobe konnte eine Rehabilitationseinrichtung mit neurologischem, orthopädischem und pulmologischen Schwerpunkt für die Untersuchung gewonnen werden. Aus ethischen Gründen kann keine genaue Standortangabe des Rehabilitationszentrums erfolgen.

Die Stichprobe setzte sich aus den Patienten/Innen und Pflegenden der auserwählten Rehabilitationseinrichtung zusammen. Die Stichprobengröße umfasste 268 Prüfungsteilnehmer/Innen, damit bei einer Drop-Out Rate von 20% noch repräsentative Ergebnisse erzielt werden konnten.

Eingeschlossen wurden alle Teilnehmer/Innen über 18 Jahre, die der deutschen Sprache mächtig waren und keine geistigen oder kognitiven Einschränkungen aufwiesen.

4.3. Datenerhebung

Erhebung der Reliabilität (Äquivalenz) mittels der PAS-R

Um die Reliabilität (Äquivalenz) erheben zu können, stufen zwei Pflegepersonen, unabhängig voneinander, Patienten/Innen zum selben Zeitpunkt mittels der PAS – R ein. Die Pflegepersonen der ausgewählten Rehabilitationseinrichtung erhoben die Pflege(un-)abhängigkeit für gewöhnlich mit dem Funktionalen Selbstständigkeitsindex (FIM). Diese wurden gebeten, für einen Zeitraum von sechs Monaten die Pflege(un-)abhängigkeit ihrer Patienten/Innen parallel zum FIM, auch mittels der PAS-R einzuschätzen. Zum besseren Verständnis und zur erleichterten Anwendung der PAS-R erhielten sie Informationsbroschüren und einen PAS-Fächer. Das verwendete Instrument zur Datenerhebung war die modifizierte Pflegeabhängigkeitsskala (Beschreibung siehe Methodische Vorbetrachtungen), die in Papierversion an die Pflegepersonen ausgehändigt wurde.

Erhebung der Praktikabilität mittels dem Staff view assessment instrument

Zur Erhebung der Praktikabilität der PAS – R wurden alle Pflegepersonen gebeten, einen halboffenen Fragebogen auszufüllen. Dies erfolgte nach der Datenerhebung zur Reliabilität (Äquivalenz) der Skala, wodurch die Pflegepersonen mit der Skala bereits vertraut waren und sich ihre Meinungen und Ansichten bezüglich Anwendung, Zeitaufwand usw. bilden konnten.

Instrument: The staff view assessment instrument (SVAI)

Dieses Instrument wurde ursprünglich entwickelt, um auf neutraler Ebene die Ansichten von Mitarbeiter/Innen bezüglich der Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala abzufragen. In der Untersuchung von Eichhorn-Kissel et al. (2010) wurde dieses Assessmentinstrument modifiziert und erwies sich als gültige Methode, die Praktikabilität der PAS-R im klinischen Setting evaluieren zu können. Dieses Instrument besteht aus 18 Items, wobei die Einstufung anhand einer 4-Punkt-Likert-Skala erfolgt (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

4.4. Datenanalyse

Die Ergebnisse der empirischen Erhebung wurden mittels IBM SPSS Version 21 für Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) analysiert.

Mittels deskriptiver Statistik und der Berechnung von Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen wurde die Stichprobe in ihren Grundcharakteristika beschrieben.

Um Aussagen machen zu können, welchen Effekt Informationsbroschüren & PAS-Fächer auf die Reliabilität haben, wurden die Maße im Zusammenhang mit der Äquivalenz berechnet. Hierzu gehörten die prozentualen Beobachterübereinstimmung, Cohen's Kappa und der Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient (Beschreibung siehe methodische Vorbetrachtungen).

Hinsichtlich der Praktikabilität der PAS-R wurden die Häufigkeiten der geschlossenen Fragen des SVAI analysiert und die Grundcharakteristika der Stichprobe dargestellt. Bei den offenen Fragen erfolgten eine Inhaltsanalyse und anschließend eine Clusterbildung, um die Kernpunkte herauszufiltern.

4.5. Ethische Aspekte

Um die ethischen Grundsätze zu wahren, wurde das Votum der Ethikkommission für die Durchführung der Studie eingeholt. Weiters erfolgte im Vorfeld der Untersuchung für die teilnehmenden Pflegepersonen eine Informationsveranstaltung, wobei sie mündlich durch die Prüferin und schriftlich mittels Flyer über das Vorgehen, Ziel und Zweck der Studie aufgeklärt wurden. Hierbei wurde ihre informierte Zustimmung eingeholt, ihre Anonymität in den Forschungsaktivitäten versichert, ihr freiwilliges Teilnahmerecht und ihre jederzeitige Ausstiegsmöglichkeit garantiert. Weiters wurden sie instruiert, die Patienten/Innen korrekt über die Untersuchung aufzuklären, um auch ihre informierte Zustimmung einholen zu können. Die an der Studie teilnehmenden Patienten/Innen wurden mündlich von den zuständigen Pflegepersonen und schriftlich mittels Flyer über das Vorgehen und den Zweck der Untersuchung aufgeklärt.

Ihre informierte Zustimmung wurde über eine Einverständniserklärung eingeholt und mit einer Unterschrift bestätigt. Für etwaige Fragen wurden auf den Einverständnisunterlagen, Kontaktadressen und Telefonnummern der wissenschaftlichen Begleitung des Instituts für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz angeführt. Die Originale der Einwilligungserklärungen wurden am Institut gesondert von den Erhebungsinstrumenten archiviert, um die Datensicherheit gewährleisten zu können.

5. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der empirischen Erhebung bezüglich der Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R nach der Anwendung von Informationsbroschüren dargelegt.

5.1. Ergebnisse zur Reliabilität (Äquivalenz) der PAS-R

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 221 Patienten/Innen, wobei die Männer den Großteil $n = 180$ (81,4%) ausmachten und $n = 41$ Frauen (18,6%). Das durchschnittliche Alter belief sich auf 50,46 (SA = 15,7) und reichte von 15 bis 83 Jahren. Der Großteil der Patienten/Innen wurden aufgrund einer orthopädischen Ursache $n = 91$ (41,2 %) zur stationären Rehabilitation aufgenommen. Aufgrund pulmologischer Gründe bedurften $n = 71$ (32,1%) Patienten/Innen und aufgrund einer neurologischen Beeinträchtigung benötigten $n = 59$ (26,7%) Frauen/Männer rehabilitierende Pflege. Die Hauptdiagnosen waren Amputationen, Frakturen, Paraplegien und Asthma bronchiale. Die Pflege(un-)abhängigkeit reichte von 16 bis 80 Punkten und ergab einen Durchschnitt von 74,67 (SA = 10,88). Somit war der Großteil der Patienten/Innen völlig unabhängig von der Pflege.

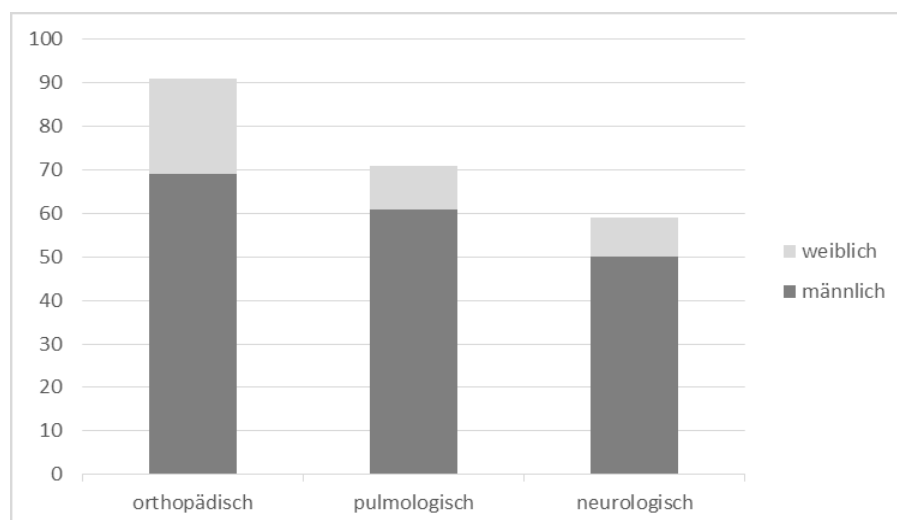


Abbildung 5: Charakteristika der Stichprobe

Ergebnisse zur Reliabilität (Äquivalenz)

Die Cohen`s Kappa Werte für die Einzelitems der modifizierten Pflegeabhängigkeitsskala reichten von 0,40 bis 0,80. Während das Item „Tag- und Nachtrhythmus“ die geringste Varianz in den Beurteilungen der einzelnen Beobachter erzeugte, konnte das Item „Kontinenz“ die größte Übereinstimmung erzielen. Der Mittelwert für die Interrater-Reliabilität der Einzelitems lag bei 0,6. Der Cohen`s Kappa Wert für die gesamte Skala belief sich auf 0,47.

Die prozentuale Beobachterübereinstimmung reichte von 86% bis 94,1%. Während das Item „Körperhaltung“ prozentuell die wenigsten Übereinstimmungen produzieren konnte, erreichte das Item „Kommunikation“ die ähnlichsten Ergebnisse. Für die gesamte Skala ergab sich eine prozentuale Beobachterübereinstimmung von 65,2%.

Die Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten reichten von 0,47 bis 0,96, wobei das Item „Kontakte mit anderen“ am wenigsten Zusammenhang zwischen den Urteilen verschiedener Beobachter erzeugte und das Item „Kontinenz“ am meisten. Der Cronbach Alpha Wert für die gesamte Skala, als Maß für die interne Konsistenz, betrug 0,98.

In der Tabelle 2 sind die Cohen`s Kappa Werte im zeitlichen Studienverlauf von November bis April ersichtlich. Hierbei zeigte sich, dass der Großteil der Cohen`s Kappa Werte in der zweiten Erhebungsphase (von Februar bis April) gestiegen ist. Mit Ausnahme der Items „Kontinenz“, „Körperhaltung“, „Tag- und Nachtrhythmus“, „Körpertemperatur“ und „Kommunikation“ erwiesen sich die Kappa-Koeffizienten niedriger als zu Beginn der Erhebung.

Tabelle 1: Reliabilitätsmaße nach der Anwendung von Informationsbroschüren & PAS-Fächer (N = 221)

	Cohen`s Kappa	Percentage agreement (in %)	ICC (95%)
Essen und Trinken	0,71	91,9	0,90 (0,88-0,91)
Kontinenz	0,80	92,3	0,96 (0,95-0,97)
Körperhaltung	0,67	86,0	0,91 (0,88-0,93)
Mobilität	0,69	85,1	0,90 (0,87-0,92)
Tag- und Nachtrhythmus	0,40	85,1	0,61 (0,52-0,69)
An- und Auskleiden	0,75	89,6	0,96 (0,95-0,97)
Körpertemperatur	0,61	88,7	0,74 (0,67-0,79)
Körperpflege	0,69	87,8	0,93 (0,91-0,95)
Vermeidung von Gefahren	0,55	83,7	0,77 (0,71-0,82)
Kommunikation	0,59	94,1	0,74 (0,67-0,80)
Kontakte mit anderen	0,53	95,0	0,47 (0,36-0,57)
Sinn für Regeln und Werte	0,44	91,9	0,73 (0,66-0,79)
Alltagsaktivitäten	0,55	88,2	0,77 (0,71-0,82)
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	0,68	92,8	0,80 (0,74-0,84)
Lernfähigkeit	0,54	90,0	0,70 (0,63-0,76)
Fähigkeit zur Bewältigung psychisch/emotional	0,53	87,8	0,72 (0,65-0,78)
Gesamt	0,47	65,2	0,90 (0,85-0,94)

Tabelle 2: Cohen`s Kappa Werte im zeitlichen Verlauf (N = 221)

	Nov-Jan (n = 157)	Feb-Apr (n = 64)
Essen und Trinken	0,68	0,79
Kontinenz	0,82	0,75
Körperhaltung	0,68	0,64
Mobilität	0,68	0,72
Tag- und Nachtrhythmus	0,43	0,13
An- und Auskleiden	0,74	0,76
Körpertemperatur	0,61	0,56
Körperpflege	0,66	0,78
Vermeidung von Gefahren	0,54	0,59
Kommunikation	0,67	0,42
Kontakte mit anderen	0,45	0,65
Sinn für Regeln und Werte	0,47	0,34
Alltagsaktivitäten	0,49	0,78
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	0,60	0,87
Lernfähigkeit	0,52	0,59
Fähigkeit zur Bewältigung psychisch/emotional	0,51	0,59
Gesamt	0,44	0,53

5.2. Ergebnisse zur Praktikabilität der PAS-R

Beschreibung der Stichprobe

Von den in die Erhebung eingeschlossenen 80 Pflegepersonen, vervollständigten 47 den Fragebogen. Somit lag die Rücklaufquote bei 58,75 %.

Die Stichprobe bestand aus 36 weiblichen Teilnehmerinnen (76,6%) und 11 männlichen Teilnehmern (23,4%), wobei die Altersspanne von 22 bis 56 reichte (M = 37,47, SA = 10,16). Hinsichtlich der Fachbereiche arbeitete der Großteil der Pflegepersonen (46,8%) in der neurologischen Rehabilitation, 15% sind auf interne Erkrankungen spezialisiert und 15 % gaben an, in der allgemeinen Rehabilitation beschäftigt zu sein. 8,5% der Teilnehmer/Innen waren in der Arbeitsmedizin tätig und 6,4% arbeiteten in den Fokus.

An der Fragebogenumfrage haben mehrere Berufsgruppen teilgenommen, wobei die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit 78,8% in der Überzahl waren. Weiters waren noch zwei Wundmanager/Innen, ein/e Praxisanleiter/In und die Stellvertretung der Pflegedienstleitung an der Umfrage beteiligt.

Die verbrachten Berufsjahre hinsichtlich der Tätigkeit in der Rehabilitation variierten von 1 bis 39 Jahren, mit einem Mittelwert von 15,34 und einer Standardabweichung von 11,40.

