

Bachelorarbeit

**Individuelle Pflegebedürfnisse im Kontext
einer standardisierten
Pflegeplanung und -dokumentation**

Eingereicht von

Bernhard Traunmüller

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science (BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaften

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, am 31. 03. 2017

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 31.03.2017

Bernhard Traunmüller, eh

Zusammenfassung

Hintergrund:

So wie jeder Mensch in seiner Person individuell ist, so sind auch die pflegebezogenen Bedürfnisse individuell zu betrachten. Moderne Pflegeplanungs- und Dokumentationssysteme und die Klassifikationssysteme, auf denen erstere basieren, folgen strengen Regeln und benutzen standardisierte Terminologien und Pflegediagnosen. Dies ermöglicht, dass Arbeitsabläufe effizient gestaltet werden, dass Pflegehandlungen nachvollziehbar und reproduzierbar werden, und dass eine Beurteilung der Resultate aus den Pflegehandlungen möglich ist. Was passiert aber, wenn die individuellen pflegerischen Bedürfnisse einer Person nicht in dieses komplexe Regelwerk passen?

Ziel:

Mit dieser Arbeit soll ein Überblick geschaffen werden, wie in standardisierten Pflegeplanungs- und Dokumentationssystemen mit individuellen Pflegebedürfnissen umgegangen wird.

Methode:

Diese Arbeit wurde als Literaturreview durchgeführt. Die Recherche nach den verwendeten Studien beschränkte sich auf Publikationen, die von 2006 bis 2016 veröffentlicht wurden. Die Suche fand in der Datenbank Pubmed und mit Hilfe der Suchmaschine Google Scholar statt. Die Studien wurden anschließend noch mit spezifischen Beurteilungsbögen auf ihre Qualität geprüft.

Ergebnis:

Aus der Datenanalyse ergab sich, dass es bei der Berücksichtigung individueller Pflegebedürfnisse sehr vom pflegerischen Fokus der Gesundheitsinrichtung abhängt. Gleichmaßen spielt die Zeit, die in die Planung und Dokumentation investiert wird eine große Rolle. In manchen Fällen scheitert es aber am Unvermögen des Personals die Systeme ordnungsgemäß anzuwenden.

Schlussfolgerung:

Die Pflegeklassifikationssysteme und die dazugehörigen Planungs- und Dokumentationsmechanismen, welche im Zuge der Arbeit betrachtet wurden, sind nicht perfekt und oft auf spezielle Settings zugeschnitten. Dadurch kommt es vor, dass individuelle Pflegebedürfnisse vernachlässigt werden. Dies gibt aber die Möglichkeit Daten zu sammeln, auf deren Basis die Systeme angepasst und weiterentwickelt werden können.

Schlüsselwörter: Pflegeklassifikationssystem, Pflegeplanung, Pflegedokumentation, individuelle Pflegebedürfnisse, Pflegebedarf, standardisierte Terminologie.

Abstract

Background:

Just like every person is individual in their nature, so are their healthcare needs. Modern planning and documentation systems and the classification systems they are based on are following strict rules and make use of standardized terminology and nursing diagnoses. This, on the one hand, allows efficient working procedures and makes nursing interventions comprehensible and reproducible, and in addition facilitates to measure the outcome of these actions. But what happens on the other hand, when patient's care needs don't fit into this complex set of rules?

Aim:

This thesis paper aims to review the current situation of how individual care needs are treated in a standardized planning and documentation system.

Methods:

This paper was realized as a literature review. Research has been restricted to studies polished from 2006 to 2016. The search was conducted the scientific database Pubmed and the search engine Google Scholar. The quality of the studies has been verified using specific assessment sheets.

Results:

The results of the data analysis showed that considering individual patient care needs the nursing focus of healthcare institutions in elementary. Equally, the time spent on the planning and documentation of patient care needs plays an important role. However, in some cases patient care needs aren't recognized, because nursing staff is unable to use the planning and documentation tools appropriately.

Conclusion:

The nursing classification systems and the tools for planning and documentation which have been reviewed in this thesis aren't perfect. In most cases they are tailored to a very specific setting. This results in the neglect of individual patient care needs. However, these cases can provide data, which can be used to modify and improve the current nursing classification systems with regard to the recognition of individual patient care needs.

Keywords: nursing classification system, nursing intervention planning, nursing documentation, individual care needs, patient care needs, standardized terminology.

Inhalt

Eidesstattliche Erklärung	1
Zusammenfassung	2
Abstract	3
Inhalt	4
1. Einleitung	5
1.1 Geschichtliche Entwicklung von Pflegeklassifikationssystemen	6
1.2 Der Unterschied zwischen medizinischen Diagnosen und Pflegediagnosen	7
1.3 Wichtige Pflegeklassifikationssysteme	8
1.4 Individuelle Bedürfnisse in der Pflege	12
2. Methoden	13
2.1 Design	13
2.2 Suchstrategie	14
2.3 Auswahl der Literatur	14
2.4 Datenextraktion und -vergleich	15
3. Ergebnisse	23
3.1 Vor- und Nachteile eines standardisierten Pflegeklassifikationssystems	23
3.2 Der pflegerische Fokus	25
3.2 Der Faktor Zeit	26
3.3 Der richtige Umgang mit den Werkzeugen	27
3.5 Ständige Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme	28
4. Diskussion	29
4.1 Praxisempfehlung	31
4.2 Limitationen und Forschungsempfehlungen	31
5. Schlussfolgerung	32
6. Literaturverzeichnis	32
6.1 Referenzliste	32
6.2 Abbildungs-/Tabellenverzeichnis	35
6.3 Abkürzungsverzeichnis	35
7. Anhang	35

1. Einleitung

Das Einordnen und Klassifizieren in verschiedene Kategorien ist in vielen Lebenssituationen zu finden, und dient dazu, Ordnung und Überblick in einem Chaos zu schaffen, Gegenstände und Situationen zu vereinheitlichen, um leichtere Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, oder um eine Basis für Vergleiche eines Phänomens zur Verfügung zu stellen. Hierzu ist es notwendig, Kriterien und Standards zu schaffen, die in den jeweiligen Klassifikationssystemen brauchbar und begründbar sind (Bruggen, 2000).

In der Pflege werden zur besseren Übersicht und Planung Klassifikationssysteme verwendet, die je nach Pflegemodell, welches ihnen zugrunde liegt, die pflegerischen Bedürfnisse von PatientInnen erfassen, und deren Bedarf in Pflegediagnosen formulieren. Diese beinhalten die Ursache bzw. Symptome des Pflegeproblems, die körperlichen und geistigen Ressourcen der PatientIn, die angestrebten Ziele, und die Maßnahmen, um diese auch zu erreichen (NANDA, 2013).

Die Standardisierung von Pflegediagnosen, den dazugehörigen Interventionen und den daraus resultierenden Ergebnissen, ist auch Grundlage für computergestützte und automatisierte Arbeitsprozesse. Einerseits erleichtern diese die Entscheidungsprozesse in der Pflegeplanung sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit, andererseits erfordern sie aber eine Vereinfachung der recht komplexen Klassifikationsmodelle, um die computergestützten Arbeitsschritte in den Pflegealltag integrieren und benutzerfreundlich gestalten zu können (Bruggen 2000).

Diese Arbeit soll anhand von Studien darstellen, wie bei der Einführung von standardisierten, computergestützten Pflegedokumentationssystemen mit den individuellen Pflegebedürfnissen von PatientInnen umgegangen wird, bzw. wie diese in die Pflegeplanung mit einfließen.

1.1 Geschichtliche Entwicklung von Pflegeklassifikationssystemen

Die ersten dokumentierten Ansätze der modernen Pflegediagnostik sind aus der Arbeit von Florence Nightingale bekannt. Während ihres Einsatzes im Krimkrieg zwischen dem russischen Zarenreich und dem osmanischen Reich, Frankreich und Großbritannien hatte Nightingale begonnen, die gesundheitlichen Probleme der Soldaten zu erfassen, und darauf basierend pflegerische Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Obwohl sie zu dieser Zeit den Terminus "Pflegediagnose" noch nicht benutzte, zeigte Nightingales Arbeitsprozess die ersten Ansätze der heute gebräuchlichen Pflegediagnostik.

Es sollten aber noch ungefähr 100 Jahre vergehen, ehe Nightingales Ideen wieder aufgegriffen wurden, um daraus die modernen Modelle der Pflegeklassifikation und -diagnostik abzuleiten. Vorwiegend fand dieser Prozess in den 1950er Jahren in Nordamerika statt. Virginia Frey prägte 1953 erstmals den Begriff der Pflegediagnose und definierte eine individuell gestaltete Pflegeplanung als eine Hauptaufgabe in einem neuen und kreativen Ansatz in der Pflege (Stefan & Almer 2006).

Allerdings sollte es noch bis in die 1970er Jahre dauern, bis der Begriff "Pflegediagnose" Akzeptanz fand, da bis dahin das Diagnostizieren als Aufgabe der Ärzte galt, und zuerst eine Abgrenzung und Trennung von medizinischen und pflegerischen Diagnosen stattfinden musste. 1973 wurde dies mit der ersten Konferenz der American Nursing Association (ANA) erreicht. In weiterer Folge fanden in regelmäßigen Abständen Treffen statt, bei denen Pflegediagnosen erstellt, diskutiert und überarbeitet wurden.

Aus diesen Zusammenkünften ging 1982 die North American Nursing Diagnostics Association (NANDA) hervor, deren Klassifikationssystem heute sehr weit verbreitet ist, und als Grundlage für viele nachfolgende Pflegeklassifikations- und Dokumentationssysteme verwendet wurde.

