

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

**Assessmentinstrumente zur Symptomerfassung von Patienten auf einer
geriatrischen Palliativstation**

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2012

Vorgelegt von: Bernadette Hosters
Stephanusweg 45
59823 Arnsberg
Matrikelnummer: 1929483

Betreuende Prüfende: Prof. Petra Weber
Zweite Prüfende: Dr. Sünje Prühlen

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS.....	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	III
TABELLENVERZEICHNIS	IX
1 Einleitung.....	1
2 Beschreibung der Ausgangslage.....	2
3 Geriatriisch-palliative Symptomerfassung durch Assessmentinstrumente.....	3
3.1 Geriatriische Palliativpflege.....	4
3.1.1 Darstellung des pflegerischen Handlungsfeldes.....	4
3.1.2 Symptomprävalenz der Patientengruppe.....	5
3.2 Pflegerische Assessmentinstrumente.....	6
3.2.1 Definition und Nutzen.....	7
3.2.2 Gütekriterien.....	7
3.3 Symptomerfassung bei geriatrischen Palliativpatienten.....	11
3.3.1 Empfehlungen zur Symptomerfassung.....	11
3.3.2 Entwickelte Assessmentinstrumente.....	13
4 Experteninterviews mit geriatrischen Palliativkräften.....	17
4.1 Datenerhebung und Analyse.....	17
4.1.1 Ethische Aspekte.....	17
4.1.2 Leitfadengestützte Experteninterviews.....	18
4.1.3 Der Interviewleitfaden und die Durchführung der Interviews.....	19
4.1.4 Auswertung der Interviews.....	22
4.2 Ergebnisse der Experteninterviews.....	24
4.2.1 Aussagen zur Anwendung des Assessmentinstrumentes.....	25
4.2.2 Aussagen zu Gütekriterien des Assessmentinstrumentes.....	26

4.2.3 Aussagen zur Symptomerfassung von geriatrischen Palliativpatienten.....	30
5 Diskussion der Ergebnisse.....	32
5.1 Betrachtung der Ergebnisse basierend auf Gütekriterien.....	32
5.2 Betrachtung der Ergebnisse basierend auf Empfehlungen zur Palliativen Symptomerfassung.....	36
5.3 Betrachtungen der Anwendung des Assessmentinstrumentes basierend auf Expertenaussagen.....	39
6 Empfehlungen für eine Modifizierung des Assessmentinstrumentes	40
7 Literaturverzeichnis.....	44
8 Eidesstattliche Erklärung.....	53
9 Anhang.....	54

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

et al.	et alii (unter andere [Autoren])
ESAS	Edmonton Assessment Scale
ESAS-R	Edmonton Assessment Scale Revised
HOPE	Hospiz- und Palliativversorgung – Standarddokumentation
ICSI	Institute for clinical Systems Improvement
MIDOS	Minimale Dokumentationssystem
MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale
NCP	National Consensus Project
POS	Palliative care Outcome Scale
RNOA	Registered Nurses' Association of Ontario
WHO	World Health Organisation

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Assessmentinstrumente zur Symptomerfassung bei Palliativpatienten.....	16
Tabelle 2: Kategoriensystem zur Auswertung der Interviews.....	23

1 Einleitung

Ein wichtiger Bestandteil der Palliativen Pflege ist nach der Definition der World Health Organisation (WHO): *“relief from pain and other distressing symptoms“* (WHO 2002, www.who.de). Für das Management von Schmerz und anderen belastenden Symptomen ist eine pflegerische Krankenbeobachtung sowie eine exakte Erkennung von Symptomen erforderlich (Olden et al. 2011, 411; Lukas 2007, 39). Für diese wird der Einsatz von Assessmentinstrumenten empfohlen (Bergh et al. 2012, 18). Unterschiedliche Instrumente wurden für die Symptomerkennung von Palliativpatienten für die pflegerische Praxis entwickelt (Aoun et al. 2011, 315-316).

Insgesamt werden Assessmentinstrumente in Deutschland im Pflegealltag zunehmend präsenter, wobei die Qualität bei einer Vielzahl von neu entwickelten Instrumenten oft nicht geprüft ist (Reuschenbach 2011c, 57; Staub-Müller 2011, 21). Es existieren zwar Empfehlungen für Qualitätskriterien die Instrumente erfüllen sollen, eine Kontrollinstanz für pflegerische Assessmentinstrumente, die diese vor einer Veröffentlichung überprüft, gibt es in Deutschland bislang nicht (Reuschenbach 2008, 296 - 297). Dies führt dazu, dass in der Praxis Instrumente verwendet werden, die den Gütekriterien nicht entsprechen bzw. in ihrer Anwendung Schwierigkeiten aufweisen sowie in ihrer Ergebnisqualität zweifelhaft sind (Reuschenbach 2011c, 57).

Auf einer geriatrischen Palliativstation einer Akutgeriatrie in Deutschland werden Symptome durch ein eigen entwickeltes Assessmentinstrument erfasst. Durch dieses sollen die wichtigsten Symptome der oben genannten Patientengruppe identifiziert werden. Bei einer systematischen Auswertung der Symptome durch die Forschungsabteilung des Hauses zeigte sich, dass das Assessmentinstrument nur vereinzelt angewendet wird. In einem Gespräch mit Pflegekräften der Station wurde deutlich, dass eine Symptomerfassung durch das vorliegende Instrument gewünscht wird, verschiedene Schwierigkeiten jedoch zu Problemen bei der Anwendung führen.

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, die Gütekriterien und die Anwendung eines Assessmentinstrumentes zur Symptomerfassung von Patienten auf einer geriatrischen Palliativstation zu untersuchen und bestehende Schwierigkeiten zu identifizieren, um Vorschläge zur Modifikation des Instrumentes und deren Handhabung zu machen.

Folgende Frage sollen in der vorliegenden Arbeit hierfür beantwortet werden:

Welchen Gütekriterien entspricht das Assessmentinstrument und welche Schwierigkeiten können in der Anwendung des Instrumentes identifiziert werden?

Neben einer Literatur- und Datenbanksichtung wurden zur Beantwortung der Fragen Experteninterviews mit Pflegekräften der oben genannten geriatrischen Palliativstation geführt. Das Ziel der Literatur- und Datenbankrecherche war es, Empfehlungen zur Symptomerken- nung bei geriatrischen Palliativpatienten sowie entwickelte Gütekriterien für pflegerische Assessmentinstrumente herauszuarbeiten. Durch die Experteninterviews sollten Informa- tionen über die Anwendung des stationseigenen pflegerischen Assessmentinstrumentes ge- wonnen werden sowie Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge identifiziert werden.

Zu Beginn dieser Arbeit werden Aufbau und Anwendung eines Assessmentinstrumentes zur Symptomerfassung von geriatrischen Palliativpatienten dargestellt. Dieses Assessment- instrumente sowie seine Anwendung bildet die Ausgangslage für die vorliegende Arbeit. Im darauf folgenden Kapitel wird die Symptomerfassung von geriatrischen Palliativpatienten durch Assessmentinstrumente auf Grundlage der Literatur veranschaulicht. Zu Beginn des Kapitels werden hierfür die Patientengruppe und die Prävalenz ihrer Symptomen be- schrieben. Dies soll die Besonderheiten, die auch für eine Symptomerfassung von Bedeu- tung sind verdeutlichen. Anschließend werden pflegerische Assessmentinstrumente und ihre Gütekriterien erläutert. Dieses Unterkapitel stellt die Grundlage der späteren Interviews, sowie ihrer Diskussion dar. Am Ende des Kapitels werden Empfehlungen zur Symptom- erfassung von Palliativpatienten erläutert. Durch die dargestellten Empfehlungen soll ge- währleistet werden, dass die Besonderheiten der Patientengruppe bei der Betrachtung des Assessmentinstrumentes berücksichtigt werden. Im 4. Kapitel werden die Experteninter- views in ihrer Methodik sowie ihre Ergebnisse dargestellt. Das 5. Kapitel diskutiert die Er- gebnisse der Interviews. Die Diskussion erfolgt auf der Basis der im dritten Kapitel dar- gestellten Literatur. Die Arbeit schließt mit dem 6. Kapitel in dem erste Ansatzpunkte für eine Modifikation des Assessmentinstrumentes gegeben werden. Zur Vereinfachung des Leseflusses wird in der vorliegenden Arbeit auf die weibliche Form verzichtet. Dies gilt auch für die Darstellung der Experteninterview und ihrer Experten.