Tabelle 3: Ergebnisse zur Praktikabilität nach der Anwendung von Informationsbroschüren & PAS-Fächer (N = 47)

Die modifizierte Pflegeabhängigkeitsskala.....	stimme entschieden nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu	Mittel- wert
...trägt dazu bei, dass Sie pflegerelevante Informationen über die Patienten/Innen erhalten.	0,0%	14,9%	76,6%	8,5%	2,06
...trägt dazu bei, dass Sie die Patienten/Innen hinsichtlich ihrer physischen Bedürfnisse/Ressourcen kennen.	0,0%	25,5%	70,2%	4,3%	2,21
...trägt dazu bei, dass Sie die Patienten/Innen hinsichtlich ihrer psychischen und sozialen Bedürfnisse/ Ressourcen kennen.	0,0%	38,3%	55,3%	6,4%	2,32
...trägt zu einer gezielten Beobachtung der Pflege(un-)abhängigkeit von Patienten/Innen bei.	2,1%	21,3%	48,9%	27,7%	1,98
...ist Basis für die Pflegeplanung.	10,6%	48,9%	31,9%	8,5%	2,62
...trägt dazu bei, die Pflegeplanung individuell und strukturiert zu gestalten.	4,3%	46,8%	40,4%	8,5%	2,47
...unterstützt die kontinuierliche Durchführung und Evaluation der pflegerischen Tätigkeit.	2,1%	31,9%	55,3%	10,6%	2,26
...trägt zu einer präzisen Pflegedokumentation bei.	4,3%	44,7%	42,6%	8,5%	2,45
...erhöht als Basis für die individuelle Pflegeplanung von Patienten/Innen die Qualität der Pflege.	2,1%	42,6%	48,9%	6,4%	2,40
...unterstützt die Planung und Beobachtung pflegerischer Maßnahmen hinsichtlich psychosozialer/ kognitiver Aspekte	0,0%	34,0%	59,6%	4,3%	2,30
...unterstützt die Kommunikation/ den Informationsaustausch zwischen Pflegenden hinsichtlich der bestehenden Pflege(un-) abhängigkeit von Patienten/Innen.	0,0%	27,7%	51,1%	19,1%	2,07
...unterstützt die Kommunikation/ den Informationsaustausch zwischen Pflegenden hinsichtlich der geleisteten pflegerischen Tätigkeit.	0,0%	38,3%	46,8%	12,8%	2,26
...unterstützt die Kooperation innerhalb des Pflegeteams hinsichtlich der zu leistenden pflegerischen Tätigkeit.	4,3%	38,3%	48,9%	6,4%	2,41
...unterstützt die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation in Ihrer Einrichtung.	4,3%	57,4%	29,8%	6,4%	2,61
...unterstützt die Kommunikation hinsichtlich der Pflege(un-) abhängigkeit von Patienten/Innen zwischen verschiedenen Einrichtungen (Rehabilitation, Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Dienst).	0,0%	42,6%	46,8%	8,5%	2,35
...ist ein hilfreiches Instrument bei Verlegung/ Überleitung und/ oder Entlassung von Patienten/Innen.	0,0%	46,8%	48,9%	4,3%	2,43
...ist einfach und schnell anzuwenden.	0,0%	21,3%	68,1%	10,6%	2,11
...ist einfach und schnell zu analysieren/ zu interpretieren.	0,0%	21,3%	63,8%	12,8%	2,13
Durchschnitt	1,89%	35,70%	51,88%	9,70%	2,3

Ergebnisse zur Praktikabilität der PAS-R

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Evaluation der Praktikabilität der modifizierten Pflegeabhängigkeitsskala nach der Anwendung von Informationsbroschüren. Hierbei zeigte sich, dass die Teilnehmer/Innen zu den zentralen Antwortkategorien „stimme zu „ und „stimme nicht zu“ tendierten.

Die Ausprägung „stimme zu“ wurde mit 51,88% im Durchschnitt am häufigsten von den Pflegepersonen gewählt.

Die Antwortkategorie „stimme nicht zu“ wurde mit 35,70% am zweihäufigsten angekreuzt. Hierbei waren 44,7% - 57,5% der Pflegepersonen eher nicht der Ansicht, dass die PAS-R als Basis für die Pflegeplanung herangezogen werden kann, zur individuellen Pflegeplanung dient, zu einer präzisen Pflegedokumentation beiträgt oder die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt.

Bei der Ausprägung „stimme entschieden nicht zu“ lehnten 2,1% bis 10,6% der Pflegepersonen die PAS-R in den diversen Aspekten eindeutig ab. Mehr als 50% der Teilnehmer/Innen lehnten die Items „Die PAS-R ist Basis für die Pflegeplanung“, „Die PAS-R trägt zur individuellen und strukturierten Pflegeplanung bei“ und „Die PAS-R unterstützt die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation in der Einrichtung“ ab, wobei ersteres am schlechtesten abschnitt.

Die Antwortkategorie „stimme voll zu“ wurde mit 9,70% im Durchschnitt am dritthäufigsten gewählt. Die beiden Items „Die PAS-R trägt zu einer gezielten Beobachtung der Pflege(un-)abhängigkeit von Patienten/Innen bei“ und „Die PAS-R unterstützt die Kommunikation/den Informationsaustausch zwischen Pflegenden hinsichtlich der bestehenden Pflege(un-)abhängigkeit von Patienten/Innen“ wiesen mit 27,7% und 19,1% die höchsten Zustimmungen der Teilnehmer/Innen auf.

Grundsätzlich überwogen die Zustimmungen für die positiven Aspekte hinsichtlich der Praktikabilität der Pflegeabhängigkeitsskala. Mehr als 75% der Pflegepersonen stimmten für die Items, dass die PAS-R

- dazu beiträgt, pflegerelevante Informationen über Patienten/Innen zu erhalten
- dazu beiträgt, die Pflege(un-)abhängigkeit von Patienten/Innen gezielt zu beobachten
- einfach und schnell anzuwenden ist
- einfach und schnell zu analysieren und zu interpretieren ist.

Die Mittelwerte der Einzelitems beliefen sich von 1,98 bis 2,62, woraus die Tendenz zum positiven Antwortverhalten der Teilnehmer/Innen hervorgeht.

5.3. Analyse der offenen Fragen der Fragebogenumfrage in der Einrichtung: Informationsbroschüren

Frage 1: „Haben Ihnen die schriftlichen Informationen gereicht, um die Pflegeabhängigkeitsskala in der Praxis anzuwenden?“

Tabelle 4: Antworten der Pflegepersonen (N=47) nach der Anwendung von Informationsbroschüren

Kategorien	Häufigkeit	Prozent
Informationen waren ausreichend	29	78,4
Informationen waren zu ungenau oder nicht ausreichend	8	21,6
Gesamt	37	100,0

Von 47 Pflegepersonen beantworteten 37 die erste offene Frage.

Der Großteil der Pflegepersonen (78,4%) gab an, genug schriftliche Informationen erhalten zu haben, um die Pflegeabhängigkeitsskala in der Praxis problemlos anzuwenden.

21,6% gaben an, dass die dargebotenen Informationen mittels der Broschüre und des PAS-Fächers nicht ausreichend oder zu ungenau aufbereitet waren.

Frage 2: „Welche Vorteile sehen Sie in einem gezielten Training zur Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala?“

Tabelle 5: Antworten der Pflegepersonen (N=47) nach der Anwendung von Informationsbroschüren

Kategorien	Häufigkeit	Prozent
Keine Vorteile	8	44,4
Sicherung eines effizienteren Umgangs mit der Skala	6	33,3
Förderung der Kommunikation und des Austausch innerhalb des Pflorgeteams	2	11,1
Verbesserung der Verständlichkeit	2	11,1
Verlaufskontrolle	1	5,5
Gesamt	18	100,0

Von 47 teilnehmenden Pflegepersonen beantworteten 18 die Frage 2.

Mehr als die Hälfte der Pflegepersonen (55,6%) sahen Vorteile in der Durchführung eines gezielten Trainings zur Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala.

33,3% gaben an, dass es durch die intensive Auseinandersetzung in Trainings zur effizienteren und genaueren Anwendung der Skala kommen würde.

11,1% waren der Meinung, dass durch ein Rater Training der Austausch in der Gruppe und die Kommunikation und Kooperation innerhalb des Pflegeteams gefördert werden würde. Des Weiteren könnte man durch die Schulungsmaßnahmen zur Verständlichkeit der Skala beitragen und deren Sinnhaftigkeit übermitteln, wodurch man einen regelmäßigen und gezielten Einsatz gewährleisten könnte. Eine Person gab an, dass man durch eine Schulung die Verlaufskontrolle sicherstellen könnte.

44,4% der Teilnehmer/Innen waren der Meinung, dass Trainingsmaßnahmen keine Vorteile beinhalten und man deshalb darauf verzichten könnte.

Frage 3: „Würde Ihnen ein Training mit der Durchführung von Fallbeispielen und anschließender Diskussion mit dem/r Experten/In erleichtern, die Pflegeabhängigkeitsskala in der Praxis anzuwenden? Wenn ja, warum?“

Tabelle 6: Antworten von Pflegepersonen (N=47) nach der Anwendung von Informationsbroschüren

Kategorien	Häufigkeit	Prozent
nein	11	45,8
ja	3	12,5
Erarbeitung von Vor- und Nachteilen bzw. Fortschritt für den/die Patienten/Innen	2	8,3
Bessere Nachvollziehbarkeit von praktischen Beispielen	2	8,3
Vereinfachte Implementation in die Praxis	1	4,2
Klärung von Unklarheiten und Vermeidung von Fehleinschätzungen durch den Einsatz von Experten/Innen vor Ort	1	4,2
Möglichkeit der Übung	1	4,2
Herstellung eines Praxisbezuges & fachlicher Austausch	1	4,2
Pflegeanamnese im herkömmlichen Sinn ist ausreichend	1	4,2
<u>Diskussion der Gültigkeit und der Zuverlässigkeit der PAS -R</u>	1	4,2
Gesamt	24	100,0

Von 47 teilnehmenden Pflegepersonen füllten 24 Teilnehmer/Innen die Frage 3 aus.

54,2% der Pflegepersonen (n=24) waren für die Durchführung eines Trainings mit der methodischen Aufbereitung mittels Fallbeispielen, damit die Pflegeabhängigkeitsskala leichter in der Pflegepraxis anzuwenden ist.

Zum einen könnte dadurch eine sichere und einfachere Anwendung im entsprechenden Setting gewährleistet werden und zum anderen könnte die Skala schneller in den Stationsalltag integriert werden. Durch den Einsatz von Experten/Innen könnten Unstimmigkeiten in den Einschätzungen diskutiert und Fehlinterpretationen verringert oder vermieden werden. Es würden die Weitergabe von Informationen und ein fachlicher Austausch in der Gruppe garantiert werden. Außerdem ließen sich die Gültigkeit und die Zuverlässigkeit des Instruments diskutieren.

Durch die Fallbeispiele als Möglichkeit der Übung ließe sich ihr Gebrauch in der Pflegepraxis besser nachvollziehen. Eine Pflegeperson war der Meinung, dass die Pflegeanamnese im herkömmlichen Sinn ausreichend sei.

45,8% der Teilnehmer/Innen gaben an, dass sie nicht unbedingt ein Training mit Fallbeispielen und anschließender Diskussion gebraucht hätten, um die Skala im Stationsalltag leichter anzuwenden.

6. Diskussion

Im Diskussionsteil werden die Daten der empirischen Erhebung mit den Ergebnissen von Studien, welche im Kontext mit Rater Training stattfanden, verglichen und in Beziehung gesetzt. Hierzu erfolgte eine Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den Studien „Psychometric testing of the modified care dependency scale for rehabilitation“ von Eichhorn-Kissel et al. (2010) und „The clinical utility of the care dependency scale for rehabilitation: nurses perception“ von Eichhorn-Kissel et al. (2010).

Schlussfolgernd lassen sich Empfehlungen für die Pflegepraxis ableiten und hypothetische Aussagen treffen, um zukünftig den Ressourceneinsatz in Bezug auf Kosten, Personal, Finanzen und Zeit zu optimieren.

6.1. Effekt der Anwendung von Informationsbroschüren im Vergleich zur Durchführung eines Rater Trainings auf die Reliabilität (Äquivalenz) der PAS-R

Um die erste Forschungsfrage aufzugreifen, wurden die Maße im Zusammenhang mit der Äquivalenz nach der Anwendung von Informationsbroschüren mit denen, nach einem Rater Training der Studie von Eichhorn-Kissel et al. (2010) gegenübergestellt und andiskutiert.

Die Cronbach Alpha Werte tendierten nach beiden Interventionen ähnlich hoch zu sein (0,99 in Einrichtung: RT und 0,98 in Einrichtung: IB), worauf sich schließen lässt, dass die Skala intern konsistent ist und sie das Konstrukt der Pflege(un-)abhängigkeit perfekt abzubilden vermag (Polit & Beck 2012).

Im Gegensatz zu den anderen Maßen im Zusammenhang mit der Äquivalenz (Cohen`s Kappa, prozentuale Beobachterübereinstimmung, Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient), wiesen die Ergebnisse in der Einrichtung mit der Durchführung eines Rater Trainings scheinbar höhere Werte auf, als in der Einrichtung, in der die Pflegepersonen lediglich Informationsbroschüren bzw. PAS-Fächer erhielten.

Tabelle 7: Maße zur Reliabilität (Äquivalenz) der Einrichtung Informationsbroschüren (IB) vs. Einrichtung Rater Training (RT)

	Cohen`s Kappa		Percentage agreement (in %)		ICC (95%)	
	IB	RT	IB	RT	IB	RT
Essen und Trinken	0,71	0,93	91,9	98,3	0,90 (0,88-0,91)	0,97 (0,96-0,97)
Kontinenz	0,80	0,93	92,3	98,6	0,96 (0,95-0,97)	0,98 (0,98-0,98)
Körperhaltung	0,67	0,95	86,0	97,4	0,91 (0,88-0,93)	0,98 (0,97-0,98)
Mobilität	0,69	0,94	85,1	96,9	0,90 (0,87-0,92)	0,96 (0,96-0,97)
Tag- und Nachtrhythmus	0,40	0,91	85,1	97,7	0,61 (0,52-0,69)	0,96 (0,96-0,96)
An- und Auskleiden	0,75	0,93	89,6	97,7	0,96 (0,95-0,97)	0,98 (0,98-0,98)
Körpertemperatur	0,61	0,94	88,7	99,3	0,74 (0,67-0,79)	0,98 (0,98-0,98)
Körperpflege	0,69	0,93	87,8	97,9	0,93 (0,91-0,95)	0,98 (0,98-0,98)
Vermeidung von Gefahren	0,55	0,95	83,7	98,2	0,77 (0,71-0,82)	0,99 (0,99-0,99)
Kommunikation	0,59	0,89	94,1	96,1	0,74 (0,67-0,80)	0,95 (0,94-0,95)
Kontakte mit anderen	0,53	0,93	95,0	98,4	0,47 (0,36-0,57)	0,98 (0,98-0,98)
Sinn für Regeln und Werte	0,44	0,90	91,9	97,7	0,73 (0,66-0,79)	0,94 (0,94-0,95)
Alltagsaktivitäten	0,55	0,93	88,2	97,0	0,77 (0,71-0,82)	0,97 (0,97-0,98)
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	0,68	0,96	92,8	98,7	0,80 (0,74-0,84)	0,98 (0,98-0,99)
Lernfähigkeit	0,54	0,90	90,0	97,2	0,70 (0,63-0,76)	0,96 (0,96-0,97)
Fähigkeit zur Bewältigung psychisch/emotional	0,53	0,95	87,8	98,4	0,72 (0,65-0,78)	0,97 (0,97-0,97)

Während die Kappa-Koeffizienten für die Einzelitems in Einrichtung: RT von 0,89 bis 0,96 variierten (Eichhorn-Kissel et al. 2010), ergaben sich in Einrichtung: IB Werte von 0,40 bis 0,80. Für die gesamte Skala ergab sich in Einrichtung: RT ein Cohen`s Kappa von 0,82 (Eichhorn-Kissel et al. 2010), während er in Einrichtung: IB nur 0,47 betrug. Auch die Werte der prozentualen Beobachterübereinstimmung und der Intra-Klassen-Koeffizienten tendierten in der Gruppe der trainierten Teilnehmer/Innen höher auszufallen, als bei den Personen die nur die schriftlichen Informationen erhielten.