Auch in Österreich finden Pflegeklassifikationssysteme und Pflegediagnosen spätestens seit 1997 mit der Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes ihre Anwendung. Durch die damalige Gesetzesnovelle wurden Mitglieder des gehobenen Pflegedienstes dazu verpflichtet, den sogenannten Pflegeprozess eigenverantwortlich durchzuführen. Hierbei sollen

zuerst im Zuge eines Anamnesegesprächs mit der PatientIn pflegerelevante Daten erhoben werden, woraus in weiterer Folge die Einschränkungen und Ressourcen der jeweiligen Person abgeleitet werden. Beruhend auf diesen Erkenntnissen werden in Übereinstimmung mit der PatientIn Pflegeziele definiert, und Maßnahmen geplant, um diese Ziele erreichen zu können. Diese einzelnen Maßnahmenpakete werden in der Pflegeplanung als Pflegediagnosen bezeichnet.

Um die Wirksamkeit der vereinbarten Maßnahmen überprüfen zu können, werden die Pflegediagnosen in regelmäßigen Zeitabständen evaluiert, und im Bedarfsfall zusätzliche Maßnahmen geplant, bzw. überflüssige Pflegehandlungen abgesetzt.

1.2 Der Unterschied zwischen medizinischen Diagnosen und Pflegediagnosen

Warum es so lange gedauert hat, bis sich das Konzept der Pflegediagnose als Tätigkeit des gehobenen Pflegedienstes etablierte, kann daran festgemacht werden, dass das Diagnostizieren historisch den Ärzten zugeordnet wurde. Die Erkenntnis, dass medizinische und pflegerische Diagnosen aber grundlegend verschiedene Phänomene beschreiben, musste sich erst durchsetzen.

Im Gegensatz zur Pflegediagnose beschreibt die medizinische Diagnose eine Krankheit bzw. eine Organstörung und deren Auswirkungen auf den menschlichen Organismus. Die Pflegediagnose hingegen beschreibt den Einfluss der Krankheit auf die momentane Lebenssituation der PatientIn, und die Einschränkungen in verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Weiters unterscheidet die beiden Diagnosearten, dass die medizinische Diagnose sich nicht ändert, bis die Krankheit abgeklungen oder geheilt ist. Im Gegensatz dazu kann sich eine Pflegediagnose jederzeit ändern, da sich auch der Zustand und die Reaktion der PatientIn auf die Krankheit fortlaufend ändern können. Daher ist es in weiterer Folge notwendig, die Pflegediagnosen im Zuge des Pflegeprozesses regelmäßig zu evaluieren, und die geplanten Maßnahmen gegebenenfalls anzupassen.

Nicht zuletzt werden die beiden Diagnosearten und die Zuständigkeit über ihre Erstellung auf rechtlicher Ebene unterschieden (Brobst et al. 2007).

1.3 Wichtige Pflegeklassifikationssysteme

Nun soll ein Überblick über den Aufbau und die Anwendung der wichtigsten Pflegeklassifikationssysteme gegeben werden. Diese dienen zum Teil auch als Grundlage für die Studien, die für diese Literaturreview ausgewählt wurden, und nachfolgend im Ergebnisteil erläutert werden.

NANDA-I

NANDA-I ist eines der ersten und heute am häufigsten verwendeten Pflegeklassifikationssysteme. Die aktuelle Taxonomie II enthält derzeit 172 Pflegediagnosen, welche in 13 Gruppen, sogenannte Domänen eingeteilt sind. In der Regel stellt sich eine Pflegediagnose nach dem PÄS-Schema zusammen:

P – Pflegediagnosentitel

Gibt eine kurze Beschreibung der Pflegediagnose, welche in einer weiteren Definition näher erläutert wird.

Ä – Ätiologie

Gibt Ursachen und beeinflussende Faktoren der Pflegediagnose an.

S – Symptome

Eine Liste bestimmender Merkmale für eine Pflegediagnose. Es kann sein, dass nicht alle Elemente der Liste immer zutreffend sind.

Die Pflegediagnosen selbst werden je nach Status und Dringlichkeit in folgende Kategorien eingeteilt:

Aktuelle Diagnosen sind nach dem PÄS-Schema aufgebaut und beschreiben ein aktuelles Gesundheitsproblem einer PatientIn, welches sich negativ auf die täglichen Lebensaktivitäten auswirkt, wie zum Beispiel ein bestehender Hautdefekt, der Schmerzen verursacht und als Eintrittspforte für Krankheitserreger dienen kann.

Im Gegensatz dazu bestehen *Hochrisiko-Diagnosen* aus zwei Teilen, dem potentiellen Gesundheitsproblem und den Risikofaktoren, welche zu einer Beeinträchtigung führen können, die zuvor noch nicht bestanden hat,

beispielsweise die “Gefahr einer Hautschädigung” aufgrund einer Bettlägerigkeit oder eines schlechten Hautbildes. Maßgeblich ist, dass der Defekt zuvor noch nicht bestanden hat, und auch nur möglicherweise eintreten kann, dies aber nicht muss.

Die *Wellness-Diagnose* hingegen entsteht aus der Motivation heraus, den Gesundheitszustand bzw. das Wohlbefinden der PatientIn unter Zuhilfenahme und Aktivierung der patienteneigenen Ressourcen zu verbessern. Sie setzt daher auch voraus, dass sich die PatientIn aktiv am Erarbeiten und Erreichen der Ziele und Maßnahmen beteiligt.

Eine *Syndromdiagnose* beschreibt eine Gruppe von aktuellen und Hochrisiko-Diagnosen, die zusammen auftreten. Idealerweise wird diesen gemeinsam und mit ähnlichen Pflegehandlungen entgegengewirkt (NANDA 2012).

ICNP

NANDA-I diente neben anderen Klassifikationssystemen, wie zum Beispiel der Nursing Outcome Classification (NOC) oder der Nursing Intervention Classification (NIC), als Vorbild für die International Classification of Nursing Practice (ICNP). Diese ging 1989 aus einer Arbeitsgruppe der International Council of Nurses (ICN) hervor, die bestrebt war, ein international einheitliches Pflegeklassifikationssystem in Anlehnung an die International Classification of Diseases (ICD-10) zu entwickeln.

Die erste Version der ICNP wurde 1996 unter der Bezeichnung Alpha-Version veröffentlicht. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass sich diese erste Version stark auf die PatientIn als Individuum bezog und somit Konzepte wie Familie und Gesellschaft nicht mitgedacht wurden. Durch zahlreiche internationale Beiträge sollte die ICNP in den Jahren nach ihrer Veröffentlichung ergänzt werden, doch es zeigte sich bald, dass die Struktur der Alpha-Version nicht ausreichte, um viele der neuen Pflegediagnosen zu erfassen. Drei Jahre nach der Alpha-Version wurde 1999 die Beta-Version präsentiert. Die größte Neuerung stellte eine erweiterte Betrachtung von Pflegephänomenen auf acht anstatt auf nur einer Achse dar (Behn, 2003).

Achse A - Fokus der pflegerischen Praxis: stellt die Verbindung zu einem pflegebezogenen Thema und somit den Bedarf für eine Pflegehandlung in einem professionellen Rahmen her.

Achse B - Beurteilung: beinhaltet die klinische Einschätzung des Stadiums eines Pflegephänomens durch professionell geschultes Pflegepersonal und setzt sich aus der Beurteilung von Qualität, Intensität oder Auftreten dieses Phänomens zusammen.

Achse C - Frequenz: beschreibt, wie oft ein Pflegephänomen innerhalb einer gewissen Zeitspanne auftritt.

Achse D - Dauer: gibt Auskunft, ob ein Pflegephänomen akut oder chronisch auftritt.

Achse E - Körperseite: lokalisiert den Erscheinungsort des Pflegephänomens an der PatientIn.

Achse F - Topologie: beschreibt die Ausdehnung, bzw. die anatomische Region eines Pflegephänomens beziehungsweise auf einen zuvor definierten Mittelpunkt.

Achse G - Wahrscheinlichkeit: ist ein Maß für die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Pflegephänomen auftreten kann.

Achse H - Träger: bezeichnet eine Person oder Personengruppe, bei der das Pflegephänomen auftreten kann (Hinz, 2003).

Werden diese Achsen nun miteinander kombiniert, ist es möglich sowohl bereits aufgetretene Pflegephänomene zu beschreiben, sowie auch jene, die zwar noch nicht aufgetreten sind, für die aber ein erhöhtes Risiko besteht. Allerdings müssen zum Formulieren gewisse Regeln befolgt werden. So darf für jede Achse nur ein Begriff verwendet werden. Bezogen auf die Dauer-Achse kann ein Phänomen nicht gleichzeitig chronisch und akut sein. Weiters muss ein Begriff aus der Achse A gewählt werden, um den Bezug zu pflegerischen Praxis herzustellen. Es muss auch ein Ausdruck aus Beurteilungs- oder der Wahrscheinlichkeitsachse enthalten, da so bestimmt wird, ob ein Pflegephänomen bereits besteht, oder mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit auftreten könnte. Die Einbindung der restlichen Achsen ist zwar optional, je mehr allerdings verwendet werden, desto genauer wird das Pflegephänomen definiert und desto gezielter lassen sich Pflegehandlungen planen (Bruggen, 2003).

Durch dieses multiachssiale Baukastensystem fällt es im Rahmen der standardisierten Begrifflichkeiten leicht, Pflegediagnosen und die zugehörigen Pflegehandlungen zu erstellen. In weiterer Folge vereinfacht dieses Klassifikationssystem die Eingabe und Verarbeitung der pflegebezogenen Daten mit Hilfe von computergestützten Gesundheitsinformationssystemen (Behn, 2003).

DRG-Fallgruppen

Als Diagnostic Related Groups (DRG) werden Fallgruppen bezeichnet, welche aus medizinischer Sicht ähnlich sind und bezüglich der Kosten eine gewisse Homogenität aufweisen sollten. So werden PatientInnen mit ähnlicher Erkrankung und ähnlichen Therapien, welche einen einheitlichen Arbeitsaufwand bedeuten, in bestimmte Fallgruppen eingeteilt (König, 2003).

Dieser Aufwand spiegelt sich am Ende des Krankenhausaufenthaltes in den Kosten für selbige wieder. Daher ist speziell die Pflege als großer Leistungs- und Kostenfaktor im Setting Krankenhaus gefordert, die Gruppierung der PatientInnen so optimal wie möglich zu gestalten. Dies stellt aber, besonders in Fällen, in denen der Pflegebedarf von der Norm abweicht und ein Mehraufwand nötig ist, zum Teil eine Herausforderung dar. (König, 2003).