2 Beschreibung der Ausgangslage

Im Folgenden werden der Aufbau und die Anwendung eines Assessment, welches zur Symptomerfassung auf einer geriatrischen Palliativstation angewendet wird, beschrieben. Das Assessmentinstrument dient als Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Die Beschrei- bung basiert auf den subjektiven Erfahrungen als Studentin in einem Praktikumeinsatz auf der oben genannten Station.

Aufbau des Assessmentinstrumentes (Anhang I)¹

Das Assessmentinstrument listet neun Symptome auf. Diese können auf einer Skala von null bis zehn eingeschätzt werden. Null wird in der Legende des Instrumentes als „kein Symptom“, zehn als „sehr stark ausgeprägtes Symptom“ deklariert. Folgende Symptome werden aufgelistet:

- Schmerzen, Luftnot, Müdigkeit/Schwäche, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung, Appetit, Mundtrockenheit, Befinden, Angst.

In zwei Leerspalten besteht die Möglichkeit weitere Symptome, die nicht auf der Liste aufgeführt sind zu ergänzen. Eine Einschätzung ist täglich für den Früh-, Spät- und Nachtdienst vorgesehen. Zusätzlich können Gesprächzeiten, die zwischen der Pflegekraft und dem Patienten bzw. deren Angehörigen stattgefunden haben eingetragen werden. Ein Bogen ist für sechs Tage vorgesehen. Das Assessmentinstrument ist im DIN-A3-Format gedruckt.

Anwendung des Assessmentinstrument

Auf der Station gibt es zum Ende jeder Schicht Dokumentationszeiten. In dieser Zeit ist auch die Dokumentation für das Assessmentinstrument vorgesehen. Die Symptome des Patienten werden für den Zeitraum der gesamten Schicht eingeschätzt. Auf der Station werden sowohl geriatrische als auch geriatrisch-palliative Patienten versorgt. Das Assessmentinstrument wird jedoch nur für die geriatrisch-palliativen Patienten angewendet. Die palliativen Patienten werden vorrangig von Pflegekräften mit palliativer Weiterbildung versorgt.

Bei der Anwendung des Assessmentinstrumentes wurden neben positiven Aspekten auch Schwierigkeiten wahrgenommen. Durch die vorliegende Arbeit, sollen Schwierigkeiten wie auch der Nutzen des Instrumentes erörtert werden.

3 Geriatrisch-palliative Symptomerfassung durch Assessmentinstrumente

Das folgende Kapitel stellt die wissenschaftliche Grundlage dieser Arbeit dar. Um die spezifischen Merkmale von geriatrischen Palliativpatienten im weiteren Verlauf der Arbeit berücksichtigen zu können, wird die Patientengruppe sowie ihre pflegerische Versorgung zu Beginn des Kapitels charakterisiert. Da sich diese Arbeit mit der Symptomerfassung der Patientengruppe auseinandersetzt, wird im Anschluss die Prävalenz der Symptome dargestellt. Wie oben beschrieben ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, eine Überprüfung eines angewendeten Assessmentinstrumentes auf Gütekriterien. Hierzu wird im Kapitel 3.2 das Verständnis von pflegerischen Assessmentinstrumenten und ihren Gütekriterien veranschaulicht. Da sich diese Gütekriterien lediglich auf pflegerische Assessmentinstrumente beziehen und die

¹ Aus Gründen des Urheberrechts steht dieser Anhang nur den Prüfenden zur Verfügung.

Besonderheiten der in Kapitel 3.1 vorgestellten Patientengruppe unberücksichtigt lassen, wird in Kapitel 3.3 ein Bezug zu dieser Patientengruppe hergestellt.

3.1 Geriatrische Palliativpflege

3.1.1 Darstellung des pflegerischen Handlungsfeldes

Um das Handlungsfeld der geriatrischen Palliativpflege vorzustellen, werden die einzelnen Handlungsbereiche zunächst getrennt voneinander erläutert. Im Anschluss werden diese Erläuterungen zusammengefügt.

Palliative Care

Unter dem Begriff „palliativ“ wird die Linderung von Beschwerden einer Erkrankung, jedoch nicht ihre Bekämpfung verstanden. Häufig wird in Deutschland für die Palliativpflege der Begriff „Palliative Care“ verwendet (Steffen-Bürgi 2007, 35). Jedoch wird „Palliative Care“ durch die unterschiedlichen Übersetzungsmöglichkeiten des Ausdrucks „Care“ ebenfalls für Palliativmedizin und –betreuung verwendet und bietet somit keine klare Abgrenzung zu diesen Disziplinen. (Steffen-Bürgi 2007, 30-31). Nach der englischen Definition der WHO ist das Ziel von Palliative Care die Verbesserung der Lebensqualität von lebensbedrohlich erkrankten Patienten sowie deren Angehörigen durch eine Prävention und Linderung von Leiden. Eine Verbesserung soll durch eine frühzeitige Erkennung, Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen ermöglicht werden. Probleme werden in dieser Definition sowohl physisch als auch psychisch und spirituell verstanden (WHO 2002, www.who.de).

Der geriatrische Patient und dessen Pflege

Geriatric wird als die Medizin älterer Menschen verstanden, die sowohl präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Anteile hat (Schuler, Oster 2008, 197). Die Kennzeichen geriatrischer Patienten werden neben dem Alter durch Multimorbidität² beschrieben, wobei nicht das Alter sondern die Multimorbidität als Hauptmerkmal gilt (Kojer 2012, 821). Weitergehend wird der geriatrische Patient durch Gebrechlichkeit³, chronische Erkrankungen und bereits bestehende oder drohende Funktionseinschränkungen charakterisiert (Schuler, Oster 2008, 104; Mann 2008, 341). Hinzu kommen Beeinträchtigungen, die keinem medizinischen Bereich zugeordnet werden können und als „geriatrisches Syndrom“ bezeichnet werden. Dies sind zum Beispiel Inkontinenz, eine erhöhte Sturzprävalenz und kognitive Einschränkungen. Das „geriatrische Syndrom“ wird insbesondere für die pflege-

² „Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen (Anderson et al. 2002, 662)“

³ „Eingeschränkte oder fehlende Funktionsreserve, die zur Krankheitsbewältigung und Vermeidung von Komplikationen gebraucht und mobilisiert wird (Schuler, Oster 2008, 104)“

rische Versorgung als relevant beschrieben (Neubart 2012, 11). Ziel der geriatrischen Versorgung ist es, die Selbständigkeit zu erhalten bzw. wieder herzustellen sowie belastende Symptome der chronischen Erkrankungen zu lindern (Wrobel, Niefer, 2007 820). Geriatrische Pflege erfolgt in unterschiedlichen Handlungsfeldern, wie Langzeitpflege, der ambulanten Pflege oder Geriatrien⁴ (Matolycz 2011, 24-36).

Geriatrische Palliativpflege

Fügt man die oben genannten Erläuterungen zusammen, ist das Ziel der geriatrischen Palliativpflege eine Steigerung der Lebensqualität von älteren, multimorbiden lebensbedrohlich erkrankten Menschen. Dies soll durch die Linderung von Beschwerden, nicht aber ihrer Bekämpfung erreicht werden. Lebensbedrohliche Erkrankungen können bei geriatrischen Patienten durch kleinste Veränderungen einer bereits langjährigen Beeinträchtigung entstehen. Die geriatrische Palliativpflege charakterisiert eine Sensibilisierung, jene Veränderungen zeitnah zu erkennen, um die kurative auf eine palliative Versorgung umzustellen (Kunz 2007, 124). GOLDSTEIN und MORRISON diskutieren, welche Aufgaben für die geriatrisch-palliative Versorgung relevant sind. Die Aufgaben werden mit dem komplexen Management von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen in Verbindung mit einer an die Patientengruppe angepassten Symptomerfassung und Therapie beschrieben. Weitergehend wird verdeutlicht, dass sich die Schwerpunkte der gesamten Versorgung sowie die Betreuung der Angehörigen grundlegend von jenen jüngerer Krebspatienten unterscheiden (Goldstein, Morrison 2005, 1953). Der Ansatz der geriatrischen Palliative Care ist jung. Palliative Care konzentrierte sich in den vergangenen Jahren besonders auf onkologische und jüngere Patienten. Unter dem Sachverhalt, dass geriatrische Patienten die höchste Prävalenz für eine chronisch-tödlich verlaufende Erkrankung aufweisen, wurde erkannt, dass diese Patientengruppe eine palliative Versorgung benötigt, die sich aber von der onkologischen Palliativpflege unterscheiden muss (Goldstein, Morrison 2005, 1593). Die wissenschaftlichen sowie pflegerische Erkenntnisse dieser Patientengruppe sind jedoch gering (Genz et al. 2010, 369). GOLDSTEIN und MORRISON betonen, dass weitergehende Untersuchungen des Fachgebietes wichtig sind, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können (Goldstein, Morrison 2005, 1594).