Somit erwies sich die modifizierte Pflegeabhängigkeitsskala nach einem Rater Training laut der Einstufung von Altman (1991) als reliables Instrument, womit sich eine sehr gute Übereinstimmung zwischen diversen Beurteilern erzielen lässt. Nach der Anwendung von Informationsbroschüren konnte die PAS-R lediglich eine mittelmäßige Übereinstimmung erreichen. Aufgrund dieser hoch signifikanten Unterschiede kann man die Annahme tätigen, dass sich Trainingsmaßnahmen im Vergleich zu schriftlichen Informationen als effektiver erweisen.

Dass ein Rater Training zu präziseren Einschätzungen führen und somit die Reliabilität von Assessmentinstrumenten steigern kann, haben auch Cusick et al. (2005), Müller et al. (1998), Russel et al. (1994) und Schlientz et al. (2009) in ihren Studien nachgewiesen. Der Grund dürfte in der methodischen Aufbereitung des Trainings liegen. Ein effektives und erfolgversprechendes Rater Training beinhaltet die theoretische Vermittlung der wesentlichsten Elemente des Beurteilungsprozesses und der Vorlage und Überbringung von Experteneinschätzungen in Form von Standards. Des Weiteren soll es praxisorientiert ausgerichtet sein und Diskussions- und Feedbackrunden beinhalten, wobei allen Teilnehmer/Innen die Möglichkeit geboten werden kann, sich einzubringen bzw. ihr Anliegen zu thematisieren. Das Rater Training in der Studie von Eichhorn-Kissel et al. (2010) folgte diesem methodischen Aufbau und ähnelte dem „Frame-of-reference-Training“, welches wissenschaftlich als die effektivste Rater- Trainingsstrategie nachgewiesen worden ist (Woehr & Huffcutt 1994).

Die Informationsbroschüren sind inhaltlich zwar ähnlich wie das Training aufgebaut, gewährleiten jedoch nicht diese intensive Auseinandersetzung mit der Thematik und beinhalten keine Möglichkeit zum interaktiven Austausch mit einer/m Experten/In. Außerdem erhalten die Pflegepersonen durch die Vorlage von Standards oder Experteneinschätzungen einen Anhaltspunkt für objektivere Einstufungen, sodass die persönlichen Interpretationen im Einschätzungsprozess minimiert werden können (Cusick et al. 2005). Die Anwendung von standardisierten Informationen für die Beurteiler ist die Basis von reliablen Einschätzungen und sollte deshalb Element jeden Trainings sein (Wirtz & Caspar 2002).

Die Annahme, dass sich die Cohen`s Kappa Werte nach der Anwendung von Informationsbroschüren im Laufe der Zeit verbessern, konnte anhand der Studie nicht nachgewiesen werden (Abbildung 6). Hierbei schienen die Werte der Einzelitems im Erhebungszeitraum von November bis Januar zwischen 0,47 bis 0,82 zu variieren, während sich von Februar bis April Werte von 0,13 bis 0,79 ergaben. Laut Altman (1991) erzielte man im ersten Erhebungszeitraum eine leichte bis gute Übereinstimmung, während sie im zweiten schwach bis mittelmäßig einzustufen war.

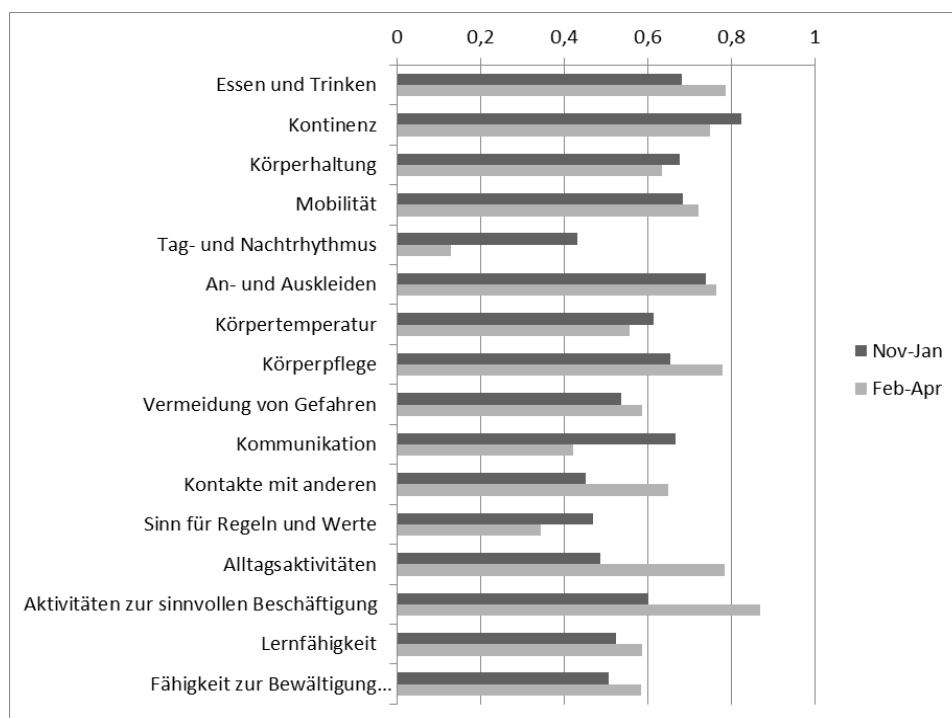


Abbildung 6: Cohen`s Kappa Werte im zeitlichen Verlauf

6.2. Effekt der Anwendung von Informationsbroschüren im Vergleich zur Durchführung eines Rater Trainings auf die Praktikabilität der PAS-R

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage erfolgte eine Gegenüberstellung der Daten der empirischen Erhebung mit den Ergebnissen der Studie „The clinical utility of the care dependency scale for rehabilitation: nurses` perception“ von Eichhorn-Kissel et al. (2010).

Hinsichtlich der Praktikabilität der modifizierten Pflegeabhängigkeitsskala erwies sich das Instrument nach einem Rater Training und nach der Ausgabe von Informationsbroschüren als sehr umgänglich und leicht anzuwenden. Dies zeigte sich in den überwiegend positiven Zustimmungen (67,6%) der Pflegepersonen in Einrichtung: RT und (61,58%) der Teilnehmer/Innen in der Einrichtung: IB für die Praktikabilität der PAS-R. Der Fragebogenumfrage zufolge empfanden die Pflegepersonen die PAS-R nach einem Rater Training in allen Belangen leichter anzuwenden, als nach der Ausgabe von Informationsbroschüren. Ersichtlich an den Mittelwerten die sich nach Trainingsmaßnahmen auf 1,9 - 2,6 beliefen, während sie in der anderen Gruppe nur von 2,0 bis 2,6 reichten.

Mehr als 75% der Pflegepersonen in beiden Einrichtungen schienen sich dafür auszusprechen, dass die PAS-R dazu beiträgt, pflegerrelevante Informationen der/s Patienten/In hinsichtlich seiner/ihrer physischen Bedürfnisse/Ressourcen zu erhalten und dass sie zu einer gezielten Beobachtung der Pflege(un-)abhängigkeit von Patienten/Innen verhilft.

Rund ein Drittel der Teilnehmer/Innen gaben an, dass sie die PAS-R zur Erhebung der Pflege(un-)abhängigkeit nicht gebraucht hätten um Verlegungen/Überleitungen oder Entlassungen von Patienten/Innen an andere Einrichtungen tätigen zu können. Der Grund hierfür könnte die mangelnde Etablierung der PAS-R in die österreichische Pflegekultur sein, wie auch Eichhorn-Kissel et al. (2010) in ihren Studien nachgewiesen haben.

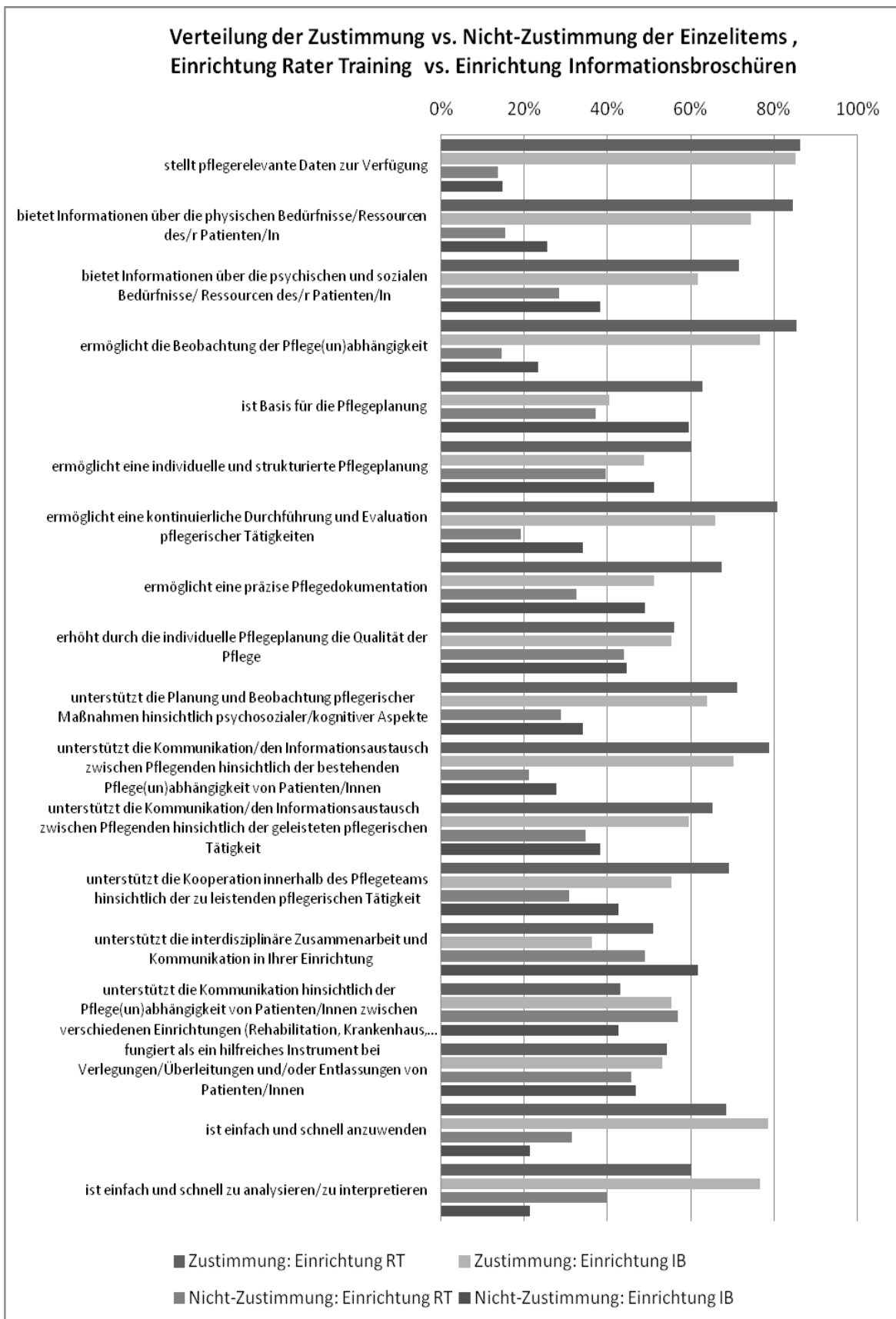


Abbildung 7: Verteilung der Zustimmung vs. Nicht-Zustimmung der Einzelitems in %, Einrichtung Rater Training (RT) vs. Einrichtung Informationsbroschüren (IB)

Bei der Analyse der offenen Fragen in Einrichtung: IB schienen über 60% der Teilnehmer/Innen anzugeben, dass ihnen die schriftlichen Informationen gereicht haben um die Skala problemlos im Pflegealltag anwenden zu können. Dennoch würden sich 31,9% der Pflegepersonen ein gezieltes Training mit Informationsaustausch wünschen. Durch Trainingsmaßnahmen würde eine korrekte Anwendung der Skala in der Pflegepraxis gewährleistet werden und Fehlinterpretationen könnten minimiert werden. Durch die praktische Ausrichtung und den Einsatz von Fallbeispielen könnten sich die Teilnehmer/Innen im Einschätzungsprozess anhand der Skala erproben und etwaige Fragen könnten im Plenum diskutiert und geklärt werden.

Die Ausführungen der teilnehmenden Pflegepersonen bei den offenen Fragen bezüglich der Vorteile eines Rater Trainings ähnelten den Ergebnissen der Studie von Cusick et al. (2005). Diese haben ebenfalls nachgewiesen, dass speziell konzipierte Trainingsmaßnahmen der beurteilenden Person durch die Übermittlung von konkreten Informationen und die Verwendung von Standards und Vorlagen zu präziseren Einschätzungen verhelfen. Durch praktische Sequenzen steigert man die Vertrautheit in das Assessmentinstrument und kann den Fokus auf eine gezielte Beobachtung hinsichtlich der Items legen (Cusick et al. 2005).

23,4% der Teilnehmer/Innen an der Umfrage sahen keine Vorteile in der Durchführung eines gezielten Trainings, damit die Pflegeabhängigkeitsskala leichter im Stationsalltag anzuwenden ist.

6.3. Implikationen für die pflegerische und pädagogische Praxis

Um Implikationen für die pflegerische und pädagogische Praxis tätigen zu können, wurden die Ergebnisse der ersten und zweiten Forschungsfrage noch einmal zusammengefasst und Schlussfolgerungen daraus gezogen.

Da sich das Assessment als der erste und wichtigste Schritt im Pflegeprozess darstellt, spielt die korrekte Einstufung der auftretenden Pflegephänomene, -problemen und Ressourcen des/r Patienten/In eine bedeutende Rolle. Durch die Einschätzung werden Pflegemaßnahmen abgeleitet, geplant und bilden die Grundlage für das anschließende Intervenieren von Pflegepersonen. Da sich dieser Einschätzungsprozess als sehr subjektiv erweist und von der Beobachtungs- und Interpretationsfähigkeit der jeweiligen Pflegeperson abhängt, benötigt man spezifische Methoden um objektivere und präzisere Daten zu erhalten (Reuschenbach & Mahler 2011).

Hierbei haben sich das Rater Training und auch die Anwendung von Informationsbroschüren als effektive Maßnahmen erwiesen, die die Einschätzungsfähigkeit von Pflegepersonen zu präzisieren. Zu diesem Thema fiel die wissenschaftliche Datenlage sehr spärlich aus, weshalb die Untersuchung von besonderer Bedeutung war.

Den Ergebnissen dieser Arbeit zufolge schien sich im Besonderen das Rater Training als wirksame Methode hervorzuheben zu haben, um das Beurteilungsvermögen diverser Rater zu verbessern. Durch dessen Einsatz würde man durch das Aushändigen von Experteneinschätzungen in Form von Standards oder Vorlagen eine Reduktion von Einschätzungsfehlern diverser Rater und eine Verringerung individueller Fehlinterpretationen gewährleisten (Cusick et al. 2005). Dies zeigte sich in höheren Cohen`s Kappa Werten, einer höheren prozentualen Beobachterübereinstimmung und höheren Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten im Vergleich zu den Ergebnissen nach der Anwendung von Informationsbroschüren.