DRG-Fallgruppen basieren in erster Linie auf medizinischen Diagnosen. Daher findet auch die erste Ebene der Patientengruppierung auf dieser Ebene statt und folgt der Hauptdiagnose. Diese stellt auch den Hauptgrund für das Veranlassen eines stationären Aufenthaltes dar. Die Zuteilung erfolgt nach den Kategorien chirurgisch, medizinisch und sonstige (König, 2003).

Der pflegerische Aufwand wird weiterführend anhand des Konzepts der Nebendiagnosen und des Schweregrades ermittelt. Hierzu gibt es Comorbidity and Complication Lists (CCL). Die daraus gewählten begleitenden Diagnosen werden zu einem Gesamtschweregrad, dem Patient Clinical Complexity Level (PCCL) zusammengerechnet, wobei die einzelnen Nebendiagnosen je nach ihrem Komplexitätsgrad stärker bzw. schwächer bis gar nicht in die Berechnung des PCCL miteinfließen (König, 2003).

Nun entstehen durch diese vielen Kombinationsmöglichkeiten eine hohe Zahl an DRGs, die sich wiederum in ihrem Gesamtschweregrad kaum bis nicht unterscheiden. In diesem Fall werden DRGs gleicher Komplexitätsstufe wieder zu

einer DRG zusammengelegt. Gleichzeitig werden Fälle, deren PCCL kaum zu einer Steigerung des Leistungsaufwandes im Vergleich zur medizinischen Basiseinstufung führt, nicht weiter unterteilt (König 2003).

Doch was bedeutet dieses Einstufungsmodell für die Pflegediagnostik und -dokumentation? Bei der Einführung von DRG-Fallgruppen sollte es Ziel sein, dass die gewonnen Daten in bestehende Planungs- und Dokumentationssysteme integriert werden. Dies ist aber oft nicht der Fall, es werden separate Listen geführt, wodurch es zu einer doppelten Dokumentation kommt, die wiederum selbst einen unnötigen Mehraufwand für Pflegekräfte bedeutet. Hinzu kommt, dass der eigentliche PCCL auch von der angewendeten Pflegehandlung abhängt. So können einem Pflegeproblem oft verschiedene Maßnahmen zugeordnet werden, die zwar zum gleichen Erfolg führen, sich im Arbeitsaufwand aber erheblich unterscheiden. Als Beispiel kann eine Schlafstörung mit der Gabe eines Schlafmittels gelindert werden. Ebenso ist es möglich, ein klärendes Gespräch durchzuführen, um psychische Anspannungen zu lösen, die einem ruhigen Schlaf sonst hinderlich wären. Letztere Maßnahme bedeutet zwar einen erhöhten Leistungsaufwand für die Pflege, erfüllt aber Patientenbedürfnisse, die über die Schlafstörung hinausgehen (König, 2003).

Genau das ist ein wichtiger Kritikpunkt der DRG. Durch die Anlehnung an die ICD-10 und den Fokus auf die medizinische Hauptdiagnose bei der Basiseinteilung der Fallgruppen sind die DRG-Fallgruppen zwar ein effizientes Werkzeug für die Aufwandserhebung und die Kostenabrechnung. Weniger geeignet sind sie hingegen zur eigentlichen Erfassung des individuellen Pflegebedarfs.

1.4 Individuelle Bedürfnisse in der Pflege

Eine Herausforderung, der standardisierte Dokumentationssysteme gegenüberstehen, ist die Erfassung der individuellen Pflegebedürfnisse der einzelnen PatientInnen. Diese kann bei verschiedenen PatientInnen mit gleichem Krankheitsbild variieren, je nach Ressourcen des Individuums (Moorhead et al., 2013). Erschwerend kommt oft eine Diskrepanz in der Wahrnehmung der Notwendigkeit pflegerischer Handlungen aus der Perspektive der PatientInnen und des Pflegepersonals hinzu (Kobleder, 2011).

Jeder Mensch ist individuell in seinen Pflegebedürfnissen. Das gleiche Krankheitsbild erfordert bei manchen Menschen mehr, bei anderen weniger Pflegeaufwand. Die Einbeziehung dieser individuellen Bedürfnisse in die Planung kann zu einer effizienteren Arbeit des Pflegepersonals und somit zu einer Arbeitserleichterung und Kostenreduktion führen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine Bestandsaufnahme darüber zu geben, wie individuelle Pflegebedürfnisse in einer digitalisierten Pflegeplanung einfließen können, und bis zu welchem Grad dies bereits geschieht.

Gibt es in einer digitalisierten und standardisierten Pflegeplanung und -dokumentation Möglichkeiten, um individuelle Pflegebedürfnisse zu berücksichtigen und darauf einzugehen?

2. Methoden

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über den Ablauf des Arbeitsprozesses gegeben werden, der hinter dieser Arbeit steht. Es wird ein Überblick über die Suchstrategie gegeben und es wird erläutert, nach welchen Kriterien die Relevanz der Studien bestimmt wurde.

2.1 Design

Diese Bachelorarbeit wurde als Literaturreview verfasst. Sie stellt eine Zusammenfassung der Ergebnisse bereits bestehender Studien quantitativer und qualitativer Natur dar, wobei zwischen narrativen und systematischen Reviews unterschieden wird.

Für diese Arbeit wurde keine Ausgrenzung bezüglich der literarischen Gattung gemacht.

2.2 Suchstrategie

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Dezember 2016 bis Februar 2017 statt. Im ersten Schritt wurde im Gesamtbestand der Bibliothek an der Medizinischen Universität Graz und mit der Suchmaschine Google Scholar Basisliteratur zum Thema Pflegeklassifikationssysteme und Pflegedokumentation gesucht.

Nach der Formulierung der Forschungsfrage wurde eine gezieltere Datenbankrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt, um die notwendigen Studien für die Literaturreview zu finden.

Als Suchwörter wurden hierfür folgende Begriffe verwendet: “nursing classification”, “nursing classification systems”, “patient needs”, “patient care needs”, “nursing diagnostics”, “standardized language”, und “standardized nursing terminology”.

Die Suchbegriffe wurden mit dem Booleschen Operator “And” und “OR” verbunden.

2.3 Auswahl der Literatur

Die endgültige Suchformel in Pubmed lautete “nursing classification AND (patient needs or patient care needs) AND (terminology OR standardized language) “. Die Suche ergab 30 Treffer. Nach Einbeziehung der Kriterien, dass die Studien in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein müssen, bzw. dass sie nicht älter als 10 Jahre sein sollten, blieben 26 Studien übrig, die einem Titel Screening unterzogen wurden. Die daraus resultierenden 18 Artikel wurden nach dem Abstract Screening auf 10 reduziert.

Kriterien für das Titel und Abstract Screening waren, dass die Termini Pflegeklassifikation, Pflegeklassifikationssystem, oder der Name eines Pflegeklassifikationssystems in Verbindung mit den Begriffen Pflegebedürfnis oder PatientInnenbedürfnis zu finden waren.

In Bezug auf das Herkunftsland der Studie und das Setting wurden keine Einschränkungen gemacht.

Zusammen mit einer Studie, die durch eine Suche in Google Scholar ermittelt wurde, erfolgte eine kritische Bewertung mittels Bewertungsbögen für qualitative

und quantitative Studien (Bauer, 2014), für Kohortenstudien (Schüssler, 2014a) und für Querschnittstudien (Schüssler, 2014b). Zur Bewertung der Fragebögen wurde jeder Unterkategorie eine Punktezahl von 1 (am schlechtesten) bis 5 (am besten) zugeordnet. Die Punkte wurden addiert und durch die Anzahl der Kategorien dividiert. Überstieg dieses Ergebnis 75% der möglichen Punkte (= 3.75) so wurde die Studie für diese Arbeit als geeignet eingestuft. Daraus resultieren 9 Studien, die zur Ergebnisanalyse herangezogen wurden. Eine Übersicht der Punkteverteilung für die ausgewählten Studien wurde in einer Tabelle zusammengefasst (Tabelle.1).

2.4 Datenextraktion und -vergleich

Die 9 positiv bewerteten Studien wurden auf die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse untersucht. Diese wurden in einer Ergebnistabelle (Tabelle.2) zum leichteren Vergleich in den Kategorien "Titel der Studie", "Autor/Publicationsjahr", "Land/Setting", "Studiendesign", "Stichprobengröße", "Forschungsziel", "Zeitraum" und "Ergebnisse" eingeteilt.