3.1.2 Symptomprävalenz der Patientengruppe

In diesem Unterkapitel werden Symptome von geriatrischen Palliativpatienten aufgezeigt. Die Symptome wurden über eine Literaturrecherche identifiziert (Anhang II). Es ist an-

⁴ *Geriatrien sind Kliniken deren Stationen sich auf die Behandlungsbedürfnisse und kognitiven Einschränkungen von akut erkrankten geriatrischen Patienten einstellen und diese behandeln (Rösler 2010, 249).*

zumerken, dass die verwendeten Studien keinen einheitlichen Begriff für geriatrische Patienten sowie für die Definition ihrer aufgelisteten Symptome wählen. Die meisten Studien orientieren sich nicht an der oben genannten Multimorbidität, sondern an dem Alter der Patienten. Studien, die sich ausschließlich mit einem Krankheitsbild befassen oder sich auf einzelne Symptome konzentrieren, wurden ausgeschlossen. Das Handlungsfeld, in dem die Symptome erfasst wurden, wurde nicht berücksichtigt. Acht Studien wurden durch dieses Ausschlussverfahren identifiziert. Die Aussagekraft der einzelnen Studien wurde nicht berücksichtigt. Das Ziel war es lediglich, Symptome, die bei geriatrischen Palliativpatienten genannt werden, zusammen zutragen.

Folglich werden die identifizierten Symptome aufgelistet. Zunächst werden die Symptome aufgezeigt, die in mindestens zwei Studien genannt wurden. Im Anschluss die, die nur einmalig genannt wurden (Siehe Anhang III). Die Reihenfolge der Auflistung ist so gewählt, dass die Symptome, die die höchste Prävalenz aufweisen zuerst genannt werden.

Die Symptome, die mehr als in einer Studie genannt wurden, sind:

Schmerz, Übelkeit, Dyspnoe, Angst, Depression, Appetitmangel, Verstopfung, Dysphagie, Unruhe, Erbrechen, Verwirrtheit, Fieber, Wunden, respiratorische Sekretbildung, Schwäche, Fatigue, Gewichtsverlust.

Weitere Symptome, die genannt wurde, sind:

Ödeme, Durchfall, Rasselatmung, Dehydration, Orale Probleme, Schlafstörungen, Schwindel

(Boockvar, Meier 2006, 2245-2253; Seah, Low, Chan 2005, 210.214; Woo et al. 2011,1824-1841; Lukas 2007, 36-39; Gonzales, Widera 2011, 213-228; Genz et al. 2010 369-375; Olden et al. 2011, 410–418; Hanson et al. 2008, 91-98).

Weitergehend zeigt OLDEN, dass sich die Symptome geriatrische Palliativpatienten von denen jüngerer Patienten unterscheiden (Olden et al. 2011, 410). Überdies wurde eine stärkere Ausprägung der Symptome bei krebserkrankten, geriatrischen Patienten gegenüber nicht krebserkrankten geriatrischen Palliativpatienten festgestellt (Genz et al. 2010, 373).

3.2 Pflegerische Assessmentinstrumente

In der deutschen Pflegepraxis werden die Begriffe Assessment, Pflegeassessment, pflegerische Assessmentinstrumente und Pflegeanamnese teilweise synonym verwendet. Hinzu kommt eine große Schnittmenge mit benachbarten Begrifflichkeiten wie Screening, Messen oder Diagnose (Bartholomeyczik 2007, 212; Reuschenbach 2008, 295). Aus diesem Grund wird in Kapitel 3.2.1 das Verständnis, welches in dieser Arbeit für pflegerischen Assessmentinstrumente verwendet wird, erläutert sowie ihr Nutzen beschrieben. Pflegerische Assessmentinstrumente, sollten bevor sie in der Praxis eingeführt werden, kritisch hinterfragt

werden. Hierzu gehört die Überprüfung des Instrumentes auf Gütekriterien als Qualitätskriterien (Bartholomeyczik 2007, 211). Diese Gütekriterien werden in Kapitel 3.2.2 vorgestellt und werden im späteren Verlauf als Grundlage der Experteninterviews dienen.

3.2.1 Definition und Nutzen

Der Ursprung des Wortes „Assessment“ liegt im Englischen und bedeutet neben der Erhebung, die Bewertung von Daten. Assessmentinstrumente werden als Werkzeug für diese Erfassung verwendet (Bartholomeyczik 2009, 14). In der Pflege gilt das Pflegeassessment in Form der Sammlung und Bewertung von Patientendaten als fester Bestandteil des Pflegeprozesses⁵. Pflegerische Assessmentinstrumente können bei verschiedenen Phasen des Prozesses angewendet werden. Zum Beispiel kann die Anamnese bei der Aufnahme des Patienten, die Veränderungen von Phänomenen im Pflegeverlauf oder die Evaluation eines Pflegeprozesses in Form von Instrumenten unterstützt werden (Reuschenbach 2011a, 35). Pflegerische Assessmentinstrumente helfen der Pflegekraft bei der Erhebung und Bewertung von diesen Informationen. Diese stehen in Form von Beobachtungen, Interviewleitfäden, Fragebögen, Tests oder Skalen zur Verfügung (Reuschenbach 2011a, 28). Der Nutzen wird in der Ableitung von Interventionen aus den erhobenen und interpretierten Daten beschrieben.

REUSCHENBACH unterscheidet zwischen zwei Arten von pflegerischen Assessmentinstrumenten. Zum einen die pflegerelevanten Assessmentinstrumente, die für die Unterstützung Pflegenden in der Praxis entwickelt werden und die pflegewissenschaftlichen Assessmentinstrumenten, die für Erhebungen im Forschungsprozess genutzt werden (Reuschenbach 2011a, 29).

3.2.2 Gütekriterien

In der Literatur werden unterschiedliche Gütekriterien für pflegerische Assessmentinstrumente genannt. Bei der Auswahl relevanter Kriterien für das einzelne Instrument wird auf die Betrachtung seiner Zielsetzung hingewiesen. Somit müsse bei jedem Instrument individuell geprüft werden, welche Gütekriterien für seine Begutachtung relevant sind. Zu unterscheiden sei hierbei, ob es sich um pflegerelevante oder pflegewissenschaftliche Assessmentinstrumente handelt (Reuschenbach 2008, 295). Neben den klassischen testtheoretischen Prüfungen des Assessmentinstrumentes, bekommen praxisbezogenen Aspekte eine immer größere Bedeutung. So kann ein Instrument auf testtheoretische Kriterien überprüft

⁵ „Prozess, der als organisierendes Rahmenwerk für die Praxis der professionellen Pflege dient. Er umfasst alle Schritte, die ein Pflegender bei der Pflege/Versorgung eines Patienten/Klienten ergreift (Anderson et al. 2002,286)“

worden sein und sich dennoch in der Praxis als untauglich erweisen (Reuschenbach 2011c, 57).

REUSCHENBACH unterscheidet zwischen instrumentenbezogenen und anwendungsbezogenen Gütekriterien. Im Folgenden werden die Gütekriterien dieser beiden Betrachtungsweisen beschrieben.

Instrumentenbezogenen Gütekriterien

Als Hauptgütekriterien von Assessmentinstrumenten wird die Reliabilität, Validität und Objektivität beschrieben (Halek 2008, 5).