Durch die Kombination von Theorie- und Praxiselementen im Rahmen von Trainingsmaßnahmen schafft man den Sprung vom Wissen zum nachhaltigen Handeln der Trainingsteilnehmer/Innen und die Herausbildung professioneller Handlungskompetenz (Wahl 2002).

Rater Trainings, sowie das Aushändigen von Informationsbroschüren haben nicht nur auf die Einschätzungsfähigkeit von Pflegepersonen Einfluss, sondern auch auf die Anwendung und Handhabung von Assessmentinstrumenten.

Anhand der erhobenen Daten lässt sich ableiten, dass beide Varianten Möglichkeiten darstellen, um die Praktikabilität von Einschätzungsinstrumenten zu verbessern.

Hierbei hat sich scheinbar wiederum das Rater Training, als die effektivere und erfolgversprechendere Methode erwiesen. Durch spezifische Trainingsmaßnahmen kann ein adäquateres Erheben von pflegerelevanten Daten und eine gezieltere Beobachtung der Pflege(un-)abhängigkeit von Patienten/Innen durch die PAS-R gewährleistet werden (Eichhorn-Kissel et al. 2010).

Den Ergebnissen der Fragebogenumfrage zufolge, kann ein Rater Training im Vergleich zu schriftlichen Informationen, zu einem interaktiven Austausch in der Gruppe oder mit einem/r Experten/In verhelfen (Eichhorn-Kissel et al. 2010). Außerdem kann man den Teilnehmern/Innen durch die methodische Aufbereitung mittels Fallbeispielen die Möglichkeit bieten, im Sinne der modernen Erwachsenenpädagogik, eigenständig tätig zu werden. Hierbei kann ein reflektiertes Denken und Handeln erfolgen und der Transfer zur nachhaltigen Handlungskompetenz kann sichergestellt werden (Wahl 2002).

6.4. Stärken und Schwächen der Studie und Empfehlungen für weitere Forschungen

Es wird zu weiteren Forschungen bezüglich des Effekts eines Rater Trainings im Vergleich zur Anwendung von Informationsbroschüren auf die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität angeraten, da diese Studie einige Limitationen beinhaltet.

Als positiv gilt anzumerken, dass sich der Kontext der beiden Stichproben ähnelte, da beide Einrichtungen im Rehabilitationssetting angesiedelt und beinahe auf dieselben Krankheitsbilder spezialisiert waren.

Somit ist auch das Pflege- und Therapieangebot der beiden Einrichtungen beinahe ident und lässt eine gute Vergleichbarkeit der beiden Stichproben zu. Eine weitere methodische Stärke war, dass der Erhebungszeitraum in beiden Einrichtungen sechs Monate betrug und beide Untersuchungen Rater-Paare verwendeten. Lediglich die Stichprobengröße und der Erhebungszeitpunkt waren unterschiedlich, sodass die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse herabgesetzt ist. Deshalb empfiehlt man weitere Forschungen mit ähnlichem Stichprobenumfang und parallelem Erhebungsverfahren.

Des Weiteren hat man angenommen, dass die Cohen`s Kappa Werte nach der Anwendung von schriftlichen Informationen ähnlich wie nach einem Rater Training ausfallen würden, da die Kollegen/Innen in der Praxis bereits Erfahrungen mit Assessmentinstrumenten hatten. Dies konnte jedoch nicht bestätigt werden. Da die Cronbach Alpha Werte hoch waren und die Skala intern konsistent ist, muss es andere Faktoren geben wieso die Reliabilität (Äquivalenz) der Skala so schlecht ausgefallen ist. Ebenfalls hat man postuliert, dass die Werte im zeitlichen Verlauf (siehe Abbildung 6) ansteigen würden, was auch nicht nachgewiesen werden konnte.

Deshalb wäre es in weiteren Studien noch zu eruieren, wieso die Cohen`s Kappa Werte so gering ausgefallen sind beziehungsweise wieso sie im zeitlichen Verlauf nicht gestiegen sind.

6.5. Schlussfolgerung

Sowohl die Anwendung von Informationsbroschüren als auch die Durchführung eines Rater Trainings scheinen effektive Strategien zu sein, um die Reliabilität (Äquivalenz) und Praktikabilität der PAS-R zu steigern.

Hierbei hat sich im Besonderen das Rater Training als wirksame Weiterbildungsmaßnahme hervorgetan, um den subjektiven Einschätzungsprozess objektiver und präziser zu gestalten und die Beobachtungsfähigkeit der Pflegenden zu schärfen. Durch dessen methodische Aufbereitung mit theoretischer und praktischer Sequenz, verhilft man den Pflegepersonen im Sinne der modernen Erwachsenenpädagogik nachhaltiges Denken und Handeln auszubilden.

Hinsichtlich der Praktikabilität der PAS-R konnte man sowohl nach einem Rater Training als auch nach der Anwendung von Informationsbroschüren gute Ergebnisse erzielen. Hierbei haben sich wiederum Trainingsmaßnahmen, durch dessen praxisorientierter Ausrichtung mit Übungssequenzen und Diskussionsrunde, im Gegensatz zu schriftlichen Informationen, als effektiver erwiesen.

Literaturverzeichnis

- Alipour, M., Salehi, M. & Shahnava, A. (2009) A Study of on the Job Training Effectiveness: Empirical Evidence of Iran. *International Journal of Business and Management*, 4 (11), 63-68.
- Altman, D.G. (1991) Practical statistics for medical research. Chapman and Hall, London.
- Bergmann, B. (1999) Training für den Arbeitsprozess. Hochschulverlag AG, Zürich.
- Biech, E. (2008) Kurse und Seminare erfolgreich durchführen für Dummies. Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010) Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, Berlin und Heidelberg.
- Brinkmann, R.D. (2008) Techniken der Personalentwicklung. Trainings- und Seminarmethoden. Verlag Recht und Wirtschaft, Frankfurt am Main.
- Cusick, A., Vasquez, M., Knowles, L. & Wallen, M. (2005) Effect of rater training on reliability of Melbourne assessment of unilateral upper limb function scores. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39 (1), 39-45.
- Dassen, T.W.N., Balzer, K., Bansemir, G., Kühne, P., Saborowski, R. & Dijkstra, A. (2001) Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. *Pflege*, 14 (2), 123-127.
- Dijkstra, A., Brown, L., Havens, B., Romeren, T.I., Zanotti, R., Dassen, T. & Van den Heuvel, W. (2000) An international psychometric testing of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 944-952.

- Dijkstra, A., Buist, G., Dassen, T.W.N. (1996) Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10 (3), 137-143.
- Eichhorn-Kissel, J. (2011) The care dependency scale for Rehabilitation (CDS-R) – an investigation of its psychometric properties and clinical utility. Dissertation. Medizinische Universität Graz.
- Eichhorn-Kissel, J., Kottner, J. & Lohrmann, C. (2010) Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 24 (4), 363-372.
- Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T.W.N. & Lohrmann, C. (2012) Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1), 194–202.
- Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T.D. & Lohrmann, C. (2010) The clinical utility of the Care Dependency Scale in rehabilitation: nurses' perception. *Journal of Research in Nursing*, 15 (6), 547-561.
- Faulstich, P. & Zeuner, C. (2008) Erwachsenenbildung. Eine handlungsorientierte Einführung in Theorie, Didaktik und Adressaten. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Forneck, H.J. & Wrana, D. (2005) Ein parzelliertes Feld. Eine Einführung in die Erwachsenenbildung. Bertelsmann Verlag GmbH, Bielefeld.
- Grouven, U., Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007) Der Kappa-Koeffizient. *Deutsches Medizinisches Rundschreiben*, 132, 65-68. [Online]: <http://rbsd.de/PDF/DMW/DMW-2007-S1-23.pdf>, Zugriff am: 3.12.2013.

- Gruber, E. (2009) Auf der Spur...Zur Entwicklung von Theorie, Forschung und Wissenschaft in der österreichischen Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Magazin Erwachsenenbildung.at, 7 (8), 2-14. [Online]: http://erwachsenenbildung.at/magazin/archiv_artikel.php?mid=1519&aid=188, Zugriff am: 12.1.2014.
- Gupta, A. (2012) Assessmentinstrumente für alte Menschen. Pflege- und Versorgungsbedarf systematisch einschätzen. Hans Huber Verlag, Bern.
- Harris, M. & Warren, J. (1995) Patient outcomes: assessment issues for the CNS. *Clinical Nurse Specialist*, 9 (2), 82-86.
- Institut für Pflegewissenschaft (2013) Informationsbroschüre zur Pflegeabhängigkeitsskala (PAS-R). Ein Einschätzungsinstrument zur Beurteilung der Pflegeabhängigkeit von Patienten und Patientinnen im Rehabilitationsbereich, Graz.
- Institut für Pflegewissenschaft (2007) PAS Fächer – Fragen (Item) Beschreibung, Graz.
- Knowles, M.S., Holton E.F. & Swanson, R.A. (2007) Lebenslanges Lernen. Andragogik und Erwachsenenbildung. Elsevier Verlag, München.
- Long, A. & Dixon, P. (1996) Monitoring outcomes in routine practice: defining appropriate measurement criteria. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2 (1), 71-78.
- Marsh, S. & White, M. (2008) The Care Dependency Scale – Chatsworth Rehabilitation Centre Royal College of Nursing International Rehabilitation & Intermediate Care Nursing Forum Conference, 15. & 16.2.2008.

- McColl, E., Christiansen, T. & König-Zahn, C. (1997) Making the right choice of outcome measure. Hutchingson, A., Beutzen, N., König-Zahn, C. (Hrsg.), Leuven, Bergen, Odense, Coimbra, Hannover, Hull, Groningen: European Research Group on Health Outcomes.
- Mikula (2007) Lebenslanges Lernen – emanzipatorische Potenziale veränderter Lernkulturen. Magazin Erwachsenenbildung.at, 2, 1-11 [Online]: http://erwachsenenbildung.at/magazin/07-2/meb07-2_05_mikula.pdf, Zugriff am 28.3.2014.
- Montgomery, K.E. (2010) The effects of rater training on the relationship between item observability and rater agreement. Master theses & specialist projects, Paper 168. [Online]: <http://digitalcommons.wku.edu/theses/168>, Zugriff am: 14.12.2013.
- Müller, M.J., Rossbach, W., Dannigkeit, P., Müller-Siecheneder, F., Szegedi, A. & Wetzel, H. (1998) Evaluation of standardized rater training for the positive and negative syndrome Scale (PANSS). *Schizophrenia Research*, 32 (3), 151-160.
- Murphy, K.R. & Cleveland, J.N. (1995) Understanding performance appraisal. Social, organizational and goal-based perspectives. SAGE Publications, California.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012) Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins, London, Philadelphia.
- Reuschenbach, B. & Mahler, C. (2011) Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Hans Huber Verlag, Bern.

- Russel, D.J., Rosenbaum, P.L., Lane, M., Gowland, C., Goldsmith, C.H., Boyce, W.F. & Plews, N. (1994) Training Users in the Gross Motor Function Measure: Methodological and Practical Issues. *Physical Therapy*, 74 (7), 630-636.
- Schlientz, M.D., Briesch, A.M., Walcott, C.M. & Chafouleas, S.M. (2009) The impact of training on the accuracy of direct behaviour ratings (DBR). *American Psychological Association*, 24 (2), 73–83.
- Schlögl, P. & Schneeberger, A. (2003) Erwachsenenbildung in Österreich. Länderhintergrundbericht zur Länderprüfung der OECD über Erwachsenenbildung. [Online]: <http://wwwg.uni-klu.ac.at/ifeb/eb/oecd-hintergrundbericht.pdf>, Zugriff am: 19.2.2014.
- Schredl, M., Burchert, N. & Gabatin, Y. (2004) The effect of Training on Interrater Reliability in Dream Content Analysis. *Sleep and Hypnosis*, 6 (3), 139-144.
- Siebert, H. (1989) Entwicklung und Paradigmen der Erwachsenenbildungsforschung. In: Grundlagen der Weiterbildung – Praxishilfen, Neuwied.
- Wahl, D. (2002) Mit Training vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln? *Zeitschrift für Pädagogik*, 48 (2), 227-241.
- Wang, M.C., Lee, Y.D. & Chen, S.Y. (2012) The mediating effect of quality of service on the effectiveness of employee training and customer satisfaction. *International Research Journal of Finance and Economics*. 90, 146-154.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002) Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Woehr, D.J. & Huffcutt, A.I. (1994) Rater training for performance appraisal: a quantitative review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67 (3), 189- 205.



Institut für Pflegewissenschaft

Basisinformationsbroschüre

zur

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS - R)

Ein Einschätzungsinstrument zur Beurteilung der

Pflegeabhängigkeit

im Rehabilitationsbereich

von Patienten und Patientinnen bzw.
Bewohnern und Bewohnerinnen

- © Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) ist die deutsche Adaption der Care Dependency Scale (CDS) von Buist G.A.H., Dassen Th.W.N., Dijkstra A. (1994), Universität Groningen, Niederlande

Modifiziert durch Eichhorn-Kissel J., Lohrmann C. und Pirschheim S.

Institut für Pflegewissenschaft,
Medizinische Universität Graz, Österreich

Oktober 2013

Copyright:

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieser Informationsbroschüre darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung des Vorstandes des Institutes reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Einleitung

Die Anwendung von Instrumenten bietet Pflegenden die Möglichkeit, PflegeempfängerInnen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse oder pflegerischen Probleme einzuschätzen. Zur Feststellung der Pflegeabhängigkeit existiert beispielsweise die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS), mit deren Hilfe identifiziert werden kann, wie pflegeabhängig PatientInnen und BewohnerInnen sind. Die PAS ist ein praktikables Instrument, welches als eines der Wenigen umfangreich wissenschaftlich überprüft wurde und daher für die Anwendung in der Praxis empfohlen werden kann.

Die Pflegeabhängigkeitsskala (kurz PAS) wurde 1996 in den Niederlanden von Dijkstra et al entwickelt und basiert auf den 14 Grundbedürfnissen von Virginia Henderson, eine der bekanntesten Pflge-theoretikerinnen. Die PAS wurde speziell für den Rehabilitationsbereich zur PAS – R modifiziert, indem das Item „Fähigkeit zur Bewältigung psychisch/emotional“ hinzugefügt wurde.

Vordergründiges Ziel der PAS - R ist es, Pflegenden im Rehabilitationsbereich ein Hilfsmittel für die Pflegeplanung und

den Pflegeprozess zur Verfügung zu stellen. Insbesondere soll Pflegenden durch die systematische Einschätzung der PflegeempfängerInnen in ihren grundlegenden Bedürfnissen die Möglichkeit gegeben werden, einen Überblick über die bestehende Pflege(un)abhängigkeit zu erhalten. In diesem Kontext kann die PAS - R als *Überblicks-Instrument (Overviewassessment)* gesehen werden, welches die Grundlage für weitere Einschätzungen bilden kann. Darüber hinaus kann die PAS – R im gesamten Verlauf der Pflege genutzt werden, da mit ihrer Hilfe Veränderungen der Pflege(un)abhängigkeit sichtbar gemacht werden können. Auch kann die PAS - R bei Verlegung von PflegeempfängerInnen in andere pflegerische Bereiche genutzt werden, da sie bereichsübergreifend Anwendung finden kann.