Tabelle.1: Bewertung der Studien

		Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice	Developing the Nursing Care Plans Using the “Master File of Standardized Nursing Practice Terminology” in Japan	Oulu Patient Classification Instrument within Primary Health Care	Care management: agreement between nursing prescriptions and patients’ care needs	Patients’ Needs Assessment Documentation in Multidisciplinary Electronic Health	Representing Nursing Practice: Evaluating the Effectiveness of a Nursing Classification System	Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey Results	Appropriateness of ICNP in Korean home care nursing	Variabilität des Pflegeaufwands in SwissDRG-Fallgruppen
Beurteilungskriterien	Title	5	5	4	5	3	5	4	5	3
	Abstract	4	3	4	5	4	5	4	5	3
	Introduction	5	3	2	3	3	4	3	4	4
	Methods	3	5	5	4	3	3	4	5	4
	Design	5	5	5	4	4	3	4	3	3
	Sample	5	4	3	3	4	4	5	5	3
	Ethical Considerations	4	5	4	3	5	5	3	5	5
	Setting	4	4	4	5	5	3	4	4	4
	Data collection	3	3	3	4	4	4	4	3	4
	Data analysis	5	4	5	4	2	4	5	4	4
	Results	5	4	4	3	5	5	5	5	4
	Discussion	4	5	5	5	5	5	4	3	4
	Reference list	5	5	3	4	4	4	5	3	4
	Using research results	4	4	5	3	4	5	3	5	4
	Zwischensumme	61	59	56	55	55	59	57	59	53
	Ergebnis	4,36	4,21	4	3,93	3,93	4,21	4,7	4,21	3,78

Tabelle.2: Analyse der relevanten Studiendaten

Autoren, Jahr	Titel der Studie	Land/ Setting	Stichprobe	Studiendesign	Forschungsziel	Zeitraum	Ergebnisse (stichwortartig)
Ausili D., et al., 2012	Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice	Italien, akut und langzeitpflege	Convenience Sample n=240 139 - akut 101 - langzeit Alter 65+	cross-sectional design.	primär: Beschreibung und Vergleich der Pflegebedürfnisse von alten Menschen (+65) und durch einen kombinierten Ansatz von Camperelli und ICNP sekundär: Die Wertigkeit von ICNP und Camperelli modello delle prestazioni infermieristiche	Juni - Juli 2010	Im Krankenhaussetting ist die Pflege mehr auf die Erhaltung der Vitalfunktionen und der Prävention klinischer Risiken (Arrhythmien, Mangelernährung, Dekubitus, Infektionsrisiko) fokussiert, im Pflegeheim hingegen spielen Aktivitäten des täglichen Lebens eine größere Rolle (Hygiene, Bewegung, Aufrechterhaltung der Kommunikation, Inkontinenz) Fast die Gesamtheit der Pflegebedürfnisse alter Menschen in der Stichprobe konnte mit 63 vorkoordinierten INCP Diagnosen abgedeckt werden, 9 weitere mussten zuerst mithilfe von ICNP Codierung, weil nicht vorhanden. Diese waren Thromboserisiko, Defizit den Harnkatheter zu versorgen, Defizit Nahrung selbst aufzunehmen, Risiko für Arrhythmie, Risiko für Bluthochdruck, Risiko für Mangelernährung, erhöhtes Blutungsrisiko, Unvermögen essen selbst zuzubereiten, Unvermögen bei der Colostomahygiene. In weiterer Folge wurden diese Diagnosen an den ICN übermittelt um dem ICNP hinzugefügt zu werden.
Wako, F. et al., 2013	Developing the Nursing Care Plans Using the "Master File of Standardized Nursing Practice Terminology" in Japan	Japan, Regionale Krankenhäuser mit 1000 Betten	Keine Angabe	empirisches Design	Beschreibung von standardisierten Pflegeplänen die diplomierte PP bei der effizienten Pflege unterstützen sollen.	keine Angabe, wahrscheinlich 2012 bis 2013	Die Struktur von Basis Pflegeplänen besteht aus drei Teilen: medizinische Interventionen und operative Eingriffe mit diagnostischen Tests, Pflegeobservationen und Pflegeinterventionen; wichtig ist der pflegerelevante Fokus auf bestimmten Ereignissen gegenüber den Pflegeplaneinteilungen; aufgrund der Fachbereichsspezifisch benötigten Pflegeplaneinteilungen haben PP begonnen eigene Einteilungen zu entwickeln, da zB auf einer neurochirurgischen Station mit schwer erkrankten Patienten wird eher Observation von lebensbedrohlichen

							Symptomen benötigen als weniger betroffene bei denen die ATL's im Mittelpunkt stehen; schlussfolgernd ist hier die Rede dass die entwickelte Master File viel mehr Hilfe bei der verbesserten schnelleren Reaktion auf individuelle Probleme gibt; hier ist noch eine Verbesserung von Nöten - Forschungsempfehlung!!
Frilund, M et al., 2009	Oulu Patient Classification Instrument within Primary Health Care	Finnland, Health Care Center	92 Registered und Practical Nurses	Deskriptive, quantitatives Design	Evaluierung der Reliabilität und Validität des Oulu Patient Classification Instrument und ob es für Pflege im Krankenhaus richtig ist und ob es in der Primärversorgung von älteren Patienten nützlich wäre.	2004	OPC als Instrument mit vorhergegangener Einschulung und einjähriger Anwendung; Aufgrund der Ergebnisse einer Gegenüberstellung des OPC mit einem parallelen Klassifikationen wurde gezeigt dass das OPC von den Teilnehmern als übereinstimmend gewertet wird; die Validität der OPC wird vom Großteil der Teilnehmer als gut empfunden, besonders die nursing care intensity und die Untergruppen sind sehr gut beschrieben; die 6 Untergruppen beschreiben die Pflegebedürfnisse der Patienten gut und sind laut den Teilnehmern genug als Einstufung der nursing care intensity. Die Anleitung (Manual) zum OPC wird sehr gut verstanden und wird als gut anwendbar eingestuft; In dieser Studie wird das OPC zur Anwendung in der Primärversorgung als gut eingestuft; Reliabilität und Validität sind auch gut einzustufen; es werden die physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse in den Untergruppen mit behandelt; das OPC kann aber noch weiterentwickelt werden um auf die Primärversorgung von älteren Patienten noch besser eingehen zu können.
Faeda M. S. et al., 2016	Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs	Brasilien, Sao Paolo, Privates Universitätsklinikum	19 Krankenschwestern 190x2 Pflegeplanungen zum Beginn und Ende des Krankenhausaufenthalts auf Unterschiedlichen Stationen, chirurgisch, internistisch	descriptive study with quantitative and documentary approach	Feststellung der Zusammenhänge zwischen den pflegerischen Anordnungen und den Pflegebedürfnissen der PatientInnen	September 2013 bis Jänner 2014	SAE (systematisation of nursing care) basiert auf NANDA-I Taxonomie II Patientenbedürfnisse wurden bei Aufnahme und Entlassung durch Schwester mit Patients Classifikations Instrument (PCI) durchgeführt. Pflegeplanungen bei Aufnahme und Entlassung wurden miteinander verglichen.

							Die Patientenbedürfnisse werden nicht vollständig durch die Pflegeplanung abgedeckt, nur ca. 75%. Obwohl die Zahl der Abgedeckten Pflegebedürfnisse über die Zeit des Aufenthalts stetig, ist dieser Anstieg doch nicht signifikant genug. Der pflegerische Fokus liegt in dieser Einrichtung eher auf der Erhaltung der Lebensfunktionen, als auf Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Ausscheidung. Oft steht auch wenig Zeit zur Verfügung, um die Pflegeplanung zu evaluieren und anzupassen, neben den alltäglichen Aufgaben der Pflege. In diesem Setting wird die Evaluierung von der Nachtschwester übernommen, die aber gleichzeitig die Aufsicht über 35 Patienten innehat, Rundgänge machen muss, neue Patienten aufnehmen muss, was sehr viel Zeit in Anspruch nimmt.
Häyrinen, K. et al., 2010	Patients' Needs Assessment Documentation in Multidisciplinary Electronic Health Records	Finnland, neurologische Pflegeeinheit in zentralen Krankenhaus mit EHR System	48 Personen aus dem neurologischen Fachbereich, Ärzte und PP	deskriptive Quantitative Studie	Beschreibung und Diskussion von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation von Bedürfnissen von Patienten in der elektronischen Krankenakte (Electronic Healthcare Records).		pflegerische Bedarfsassessment Dokumentation (nurse's needs assessment documentation): die PP stufen jeden Patienten pflegerisch ein und dokumentieren dies mit Finish Classification of Nursing Diagnoses (FiCND) (das finnische Gegenstück zur Nanda) und zusätzlichen Beschreibungen (Notizen), bei zwei Patienten in den Aufzeichnungen wurde nur im Textfeld dokumentiert, bei jedem Patienten wurden durchschnittlich 9 Pflegediagnosen verwendet; es wurden Haupt und Subkategorien verwendet, die am häufigsten verwendeten sind: self care, activity und elimination; Ärzte dokumentieren mit ICD-10 und dem NOMESCO Classification of Surgical Procedures (nicht relevant). nur in 27 Anmerkungen der Ärzte wurde eine Begründung für Pflege gegeben. Am häufigsten wurde von beiden Berufsgruppen das nicht ausführen können der täglichen Aktivitäten sowie das Defizit von Aktivität im allgemeinen genannt;
Kennedy, M. A. et al., 2007	Representing Nursing Practice:	Canada, Nova Scotia Chirurgische Pflegeeinheit,	100 Patientenakten gleich verteilt auf die Teilnehmenden	retrospective quality analysis	Ist es möglich mit einem Pflegeklassifikationssystem (ICNP) die bisherigen	keine Angabe	Nachdem die narrativen Aufzeichnungen der PP nach ICNP Standardelementen (Nursing Phenomena, Nursing Action,

	Evaluating the Effectiveness of a Nursing Classification System	Psychiatrische Pflegeeinheit, Hauskrankenpflege, Langzeit-/Altenpflegeeinrichtung	Institutionen		narrativen Pflegedokumentationen von PatientInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen darzustellen.		Nursing Outcome) codiert wurden, war das Ergebnis, dass keine einzige Patientendokumentation vollständig durch die ICNP abgedeckt wurde. Diese fehlenden Übereinstimmungen wurden allerdings nicht der ICNP Taxonomie zugerechnet, sondern der Inkonsistenz in den bisherigen Aufzeichnungen der PP. So wurden in vielen Fällen nur die Pflegehandlungen dokumentiert, nicht aber deren Ergebnis. In einigen Fällen war auch das Assessment der PatientInnen unvollständig. Allerdings konnte nicht festgestellt werden, ob die Inkonsistenz in den bisherigen Dokumentationen den Standards der jeweiligen Institutionen, der allgemeinen Dokumentationspraxis, oder den individuellen Dokumentationspraktiken der PP zugrunde liegt. Jedoch hat auch ICNP Einschränkungen. Die hier verwendete Beta Version ist stark biomedizinisch orientiert, und Spektrum der verwendbaren Begrifflichkeiten ist nicht sehr ausführlich, wobei diese kontinuierlich ergänzt werden. ICNP macht Standardisierung der Dokumentation die Pflege sichtbarer.
Estrada N. A. et al., 2012	Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey Results	USA, Krankenhaus des Department of Veteran Affairs	180 RNs, vollzeit/teilzeit, in direktem Patientenkontakt und aktiv an der Pflegeplanung beteiligt	qualitative Längsschnitt Studie	Wie nützlich empfinden RNs die verfügbaren Pflegediagnosen in einer Electronic Health Record (EHR) System. Wie ist die Zufriedenheit der RNs mit diesem System.	Februar 2006 - Februar 2008 bei Einführung, 6 Monate danach, 2 Jahre danach	Die Zufriedenheit mit dem EHR ist nach 6 Monaten gestiegen im Vergleich zum Einführungszeitpunkt. Nach zwei Jahren ist die Zufriedenheit zumindest gleich geblieben, in den meisten Fällen sogar gestiegen. Durch mehrere Überarbeitungen des Systems im Befragungszeitraum stieg die Genauigkeit der Pflegedokumentation. Es wurde auch eine Verbesserung und Rationalisierung der Planungsabläufe festgestellt, da es mit dem System schneller möglich war die passenden Pflegediagnosen und Interventionen zu planen. Allerdings gab ein viertel der befragten RNs an, dass die Anpassung der Pflegeplanung auf die individuellen Pflegebedürfnisse der PatientInnen nicht ausreichend war. Dies änderte sich über den Verlauf der Studie und die