Die Reliabilität eines Instrumentes bezeichnet seine Zuverlässigkeit und Genauigkeit. Zur Überprüfung dieser gibt es verschiedene Möglichkeiten. Angewendete Beurteilungsverfahren für Assessmentinstrumente sind die Interrater-Reliabilität, die Test-Retest-Reliabilität und die Interne-Konsistenz. Bei der Interrater-Reliabilität wird das Assessmentinstrument durch unterschiedliche Anwender, am selben Patienten, zur selben Zeit angewendet. Im Anschluss wird überprüft wie hoch die Übereinstimmung der unterschiedlichen Erhebungsergebnisse ist. Bei der Test-Retest-Reliabilität wird dasselbe Instrument zeitlich verzögert erneut angewendet. Auch hier werden die Erhebungsergebnisse verglichen. Je mehr sich die Erhebungsergebnisse bei diesen beiden Testverfahren gleichen, desto höher wird die Reliabilität des Instrumentes angesehen. Die Test-Retest-Reliabilität weist in der Pflege jedoch Schwierigkeiten auf, da sich der Zustand der Patienten schnell verändern kann. Die Interne-Konsistenz unterscheidet sich von diesen Verfahren. Sie bringt die einzelnen Items eines Assessmentinstrumentes in Zusammenhang. So soll zum einen geprüft werden, wie ausgewogen die Wertigkeit jedes einzelnen Items ist und ob sich Redundanzen zwischen den einzelnen Items zeigen (Halkek 2008, 5-7; Reuschenbach 2011c, 60-64).

Schwieriger als die Prüfung auf Reliabilität wird die auf Validität beschrieben (Bartholomeyczik 2009, 18). Diese überprüft, ob das Instrument wirklich das erfasst, was es erfassen soll. Mögliche Validitäten sind die Konstruktvalidität, die Kriteriumsvalidität und die Augenscheinvalidität (Reuschenbach 2011c, 64-65). Die Konstruktvalidität überprüft inwieweit die verwendeten Items die Erfassung eines Konstruktes wirklich erfassen. Die Kriteriumsvalidität vergleicht die Erhebungsergebnisse durch ein Assessmentinstrument mit einem bestehendem „Goldstandard“, der dasselbe Ziel verfolgt. Die Augenscheinvalidität ist die subjektive Einschätzung der Anwender. Sie beschreibt, ob das Instrument die Elemente erfasst, die sie erfassen soll. Mit Ausnahme der Augenscheinvalidität werden alle Verfahren der Reliabilität und der Validität mit unterschiedlichen statistischen Verfahren ermittelt (Reuschenbach 2011c, 64-66).

Die Objektivität ist vorhanden, wenn die Ergebnisse der Durchführung und Auswertung eines Assessmentinstrumentes unabhängig von deren Anwendern sind. Dabei kann zwischen der Durchführungsobjektivität, die Auswertungsobjektivität und der Interpretationsobjektivität unterschieden werden (Reuschenbach 2011c, 59-60).

Anwendungsbezogene Gütekriterien

BARTHOLOMEYCZIK betont, dass neben einer testtheoretischen Betrachtung des Assessmentinstrumentes eine inhaltsbezogene Diskussion vor seinem Einsatz geführt werden muss. Diese sollen das Instrument auf Pflegerelevanz, Handlungsleitungen sowie Praxis-tauglichkeit überprüfen (Bartholomeyczik 2007, 211). REUSCHENBACH ergänzt dieser Betrachtung die gesundheitsökonomische Sicht und bezeichnet diese Kriterien als anwendungsbezogenen Gütekriterien (Reuschenbach 2011c, 57). Diese Kriterien werden im Folgenden vorgestellt.

Gütekriterium: Relevanz

Ein Assessmentinstrument wird als relevant bezeichnet, wenn durch seine Durchführung das Ziel, für welches das Instrument eingesetzt wird, erreicht wird. Abgrenzend zum Kriterium *klinische Wirksamkeit* wird hiermit jedoch nicht der Nutzen für den Patienten, sondern der Nutzen für die Pflegekraft beschrieben. Nutzen kann eine Erleichterung der Pflegeplanung, Erstellung von Pflegediagnosen oder einer Ableitung pflegerischen Maßnahmen sein. Die *Relevanz* eines Assessmentinstrumentes wird in einer Abhängigkeit des Pflegesettings, der Prävalenz des Phänomens und der Kompetenz des Anwenders beschrieben (Reuschenbach 2011c, 72).

Gütekriterium: Klinische Wirksamkeit

Die testtheoretische Prüfung eines Instrumentes kann nach REUSCHENBACH keine *klinische Wirksamkeit* beweisen. Deshalb wird empfohlen, den Einfluss den ein Instrumentes auf pflegerische Interventionen ausübt, zu überprüfen. Weitergehend ist die Wirksamkeit dieser abgeleiteten Interventionen zu untersuchen. Eine Reduzierung des Pflegeproblems würde somit auf eine *klinische Wirksamkeit* deuten. Die Wirksamkeit ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Einflussfaktoren sind, wie bei der *Relevanz*, die Kompetenz der Pflegekraft sowie die Umsetzbarkeit von Pflegeinterventionen.

Zur Überprüfung der *klinischen Wirksamkeit* wird empfohlen die pflegerische Versorgung zweier Gruppen zu vergleichen. Eine Gruppe wird auf Grundlage des Assessmentinstrumentes versorgt, eine Kontrollgruppe erhält eine Versorgung ohne dieses Instrument. Anschließend wird überprüft, inwieweit sich die Interventionen, die die Patienten erhalten, unterscheiden (Reuschenbach 2011c, 73).

Gütekriterium: Handhabbarkeit und Praktikabilität

Pflegerische Assessmentinstrumente können allen Gütekriterien entsprechen, jedoch gravierende Schwierigkeiten in ihrer Anwendung aufweisen. Deshalb werden verschiedene Kriterien empfohlen, die auf eine Praktikabilität überprüft werden sollten. Eine Anwendung des Instrumentes sollte ohne umfangreiche Schulung möglich sein. Seine Skalen müssen für den Anwender logisch wirken. Die Maßnahmenableitung von den Ergebnissen der Erhebung sollte den Pflegekräften leicht fallen. Überdies muss der Zeitaufwand, der für eine Erhebung und Auswertung aufgebracht wird, in Ansichten des Anwenders angemessen sein. Als unpraktische Formate haben sich lange und umfangreiche Assessmentinstrumente erwiesen. Eher sollten Formate in Kitteltaschengröße verwendet werden (Halek 2008, 8; Reuschenbach 2011c, 74).

Gütekriterium: Akzeptanz

Eine Assessmentinstrument muss von Pflegekräften akzeptiert werden, damit diese es anwenden. Ausschlaggebend ist, dass das Instrument von den Pflegekräften als relevant eingestuft wird. Ein Instrument, welches keinen ersichtlichen Nutzen zeigt, wird von ihnen vermutlich nicht oder nur vereinzelt angewendet. Faktoren, die für eine *Akzeptanz* stehen, werden in der Anzahl der Durchführungen oder den Mehrwert, den Pflegende durch das Assessmentinstrumenten erleben, beschrieben (Reuschenbach 2011c, 74).

Gütekriterium: Ökonometrische Bewertung

Als ökonometrische Bewertung wird der Kosten- und Nutzeneffekt, der durch den Einsatz eines Assessmentinstrument entsteht, beschrieben. Dieser kann, wie auch schon die *klinische Wirksamkeit*, durch einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe ermittelt werden (Reuschenbach 2011c, 75).

Der Betrachtung von Assessmentinstrumenten basierend auf Gütekriterien ist zu ergänzen, dass der Einsatz von pflegerischen Assessmentinstrumentes den Experten nicht ersetzen können (Bartholomeyczik 2009, 16). Vielmehr wird sein Nutzen als Denkstütze beschrieben und sollte einen Mehrwert gegenüber seiner klinischen Einschätzung ohne Erfassungsinstrument aufweisen (Reuschenbach 2008, 296). Wie mit erhobenen Daten umgegangen wird, hängt von mehreren Faktoren ab. So hilft es nicht, wenn das Instrument angewendet wird, seine Informationen jedoch nicht genutzt werden. Es ist deshalb wichtig, dass das Instrument weitergehende Informationen, die nicht schon an anderer Stelle der Pflegedokumentation erfasst werden, bereitstellt. Hierfür sollte das Instrument als fester Bestandteil der gesamten Pflegedokumentation integriert sein (Bartholomeyczik 2009, 17). Weitergehend ist die Erhebung und Nutzung von Informationen von den Fähigkeiten des Anwenders abhän-

gig (Schrems 2007, 218). Dieser muss wissen, wie er das Instrument fachgerecht anwendet, seine Ergebnisse beurteilt und von diesen gegebenenfalls Interventionen ableitet (Bartholomeyzik 2009, 16).