Sollten Sie diesbezügliche Fragen haben, können Sie sich jederzeit gern an uns wenden. Vielen Dank für Ihr Interesse an der Pflegeabhängigkeitsskala,

Dipl. - Pflegepädagogin Juliane Eichhorn-Kissel
Univ. - Prof. Dr. Christa Lohrmann

Architektur der Pflegeabhängigkeitsskala

Die Pflegeabhängigkeitsskala besteht aus 16 Items, welche nach fünf Antwortkategorien - von *völlig abhängig* bis *völlig unabhängig* - eingeschätzt werden.

PatientInnencode : _____
 Alter in Jahren : _____
 Geschlecht : _____
 Medizinische Diagnose : _____
 Datum der Beurteilung : _____
 ID Pflegenden/ : _____



- Die Pflegeabhängigkeitsskala -

	völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig	Punkte
Essen und Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Körperhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mobilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tag- und Nachtrhythmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Körpertemperatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vermeiden von Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kontakte mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sinn für Regeln und Werte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alltagsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lernfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fähigkeit zur Bewältigung psychisch/emotional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Gesamt					

völlig unabhängig	alles wird eigenständig getan	5
überwiegend unabhängig	Eigenständigkeit mit wenig Hilfe/Anleitung	4
teilweise abhängig	eingeschränkte Eigenständigkeit, Hilfestellung bzw. Anleitung nötig	3
überwiegend abhängig	stark eingeschränkte Eigenständigkeit, oft Hilfe/Anleitung in größerem Umfang nötig	2
völlig abhängig	keine Eigenständigkeit, immer Hilfe/Anleitung nötig	1

Bemerkungen: _____

Sollten Sie Fragen oder Probleme haben, wenden Sie sich bitte die Mitarbeiterinnen des Instituts für Pflegewissenschaft (pflegewissenschaft@meduni-graz.at) oder 0316/385 720 64).

Jeder Antwortkategorie ist dabei ein Punktwert von 1 (völlig abhängig) bis 5 (völlig unabhängig) zugeordnet. Die Einstufung der Antwortkategorien geschieht dabei nach folgenden Kriterien:

<i>völlig unabhängig</i>	alles wird eigenständig getan
<i>überwiegend unabhängig</i>	Eigenständigkeit mit wenig Hilfe/Anleitung
<i>teilweise abhängig</i>	eingeschränkte Eigenständigkeit, Hilfestellung bzw. Anleitung nötig
<i>überwiegend abhängig</i>	stark eingeschränkte Eigenständigkeit, oft Hilfe / Anleitung in größerem Umfang nötig
<i>völlig abhängig</i>	keine Eigenständigkeit, immer Hilfe/Anleitung nötig

Die so entstandenen Einzelwerte können abschließend zusammengefasst werden, so dass sich Gesamtwerte von 16 bis 80 Punkten ergeben, wobei niedrige Punktwerte eine hohe Pflegeabhängigkeit bezeichnen.

Prinzipiell wird die Einschätzung der PatientInnen durch diplomiertes Pflegepersonal vorgenommen und ist auf Basis der Tätigkeit mit und am Patienten/der Patientin auszufüllen. Hierbei gelten folgende Prinzipien:

1. Bewertet wird, was ein/e Pflegeempfänger/in wirklich kann und tut, nicht was er/sie tun könnte.
2. Die Einstufung erfolgt innerhalb der ersten 24 bis 72 Stunden.
3. Schwankt das Können oder Tun einer Person im Tagesverlauf, so ist die jeweils niedrigere Einstufung, also die „schlechtere“, vorzunehmen:

Einstufung in *überwiegend abhängig*
statt *teilweise abhängig*

4. Hilfsmittel finden nur Berücksichtigung bei der Einstufung, wenn eine Person diesbezüglich personelle Unterstützung benötigt.

Zur fortlaufenden Beurteilung der Pflege(un)abhängigkeit hat sich die Verwendung eines Netzdiagramms (siehe Abbildung) als hilfreich erwiesen, da es ermöglicht Veränderungen aufzuzeigen und zu dokumentieren. Ebenfalls eignet es sich für die Kommunikation im interdisziplinären Team, um auf Basis kollektiver Betrachtung der Pflege(un)abhängigkeit von PflegeempfängerInnen mögliche Diagnosen, Ziele und Interventionen zu diskutieren und zu formulieren.

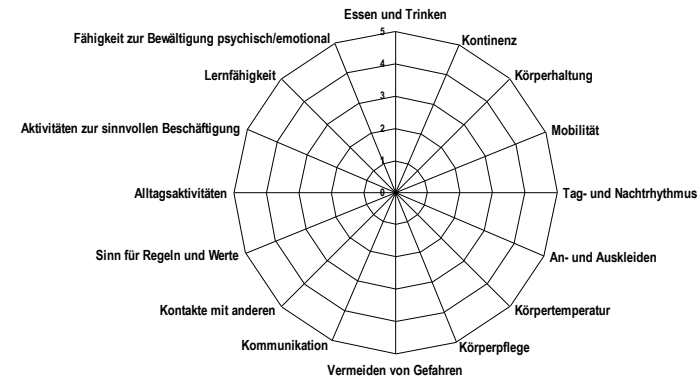


Abbildung 3: Die PAS als Netzdiagramm

Versionen der PAS

Seit ihrer Entstehung wurde die PAS für die Anwendung in verschiedenen Bereichen der Pflege, Anwendergruppen (Pfleger, PatientInnen und Angehörige) und Sprachen übersetzt, modifiziert und weiterentwickelt.

Derzeit existiert die PAS in 13 verschiedenen Sprachen, wie z.B. Finnisch, Schwedisch, Slowenisch, aber auch in arabischer und deutscher Sprache. Je nach pflegerischem Bereich (Krankenhaus, Pflegeheim, Rehabilitation, ambulante Pflege etc.) kommen unterschiedliche Versionen der PAS zum Tragen. Ferner werden zur Integration der PflegeempfängerInnen- und Angehörigenperspektive sowohl Selbsteinschätzungs- als auch Angehörigen - Versionen genutzt.

Nutzung der PAS

- Die PAS findet derzeit Anwendung in verschiedenen Bereichen der Pflege, wie z.B. der Geriatrie, Rehabilitation und ambulanten Pflege.
- Die Anwendung der PAS ist hierbei kostenlos und lizenzfrei, bedarf aber der Einhaltung von Copyright-Bestimmungen.
- Zur Implementierung der PAS haben sich einführende Schulungen als erfolgreich erwiesen.
- Die PAS wird in der österreichischen Pflegepraxis genutzt, um die bestehende Pflege(un)abhängigkeit von PatientInnen während des gesamten Pflegeprozesses einzuschätzen sowie Veränderungen festzustellen und zu dokumentieren. Hierbei werden im Gegensatz zu anderen Instrumenten sowohl physische als auch psychosoziale Aspekte betrachtet.
- Hierzu wurde die PAS in die Dokumentationssysteme der Institutionen schriftlich oder elektronisch integriert.
- Im ambulanten Bereich findet die PAS mehr und mehr Anwendung im Rahmen von Begutachtungen der nichtprofessionellen Pflege.
- Insbesondere die grafische Darstellung der PAS wird dabei gern genutzt, um Veränderungen feststellen und dokumentieren zu können.

- Erhebungen zeigen, dass Pflegekräfte für das Ausfüllen der PAS im Gegensatz zu anderen Instrumenten einen geringen Zeitaufwand von circa 5 bis 10 Minuten benötigen. Dadurch lässt sich die PAS sehr gut in den Pflegealltag integrieren und die Akzeptanz bei den Pflegenden wird erhöht.
- Die mit der PAS erhobenen Daten werden im Rahmen einrichtungsinterner statistischer Auswertungen verwendet, um in anonymisierter Form Vergleiche zwischen verschiedenen Fachbereichen und PatientInnengruppen (z.B. Diagnose, Alter, Geschlecht) durchführen zu können.
- Die PAS findet Anwendung im Rahmen von nationalen und internationalen Forschungsprojekten und ist damit ein gemeinsames Instrument für Pflegepraxis und Pflegeforschung.

Notizen:

Literatuur

- Dijkstra A, Buist G, Dassen ThWN. Nursing-Care Dependency: Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Science* 1996; 10: 137-143.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen ThWN. Nursing-Care Dependency: Development and psychometric testing of the NCD-scale for demented and mentally handicapped in-patients. In: *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the WENR, Research on Nursing throughout the Lifespan. Volume 1:117-126.* Västervik: Ekblad & Co, 1996.
- Buist GAH. Zorgafhankelijkheid en zelfstandigheid: zorg op maat. In: *Congresbundel Vlaams-Nederlands Wetenschappelijk congres, Onderzoek in de verpleging en verzorging in relatie tot de praktijk.* pp. 234-242. Maastricht: De Tijdstroom, 1996.
- Dijkstra A. Zorgafhankelijkheid van psychogeriatrische patiënten: een instrument voor het vaststellen van de zorgvraag door ziekenverzorgenden. In: *Congresbundel Vlaams-Nederlands Wetenschappelijk congres, Onderzoek in de verpleging en verzorging in relatie tot de praktijk.* pp. 307-308. Maastricht: De Tijdstroom, 1996.
- Dijkstra A, Sipsma DH, Dassen ThWN. Care Dependency and survival among female patients with Alzheimer's disease: a two-year follow-up. *Croatian Medical Journal* 1998; 39(3): 269-274.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen ThWN. A criterion-related validity study of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. *International Journal of Nursing Studies* 1998; 35(3): 163-170.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen ThWN. Operationalization of the concept of 'nursing-care dependency' for use in long-term care facilities. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 1998; 7: 142-151.
- Dijkstra A. Het meten van zorgafhankelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap. In: *Lezingenbundel Nederlands-Vlaams Wetenschappelijke studiedag, Verpleegkundig onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg.* Breda, 27-11-1998.
- Dijkstra A. Observatieschalen: een duimstok voor gedrag. In: M. Allewijn et al. *Leidraad Psychogeriatric: herkenning, onderzoek, therapie, omgang.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- Dijkstra A. *Care Dependency: an assessment instrument for use in long-term care facilities (Academic thesis).* Groningen: Stichting Drukkerij C. Regenboog, 1998.
- Dassen ThWN, et al. PAS - Ein Verfahren zur Beurteilung der Pflegeabhängigkeit (Klinikbereich). Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Humboldt-Universität zu Berlin. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Berlin, Germany, 1998.
- Dijkstra A, Buist GAH, Dassen ThWN, Van den Heuvel WJA. Het meten van zorgafhankelijkheid met de ZorgAfhankelijkheidsSchaal (ZAS): een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1999.
- Dijkstra A, Buist G, Moorer P, Dassen ThWN. Construct validity of the Nursing-Care Dependency scale. *Journal of Clinical Nursing*, 1999; 8: 380-388.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen ThWN. De zorgafhankelijkheidsschaal in de verstandelijk gehandicapten zorg. *Tijdschrift voor Zwakzinnigzorg* 1999; 3: 176-186.
- Dijkstra A, Sipsma DH, Dassen ThWN. Predictors of Care Dependency in Alzheimer's disease after a two-year period. *International Journal of Nursing Studies*; 1999, 36: 487-495.
- Dijkstra A, Brown L, Haven B, Romoren T, Zanotti R, Dassen ThWN, Heuvel van den W. An international psychometric testing of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(4): 944-952.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen ThWN, Moorer P. A reliability and utility study of the Care Dependency Scale. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2000; 14: 155-161.
- Dijkstra A, Coleman M, Dassen ThWN, Romoren T, Välimäki M, Zanotti R. Zorgafhankelijkheid gemeten in Europees perspectief. *Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie* 2000; 31: 245-251.
- Dijkstra A, Brouwer FJ, Buist GAH. Fries in de ouderenzorg: een Friestalg meetinstrument voor Zorgafhankelijkheid. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen. Groningen, The Netherlands, 2001.
- Dassen ThWN, Balzer K, Bansemir G, Kühne P, Saborowski R, Dijkstra A. Die PflegeAbhängigkeitSkala, eine methodologische Studie. *Pflege* 2001; 14: 123-127.
- Dassen Th, Eisermann HJ, Halfens R, Heinze C, Knoppik J, Lahmann N, Lohrmann C, et al. Dekubitus, Sturzereignisse, Pflegeabhängigkeit, Prävalenzerhebung 2001. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Berlin, Germany, 2001.
- Lohrman C, Balzer K, Dijkstra A, Dassen Th, et al. Care dependency - testing different versions of the Care Dependency Scale in nursing homes and geriatric wards. 2nd European Doctoral Conference in Nursing Science. 12-13 October 2001. Conference book, University of Maastricht, The Netherlands.
- Dijkstra A. EURECARE: developing a common language for use in the elderly care. In: Oud, N (Ed.). *Proceedings of the third European Conference of ACENDIO in Berlin, Naming Nursing – Developing and Communicating Nursing's professional Language*, pp. 167-170. Bern: Hans Huber Verlag, 2001.
- Lohrmann C. Care Dependency: The application of an assessment instrument in home care. In: Oud, N (Ed.). *Proceedings of the third European Conference of ACENDIO in Berlin, Naming Nursing – Developing and Communicating Nursing's professional Language*, pp. 167-170. Bern: Hans Huber Verlag, 2001.
- Lohrmann C. Die Pflegeabhängigkeitsskala: BAGSO-Nachrichten 2002; 4(4): 29.
- Lohrmann C. Zu viel Pflege macht abhängig. *Pflege Aktuell* 2002; 1: 21-24.
- Lohrmann C. Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS): Das Maß ist die Unabhängigkeit. *Pflegezeitschrift* 2002; 7: 501-505.
- Dassen Th, Halfens R, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, Tannen A, et al. Dekubitus, Sturzereignisse, Pflegeabhängigkeit, Prävalenzerhebung 2002. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Berlin, Germany, 2002.