							Überarbeitungsschritte im EHR System kaum merklich.
Kang M.J. et al., 2015	Appropriateness of ICNP in Korean home care nursing	Korea, Pflegeheim mit 1320 Betten und angeschlossener Krankenpflegeschule	545 Einträge zu Pflegehandlungen im elektronischen Dokumentationssystem.	deskriptive Quantitative Studie	Wie ist die Anwendbarkeit von ICNP Standards als Referenzterminologie im Pflegeheimsetting bezüglich der Dokumentation von Pflegehandlungen.	1. Jänner 2009 bis 21. September 2012	Die Verarbeitung der Daten gestaltete sich mit ICNP effizienter, als mit dem bisher verwendeten Dokumentationssystem, jedoch konnte bei der Codierung der bestehenden Daten in die ICNP Standards nur bei 19,63% eine vollständige Übereinstimmung gefunden. Die Diskrepanzen fanden sich hauptsächlich in Bereichen komplexerer Pflegekonzepte. Die Probleme bei der Codierung werden sowohl auf die Detailgenauigkeit in den Aufzeichnungen des bisher verwendeten Dokumentationssystems, als auch Unzulänglichkeiten der ICNP Terminologie im Bereich der Langzeitpflege, da in diesem speziellen Setting die Mehrheit der Pflegehandlungen einen gesundheitserzieherischen und beratenden Charakter haben, und weniger auf direkte physische Unterstützung abzielen. Des Weiteren wurde festgestellt, dass für eine effiziente Nutzung von ICNP durch die koreanischen PP eine Anpassung im Dokumentationsverhalten stattfinden muss, weg von langen komplexen Formulierungen hin zu mehreren einfachen Sätzen mit gleicher Bedeutung.
Baumberger D. et al., 2014	Variabilität des Pflegeaufwands in SwissDRG-Fallgruppen	Schweiz, Netzwerkspitäler	73930 Datensätze mit 213 Fallgruppen aus 10 anonymisierten Netzwerkspitälern (2 Universitätsspitäler, 4 Zentrumsspitäler, 4 Regionalspitäler)	quantitativ-explorative Studie mit deskriptiv-korrelativem Design	Inwiefern kann die Variabilität des Pflegeaufwandes mit SwissDRG-Fallgruppen erklärt werden, bzw. gibt es Fallgruppen, die eine Mangelhafte Homogenität in der Darstellung des Pflegeaufwandes darstellen?	Daten stammen aus einem SwissDRG-Teilprojekt aus 2006 und waren ab Mitte 2009 verfügbar.	Es wird nicht direkt die Umsetzung von Patientenbedürfnissen betrachtet, sondern wie gut der Pflegeaufwand mit DRG-Fallgruppen messbar ist. Dennoch ist erhöhter Pflegeaufwand mit vermehrten PatientInnenbedürfnissen in Verbindung zu setzen. Aufgrund der Beschaffenheit der DRG passiert die Betrachtung aus medizinischer Sicht nach ICD-10. Pflegeaufwand wird nach Hauptdiagnosen (Aufnahmegrund) und Schweregrad der Nebendiagnosen gewertet. Ist dieser Schweregrad zu gering, kann es sein, dass dafür kein

Pflegeaufwand gewertet wird →
Pflegebedürfnis nicht aufscheint/beachtet
wird.
Eigentliche Verwendung der Swiss-DRG
zur Aufwandserhebung und
Kostenberechnung.

3. Ergebnisse

Nach der Analyse der ausgewählten Studien ergaben sich thematische Gemeinsamkeiten, die in den folgenden Punkten näher erläutert werden sollen: “Vor- und Nachteile eines standardisierten Pflegeklassifikationssystems”, “Der pflegerische Fokus”, “Der Faktor Zeit”, “Der richtige Umgang mit den Werkzeugen”, und “Ständige Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme”.

3.1 Vor- und Nachteile eines standardisierten Pflegeklassifikationssystems

Die Auswertung der Studien hat ergeben, dass die Einführung, bzw. die Benutzung eines Pflegeklassifikationssystems und einer damit einhergehenden standardisierten Terminologie sowohl Vor- und Nachteile mit sich bringt.

So hat sich herausgestellt, dass die Einführung eines Pflegeklassifikationssystems in der Dokumentation dazu führt, dass die Aufzeichnungen, die zuvor nur sporadisch durchgeführt wurden, nun einheitlich und lückenlos geschehen. Zu diesem Ergebnis kamen unter anderem Kennedy und Hannah (2007), als sie untersuchten, wie sich die geläufige Dokumentationspraxis in Kanada mit den Standards der ICNP darstellen lassen kann. Bis dahin war es üblich, dass Pflegepersonen ihre Aufzeichnungen in narrativer Form festhielten. Allerdings gab es kein Regelwerk, was genau dokumentiert werden musste. Daher war es häufig der Fall, dass Assessments unvollständig waren. Pflegeinterventionen wurden zwar häufig geplant und deren Durchführung dokumentiert, Aufzeichnungen über deren Auswirkungen, bzw. deren Wirksamkeit existieren nur in seltenen Fällen.

Durch die Einführung der ICNP Standards wurden diese Lücken in der Dokumentation geschlossen, und die Aufzeichnungen über Pflegeassessment, -interventionen und -outcomes vereinheitlicht. Diese Vereinheitlichung hatte auch den positiven Effekt, dass die Arbeit der Pflege sichtbar und messbar wurde.

Ähnliche Ergebnisse gingen aus der Studie von Kang et al. (2015) hervor. Hier wurde die Anwendbarkeit der ICNP im Dokumentationssystem eines koreanischen Pflegeheims betrachtet. Im Gegensatz zu Kanada war die Dokumentationspraxis sehr gut ausgeprägt und die Dokumentation funktionierte bereits lückenlos.

Dennoch konnte durch die Verwendung der ICNP Taxonomie eine Effizienzsteigerung in den Planungsabläufen erreicht werden. Dies wurde speziell in Fällen komplexer Pflegephänomene erreicht, da mit der ICNP eine Umstellung im Dokumentationsverhalten der koreanischen Pflegepersonen stattfand. Zuvor war es üblich in langen, komplexen Formulierungen zu dokumentieren. Diese wurden in mehrere einfache Statements aufgespalten, ohne dass die eigentliche Bedeutung verloren ging.

Häyrynen und Saranto (2010) wagten den Vergleich des ärztlichen und pflegerischen Assessments. Die ärztliche Diagnostik folgt dem ICD-10, was an sich ein standardisiertes System darstellt. Allerdings wurde die ärztliche Dokumentation im Setting einer neurologischen Pflegeeinheit als narrativer Text festgehalten. Dies hatte zwar den Vorteil, dass gut auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden konnte, allerdings war es im späteren Verlauf schwierig, wichtige medizinische Daten herauszufiltern. Anders verhielt es sich mit dem pflegerischen Assessment. Basierend auf der Finish Classification of Nursing Diagnoses (FiCND), dem finnischen Gegenstück zur NANDA-I, wurde in der Nurses Need's Assessment Documentation die Aufnahmebeurteilung und die Pflegeplanung für dieselben PatientInnen durchgeführt. Dieser Prozess verlief nicht nur schneller als das ärztliche Aufnahmegespräch, durch standardisierte Terminologie und die einheitlichen Dokumentationsprozesse war es während des gesamten Krankenhausaufenthalts möglich, benötigte PatientInnendaten schnell abzurufen.

Ein großer Kritikpunkt, der sich durch die Mehrzahl der vorliegenden Studien zieht, ist, dass Pflegeklassifikationssysteme oft nicht in der Lage sind, sämtliche Pflegebedürfnisse der PatientInnen abzubilden. Dies liegt zum einen an der festgelegten Terminologie, die wenig Spielraum zum Abweichen von der Norm lässt. Treten Phänomene und Bedürfnisse auf, die zuvor noch nicht im System erfasst wurden, für die es also keinen Präzedenzfall gibt, ist es oft schwer, diese angemessen in die Klassifikation einzuordnen.

Hinzu kommt, dass manche Klassifikationssysteme auf die Anforderungen und Besonderheiten in einem gewissen Setting angepasst sind, und somit nicht ohne weiteres auf andere Organisationsformen im Gesundheitsbereich übertragbar sind. Hier müssen oft Abstriche gemacht werden, bzw. ist die Kreativität der

AnwenderInnen gefragt, um mit den vorhandenen Mitteln den Ist-Zustand so gut wie möglich zu beschreiben und zu dokumentieren.