3.3 Symptomerfassung bei geriatrischen Palliativpatienten

Wie in Kapitel 1 beschrieben, stellt die Symptomerfassung von Palliativpatienten einen Hauptbestandteil ihrer Versorgung dar. In der Literatur werden Empfehlungen für eine adäquate Symptomerfassung gegeben. Diese Empfehlungen werden in Kapitel 3.4.1 dargestellt. Da die Aufmerksamkeit dieser Arbeit auf einer Assessmentinstrument geleiteten Symptomerfassung liegt, werden bestehende Instrumente in Kapitel 3.4.2 vorgestellt.

3.3.1 Empfehlungen zur Symptomerfassung

Die Empfehlungen zur Symptomerfassung von Palliativpatienten wurden aus vier evidenzbasierten Guidelines⁶ herausgearbeitet. Für die Auswahl der Guidelines wurde bei verschiedenen Herausgebern von evidenzbasierte Guidelines recherchiert⁷. Dies ist nötig, da Guidelines von Fachgesellschaften erstellt werden, diese aber nicht zwingend in Fachzeitschriften abgedruckt werden und somit nicht in den Datenbanken zu finden sind (Behrens, Langer 2010, 299). Es wurden nur Guidelines in die Auswertung eingeschlossen die sich an Pflegekräfte richten und die Empfehlungen zur Symptomerfassungen geben. Ausgeschlossen wurden Guidelines die sich nur auf spezifische Erkrankungen oder Patientengruppen bezogen, oder deren Evidenzen nicht klar ersichtlich waren. Insgesamt wurden drei Guidelines identifiziert. Zusätzlich wurde eine zuvor ausgeschlossene Guideline wieder mit in die Auswertung eingeschlossen. Diese Guideline bezieht sich ausschließlich auf palliative Krebspatienten. Weitergehend sind die Evidenzen für ihre Empfehlungen nicht direkt ersichtlich, da die Belege nicht hinter den einzelnen Empfehlungen aufgezeigt werden. Trotz ihrer Limitationen wurde die Guideline in die Auswertung mit aufgenommen. Ausschlaggebend war, dass sich die Guideline schwerpunktmäßig mit der Verwendung von Assessmentinstrumenten zur Symptomerfassung bei Palliativpatienten befasst, dieses Thema ausführliche beleuchtet und Belege zumindest am Ende der einzelnen Kapitel genannt wurden.

Da keine Guideline für geriatrische Palliativpatienten identifiziert wurde sowie die vier verwendeten Guidelines keine speziellen Empfehlungen für diese Patientengruppe beschreiben, werden am Ende diese Unterkapitels durch den Einbezug weiterer Literatur Zusam-

⁶ *“Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances . (Field, Lohr 1990, 38)“*

⁷ Recherchiert wurde auf: awmf.org; leitlinien.de; g-i-n.net; nice.org.uk; sign.ac.uk; guideline.gov

menhänge zwischen den Empfehlungen zur Symptomerfassung und den Eigenschaften von geriatrischen Palliativpatienten hergestellt.

Empfehlungen zur Symptomerfassung von Palliativpatienten

Alle vier Guidelines betonen, dass die Symptomerfassung von Palliativpatienten eine wichtige Rolle in ihrer Versorgung einnimmt. Für ihre Erfassung und Beurteilung werden unterschiedliche Empfehlungen genannt. Allgemein werden systematische Assessmentinstrumente zur Unterstützung des Erfassers in der Symptomerkennung empfohlen (National Consensus Project (NCP) 2009, 28; Institute for clinical Systems Improvement (ICSI) 2011, 29; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2011, 24; Bausenwein et al 2011, 32). Neben Instrumenten, die die bandbreite der Symptome erfassen, sollten weitergehend Instrumente eingesetzt werden, die die einzelnen Symptome in ihrer Qualität und Ausprägung beurteilen (RNAO 2011, 24). Die Erheber sollten auf den Umgang mit dem Instrument sowie ihren Ergebnissen vorbereitet werden (Bausenwein 2011, iii). Alle Berufsgruppen, die bei der Versorgung des Patienten beteiligt sind, sollten in die Symptomerfassung mit einbezogen werden (NCP 2009, 28). Wie oft die Symptome erhoben werden wird in Abhängig von der Art des Instrumentes und seinem Ziel beschrieben. Ist das Ziel des Instrumentes beispielsweise die Veränderungen von Symptomen zu erfassen, sollte dieses mindestens einmal täglich durchgeführt werden. Bei der Auswahl des Assessmentinstrumentes ist darauf zu achten, dass täglich angewendete Instrumente kürzer ausfallen, weniger häufig angewendete Instrumente komplexer (Bausenwein 2011, 10). Für die Auswahl des Instrumentes ist entscheidend, dass es auf Gütekriterien überprüft wurde (ICSI 2011, 19; RNAO 2011, 23). Das Assessmentinstrumente sollte neben physiologische, psychologische Symptome sowie das Wohlbefinden des Patienten erfassen (ICSI 2011, 19; NCP 2009, 28; RNAO 2011, 24). Als physiologische Symptome werden Symptome wie *Schmerz* und *Luftnot* genannt als psychologische *Angst* und *Depressionen* (ICSI 2011, 23). Bei der Auswertung der Symptome sei darauf zu achten, dass die Symptome in Beziehung gesetzt werden, da sie sich gegenseitig beeinflussen können. So kann das psychologische Symptom *Angst*, *Übelkeit* oder *Schmerz* beeinflussen bzw. hervorrufen. Andererseits kann ein nicht behandelter *Schmerz* zu psychologischen Symptomen führen (ICSI 2011, 23; RNAO; 2011 24). Weitergehend ist darauf zu achten, dass kulturelle und soziale Aspekte, sowie Sprachbarrieren, die Symptome bzw. die Äußerungen von Symptomen beeinflussen können (RNAO 2011, 24). Der Erfasser der Symptome muss sich dessen bewusst sein und sollte dies bei der Bewertung der Symptome berücksichtigen. Deshalb sollten bei der Symptomerfassung auch kulturelle und soziale Aspekte in regelmäßigen Abständen erfasst

werden (ICSI 2011, 24). Regelmäßig wird in dieser Empfehlung nicht genauer definiert. Der Patient sollte als Hauptquelle einer Symptomerfassung dienen (Bausenwein et al. 2011, 3). Als Nebenquelle können Angehörige sowie andere Berufsgruppen unterstützen. Diese weisen eine große Bedeutung, in der Symptomerfassung bei Patienten, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes Selbsterfassungsinstrumenten nicht mehr ausfüllen können, auf (RNOA 2011 23). Der Gesundheitszustand sowie der kognitive Status des Patienten beeinflusst die Erhebung von Symptomen, deshalb sollte dieser bei der Auswahl des Instrumentes berücksichtigt werden (Radbruch et al. 2000, 271). Zwar werden Selbsterfassungsinstrumente empfohlen, doch erweisen diese sich bei bestimmten Patientengruppen bzw. Merkmalen von Erkrankungen als ungeeignet (Radbruch et al. 2000, 267; RNOA 2011, 24). Solche Einschränkungen weisen wie oben beschrieben geriatrische Palliativpatienten auf. Zusätzlich unterscheidet sich die Prävalenz und Ausprägung ihrer Symptome von anderen Patientengruppen wie zum Beispiel bei krebserkrankten Palliativpatienten (Genz et al. 2010, 373; Olden 2011, 410). Es ist zu vermuten, dass bei der Auswahl eines Selbsterfassungsinstrumentes Schwierigkeiten in seiner Anwendung auftreten können sowie die inhaltliche Ausrichtung von empfohlenen Instrumenten nicht die Symptome von geriatrischen Palliativpatienten darstellen.

3.3.2 Entwickelte Assessmentinstrumente

Die vier verwendeten Guidelines empfehlen zur Symptomerfassung als Assessmentinstrument die Edmonton Assessment Scale Revised (ESAS-R) (NCP 2009, 26; ICSI 2011, 20; RNAO 2011, 24; Bausenwein et al. 2011,6) (Anhang IV). Dieses Assessmentinstrument weist starke Redundanzen mit dem Instrument der oben beschriebenen geriatrischen Palliativstation auf. Das Assessmentinstrument ist eine Weiterentwicklung der Edmonton Assessment Scale (ESAS). Ihr Entwicklungsprozess sowie ihre Modifizierung soll bei der Betrachtung des vorliegenden Assessmentinstrumente mit einbezogen werden. So wird angenommen, dass auf Grund der starken Redundanzen ähnliche Schwierigkeiten auftreten können. Durch die Beschreibung der Modifizierung der ESAS zur ESAS-R könnte auch das vorliegende Assessmentinstrument profitieren. Zusätzlich werden in Tabelle 1 weitere Assessmentinstrumente zur Symptomerfassung von Palliativpatienten vorgestellt. Diese wurden dem National Consensus Projekt entnommen. In der späteren Betrachtung des vorliegenden Assessmentinstrumentes sollen Ideen aus diesen Instrumenten in Bezug zu bestehenden Schwierigkeiten des vorliegenden Instrumentes herangezogen werden. Durch diese Ideen könne möglicherweise Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Es werden nur die Instrumente aufgezeigt, die sich ausschließlich mit der Symptomerfassung

beschäftigen. Da die Guideline empfiehlt, nur Instrumente zu verwenden, die auf Gütekriterien geprüft worden sind, wird davon ausgegangen, dass die aufgelisteten Assessmentinstrumente auch auf diese überprüft worden sind (NCP 2009, 12).