- Dijkstra A, Tiesinga LJ, Goossen WTF, Dassen ThWN. Further psychometric testing of the Dutch Care Dependency Scale on two different patient groups. *International Journal of Nursing Practice* 2002; 8 (6): 305-314.
- Mertens E, Tannen A, Lohrmann C, Dassen T. Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. *Pflege* 2002; 15:195-201.
- Tannen A, Mertens E, Dassen T. Dekubitus, Sturz und Pflegeabhängigkeit: Studie an elf BerlinerKrankenhäusern. *Die Schwester / Der Pfleger* 2002; 41(12): 1026-1029.
- Lohrmann C. Richtig eingeschätzt: die Pflegeabhängigkeit, Bedarfsermittlung als Basis individueller Pflege. *Pflegen Ambulant* 2002; 15(5): 195-201.
- Dassen Th, Halfens R, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, Tannen A, et al. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus, Prävalenzerhebung 2003. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Berlin, Germany, 2003.
- Lohrmann C, Balzer K, Dijkstra A, Dassen T. Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim - eine psychometrische Studie. *Z Gerontol Geriat* 2003; 36: S 255-259.
- Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17: 51-56.
- Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. An assessment instrument for elderly patients in German Hospitals. *Geriatric Nursing* 2003; 24 (1): 40-43.
- Dijkstra A, Coleman M, Tomas C, Välimäki M, Dassen ThWN. Further psychometric testing of the Care Dependency Scale with data from three countries. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43 (2): 181-187.
- Lohrmann C. Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Eine methodologische Studie (Academic thesis). Berlin: Pro Business, 2003.
- Wilborn D, Lohrmann C, Dassen T. Deutlicher Unterschied. Prävalenzerhebung zur Pflegeabhängigkeit in Pflegeheim und Kliniken. *Nightingale* 2004; 3(3): 19-26.
- Dassen Th, Halfens R, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, Tannen A, et al. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus, Prävalenzerhebung 2004. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Berlin, Germany, 2004.
- Lohrmann C. Die Pflegeabhängigkeitsskala. In: Bartholomeyezic S, Halek M (Hrsg). *Assessmentinstrumente in der Pflege - Möglichkeiten und Grenzen*. Wittener Schriften. Hannover, Deutschland: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbh & Co KG, 2004.
- Dijkstra A, Brouwer FJ, Buist GAH, Dassen TWN. De 'Soarchmijter'. Het gebruik van een Friestalig meetinstrument in de ouderenzorg. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2004; 35: 255-261.
- Välimäki M, Dijkstra A, Soini H, Antila ML, Zanotti R, Dassen ThWN. Elderly patients' dependency on nursing care. *Hallym International Journal of Aging* 2004; 6(1): 79-93.
- Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen ThWN. Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(4): 410-416.
- Kottner J, Grösel A, Klause K, Strauß A, Lohrmann C. (2006) *Schulung und Anleitung zur Nutzung der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)*. Charité-

Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft

- Eichhorn-Kissel J, Lohrmann C, Dassen T. (2006) Gütekriterien der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) in der ambulanten Pflege, unpub

Institut für Pflegewissenschaft

Billrothgasse 6; A- 8010 Graz

Tel: +43 316 385 72064

Fax: +43 316 385 72068

Pflegewissenschaft@meduni-graz.at



Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Anhang II – PAS-Fächer

PAS - Fächer

- Fragen (Item) Beschreibung - Pflegefachpersonenversion

Körperhaltung

Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, bei bestimmten Aktivitäten die richtige Körperhaltung einzunehmen.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, selbstständig für unterschiedliche Aktivitäten eine angemessene Körperhaltung einzunehmen.	z.B. St/Er kann sich im Bett drehen und aussteigen sowie aus dem Bett oder Stuhl aussteigen und im Stuhl sitzen.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, selbstständig für unterschiedliche Aktivitäten eine angemessene Körperhaltung einzunehmen. Allerdings benötigt sie/er geringfügige Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. Beratung/Anleitung zur Verwendung von Lagerungs-hilfsmitteln (Kissen etc.)
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, eine angemessene Körperhaltung einzunehmen. Allerdings benötigt sie/er teilweise Unterstützung beim Ändern der Position und/oder der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. St/Er kann sich im Bett drehen und aussteigen sowie im Stuhl sitzen, aber zum Aussteigen ist Hilfe notwendig.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in geringfügig in der Lage, eine angemessene Körperhaltung einzunehmen und benötigt üblicherweise Unterstützung beim Ändern der Position und/oder der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. St/Er kann im Stuhl sitzen, aber zum Üben im Bett, Aussteigen und Aussteigen ist Hilfe erforderlich.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist aufgrund ihrer/er Erkrankung nicht in der Lage, eine angemessene Körperhaltung einzunehmen und benötigt immer Unterstützung beim Ändern der Position und der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. St/Er hat Lähmungs-erscheinungen, wodurch ein eigenes Ändern Lagerungs-wechsel nicht möglich ist.

Kontinenz



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, ihre/seine Urin- und/oder Stuhlausscheidung willkürlich zu kontrollieren und angemessen darauf zu reagieren.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, ihre/seine Urin- und/oder Stuhlausscheidung willkürlich zu kontrollieren und angemessen darauf zu reagieren („Toilettegang“). Falls sie/er Hilfsmittel benötigt, verwendet sie/er diese selbstständig.	z.B. Verwendung von Vorlagen, Nutzung eines Toilettenplans, Katheter/ Anus praeter - Versorgung etc.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ihre/seine Urin- und/oder Stuhlausscheidung willkürlich zu kontrollieren und angemessen darauf zu reagieren. Allerdings benötigt sie/er minimale Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. Beratung/Anleitung zur Verwendung von Vorlagen, Nutzung eines Toilettenplans, Katheter-Versorgung etc.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ihre/seine Harn- und/oder Stuhlausscheidung zu signalisieren und ihre/seine Kontinenz zu sichern. Teilweise benötigt sie/er Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. St/Er hat einen unterwichtigen Urinverlust durch eine „überempfindliche“ Blase und benötigt Unter-Kleidung bei der Verwendung von Hilfsmitteln.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, die Toilett- selbstständig zu benutzen. Aber sie/er kann ihre/seine Harn- und/oder Stuhlausscheidung teilweise signalisieren. Bei der Verwendung von Hilfsmitteln benötigt sie/er Unterstützung.	z.B. St/Er hat eine halbseitige Lähmung, sodass ihr/ihm beim Toilettengang viel geholfen werden muss.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, ihre/seine Harn- und/oder Stuhlausscheidung zu signalisieren und ihre/seine Urin- und/oder Stuhl zu halten. Dagegen ist sie/er immer inkontinent.	z.B. St/Er hat eine Quer-schichtlähmung, weshalb sie/er immer inkontinent ist und Unter-Kleidung benötigt.

Essen & Trinken



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, allein zu essen und zu trinken sowie Nahrung und Getränke zuzubereiten.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, ihre/seine Mahlzeiten selbstständig zuzubereiten und einzunehmen, so wie dafür zu sorgen, dass sie/er jeden Tag angemessen (nicht zu viel, nicht zu wenig) isst und trinkt.	z.B. St/Er bereitet selbstständig ihre/seine Mahlzeiten (Brot schneiden, Getreik eingliessen etc.) am (Bedürfnis- zu und isst selbstständig).
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ihre/seine Mahlzeiten zuzubereiten und einzunehmen, sowie dafür zu sorgen, dass sie/er jeden Tag angemessen isst und trinkt. Allerdings benötigt sie/er hierzu etwas Unterstützung.	z.B. St/Er benötigt Beratung bzw. Anleitung hinsichtlich bestimmter Diätvorschriften. Oder: St/Er benötigt manchmal Hilfe beim Öffnen von Flaschen.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist teilweise in der Lage, ihre/seine Mahlzeiten zuzubereiten und einzunehmen, sowie dafür zu sorgen, dass sie/er jeden Tag angemessen isst und trinkt. Allerdings benötigt sie/er hierzu Unterstützung durch andere Personen.	z.B. St/Er hat wenig Kraft in den Händen, weshalb sie/er Unter-Kleidung beim Schneiden harter Lebensmittel benötigt. Sonst einseitig isst aber alles allein.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in geringfügig in der Lage, dafür zu sorgen, dass sie/er jeden Tag angemessen isst und trinkt. – Sie/er kann ihre/seine Mahlzeiten nicht selbstständig zubereiten, aber sie/er kann Nahrung und Getränke in den Mund nehmen sowie essen und trinken.	z.B. St/Er hat eine halbseitige Lähmung, sodass ihr/ihm die Mahlzeiten immer gereicht werden müssen. Essen kann sie/er aber allein.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, ihre/seine Mahlzeiten zuzubereiten und einzunehmen, sowie dafür zu sorgen, dass sie/er jeden Tag angemessen isst und trinkt. Sie/er benötigt hierzu immer Unterstützung durch andere Personen.	z.B. St/Er hat eine Lähmung der Arme, weshalb ihr/ihm die Mahlzeiten immer gereicht und dazugereicht werden müssen.

Mobilität



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, sich selbstständig fortzubewegen.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, ohne fremde Hilfe unterschiedliche Strecken sicher zu gehen und Treppen zu steigen. Falls sicher Hilfsmittel benötigt, verwendet sicher diese selbstständig.	z.B. Verwendung von Gehhilfen / Gehstock, Rollator / Gehwagen, Rollstuhl etc.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ohne fremde Hilfe unterschiedliche Strecken sicher zu gehen und Treppen zu steigen. Allerdings benötigt sicher geringe Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. Beratung/Anleitung zur Verwendung Gehhilfen / Gehstock, Rollator / Gehwagen, Rollstuhl oder Bereitstellen dieser Hilfsmittel etc.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, kürzere Strecken selbstständig zu gehen. Allerdings benötigt sicher Unterstützung bei längeren Strecken und/oder beim Treppenaufsteigen und ggf. bei der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. Sie/Er hat Parkinson und benötigt Begleitung, wenn dieser längere Strecken und Treppen zu bewältigen hat.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ungeringfügig in der Lage, kurze Strecken zu gehen und benötigt dabei viel Unterstützung beim Gehen und/oder der Verwendung von Hilfsmitteln.	z.B. Sie/Er hat Multiple Sklerose und benötigt Begleitung und einen Gehwagen, um kurze Strecken zur Toilette zu bewältigen.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist aufgrund ihrer/er Erkrankung immobil und kann sich überhaupt nicht mehr allein fortbewegen. Daher benötigt sicher immer Unterstützung, um sich fortbewegen zu können.	z.B. Sie/Er hat Lähmungserscheinungen durch einen Schlaganfall oder Unfall und kann nur mit Unterstützung, z.B. durch Rollstuhl oder Bettbewegung, werden.

Tag- und Nachtrhythmus



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, einen angemessenen Tag- und Nachtrhythmus aufrecht zu erhalten.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, wachst ansreizehend zu schlafen und ist am Tag angemessen aktiv. Ebenfalls am Tag anstrengende Tätigkeiten sicher selbstständig kompensieren.	z.B. Sie/Er schläft gut, fühlt sich am morgen ausgeruht und hat genügend Energie für den Tag. Manchmal hat sie/er einen kurzen Müdigkeitschub.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ansreizehend zu schlafen und am Tag angemessen aktiv zu sein. Allerdings nimmt sicher maximal geringfügigen Beistand anderer Personen in Anspruch.	z.B. Sie/Er hat manchmal eine Bin- oder Durchschlafstörung. Ein Gespräch hilft ihm/ihr, zur Ruhe zu finden und (wieder) einzuschlafen.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ansreizehend zu schlafen und am Tag angemessen aktiv zu sein. Allerdings ist sicher teilweise auf Unterstützung durch das Pflegepersonal angewiesen.	z.B. Sie/Er hat eine Depression und braucht viel Ansprache und Motivation, um nicht den ganzen Tag zu schlafen und nachts innerlich zur Ruhe zu finden.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ungeringfügig in der Lage, ansreizehend zu schlafen und am Tag angemessen aktiv zu sein. Daher benötigt sicher viel Ansprache, Anleitung und Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er mag nicht die „Nacht zum Tag“ und schlafen viel am Tag. Nur mit viel Unterstützung findet sie/er einen angemessenen Tag- und Nachtrhythmus.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, ansreizehend zu schlafen und am Tag angemessen aktiv zu sein. Sicher benötigt immer Ansprache, Anleitung und Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er ist ohnmächtig und nimmt daher die Tageszeiten nicht entsprechend wahr bzw. reagiert nicht angemessen darauf.

An- und Auskleiden



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, sich selbstständig an- und auszukleiden.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, sich ohne fremde Hilfe zu einem angemessenen Zweck und in angemessener Zeit anzukleiden bzw. auszukleiden.	z.B. Sie/Er kann sich selbstständig, witterungsgerecht (Kälte, Wärme) und dem Anlass entsprechend (Sport, Kulturprogramm etc.) an- und auskleiden.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, sich selbstständig an- und auszukleiden. Allerdings benötigt sicher ab und zu geringfügige Hilfe oder Anleitung z.B. bei der Bewältigung technischer Aufgaben.	z.B. Sie/Er hat Rheuma in den Fingergelenken, weshalb sie/er manchmal Unterstützung beim Schließen von sehr kleinen Knöpfen benötigt.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist weitgehend in der Lage, sich an- und auszukleiden. Allerdings benötigt sicher teilweise Unterstützung durch andere Personen und/oder Anleitung, um das An- und Auskleiden selbst angemessen bewältigen zu können.	z.B. Sie/Er hat Parkinson und benötigt aufgrund des Zitterns immer Unterstützung bei der Bewältigung technischer Aufgaben (Knöpfe schließen etc.).
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ungeringfügig in der Lage, sich an- und auszukleiden. Daher benötigt sicher beim An- und Auskleiden viel Anleitung und Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er hat eine heftige Lähmung im Körperlichen Status und bekommt deshalb geholfen werden muss.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, das An- und Auskleiden ohne Hilfe zu bewältigen. Daher benötigt sicher immer Anleitung / Unterstützung.	z.B. Sie/Er hat Multiple Sklerose im Körperlichen Status und kann sich nicht mehr selbst an- und auskleiden.

Körpertemperatur



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, ihre/seine Körpertemperatur gegen äußere Einflüsse zu schützen.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, Temperaturschwankungen wahrzunehmen und mit geeigneten Maßnahmen ihre/seine Körpertemperatur gegen äußere Einflüsse (Wärme, Kälte, Regen etc.) zu schützen.	z.B. Sie/Er zieht sich bei Bedarf selbstständig eine Jacke über und/oder bedeckt sich (und umgekehrt).
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Temperaturschwankungen wahrzunehmen und mit geeigneten Maßnahmen ihre/seine Körpertemperatur gegen äußere Einflüsse zu schützen. Allerdings benötigt sie/er hierbei maximal geringfügige Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er benötigt Unterstützung bei der Bereitung einer Wärmemasche oder dem Anreichen einer Decke bzw. Sackdecke.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Temperaturschwankungen wahrzunehmen und entsprechend darauf zu reagieren. Allerdings ist sicher diesbezüglich teilweise auf die Unterstützung anderer Personen angewiesen.	z.B. Sie/Er benötigt Unterstützung beim An- und Auskleiden oder dem Wechseln der Decke (dicke Decke - dünne Decke).
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ungeringfügig in der Lage, Temperaturschwankungen wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Daher benötigt sicher viel Anleitung und Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er hat Sensibilitätsstörungen, so dass sie/er die Wetter- und Umgebungstemperatur nur bedingt wahrnimmt.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, Temperaturschwankungen wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Daher benötigt sicher immer Anleitung und Unterstützung durch das Pflegepersonal.	z.B. Sie/Er hat ständig Störungen der Sensibilität und benötigt immer Hilfe beim Ankleiden, um nicht auszukühlen.