3.2 Der pflegerische Fokus

Die Wahrnehmung der individuellen Pflegebedürfnisse von PatientInnen ist stark davon abhängig, worauf der pflegerische Fokus in einer Institution liegt. Dieser kann je nach Art und Charakter der Einrichtung sehr unterschiedlich sein. Laut Ausili et al. (2012) gibt es einen Unterschied im Pflegefokus zwischen Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. So wird im klinischen Setting mehr auf eine Erhaltung der Vitalfunktionen und die Prävention klinischer Risiken wie Mangelernährung, Dekubitus und nosokomiale Infektionen geachtet. In Langzeitpflegeeinrichtungen werden hingegen mehr Maßnahmen gesetzt, die tägliche Lebensaktivitäten betreffen, wie die persönliche Hygiene, Förderung der Beweglichkeit und Aufrechterhaltung des Kommunikationsvermögens.

Ähnliches berichtet auch Wako et al. (2013). So gibt es auch innerhalb des Krankenhaussettings Unterschiede in der Gewichtung der Pflegebedürfnisse und somit im Fokus der Pflegepersonen. So steht beispielsweise auf neurochirurgischen Stationen die Observation von lebensbedrohlichen Symptomen vor den Defiziten in den Aktivitäten des täglichen Lebens, wie das selbständige Ankleiden, was aber nicht heißen soll, dass diese vernachlässigt werden. Dieser Shift im Fokus ist eine Entwicklung, die aufgrund der vorkommenden Krankheitsbilder im Setting vorgegeben wird, bzw. sich aus der Erfahrung der Praxis heraus entwickelt hat.

Ebenfalls einen Einfluss des pflegerischen Fokus auf die Erfassung der individuellen Pflegebedürfnisse der PatientInnen zeigen Faeda und Perroca (2016). Im Zuge dieser Studie wurden die pflegerischen Bedürfnisse der PatientInnen in einem privaten Universitätsklinikum in Sao Paulo in Brasilien bei der Aufnahme und Entlassung mit Hilfe eines Patient Classification Instrument (PCI) durchgeführt. Diese Ergebnisse wurden mit den Aufzeichnungen im Pflegedokumentationssystem, der dort gebräuchlichen Systematisation of Nursing Care (SAE), verglichen. Dieses System basiert auf der NANDA-I Taxonomie II. Hier fällt auf, dass nur 75% der PatientInnenbedürfnisse von der SAE erfasst wurden. Zugeschrieben wird dies der Tatsache, dass hier der pflegerische Fokus

wiederum mehr auf Vitalzeichen bezogenen Pflegeproblemen und der Vermeidung von Risiken liegt, als auf sonstigen Lebensaktivitäten.

Es kommt aber auch vor, dass der Pflegefokus nicht von der Art der Gesundheitseinrichtung abhängt, sondern vom Pflegeklassifikationssystem selbst vorgegeben wird. Dies ist der Fall bei Baumberger et al. (2014). Hier wurde betrachtet, inwiefern die Variabilität des Pflegeaufwandes mit DRG-Fallgruppen in 10 Netzwerkspitälern in der Schweiz messbar ist. Diese Studie hatte zwar nicht die PatientInnenbedürfnisse untersucht, aber da vermehrte Pflegebedürfnisse einer PatientIn einen Mehraufwand für das Krankenhauspersonal bedeuten, sind die gewonnen Daten relevant. DRG-Fallgruppen haben den Fokus in erster Linie auf der medizinischen Hauptdiagnose als Grundlage für die Aufwandsberechnung. Eventuelle Nebendiagnosen werden zwar erfasst, finden aber erst ab einer gewissen Intensität in der Aufwandsberechnung Berücksichtigung. Somit ist fraglich, ob ein PatientInnenbedürfnis mit vergleichsweise geringem Aufwand in der Dokumentation überhaupt aufscheint.

Häyirinen und Saranto (2010) zeigten zudem mit ihrem Vergleich von ärztlichem und pflegerischem Assessment, dass es für eine Erfassung individueller Pflegebedürfnisse von großer Wichtigkeit ist, dass der pflegerische Fokus auf die PatientIn gerichtet wird, und nicht auf die Krankheit.

3.2 Der Faktor Zeit

Faeda und Perroca (2016) nehmen in ihrer Studie an, dass die Zeit eine wichtige Komponente im Erkennen und Umsetzen der individuellen PatientInnenbedürfnisse ist. Es wird davon ausgegangen, dass durch einen längeren Krankenhausaufenthalt die Deckungsgleichheit zwischen den ermittelten Bedürfnissen der PatientInnen und der eigentlichen Pflegeplanung signifikant steigen würde. Die Ergebnisse untermauern diese These allerdings nicht. Zwar ist eine Steigerung der Überdeckung von gemessenen PatientInnenbedürfnissen und tatsächlicher Wahrnehmung dieser in der Dokumentation angezeigt, jedoch ist das Ausmaß so gering, dass es nur als marginal eingestuft wird.

Im gleichen Setting spielt die Zeit noch eine andere Rolle. Da im betrachteten Universitätsklinikum die Aufgabe der Evaluierung und Anpassung der Pflegeplanung in der Verantwortung der Pflegeperson im Nachtdienst liegt, ist es

nicht selten der Fall, dass diese die Zeit nicht findet, um sich dem Evaluierungsprozess angemessen zuzuwenden. Ihr steht dafür keine gesonderte Zeit zur Verfügung. Vielmehr wird erwartet, dass die Anpassung der Pflegeplanung neben der üblichen Nachtdienstarbeit geschieht. Diese beinhaltet unter anderem die Betreuung von bis zu 35 PatientInnen mit regelmäßigen Kontrollgängen, die Kontrolle der Medikamente, die für den Folgetag gerichtet wurden, und gegebenenfalls die Aufnahme neuer PatientInnen. Es kommt nicht selten vor, dass bei dieser Arbeitsbelastung die Evaluierung und Anpassung der Pflegeplanung zu kurz kommt.

3.3 Der richtige Umgang mit den Werkzeugen

Ein Werkzeug ist nur so gut, wie der, der es benutzt. Analog dazu verhält es sich mit Pflegeklassifikations- und Dokumentationssystemen. Das beste System ist wirkungslos, wenn die AnwenderInnen es nicht ordnungsgemäß zu benutzen wissen.

Faeda und Perroca (2016) merken an, dass es in Brasilien auf die Anwendung des Pflegeprozesses, der die Grundlage für das Assessment bildet, nicht ausreichend eingegangen wird. Mit dieser fehlenden Basis fällt es den BerufsanfängerInnen oft schwer sich im Berufsalltag zurechtzufinden. Diese fehlenden Kompetenzen müssen dann in den ersten Berufsjahren oft mühsam angeeignet werden.

Wie wichtig die Einschulung und das Training mit den verwendeten Pflegeplanungs- und Dokumentationswerkzeugen sind, zeigt die Studie von Frilund und Fagerström (2009). Hier wurde erforscht, ob das Oulu Patient Classification Instrument (OPC), welches ursprünglich für die stationäre Pflege entwickelt worden war, auch in der Primärversorgung Anwendung finden könnte. Die Ergebnisse zeigten, dass Validität und Reliabilität des OPC im primären Versorgungssektor gegeben waren. Allerdings kam es während der Studie regelmäßig zu Unsicherheiten im Gebrauch des OPC durch das Pflegepersonal. Dieser Unzulänglichkeit konnte aber durch das Angebot von zusätzlichem Training und der Bereitstellung einer ausführlichen Betriebsanleitung entgegengewirkt werden.

3.5 Ständige Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme

Wie zuvor erwähnt kommt es immer wieder vor, dass Pflegeklassifikationssysteme die individuellen Pflegebedürfnisse von PatientInnen nicht vollständig erfassen, bzw. nicht ohne weiteres von einem Setting auf ein anderes übertragbar sind.

Dies muss nicht unbedingt ein Nachteil sein. Pflegeklassifikationssysteme durchlaufen bis zu ihrer Einführung einen Entwicklungsprozess. Dieser hört nach der Etablierung eines Systems nicht auf. Es kann jederzeit Feedback gegeben werden, welches von Kommissionen bewertet wird. Finden diese Vorschläge Zustimmung, werden sie in die nächste Iteration eingebunden. Als Beispiel sei die ICNP genannt, welche nach 25 Jahren der Entwicklung in der Version 2015 mittlerweile die siebte Fassung dieses Klassifikationssystems darstellt (ICN, 2015).

Dies bedeutet für das Pflegepersonal gleichzeitig die Möglichkeit, aber auch die Pflicht, sich aktiv an diesem Entwicklungsprozess zu beteiligen. Untermuert wird dies von Ausili et al. (2012). Im Zuge dieser Studie wurden pflegerelevante Daten aus einem bestehenden Pflegeklassifikationssystem nach den Standards der ICNP codiert. Für neun Pflegediagnosen konnte keine Entsprechung in den vorkoordinierten Diagnosen der ICNP gefunden werden. Allerdings war es möglich die auftretenden Pflegephänomene anhand der ICNP Terminologie adäquat zu beschreiben. In einem weiteren Schritt wurden diese Daten an den zuständigen Zweig des ICN übermittelt. Als weitere Folge wurden diese neu formulierten Pflegediagnosen in den Diagnosen Pool des ICNP übernommen.

Ein weiteres Beispiel, wie sich die Schrittweise Verbesserung eines Dokumentationssystems auf die Qualität der Pflegeplanung und auf die Zufriedenheit des Pflegepersonals auswirken kann, zeigen Estrada und Dunn (2012). In dieser Studie wurde in einer Längsschnittbeobachtung beurteilt, wie sich die Akzeptanz eines Electronic Health Record Systems (EHR) über einen Zeitraum von 2 Jahren verhält. Zu diesem Zweck wurden 3 Messungen bei der Einführung des Systems, 6 Monate und 2 Jahre darauf gemacht. Während dieser Zeit war es dem Pflegepersonal möglich Rückmeldung über ihre Arbeit mit dem System, dessen Stärken und Schwächen zu geben. Auf Grundlage dieses Feedbacks wurde das EHR angepasst. Das Resultat war eine effizientere Gestaltung der Arbeits- und Planungsabläufe durch einen schnelleren und

zielgerichteten Zugriff auf pflegerelevante Informationen im System. Damit einher ging auch eine Steigerung in der Zufriedenheit mit dem EHR. Anfangs wurde auch die Genauigkeit in der Erfassung und Beschreibung der individuellen Pflegebedürfnisse der PatientInnen bemängelt. Durch eine stetige Anpassung des Systems konnte auch hier eine Steigerung der Qualität und der Genauigkeit der Pflegeplanung erzielt werden.