Die ESAS und ihre Modifizierung

Die ESAS wurde 1991 zur Erfassung der häufigsten Symptome von palliativen Krebspatienten entwickelt. Das Ziel war es, ein quantitatives Instrument zur Selbsterfassung zu entwickeln, das ohne große Belastung für den Patienten anzuwenden ist. Die Skala des ESAS enthält zehn der häufigsten Symptome von Krebspatienten, die auf einer 11-stufigen numerischen Analogskala⁸ erfasst werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit individuelle nicht aufgeführte Symptome einzutragen. Die Skala wurde fast ausschließlich für Krebspatienten angewendet (Nekolaichuk et al. 2008, 111). Da die ESAS in ihre Anwendung Schwierigkeiten aufwies, wurde 2010 die modifizierte Version ESAS-R veröffentlicht (Watanabe et al. 2011, 457). In der neuen Version wird der Erhebungszeitpunkt mit „now“ festgelegt, da dieser Zeitpunkt in der vorherigen Version Unklarheiten aufwies (Watanabe et al. 2011, 457). Weiterhin werden Items, bei denen die Anwender Unverständlichkeit zurückmeldeten, genauer erläutert. Diese sind *Depression*, *Anxiety*, *Tiredness*, und *Well-being*. Das Symptom *Appetit* wurde zu *Lack of Appetit* umbenannt. Die weiteren Symptome der Skala sind *Pain*, *Nausea* und *Shortness of breath* (Watanabe et al. 2011, 458). Das Instrument wird durch weitere Dokumente ergänzt. Somit können die Einstufungen der Symptome auf einem weiteren Bogen in einen Graphen übertragen werden (Anhang V). Dieser Bogen bietet eine Übersicht der Symptome für einen gesamten Monat. Durch ihn soll der Verlauf der Symptome über einen längeren Zeitraum ermöglicht werden. Zusätzlich kann der Patient auf einem weiteren Bogen, mit Hilfe eines abgebildeten Körpers, die Lokalisation seines Schmerzes einzeichnen (Anhang IV). In einer Anleitung für die ESAS-R wird genau beschrieben wann, wer, wie das Instrument anwenden soll (Alberta Health Service 2010, www.palliative.org). So sollte das Assessment einmal täglich, wenn möglich vom Patienten selbst, ausgefüllt werden. Ist dieser aus gesundheitlichen Gründen hierzu nicht fähig, sollte das Instrument durch eine betreuenden Personen ausgefüllt werden. Hierfür werden verschiedene Varianten genannt. So kann die betreuende Person den Patienten nach seinen Symptomen befragen und diese in den ESAS-R eintragen oder subjektiv basierend auf ihrer eigenen Wahrnehmung einschätzen. Welche Möglichkeiten es für eine subjektive Erfassung gibt wird in der Anleitung des Instrumentes genauer erläutert. Für den Fall, dass die

⁸ Eine numerische Analogskala ist eine die Linie die in Zahlenwerte unterteilt ist. Diese weist Extrempunkte an ihren Enden auf. Zwischen diesen Punkten kann eingezeichnet werden, wie sich z.B. ein bestimmtes Symptom ausprägt (Burns, Grove 2009; 346).

Symptome nicht gedeutet werden können, sollte dies in dem Instrument vermerkt werden (Alberta Health Services 2010, www.palliative.org). Es besteht eine deutsche Version der ESAS-R das *Minimale Dokumentationssystem* (MIDOS) (Anhang VI). Dieser wurde der ESAS-R angepasst und auf Reliabilität und Validität, jedoch nicht auf anwendungsbezogene Gütekriterien überprüft. Bei der Überprüfung des Instrumentes wurden lediglich Patienten ausgewählt, deren körperlicher und kognitiver Zustand eine Selbsterfassung zuließ. Weiterhin bestand die Stichprobe ausschließlich aus Patienten, die an Tumorerkrankungen litten (Stiel et al. 2010, 602-603). Die deutsche Version verwendet im Gegensatz zum Original eine vier- bis fünfstufige Likert-Skala⁹. Das *Befinden* ist separat aufgelistet und wird mit sehr schlechtem, schlechtem, mittlerem, gutem und sehr gutem *Befinden* erfragt. Gegenüber dem ESAS-R ergänzt der MIDOS die Symptome *Erbrechen* und *Verstopfung*. Es wird angegeben, dass der MIDOS für keine spezielle Patientengruppe von Palliativpatienten entwickelt wurde, sondern für alle Palliativpatienten anwendbar ist (Stiel 2010, 596). Obgleich bei der Überprüfung von Gütekriterien lediglich die oben genannte Stichprobe überprüft wurde. Der MIDOS wurde an die Standarddokumentation der *Hospiz- und Palliativversorgung – Standarddokumentation* (HOPE) angepasst. HOPE wurde zur Qualitätssicherung in der Palliativversorgung entwickelt und stellt palliativen Einrichtungen verschiedene Erhebungsinstrumente zur Verfügung. (Nauck et al. 2007, 1302-1304).

Die ESAS wurde in unterschiedlichen Studien, auf die instrumentenbezogenen Gütekriterien Reliabilität und Validität, überprüft. NEKOLAICHUK et al. beschreibt in einem Review über die ESAS unterschiedliche Limitationen dieser Prüfungen (Nekolaichuk et al. 2008, 111-122). So wurde in keiner Studie der Patient mit in die Überprüfung einbezogen, wenngleich es sich um ein Selbsterfassungsinstrument handelt. Die Studien wurden fast ausschließlich an Patienten mit Krebsdiagnose durchgeführt, so dass nicht gesagt werden kann, ob die das Instrument für andere palliativen Patientengruppen übertragbar ist (Nekolaichuk et al. 2008, 116). Neben der Kritik an Gütekriterien gibt es auch inhaltliche Kritikpunkte. So wird darauf hingewiesen, dass die Auswahl der Symptome Limitationen aufweisen und die Antworten der Skala nur Auskunft über die Intensität von Symptomen, nicht aber über ihre Qualität geben (RNOA 2011, 24). Weiterhin wird beleuchtet, dass Palliativpatienten neben physikalischen auch viele emotionale Symptome aufweisen, die mit *Anxiety*, *Depression* und *Well-Being* nicht abgedeckt würden (Richardson, Jones 2009, 55). Bei der Anwendung des Instrumentes werden Unklarheiten über die Häufigkeit der Anwendung, die Interpretation der Skalenwerten sowie Probleme beim Einbezug des Patienten ge-

⁹ „Die Likert-Skala besteht aus einer Auflistung von Aussagen, auf der die Untersuchungsteilnehmer angeben können, ob sie „stark zustimmen“ „zustimmen“, „ablehnen“ oder „stark ablehnen“. Manchmal werden auf feinere Unterscheidungen angeboten,... (LoBiondo-Wood 2005, 478)

nannt (Schulman-Green et al. 2010,158). Trotz der Modifizierung wurden Schwierigkeiten in der Anwendung der Items *Well-being* und *Lack of Appetit* festgestellt (Watanabe et al. 2011, 463) Aufgrund dieser Limitationen wird der Einsatz von ergänzenden Instrumenten empfohlen (RNOA 2011, 24).

Neben dem ESAS-R gibt es weitere Instrumente, die zur Symptomerfassung von Palliativpatienten eingesetzt werden. Diese werden in der folgenden Tabelle 1 in ihren Grundsätzen vorgestellt.