Körperpflege



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, sich selbstständig zu waschen und pflegen.

völlig unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, eigenständig (ohne fremde Hilfe) und in einer angemessenen Zeit, ihre/ihrer(e) Körper zu waschen und zu pflegen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er kann sich selbstständig am Waschbecken waschen oder duschen/Baden, ihre/seine Haare kämmen, sich rasieren und sich eincremen.
überwiegend unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, sich eigenständig zu waschen und zu pflegen. Allerdings benötigt sie/er hierbei einmal täglich eine Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er benötigt gelegentlich Hilfe beim Haare kämmen oder Rücken/Füße waschen.
teilweise abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, die meisten Pflegearbeiten selbstständig durchzuführen, um ihre/ihrer(e) Körper zu waschen und zu pflegen. Beobachtung, Anleitung und wenige Hilfen durch andere Personen sind aber dennoch nötig. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er wäscht sich größtenteils allein. Zum Haare kämmen sowie Rücken und Füße waschen und eincremen benötigt sie/er jedoch Unterstützung.
überwiegend abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nur geringfügig in der Lage, ihre/ihrer(e) Körper zu waschen und zu pflegen. Daher benötigt sie/er zum Waschen und Pflegen viel Anleitung und Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er kann sich am Oberkörper mit wenig Unterstützung waschen. Für andere Körperbereiche (Bettwäsche) benötigt sie/er Unterstützung.
vollkommen abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, ihre/ihrer(e) Körper zu waschen und zu pflegen. Daher benötigt sie/er immer Anleitung und Unterstützung. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er hat eine Querschnittslähmung ab dem Hals, wodurch sie/er selbst beim Waschen und Pflegen vollständig auf die Unterstützung anderer angewiesen ist.

9

Vermeiden von Gefahren



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, selbstständig für ihre/seine Sicherheit zu sorgen und Gefahren in der Umgebung zu erkennen.

völlig unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, Gefahren in ihrer/seiner Umgebung zu erkennen, richtig einzuschätzen und binnen kurzer Zeit geeignete Maßnahmen zum Schutz ihrer/seiner Sicherheit zu ergreifen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er erkennt Sturzrisiken (Tüschwellen), Verbrennungsgefahren (heißes Wasser, Getränke) und Verletzungsgefahren (Messer, scharfe Kanülen).
überwiegend unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Gefahren in ihrer/seiner Umgebung zu erkennen und richtig einzuschätzen. Allerdings benötigt sie/er ab und zu geringfügige Anleitung oder Unterstützung zur Vermeidung von Gefahren. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Anleitung zum Umgang mit Gehhilfen oder Handgelenken zur Vermeidung eines Sturzes.
teilweise abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Gefahren in ihrer/seiner Umgebung zu erkennen. Allerdings kann sie/er nur teilweise entsprechend darauf reagieren. – Sie/Er benötigt daher Anleitung und Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er ist in ihrer/seiner Bewegung eingeschränkt und könnte, wenn sie/er kopern würde, nicht schnell genug reagieren. Daher benötigt sie/er eine Begleitperson.
überwiegend abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nur geringfügig in der Lage, Gefahren in ihrer/seiner Umgebung zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Sie/Er benötigt zur Vermeidung und/oder Beseitigung von Gefahren viel Hilfe und Unterstützung. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er ist in ihrer/seiner Bewegung stark eingeschränkt, sodass sie/er Gefahren nur leicht bzw. spät erkennt und reagiert.
vollkommen abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, Gefahren in ihrer/seiner Umgebung richtig zu erkennen und einzuschätzen. Folglich muss sie/er ohne Hilfe anderer Personen keine Maßnahmen zur Vermeidung statt. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er ist ohnmächtig und nimmt in diesen Phasen Gefahren nicht wahr. Folglich kann sie/er sie auch nicht melden.

10

Kommunikation



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, verbal (Sprache) und nonverbal (Gestik, Mimik) zu kommunizieren.

völlig unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, Gesagtes akustisch und/oder inhaltlich zu verstehen sowie verbal und nonverbal zu kommunizieren. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er spricht deutlich und nutzt Gestik und Mimik, um sich mitteilen zu können. Auch versteht sie/er, was andere ihr/ihm mitteilen möchten.
überwiegend unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Gesagtes akustisch und/oder inhaltlich zu verstehen sowie verbal und nonverbal zu kommunizieren. Allerdings benötigt sie/er um dies zu tun, ab und zu Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er hört schwer und benötigt Hilfe beim Erheben des Hörgerätes.
teilweise abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nur teilweise in der Lage, Gesagtes akustisch und/oder inhaltlich zu verstehen sowie verbal und nonverbal zu kommunizieren. Beobachtung und wenige Hilfen durch andere Personen sind nötig. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. ihr/sein Hörvermögen ist stark eingeschränkt, aber sie/er erkennt No, was andere ihr/ihm sagen wollen. Sprachlich kann sie/er sich ohne Probleme mitteilen.
überwiegend abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nur geringfügig in der Lage, Gesagtes akustisch und/oder inhaltlich zu verstehen sowie verbal und nonverbal zu kommunizieren. Daher benötigt sie/er viel Anleitung und Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er hat eine Sprachschwierigkeit und benutzt eher Töne/Laute sowie Gestik und Mimik, um ihre/seine Botschaften mitteilen.
vollkommen abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, Gesagtes akustisch und/oder inhaltlich zu verstehen und selbst verbal und nonverbal zu kommunizieren. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. ihr/sein Hör-, Seh- und Sprachvermögen ist vollkommen eingeschränkt, so dass sie/er nicht kommunizieren kann.

11

Kontakte mit anderen



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, soziale Kontakte zu anderen aufzunehmen, aufrechtzuerhalten und zu beenden.

völlig unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, soziale Kontakte mit anderen aufzunehmen, zu unterhalten und zu beenden. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er nimmt Kontakt zu ihren/seinen Angehörigen und/oder Zimmernachbarn auf.
überwiegend unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, soziale Kontakte mit anderen aufzunehmen, zu unterhalten und zu beenden. Allerdings benötigt sie/er hierbei minimale Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er hat eine Sehbehinderung, wodurch sie/er manchmal nur den Schall der anderen angemerkt ist. Um soziale Kontakte zu pflegen.
teilweise abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, eine begrenzte Anzahl von Kontakten zu anderen Personen aufrechtzuerhalten. Anleitung und wenige Hilfen durch andere Personen sind hierbei nötig. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er ist durch ihre/seine Multiple Sklerose sehr leichtungserschwercht und kann nur begrenzt Kontakt aufnehmen. Sie/Er benötigt z.B. Hilfe, um in die Cafeteria zu gelangen.
überwiegend abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, mit viel Unterstützung und Anleitung anderer Personen soziale Kontakte zu pflegen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Aufgrund ihrer/seiner Blindheit und der neuen Umgebung, benötigt sie/er viel Unterstützung, um Kontakte zu anderen aufnehmen zu können.
vollkommen abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, soziale Kontakte mit anderen aufzunehmen und zu unterhalten. Sie/Er benötigt daher permanente Anleitung und Unterstützung. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. ihr/sein Hör-, Seh- und Sprachvermögen ist stark eingeschränkt, so dass sie/er allein keine Kontakte zu anderen aufnehmen kann und auf die Kontaktaufnahme anderer angewiesen ist.

12

Sinn für Regeln und Werte



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, Regeln und Werte einzuhalten sowie Wert auf ihre/seine Privatsphäre zu legen.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, bestehende Regeln und Werte zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten. Zudem legt/er im Rahmen der gegebenen Umstände Wert auf ihre/seine Privatsphäre.	z.B. Sie/Er ist in der Lage, den Inhalt von Besuchsregeln (Ruhe- und Besuchszeiten) bewusst und handelt dementsprechend.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, bestehende Regeln und Werte zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten. Sie/Er legt im Rahmen der gegebenen Umstände Wert auf ihre/seine Privatsphäre. Allerdings benötigt sie/er ab und zu minimale Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er ist in der Lage, den Inhalt von Besuchsregeln (Ruhe- und Besuchszeiten) bewusst zu erkennen und handelt dementsprechend, benötigt aber noch etwas Anleitung und Information.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist teilweise in der Lage, bestehende Regeln und Werte zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten. Beobachtung, Anleitung und wenige Hilfen sind aber dennoch nötig.	z.B. Sie/Er ist sehr ungesellig und muss sich immer wieder nach dem Tagesablauf erkundigen. Durch wiederholtes Informieren erinnert sie/er sich aber schnell daran.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in geringfügig in der Lage, bestehende Regeln und Werte zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten. Sie/Er benötigt daher viel Zuwendung, Anleitung und Unterstützung in diesem Bereich.	z.B. Sie/Er ist manchmal unermittlich. In diesen Phasen ist sie/er nur in der Lage, bestehende Regeln einzulernen und Wert auf ihre/seine Privatsphäre zu legen.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, bestehende Regeln und Werte zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten. Sie/Er ist in diesem Bereich auf permanente Unterstützung angewiesen.	z.B. Sie/Er hat eine psychische Erkrankung, wodurch ihm/ihnen bestehende Regeln und Werte nicht bewusst sind. Folglich verhält sie/er sich nicht dementsprechend.

13

Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, durch Beschäftigung ihre/ seine freie Zeit während des Aufenthaltes im Pflegeheim sinnvoll zu gestalten.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, ihre/seine freie Zeit während des Aufenthaltes im Pflegeheim selbstständig zu gestalten und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen.	z.B. Sie/Er kann sich beschäftigen, durch Lesen, Musik hören, Fernsehen, Nutzung der Sportangebote, Teilnahme an Lesekreis/Singgruppen oder Vorlesungen etc.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ihre/seine freie Zeit während des Aufenthaltes im Pflegeheim selbstständig zu gestalten und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen. Allerdings benötigt sie/er hierbei minimale Unterstützung oder Anleitung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er benötigt Unterstützung beim Erlernen des Radio/TV-Senders.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ihre/seine freie Zeit während des Aufenthaltes im Pflegeheim zu gestalten und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen. Anleitung und/oder Unterstützung durch andere Personen sind dennoch notwendig.	z.B. Sie/Er hat Schmerzen und kann nicht lange lesen oder fernsehen. Durch schmerzsenkende Maßnahmen kann sie/er solchen Aktivitäten länger nachgehen.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in geringfügig in der Lage, ihre/seine freie Zeit während des Aufenthaltes im Pflegeheim selbstständig zu gestalten und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen. Sie/Er benötigt viel Motivation, Anleitung und Hilfestellung von Pflegepersonal.	z.B. Aufgrund ihrer/seiner depressiven Stimmung muss sie/er sehr oft motiviert werden, um sich zu beschäftigen und Freizeitangebote wahrzunehmen.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, ihre/seine freie Zeit während des Aufenthaltes im Pflegeheim selbstständig zu gestalten und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen.	z.B. Sie/Er hat eine Querschnittslähmung ab dem Hals, wodurch sie/er zur Gestaltung meiner freien Zeit auf die Unterstützung anderer angewiesen bin.

15

Lernfähigkeit



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten / Fertigkeiten zu erwerben und/oder Dinge zu behalten, die sie/er früher gelernt haben.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erkennen, zu behalten und entsprechend umzusetzen.	z.B. Bekämpfung des Diabetes, Verabreichung der Insulininjektion, Wundversorgung, Umgang mit Gehhilfen etc.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erkennen, zu behalten und entsprechend umzusetzen. Allerdings benötigt sie/er hierfür meist mehr Anleitung bzw. Unterstützung.	z.B. Sie/Er hat Rheuma in den Fingergelenken, weshalb sie/er den Umgang mit der Insulinspritze etwas länger braucht, bevor er/ihnen es gelingt.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erkennen, zu behalten und nach wiederholter Anleitung und Übung entsprechend durchzuführen.	z.B. Sie/Er ist am Gehhilfen und benötigt wiederholte Anleitung, bis sie/er das neue Hilfsmittel (Besteck oder Gehhilfe) beherrschen kann.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in geringfügig in der Lage, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erkennen. Daher benötigt sie/er sehr viel Anleitung und Übung, um Dinge Schritt für Schritt zu erkennen und umzusetzen.	z.B. Sie/Er ist sehr ungesellig und muss sich daher immer wieder nach dem Umgang mit dem Hoyerli Bandagen und ihn sich zeigen lassen.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erkennen, zu behalten und entsprechend umzusetzen.	z.B. Sie/Er ist demenziell erkrankt und kann sich neue Dinge überhaupt nicht merken.

16

Alltagsaktivitäten



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, tägliche Anforderungen und Aktivitäten innerhalb der Rehabilitationseinrichtung zu bewältigen.

völlig unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, Alltagsaktivitäten vollkommen selbstständig zu bewältigen.	z.B. Sie/Er informiert sich und organisiert ihre/seine Therapiemaßnahmen, ihre Termine etc. selbstständig und nimmt die Termine selbstständig wahr.
Überwiegend unabhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Alltagsaktivitäten vollkommen selbstständig zu bewältigen. Allerdings benötigt sie/er hierbei minimale Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er benötigt zusätzliche Informationen, um ein Therapieangebot wahrnehmen zu können.
teilweise abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, Alltagsaktivitäten größtenteils selbstständig zu bewältigen. Dennoch benötigt sie/er Anleitung und Unterstützung durch andere Personen.	z.B. Sie/Er organisiert ihre/seine Therapiemaßnahmen selbst. Aufgrund von Gehproblemen benötigt sie/er aber Begleitung, um Termine wahrnehmen zu können.
Überwiegend abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist in geringfügig in der Lage, Alltagsaktivitäten selbstständig zu bewältigen. Sie/Er benötigt daher viel Information, Anleitung und Unterstützung durch andere Personen.	z.B. z.B. Sie/Er hat Lähmungserscheinungen und ist auf terminliche Organisation und Begleitung angewiesen. Vor Ort informiert sie/er sich aber selbst.
vollkommen abhängig	Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, Alltagsaktivitäten selbstständig zu bewältigen. Sie/Er ist in diesem Bereich immer auf Hilfe angewiesen.	z.B. Sie/Er ist vollunfähig und kann daher Termine nicht organisieren oder wahrnehmen. Auch muss sie/er immer wieder informiert werden.

18

Fähigkeit zur Bewältigung (psychisch/emotional)



Ausmaß, in dem die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, ihre/seine derzeitige krankheitsbedingte Situation psychisch und emotional zu bewältigen.

völlig unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist ohne Einschränkungen in der Lage, ihre/seine derzeitige krankheitsbedingte Situation psychisch und emotional selbstständig zu bewältigen. Hierzu nutzt sie/er die ihm/ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Gespräch mit Angehörigen oder dem therapeutischen Team, Nutzung von Therapie- und Freizeitangeboten etc.
Überwiegend unabhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist in der Lage, ihre/seine derzeitige krankheitsbedingte Situation psychisch und emotional zu bewältigen. Allerdings benötigt sie/er hierbei etwas Unterstützung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er benötigt ein beratendes Gespräch, in dem ihr/ihm Möglichkeiten zur Bewältigung ihrer/seiner krankheitsbedingten Situation aufgezeigt werden.
teilweise abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist teilweise in der Lage, ihre/seine derzeitige krankheitsbedingte Situation psychisch und emotional zu bewältigen. Motivation und ehelge Unterstützung durch andere Personen sind aber nötig. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er spricht viel mit ihren/seinen Angehörigen, jedoch benötigt sie/er zur Nutzung von Therapie- und Freizeitangeboten Motivation und Unterstützung.
Überwiegend abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist überwiegend in der Lage, ihre/seine derzeitige krankheitsbedingte Situation psychisch und emotional zu bewältigen. Sie/Er benötigt Motivation, Zuwendung und Hilfestellung durch andere Personen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Aufgrund ihrer/seiner depressiven Stimmung benötigt sie/er viel Unterstützung bei der Bewältigung ihrer/seiner derzeitigen Situation.
vollkommen abhängig	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientin bzw. der Patient ist nicht in der Lage, ihre/seine derzeitige krankheitsbedingte Situation psychisch und emotional zu bewältigen. 	<ul style="list-style-type: none"> z.B. Sie/Er sieht keinerlei Möglichkeit, irgendwie mit ihrer/seiner Situation zurecht zu kommen.