4. Diskussion

Pflegeklassifikationssysteme haben ihre Vor- und Nachteile.

Sie bieten ein standardisiertes Gerüst, welches es den Pflegekräften ermöglicht, die Pflegeplanung und -dokumentation schnell und effizient durchzuführen. Die Grundlage dafür ist allerdings, dass die Pflegepersonen angemessen auf die verwendeten Systeme eingeschult werden, bzw. dass ihnen eine geeignete Betriebsanleitung zur Verfügung steht. (Faedea & Perroca., 2015)

Ein Kritikpunkt, der immer wieder auftaucht ist, dass Pflegedokumentationssysteme mit ihren starren Strukturen, Regelwerken, und festgelegten Terminologien die Pflegebedürfnisse von PatientInnen nicht ausreichend und angemessen abbilden können. Dies ist meist der Fall, wenn Pflegephänomene auftreten, die zuvor noch nicht mit einem System behandelt wurden. Dies passiert oft bei Pflegeklassifikationssystemen, die auf ein bestimmtes Setting in einer Organisationseinheit in einem Krankenhaus oder einer anderen Gesundheitseinrichtung abgestimmt ist. Das macht auch Sinn, da der pflegerische Fokus auf einer chirurgischen Station ein anderer ist, als in einem Pflegeheim. Hier liegt es nun an den Pflegepersonen kreativ zu sein, und mit den gegebenen Mitteln die Bedürfnisse der PatientInnen angemessen abzubilden. (Kang et al., 2015)

Gelingt ihnen dies nicht, haben sie die Möglichkeit, diese Unzulänglichkeiten als Chance für eine Verbesserung des Systems zu nutzen. Erzielt kann dies dadurch werden, indem diese Unzulänglichkeiten dokumentiert werden, und als Feedback an die EntwicklerInnen des Klassifikationssystems zurückfließen. Die Entwicklung

eines Pflegeklassifikationssystems hört nicht mit seiner Veröffentlichung auf, sondern ist ein kontinuierlicher Prozess, der auf das Feedback aus der Praxis angewiesen ist. Funktioniert dieses Zusammenspiel aus Entwicklung und Pflegepraxis, so ist es auch möglich sowohl die Qualität in der Pflegeplanung und -dokumentation, als auch die Zufriedenheit der AnwenderInnen und PatientInnen zu gewährleisten. (Ausili et al., 2012)

Eine eindeutig positiver Aspekt einer standardisierten Pflegeplanung und -dokumentation ist, dass die Arbeit der Pflege dadurch sichtbar und messbar wird. Sichtbarkeit ist nicht nur wichtig, um den Pflegepersonen angemessene Anerkennung zukommen zu lassen, sondern auch, um Qualität zu gewährleisten und sich als Pflegeperson rechtlich abzusichern. Nicht zuletzt bildet die Dokumentation die Grundlage für die Berechnung des Pflegeaufwands und dessen finanzielle Vergütung. (Baumberger et al., 2014)

Ein weiterer Vorteil einer standardisierten Pflegeplanung und -dokumentation ist die effizientere Gestaltung von Planungs- und Arbeitsabläufen. Diese Optimierung schlägt sich in der Reduzierung der Kosten und einer Zeitersparnis nieder. Allerdings ist es dazu notwendig, dass zuerst angemessene Zeit in die Durchführung der Planung und Dokumentation investiert wird. Oft passiert es, dass die benötigte Zeit anderen Aufgaben im pflegerischen Alltag zukommt. Da diese Aufgaben in den meisten Fällen unerwartet auftreten, wie zum Beispiel die akute Aufnahme einer neuen PatientIn, oder die unerwartete Personalausfälle, ist es schwer, diesem Zeitmangel beispielsweise durch Bereitstellung von mehr Personal zielgerichtet entgegenzuwirken. (Ausili et al., 2012)

Maßgeblichen Einfluss darauf, wie individuelle PatientInnenbedürfnisse gehandhabt werden, hat der pflegerische Fokus einer organisatorischen Einheit in einer Gesundheitseinrichtung. In Krankenhäusern liegt dieser meist auf den Auswirkungen der Gesundheitsstörung, welche den Grund des Aufenthalts darstellt. In Langzeitpflegeeinrichtungen, die gleichzeitig Wohn- und Lebensraum darstellen, steht die Bewahrung der Selbständigkeit im täglichen Leben im Vordergrund. Dementsprechend gewichtet ist auch die Priorität der wahrgenommenen Pflegebedürfnisse. (Faeda & Perroca, 2016)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es egal ist, in welchem Setting man sich befindet, oder welche Klassifikation verwendet wird, um die Pflegeplanung und -dokumentation zu gestalten. Solange die PatientInnen und ihre Bedürfnisse im

Mittelpunkt stehen, ist es möglich, die Pflege qualitativ hochwertig und zur Zufriedenheit aller Beteiligten zu planen und durchzuführen.

4.1 Praxisempfehlung

In den Studien, die für diese Arbeit verwendet wurde die mangelnde Ausbildung und Training im Gebrauch von Pflegeplanungs- und Dokumentationssystemen angesprochen. (Faeda & Perroca, 2016) Dies kann dazu führen, dass individuelle Pflegebedürfnisse bereits beim Assessment der PatientInnen untergehen. Um dem entgegenzuwirken ist es empfehlenswert, bereits während der Ausbildung verstärkt den Gebrauch von Planungs- und Dokumentationsinstrumenten zu lehren und zu üben. Weiterführend kann beim Berufseinstieg von Seiten der Gesundheitseinrichtungen regelmäßige Schulungen angeboten werden, um den Umgang mit den verwendeten Systemen zu festigen.

Wenn sich die Patientinnenbedürfnisse nicht vollständig erfassen lassen, wird dies zumeist auf Unzulänglichkeiten in der Terminologie, bzw. im Pool der vorgefassten Pflegediagnosen zurückgeführt. (Ausili et al., 2012) Anstatt diese Restriktionen als negatives Attribut eines Pflegeklassifikationssystems zu werten, sollte es vielmehr als Chance gesehen werden sich in den Verbesserungsprozess einzubringen. Die Entwicklung einer Pflegeklassifikation ist nicht mit seiner Veröffentlichung abgeschlossen. Die Entwickler sind in weiterer Folge auf das Feedback aus der Praxis angewiesen, um in späteren Versionen Verbesserungen implementieren zu können. Daher sollten Pflegepersonen dazu angehalten werden, Unzulänglichkeiten in Pflegeklassifikationssystemen zu dokumentieren, und den Entwicklern als konstruktive Kritik zukommen zu lassen.

4.2 Limitationen und Forschungsempfehlungen

Für zukünftige Forschung wäre es interessant, die Thematik im deutschsprachigen Raum zu beleuchten und einen Vergleich zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz anzustellen, da während der Literaturrecherche keine verwertbaren Studien aus diesen Regionen gefunden wurden.

Weiters waren die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen selten das zentrale Thema in den verwendeten Studien. Die Mehrheit behandelte Vergleiche zwischen verschiedenen Klassifikationssystemen. Daher wäre es für die Zukunft wünschenswert, wenn die individuellen PatientInnenbedürfnisse und der Umgang mit ihnen im Mittelpunkt der Forschung ständen.

5. Schlussfolgerung

Standardisierte Pflegeplanungs- und Dokumentationssysteme sind durchaus in der Lage, individuelle PatientInnenbedürfnisse darzustellen. Allerdings gibt es gewisse Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, wie beispielsweise die korrekte Anwendung der Systeme, und genügend Zeit. Institutionelle Hindernisse sind oft schwerer zu beseitigen und Stellen daher eine besondere Herausforderung für Pflegepersonen dar. Unzulänglichkeiten in den Klassifikationssystemen selbst fordern die Pflege auf, aktiv zu werden und sich in den Entwicklungsprozess einzubringen.

6. Literaturverzeichnis

6.1 Referenzliste

Ausili, D, Sironi, C, Rasero, L & Coenen, A 2012, 'Measuring Elderly Care Through the Use of a Nursing Conceptual Model and the International Classification for Nursing Practice®', *International Journal of Nursing Knowledge*, Volume 23, No. 3, pp. 146–152.

Bauer, S 2014, *Bewertungskriterien Quantitativ und Qualitativ*, Medizinische Universität Graz.

Baumberger, D, Bürgin, R & Bartholomeyczik, S 2014, 'Variabilität des Pflegeaufwands in SwissDRG-Fallgruppen' in *Pflege* vol. 27, no. 2, pp. 105 - 115.

Been V, 2003, 'Die internationale Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®): Entwicklung der Beta-Version und Perspektiven für die Zukunft', in Etzel B S (Hrsg.), *Pflegediagnostik - Ansätze und Konzepte*, Kohlhammer GmbH, Stuttgart, pp. 91-98.

Brobst R A & Georg J (Hrsg.) 2007, *Der Pflegeprozess in der Praxis*, trans. E Brock, Verlag Hans Huber, Bern.

Bruggen, H 2000, *Pflegeklassifikationen*, trans. M Rometsch, hrsg. T Dassen, Verlag Hans Huber, Bern.

Estrada, N A & Dunn, C R 2012, 'Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey Results', *International Journal of Nursing Knowledge*, Volume 23, No. 2, pp. 86-95, doi: 10.1111/j.2047-3095.2011.01201.x.

Faeda, M S & Perroca, M G 2016, 'Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs' *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, doi:10.1590/1518-8345.0645.2723

Frilund, M & Fagerström, L 2009, 'Oulu Patient Classification Instrument within Primary Health Care', IOS Press, Volume 146, pp. 30-35, doi: 10.3233/978-1-60750-024-7-30.