Instrument	Aufbau und Inhalt	Kommentar
Palliative care Outcome Scale (POS) (Anhang VII)	Selbst- und Fremdeinschätzungversionen; Erhebungszeitraum: alle drei Tage; Skalenniveau: Null bis vier sowie eine Freitextantwort. Zehn Fragen zu physiologischen, spirituellen, emotionalen und psychologischen Problemen. Symptome (ausgenommen Schmerz) werden in einer Frage zusammen erfasst und nicht im Einzelnen erfasst.	In der Deutscherversion als Selbsteinschätzung- wie als Fremdeinschätzungsinstrument erhältlich. Bestandteil des HOPE-Dokumentationssystem (Bausewein et al. 2005, 51-62). Auch in einer Kurzversion dem POS-S erhältlich.
Distress-Thermometers	Selbsterfassungsinstrument; Erfassungszeitraum: einmal wöchentlich; Skalenniveau: Befinden null bis zehn; Probleme und Symptome: Ja/Nein-Skala. Patient kann am Anfang des Assessmentbogens auf einem Thermometer ankreuzen wie belastet er in der letzten Woche war. Es werden 20 Körperliche Symptome, sowie emotionale, spirituelle, familiäre und praktische Probleme erfragt.	Skala in deutscher Version erhältlich (Anhang VIII) (Mehnert et al. 2006 213-223,)
Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)	Selbsterfassungsinstrument; Erfassungszeitraum: einmal wöchentlich; Skalenniveau: Zunächst Einstufung auf Ja/Nein, bei ja, erneute Unterteilung auf Häufigkeit, Schwere und Stärke der Belästigung die auf einer Skala von eins bis vier bzw. null bis vier abgefragt wird. 32 physiologische und psychologische Symptome werden erfragt, drei freie Felder für weitere Symptome sind möglich.	Es gibt eine Kurzversion des Assessmentinstrumentes, welche nur die Symptome in ihrer Belastung, nicht aber in Schwere und Häufigkeit abfragt. Es gibt eine Anleitung zu dem Assessment, in der auch beschrieben wird, wie der einzelne Punktwert zu verstehen ist. Nur für Patienten mit intakter kognitiver und körperlicher Fähigkeiten geeignet (Anhang IX) (Chang et al. 2000, 1162-1171)

Tabelle1:Assessmentinstrumente zur Symptomerfassung bei Palliativpatienten.(Bausewein et al. 2011, 8)

4 Experteninterviews mit geriatrischen Palliativkräften

Zur Betrachtung des in Kapitel 2 dargestellten Assessmentinstrumentes wurden Experteninterviews mit Anwendern des Instrumentes geführt. Die Vorstellung der Methodik von Experteninterviews, ihrer Auswertung sowie den resultierenden Ergebnissen sind Bestandteil dieses Kapitels. So werden im ersten Teil des Kapitels die Datenerhebung sowie ihre Analyse erläutert und im zweiten Teil die Inhalte der Interviews dargestellt.

4.1 Datenerhebung und Analyse

4.1.1 Ethische Aspekte

Die Teilnahme an Erhebungen und Forschungen hat immer eine Auswirkung für die Betroffenen (Gläser, Laudel 2010, 48). Aus diesem Grund sind Studienteilnehmer, im Falle dieser Arbeit die Interviewten, zu schützen. Ihnen darf keinen Schaden durch die Teilnahme an einem Interview zugefügt werden (Gläser, Laudel 2010, 145). Demgemäß wurden in dieser Arbeit ethische Aspekte berücksichtigt, die folglich erläutert werden. Die ethischen Überlegungen zu dieser Arbeit erfolgten auf der Grundlage des Entwurfs des Ethikkodex der deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Schnell 2007, 113-118).

Die Gesprächspartner wurden um eine freiwillige Teilnahme an den Interviews gebeten. Sie wurden sowohl mündlich wie auch schriftlich darüber informiert, dass jederzeit eine Verweigerung von Antworten auf die gestellten Fragen bestehe und eine abgeschlossene Einverständniserklärung zum Interview von ihnen widerrufen werden kann (siehe Anhang XI). Das Ziel der Arbeit, sowie die Rolle des Interviews in diesem Zusammenhang wurde dem Interviewten vor Beginn des Interviews erläutert. Außer der Berufsbezeichnung werden in der vorliegenden Arbeit keine weiteren personenbezogenen Angaben erhoben. Informationen, die im Zusammenhang mit weiteren Interviewinhalten eine Identifizierung von Personen ermöglichen würden, wurden im Transkript unkenntlich gemacht. Audiodaten, sowie personenbezogene Daten wurden mit Einreichen der Bachelorarbeit vernichtet. Zur Wahrung der Anonymität wird das Transkript des Interviews, sowie ein Categoriesystem mit Interviewinhalten, in anonymisierter Form lediglich den Prüfenden zur Verfügung gestellt. Wörtliche Zitate aus dem Interview wurden nur mit Einwilligung des Interviewten in der Bachelor-Arbeit verwendet. In der Ergebnisdarstellung wird auf direkt Zitate verzichtet, da dies möglicherweise bei einer Stichprobengröße von drei Personen Rückschlüsse zuließe. Um unberechtigten Zugriff auf die Daten zu verhindern, wurden alle elektronischen Dokumente bis zu deren Vernichtung mit einem Passwort geschützt. Die Tonbandaufnahmen befanden sich bis zu deren Vernichtung unter Verschluss. Neben den Interviewten wurde die

Mitarbeitervertretung, die Pflegedienstleitung, die Stationsleitung sowie der Oberarzt der Station über die Interviews und die Arbeit informiert.

4.1.2 Leitfadengestützte Experteninterviews

Der Begriff „Experte“ wird in der Literatur unterschiedlich definiert. GLÄSER und LAUDEL bezeichnen Experten als Menschen, die in einem bestimmten Handlungsbereich über spezifisches Wissen verfügen (Gläser, Laudel 2010, 11-13). MEUSER und NAGEL grenzen das Expertenwissen sowie -handeln weiter ein und charakterisieren es als Wissen das sich vom Alltagswissen und -handeln differenziert (Meuser, Nagel 2009, 37). Nach MEUSER und NAGEL wird der Expertenstatus gewissermaßen immer von dem Erheber festgelegt, der seine Auswahl unter Berücksichtigung auf seiner spezifischen Fragestellung auswählt. Der Fokus von Experteninterviews liegt auf dem Inhalt, weniger auf Charaktereigenschaften der Person oder ihrer Biographie (Meuser, Nagel 1991, 443-444). Die Experteninterviews dienen als Methode, um an diese Inhalte zu gelangen, die Experten stellen hierbei die Quelle dar (Gläser, Laudel 2010, 12).

Unter Berücksichtigung der Forschungsfrage dieser Arbeit war das Ziel der Interviews, Expertenwissen zur Anwendung eines pflegerischen Assessmentinstrumentes zur Symptomerfassung zu identifiziert. Bei der Auswahl der Experten war es deshalb von Bedeutung, dass diese im pflegerischen Setting arbeiten, vertraut mit der Anwendung des zu untersuchenden Instrumentes sind und mit diesem in ihrer täglichen Arbeitsroutine konfrontiert werden. Die Experteninterviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Dies ist eine gängige Methode, um Experteninterviews durchzuführen, die in der Gesundheits- und Pflegeforschung vermehrt Anwendung findet (Flick 2002, 206). Experteninterviews werden für Erhebungen empfohlen, in denen durch die Interviews spezifische Informationen zu unterschiedlichen Themen erhoben werden sollen (Siering et al. 2002, 290). GLÄSER und LAUDEL ordnen diese Methode den nichtstandardisierte Interviews zu (Gläser, Laudel 2010, 42). Nach den Autoren sind nichtstandardisierte Interviews, Interviews die weder in ihren Fragen noch in ihren Antwortmöglichkeiten standardisiert sind. Standardisiert wird hier als vorherige Festlegungen von Reihenfolge sowie Inhalten von Fragen und Antworten verstanden. Als Orientierung dient in nichtstandardisierten Interviews das Forschungsziel (Gläser, Laudel, 143). Bei der speziellen Methode der Leitfadeninterviews sollen anhand eines Leitfadens vorformulierten Fragen erarbeitet werden. Die vorformulierten Fragen sind hierbei weder in ihrer Formulierung noch in ihrer Reihenfolge verbindlich. Die Reihenfolge orientiert sich vielmehr am Gesprächsverlauf. Reißt ein Interviewter zuvor ein Thema an, welches im späteren Verlauf erfragt werden soll, wird dieses Thema zunächst aufgegriffen,

um den Gesprächsverlauf so natürlich wie möglich wirken zu lassen. Es besteht die Möglichkeit, Fragen auszulassen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Interviewte ein Thema selbst eingeleitet hat und dieses ausreichend beantwortet (Gläser, Laudel 2010, 42). Nichtstandardisierte Leitfadenterviews sind somit offen in ihren Fragestellungen sowie ihren Antworten. Als Abgrenzung von nichtstandardisierten Interviews werden halbstandardisierte und standardisierte Interviews genannt. Bei der Durchführung von standardisierten Interviews können weder Formulierung, noch Reihenfolge der Fragen verändert werden. Der Interviewte hat bei dieser Methode ausschließlich die Möglichkeit, aus geschlossenen Antworten¹⁰ auszuwählen. Halbstandardisierte Interviews haben nach den Autoren einen standardisierten Fragenbogen, um sicher zu stellen, dass der Interviewer alle Daten erfragt. Der Befragte kann die Fragen aber offen beantworten (Gläser, Laudel 2010 41-42). Es ist anzumerken dass leitfadengestützte Interviews in der Literatur unterschiedliche zugeordnet werden. So ordnen HOLLOWAY und WHEELER diese Methode beispielsweise den halbstandardisierten Interviews zu (Holloway, Wheeler 1997, 68).