17




- Die Pflegeabhängigkeitskala (PAS) ist die deutsche Adaptation der VZ-Abschale von Busi G.A.H., dessen Th.W.K., Dijkstra A. (1994), Universit Groningen, Niederlande
- Die Itembeschreibung wurde durch Dr. Juliane Eichhorn-Kissel im September 2009 entwickelt und basiert auf der deutschsprachigen Adaptation von Urta-Prof. Dr. Christa Lohmann (2003) sowie zweiten Beispielen des Handbuchs zur Pflegeabhängigkeitskala (Dassen et al., 2007)

Die Itembeschreibung ist Eigentum des Instituts für Pflegewissenschaft, alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieser Itembeschreibung darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung der AutorInnen reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, weitergeleitet oder verbreitet werden.

18

Anhang III - Informationsfolder



Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet und statistisch analysiert werden. Wenn ich diesbezüglich Fragen habe, kann ich mich jederzeit an das Institut für Pflegewissenschaft wenden.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Informationsbroschüre und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Institut für Pflegewissenschaft.

Mit der Teilnahme an der Studie erkläre ich mich für folgende Teile einverstanden:

- Erhebung von PatientInnendaten
- Evaluierung der PAS mittels Fragebogen

Datum Unterschrift Pflegende/r

Datum Unterschrift aufklärende Person


Notizen:

Forschungsteam:

Pirchheim Sandra, Bsc.
Univ.-Prof. Dr. Juliane Eichhorn-Kissel
Univ.-Prof. Dr. Christa Lohmann

Kontakt:

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Billrothgasse 6; A- 8010 Graz
Tel: +43 316 385 72064
Fax: +43 316 385 72068




Information
zum Forschungsprojekt

***Bedeutung von
Schulungsmaßnahmen im
Vergleich zur Anwendung von
Informationsbroschüren auf
die Einschätzung der
Pflegebedürftigkeit***

- Pflegeabhängigkeitsskala -

- Pflegeabhängigkeitsskala -





Forschungsprojekt: *Bedeutung von Schulungsmaßnahmen im Vergleich zur Anwendung von Informationsbroschüren auf die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit*

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

um Ihre Patientinnen bzw. Patienten im Hinblick auf Ihre pflegerischen Bedürfnisse adäquat beurteilen zu können, werden Informationsbroschüren hinsichtlich der Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala ausgegeben.

Die Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) ermöglicht eine individuelle Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von Patientinnen und Patienten. Hierbei interessiert, inwieweit Patientinnen bzw. Patienten Unterstützung und Pflege von anderen Personen benötigen. Aufgrund dieser Beurteilungen kann von Ihnen als betreuende Pflegepersonen die richtige Entscheidung hinsichtlich der benötigten pflegerischen Maßnahmen getroffen werden.

Bisher wurden bereits mehrere Studien zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit in Kliniken und Pflegeheimen erfolgreich durchgeführt. Um jedoch weitere Erkenntnisse zu gewinnen, ob nach Mitarbeiterschulungen oder nach Ausgabe von Informationsbroschüren die Einstufung der Pflegeabhängigkeit zuverlässiger und adäquater erfolgt, benötigt man noch weitere Forschungen.

Worum geht es?

Der Fokus dieser Studie ist die Bedeutung von Schulungsmaßnahmen im Vergleich zur Ausgabe von Informationsbroschüren auf die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und die Praktikabilität der Pflegeabhängigkeitsskala.

Wozu wird diese Studie durchgeführt?

Die Ergebnisse dieser Studie helfen dabei, Erkenntnisse zu gewinnen ob Mitarbeiterschulungen oder die Ausgabe von Informationsbroschüren eine zuverlässigere und adäquatere Einschätzung der Pflegeabhängigkeit mittels der PAS ermöglichen. Außerdem soll erhoben wie praktikabel sich die PAS nach Trainingsprogrammen erweist.

Wie wird die Studie durchgeführt?

Es erfolgt eine Datenerhebung durch Sie als betreuenden Pflegeperson zur Pflegeabhängigkeit (PAS) und zur Person (Alter, Geschlecht, medizinische Diagnosen) der Patienten/Innen. Die erhobenen Daten werden anschließend anonymisiert weitergeleitet und statistisch analysiert.

Darüber hinaus bitten wir Sie, die PAS hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Praktikabilität für die Pflegepraxis mittels eines Fragebogens anonym zu evaluieren.

Was bedeutet anonymisiert?

Die persönlichen Informationen werden mit einem Nummerncode versehen, so dass es für andere Personen nicht nachvollziehbar ist, dass es sich um Angaben zu Ihrer Person handelt. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Was erwartet Sie als Teilnehmer?

Die Teilnahme bedeutet, dass Sie Patient/Innen, die Ihre Zustimmung zur Teilnahme gegeben haben, einschätzen. Die von Ihnen erhobenen Informationen werden anschließend anonymisiert weitergeleitet und analysiert. Bei der Teilnahme willigen Sie nur ein, dass Sie als betreuende Pflegeperson die oben genannten Informationen erheben und dokumentieren und/oder die PAS hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Praktikabilität mittels eines Fragebogens evaluieren. Unannehmlichkeiten sind nicht zu erwarten. Die Teilnahme an der Studie ist grundsätzlich freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Fragen?

Sollten Sie Fragen oder Probleme haben, so stehen Ihnen die Mitarbeiter des Instituts für Pflegewissenschaft jederzeit gern zur Verfügung (Kontakt siehe Rückseite).

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit !

Einwilligungserklärung

Name der Pflegenden / des Pflegenden:

Geburtsdatum: _ _ _ _ _

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie *Einschätzung der Pflegeabhängigkeit in der Rehabilitation* teilzunehmen.

Ich bin von Frau _____

ausführlich und verständlich über die Studie aufgeklärt worden.

Dies beinhaltet Informationen zum Wesen, zur Bedeutung und zur Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen und mögliche Belastungen.

Ich habe darüber hinaus den Text dieser Informationsbroschüre und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von den Mitarbeitern/Innen des Instituts für Pflegewissenschaft verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden und habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Wenn ich die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) für die Patient/Innen ausfülle und/oder den Evaluationsbogen zur PAS, werde ich den Instruktionen, die für das Ausfüllen notwendig sind, nachkommen.

Prinzipiell behalte ich mir jedoch das Recht vor, meine Datenübermittlung zu untersagen bzw. meine freiwillige Mitwirkung an der Studie jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere Berufstätigkeit in der Rehabilitationsklinik



Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet und statistisch analysiert werden. Wenn ich diesbezügliche Frage habe, kann ich mich jederzeit an das Institut für Pflegewissenschaft wenden.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Institut für Pflegewissenschaft.

Mit der Teilnahme an der Studie erkläre ich mich für folgende Teile einverstanden:

- Anonymisierte Übermittlung und Auswertung meiner Daten

Datum Unterschrift Patientin/Patient

Datum Unterschrift aufklärende Pflegeperson

Notizen:

Forschungsteam:

Pirchheim Sandra, Bsc.
Univ.-Prof. Dr. Juliane Eichhorn-Kissel
Univ.-Prof. Dr. Christa Lohmann

Kontakt:

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Billrothgasse 6; A- 8010 Graz
Tel: +43 316 385 72064
Fax: +43 316 385 72068




Patienteninformation zum Forschungsprojekt

*Bedeutung von
Schulungsmaßnahmen im
Vergleich zur Anwendung von
Informationsbroschüren auf
die Einschätzung der
Pflegebedürftigkeit*

- Pflegeabhängigkeitsskala -
- Pflegeabhängigkeitsskala -
- Pflegeabhängigkeitsskala -



Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft



Forschungsprojekt: *Bedeutung von Schulungsmaßnahmen im Vergleich zur Anwendung von Informationsbroschüren auf die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie als Patientin bzw. als Patienten in der Rehabilitation im Hinblick auf Ihre pflegerischen Bedürfnisse adäquat beurteilen zu können, erhielten die Pflegepersonen in der Rehabilitationsklinik XY vor einiger Zeit eine Informationsbroschüre hinsichtlich der Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala.

Die Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) ermöglicht eine individuelle Einschätzung Ihrer Pflegeabhängigkeit. Hierbei interessiert, inwieweit Sie Unterstützung und Pflege von anderen Personen benötigen. Aufgrund dieser Beurteilungen können von den betreuenden Pflegepersonen die richtigen Entscheidungen hinsichtlich der von Ihnen benötigten pflegerischen Maßnahmen gemeinsam mit Ihnen getroffen werden.

Bisher wurden bereits mehrere Studien zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit in Kliniken und Pflegeheimen erfolgreich durchgeführt. Um jedoch weitere Erkenntnisse zu gewinnen, ob nach Mitarbeiterschulungen oder nach Ausgabe von Informationsbroschüren die Einstufung der Pflegeabhängigkeit zuverlässiger und adäquater erfolgt, benötigt man noch weitere Forschungen.

Worum geht es?

Der Fokus dieser Studie ist die Bedeutung von Schulungsmaßnahmen im Vergleich zur Anwendung von Informationsbroschüren auf die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit mittels der Pflegeabhängigkeitsskala.

Wozu wird diese Studie durchgeführt?

Die Ergebnisse dieser Studie helfen dabei, Erkenntnisse zu gewinnen ob Mitarbeiterschulungen oder die Ausgabe von Informationsbroschüren eine zuverlässigere und adäquatere Einschätzung der Pflegeabhängigkeit mittels der PAS ermöglichen.

Wie wird die Studie durchgeführt?

Es erfolgt eine routinemäßige Datenerhebung durch die betreuenden Pflegepersonen zur Pflegeabhängigkeit und zur Person (Alter, Geschlecht, medizinische Diagnosen). Die erhobenen Daten werden anschließend anonymisiert weitergeleitet und statistisch analysiert.

Was bedeutet anonymisiert?

Ihre persönlichen Informationen werden mit einem Nummerncode versehen, so dass es für andere Personen nicht nachvollziehbar ist, dass es sich um Angaben zu Ihrer Person handelt. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Was erwartet Sie als Teilnehmer?

Die Teilnahme bedeutet, dass Sie durch die Pflegenden eingeschätzt werden und die Informationen anonymisiert weitergeleitet und analysiert werden. Bei der Teilnahme willigen Sie nur ein, dass Ihre betreuende Pflegeperson die oben genannten dokumentierten Informationen anonym an das Institut für Pflegewissenschaft weiterleitet.

Unannehmlichkeiten sind nicht zu erwarten. Die Teilnahme an der Studie ist grundsätzlich freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Fragen?

Sollten Sie Fragen oder Probleme haben, so stehen Ihnen die Pflegenden der Rehabilitationsklinik XY sowie die Mitarbeiter des Instituts für Pflegewissenschaft jederzeit gern zur Verfügung (Kontakt siehe Rückseite).

Vielen Dank für Ihr Interesse !

Einwilligungserklärung

Name der Patientin / des Patienten:

Geburtsdatum: _ _ _ _ _

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie *Einschätzung der Pflegeabhängigkeit in der Rehabilitation* teilzunehmen.

Ich bin von Frau / Herrn _____

ausführlich und verständlich über die Studie aufgeklärt worden.

Dies beinhaltet Informationen zum Wesen, zur Bedeutung und zur Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen und mögliche Belastungen.

Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patienten/Inneninformation und Einwilligungserklärung gelesen.

Aufgetretene Fragen wurden mir von meiner aufklärenden Pflegeperson genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden und habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Prinzipiell behalte ich mir jedoch das Recht vor, meine Datenübermittlung zu untersagen bzw. meine freiwillige Mitwirkung an der Studie jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere pflegerische Betreuung entstehen.

Anhang IV – Evaluationsbogen

Alter : _____ Jahre
 Geschlecht : männlich / weiblich
 Fachbereich / Station : _____
 Spezielle Qualifikation : _____
 Pflegerische Tätigkeit seit : _____ Jahren
 Datum : _____



Evaluationsbogen* PAS

© Institut für Pflegewissenschaft

Medizinische Universität Graz

Die Pflegeabhängigkeitsskala ...	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme entschieden nicht zu
... trägt dazu bei, dass Sie pflegerelevante Informationen über die <u>PatientInnen</u> erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... trägt dazu bei, dass Sie die <u>PatientInnen</u> hinsichtlich ihrer physischen Bedürfnisse / Ressourcen kennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... trägt dazu bei, dass Sie die <u>PatientInnen</u> hinsichtlich ihrer psychischen und sozialen Bedürfnisse / Ressourcen kennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... trägt zur einer gezielten Beobachtung der <u>Pflege(un)abhängigkeit</u> von <u>PatientInnen</u> bei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist Basis für die Pflegeplanung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... trägt dazu bei, die Pflegeplanung individuell und strukturiert zu gestalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützt die kontinuierliche Durchführung und Evaluation der pflegerischen Tätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... trägt zu einer präzisen Pflegedokumentation bei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erhöht als Basis für die individuelle Pflegeplanung von <u>PatientInnen</u> die Qualität der Pflege.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Basierend auf dem *staff view assessment instrument* von G. Hansebo (1998)

© Institut für Pflegewissenschaft



Die Pflegeabhängigkeitsskala ...	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme entschieden nicht zu
... unterstützt die Planung und Beobachtung pflegerischer Maßnahmen hinsichtlich psycho-sozialer / kognitiver Aspekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützt die Kommunikation / den Informationsaustausch zwischen Pflegenden hinsichtlich der bestehenden <u>Pflege(un)abhängigkeit</u> von <u>PatientInnen</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützt die Kommunikation / den Informationsaustausch zwischen Pflegenden hinsichtlich der geleisteten pflegerischen Tätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützt die Kooperation innerhalb des Pflegeteams hinsichtlich der zu leistenden pflegerischen Tätigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützt die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation in Ihrer Einrichtung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unterstützt die Kommunikation hinsichtlich der Pflege(un)abhängigkeit von PatientInnen zwischen verschiedenen Einrichtungen (Rehabilitation, Krankenhaus, Pflegeheim, ambulanter Dienst).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist ein hilfreiches Instrument bei Verlegung / Überleitung und / oder Entlassung von PatientInnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist einfach und schnell anzuwenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist einfach und schnell zu analysieren / zu interpretieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Basierend auf dem *staff view assessment instrument* von G. Hansebo (1998)



Welche Vorteile sehen Sie in der Durchführung eines Trainings zur Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala in der Praxis?

Hätten Ihnen ausschließlich schriftliche Information auch gereicht, um die Pflegeabhängigkeitsskala in der Praxis anzuwenden?

Hat Ihnen die Arbeit mit dem Fallbeispiel und die anschließende Diskussion beim Training die Anwendung der Pflegeabhängigkeitsskala in der Praxis erleichtert? Wenn ja, warum?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!