Häyrinen, K & Saranto, K 2010, 'Patients' Needs Assessment Documentation in Multidisciplinary Electronic Health Records', IOS Press, Volume 160, pp. 269-273, doi: 10.3233/978-1-60750-588-4-269.

Hinz, M (Hrsg.) 2003, *ICNP®. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

ICN - International Council of Nurses 2015, *International Classification for Nursing Practice (ICNP) 2015 release marks 25 years of development*, gesehen am 3. März 2017, http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press_releases/2015_PR_17_ICNP_launch.pdf

Kang, M-J, Kim, S-L, Lee, J-E, Jung C Y & Kim, S 2015, 'Appropriateness of ICNP in Korean home care nursing', *International Journal of Medical Informatics* , Volume 84 , No. 9, pp. 667-674, doi:10.1016/j.ijmedinf.2015.03.009.

Kennedy, M A & Hannah, K, 2007, 'Representing Nursing Practice: Evaluating the Effectiveness of a Nursing Classification System' CNJR, vol. 39, no. 1, pp 58-79.

Kobleder, A 2011, *Unterschiede in der Wahrnehmung pflegerelevanter Situationen zwischen Patienten und Pflegepersonal*, masters thesis, Universität Wien, Wien.

König, P 2003, 'Pflegediagnosen und ihre Bedeutung in Bezug zu den DRG' in Etzel B S (Hrsg.), *Pflegediagnostik - Ansätze und Konzepte*, Kohlhammer GmbH, Stuttgart, pp. 61-76.

Moorhead, S, Johnson, M, Mridean, M & Swanson, E (Hrsg.) 2013 , *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*, Verlag Hans Huber, Bern.

NANDA International 2013, *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikationen 2012-2014*, Recom GmbH & Co. KG, Kassel.

Schüssler, S 2014a, *Critical Appraisal "Cohort study"*, LBF 2015, 7. Semester, Medizinische Universität Graz.

Schüssler, S 2014b, *Critical Appraisal "Cross-sectional study"*, LBF 2015, 7. Semester, Medizinische Universität Graz.

Stefan, H & Almer, F 2000, *Praxis der Pflegediagnosen*, Springer Verlag, Wien.

Wako, F, Tsuru, S, Omori, M, Watanabe, C, Uchiyama, M, Asada, M & Inoue, K 2013, 'Developing the Nursing Care Plans Using the "Mater File of Standardized

Nursing Practice Terminology” in Japan’, *IOS Press*, Volume 192, p. 1215, doi:10.3233/978-1-61499-289-9-1215.

6.2 Abbildungs-/Tabellenverzeichnis

Tabelle.1 - Bewertung der Studien

Tabelle.2 - Analyse der relevanten Studiendaten

6.3 Abkürzungsverzeichnis

ANA – American Nursing Association

CCL – Comorbidity and Complication Lists

DRG – Diagnostic Related Groups

EHR – Electronic Health Record

FiCND – Finisch Classification of Nursing Diagnoses

ICD-10 – International Classification of Diseases

ICN – International Council of Nursing

ICNP – International Classification of Nursing Practice

NANDA – American Nursing Diagnostics Association

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcome Classification

OPC – Oulu Patient Classification Instrument

PCI – Patient Classification Instrument

PCCL – Patient Clinical Complexity Level

SAE – Systematisation of Nursing Care (Anm.: Das Original der Abkürzung ist portugiesisch, wird aber in der Studie nicht erwähnt)

7. Anhang

Bewertungsbogen für qualitative und quantitative Studien (nach Bauer 2014)

Quantitative studies

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
4. Can the abstract be understood without reading the whole text?
5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?
7. What is the research problem?
8. Does the introduction contain a recent review of the literature?
9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?
10. Are there definitions mentioned?
11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?
12. What is the research gap?
13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?
15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Design

16. What is the research approach?
17. What is the research design?
18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Sample

19. What is the sample?
20. What are the procedures for choosing the sample?
21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?
22. What is the response rate?
23. Were there refusals, dropouts or deaths?
24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?
26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Setting

27. What is the setting for data collection?
28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?
30. Is the intervention described in sufficient detail?
31. Do the participants know whether they received the intervention or not?
32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?
33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Data collection

34. What is the data collection method?
35. Is the data collection method reliable and valid?

36. Is the data collection method appropriate for the research design?
37. Does the data collection method bias the results?

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?
39. What is the level of significance?
40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Results

41. What are the main findings?
42. Are the results organized in a way that is easy to understand?
43. Are the tables and figures easy to understand?
44. Do the results answer the research questions (purpose)?
45. Are the results present in an objective way?

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?
47. Does the author compare his main findings with results from literature?
48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?
49. Does author give implications for nursing practice?
50. Does author give implications for further nursing research?
51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?
52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Qualitative studies

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)
2. Does the title reflect the content of the whole text?

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
4. Can the abstract be understood without reading the whole text?
5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?
7. What is the research problem?
8. Does the introduction contain a recent review of the literature?
9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?
10. Are there definitions mentioned?
11. What are the central concepts?

12. What is the research gap?
13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Methods

14. What parts can be read out of the method section? What is missing?
15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Design

16. What is the research approach?
17. What is the research design?
18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Sample

19. What is the sample?
20. What are the procedures for choosing the sample?
21. Where are the participants recruited?
22. Does the procedures for choosing the sample bias the results?
23. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ethical considerations

24. Is there an approval of the ethical commission?
25. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Setting

26. What was the setting for data collection?
27. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Data collection

28. What is the data collection method?
29. Is the data collection method trustworthy?
30. Is the data collection method appropriate for the research design?
31. Does the data collection method bias the results?
32. How are the data recorded?

Data analysis

33. What methods are used to analyze the data?
34. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?
35. Is data saturation reached?
36. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Results

37. What are the main findings?
38. Are the results organized in a way that is easy to understand?
39. Are the tables and figures easy to understand?
40. Do the results answer the research questions (purpose)?

Discussion

41. What parts can be read out of the discussion? What is missing?
42. Does the author compare his main findings with results from literature?
43. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?
44. Does author give implications for nursing practice?
45. Does author give implications for further nursing research?
46. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?
47. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Reference list

48. Is there a consistent reference style?

Using research results

49. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

50. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Bewertungskriterien für Kohortenstudien (nach Schüssler 2015a)

Title

1. The title is representative of the content of the study.
2. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).

Abstract

3. There are no discrepancies between the abstract and the text.
4. The abstract gives the same impression as the text.
5. The abstract can be understood without reading the article.

Introduction

6. Is the introduction good structured (general – specific)?
7. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?
8. Do the authors define important KEYWORDS?
9. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?
10. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?

Methods

11. Is the method part good structured?

Design

12. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?
13. Is the study retrospective or prospective?

Sample

14. Is the sample representative of a defined population?
15. Is the sample clearly defined?
16. Identify the specific sampling method!
17. What is the basis for the sample size used?
18. Was the number of participants at the beginning of the study stated?
19. Were there refusals, dropouts?
20. Were reasons for loss to follow-up quantified?
21. Was the follow up long enough?

Setting

22. Are the study setting and/or geographical location stated?

Measurements

23. Which data were collected? Which instrument(s) were used?
24. Are the instruments described or referenced?
25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?

Process of data collection

26. Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)

Analysis

27. What statistical methods are used to analyze the data?
28. Were any confounders mentioned?
29. Is the significance level described?

Results

30. Is the result section good structured?

31. Were participants compared with non-participants?
32. How the results presented and what is/are the main result(s)?
33. Do the results answer the research question(s) (aims)
34. Have confidence intervals been provided?
35. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?
36. Do the figures and tables adequately show the important results?
37. Are the figures and tables easy to understand?

Discussion

38. Is the discussion good structured (specific to general)?
39. Are the findings discussed in relation to the original research questions?
40. Does the author compare the main findings with results from other studies?
Are the results consist with previous research or not (If not: are the inconsistencies explained?)?
41. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?
42. Does the author note limitations of the study?

Conclusion

43. Are the author's conclusions justified by the results found in the study?
44. Does the author give recommendations for further research?
45. Does the author give recommendations for nursing practice?

References

46. Does the reference list contain errors?
47. Are there more references than are necessary?

Bewertungskriterien von Querschnittstudien (Schüssler 2015b)

Title

1. The title is as short as possible.
2. The title is representative of the content of the study (not misleading).
3. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).
4. The key information/ keywords are near to the front of the title.

Abstract

5. The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]).
6. There are no discrepancies between the abstract and the text.
7. The abstract gives the same impression as the text.
8. The abstract can be understood without reading the article.

Introduction

9. Is the introduction good structured (general – specific)?
10. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?
11. Do the authors define important KEYWORDS?
12. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?
13. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?

Methods

14. Is the method part good structured?

Design

15. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?

HINT: Consider

- *Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?*
- *Did it address the study question?*

Sample

16. *Is the sample representative of a defined population?*
17. *Is the sample clearly defined?*
18. *Is the sampling method probability or nonprobability? Identify the specific sampling method!*
19. Did the study have enough participants?
Consider:
 - *if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.*
20. *What is the response rate?*

Setting

21. What was the study setting?

Measurements

22. Which data were collected? Which instrument(s) were used?
23. Do they use standardized instruments to collect data?
24. Are the instruments described or referenced?
25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?

Process of data collection

26. *Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?*

Analysis

27. What statistical methods are used to analyze the data?
28. Is the significance level described?

Results

29. Is the result section good structured?
30. How the results presented and what is/are the main result(s)?
31. Do the results answer the research question(s) (aims)?
32. *Are there confidence intervals for statistical estimates included?*
33. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?
34. Do the figures and tables adequately show the important results?
35. Are the figures and tables easy to understand?

Diskussion

36. Is discussion good structured (spezific to broad)?
37. Are the findings discussed in relation to the original research questions?
38. Does the author compare the main findings with results from other studies?
Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained)?
39. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?
40. Does the author note limitations of the study?

Conclusion

41. Are the author's conclusions justified by the results found in the study?
42. Does the author give recommendations for further research?
43. Does the author give recommendations for nursing practice?

References

45. Does the reference list contain errors?
46. Are there more references than are necessary?