Die Erstellung des Interviewleitfadens sowie seine Anwendung werden im nachfolgenden Unterkapitel dargestellt.

4.1.3 Der Interviewleitfaden und die Durchführung der Interviews

Der Interviewleitfaden wurde nach Empfehlungen von GLÄSER und LAUDEL erstellt (Gläser, Laudel 2010, 142-153). Die Entwicklung des Leitfadens, sowie berücksichtigte Aspekte in der Entwicklung werden in diesem Unterkapitel dargestellt. Weiterhin wird die Durchführung der Interviews am Ende des Unterkapitels erläutert.

Ein Interviewleitfaden wird als Erhebungsinstrument der empirischen Forschung verstanden (Gläser, Laudel 2010, 142). Er soll dem Interviewer als Stütze und Orientierungshilfe im Gesprächsverlauf dienen. Dem Interviewer wird es so ermöglicht, nach den Informationen zu fragen, von denen er in Vorüberlegungen festgelegt hat, dass er sie zur Beantwortung seiner Fragestellung braucht (Gläser, Laudel, 2010, 142). Die Vorüberlegungen kann der Interviewer unter ausreichend Zeit führen. Im Interview wird von ihm erwartet, spontan auf den Gesprächsverlauf zu reagieren. Auf Grund der Vorüberlegungen kann er trotz des spontanen Verlaufs auf diese Orientierungshilfe zurück greifen (Gläser, Laudel, 2010, 121). Dies bietet ihm die Möglichkeit, sein Forschungsziel zu verfolgen und verringert die Gefahr subjektiven Hypothesen zu verfallen (Gläser, Laudel 2010,143). Der Interviewleitfaden sollte jedoch nicht direkt von der Forschungsfrage abgeleitet werden. Vielmehr muss vor der Entwicklung eines Interviewleitfadens eine Literaturrecherche zum aktuellen Stand der For-

¹⁰ Geschlossen Antworten werden hier als vorformulierte Antwortmöglichkeiten verstanden.

schung vorausgehen. Hierdurch sollen Einflussfaktoren und Wirkungsmechanismen, die für das Forschungsziel relevant sind, gewonnen werden. Diese gilt es dann auf sein zu untersuchendes Problem zu beziehen. So kann er die Fragen seines Leitfadens gezielt auf diese Einflussfaktoren und Wirkungsmechanismen ausrichten, sowie sein zu behandelndes Problem strukturieren (Gläser, Laudel 2010, 143). In Kapitel 3 wurden die Ergebnisse dieser Literaturrecherche dargestellt. Die Erstellung des Leitfadens orientierte sich an diesen Ergebnissen. So werden im Leitfaden zum einen nach Gütekriterien, Aspekte der Symptomerfassung und der spezifischen Patientengruppe erfragt (Anhang X). Teilweise vermischen sich die Themenbereiche. So ist eine Leitfrage des Gütekriteriums *Relevanz* „*Wie relevant sind die einzelnen erfassten Symptome? (Anhang X)*“. Diese Informationen sind aber auch für die Überprüfung der Empfehlungen der Guidelines von Bedeutung.

Die Reihenfolge der Fragen sollte so abgestimmt sein, dass inhaltliche Themenkomplexe logisch aufeinander aufbauen (Gläser, Laudel 2010, 146). Jedoch kann diese wie im vorherigen Kapitel beschrieben, der Spontaneität des Gesprächsverlauf angepasst werden. Auch im vorliegenden Leitfaden bauen die Themenkomplexe aufeinander auf. So wird beispielsweise erst nach dem Ziel der Entwicklung des Instrumentes gefragt, bevor erfragt wird inwieweit angenommen wird, dass das Entwicklungsziel erreicht wird.

Die Anzahl der Fragen sollte der Zeitressource des Gesprächspartners angepasst werden. Als Richtwert werden für eine Stunde Interview, acht bis 15 Fragen genannt. Wobei die Anzahl der Fragen in Abhängigkeit mit der Offenheit der Fragen gestellt wird (Gläser, Laudel 2010, 144). Da die befragten Experten maximal eine halbe Stunde für die Interviews zur Verfügung stellen konnten, wurde der Leitfaden auf acht Einstiegsfragen reduziert.

In ihrer Formulierung sollten die Fragen leicht verständlich sein und der Sprache des Gesprächspartners angepasst werden (Gläser, Laudel 2010, 142). Für das Assessmentinstrument wird deshalb im vorliegen Leitfaden das für die für die Station übliche Bezeichnung „Assessmentbogen“ benutzt. Da der Interviewer der Station bekannt ist und die Gesprächspartner für gewöhnliche duzt, wurde dies auch auf den Leitfragen übertragen.

Weitergehend wird empfohlen, jedem Themenkomplex eine offene Einstiegsfrage über zu ordnen, die durch gezielte Leitfragen ergänzt wird. Die Leitfragen sollten dann zum Einsatz kommen, wenn relevante Themen durch die Einstiegsfrage nicht erfasst wurden (Gläser, Laudel 2010, 128). Im Leitfaden wurde somit jedem Themenkomplex eine Einstiegsfrage zugeschrieben und diese durch Leitfragen ergänzt. So wird zum Beispiel die Frage nach *Akzeptanz* mit der Frage „*In wie weit wird der Assessmentbogen angenommen? (Anhang X)*“ gestellt. Als eine Leitfrage dient hier die Frage nach der Häufigkeit der Anwendung des Instrumentes, die wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben, als ein Merkmal der *Akzeptanz* gesehen

werden kann. Zu Beginn des Interviewleitfadens wird empfohlen Aspekten aufzunehmen, die vor dem eigentlichen Interview gesagt werden (Gläser, Laudel 2010, 144). Diese Aspekte wurden in dem Unterkapitel 4.1.1 genauer erläutert. Im Leitfaden sind sie unter „Vorbemerkungen“ zu finden. Inhaltlich beziehen sie sich auf die Erläuterung der Bachelor-Arbeit und der Rolle des Interviewten, sowie dem Datenschutz. Um das eigentliche Interview einzuleiten, wird eine „Aufwärmfrage“ empfohlen. Der Inhalt dieser Frage wird als zweitrangig beschrieben, ferner ist das Ziel eine geeignete Atmosphäre als Ausgangslage des Interviews zu schaffen (Gläser, Laudel 2010, 147-148). Als „Anwärmfrage“ wurden die Experten der geriatrischen Palliativstation gebeten, das Assessmentinstrument in seinem Aufbau und in seiner Anwendung zu beschreiben. Da die Interviewten täglich mit dem Instrument konfrontiert sind, wurde davon ausgegangen, dass ihnen die Beantwortung dieser Frage leicht fällt und einen guten Einstieg in das Gespräch ermöglicht. Neben einer „Anwärmfrage“ sollte zum Abschluss des Interviews eine „Abschlussfrage“ formuliert werden. Die Funktion dieser Frage ist es dem Interviewten ein angenehmes Gefühl zum Abschluss des Interviews zu geben. Als nützliche Abschlussfrage hat sich die Nachfrage nach Aspekten, die der Interviewte im Gespräch nicht nennen konnte, gezeigt (Gläser, Laudel 2010, 148). Der Interviewleitfaden verfolgt diese Empfehlung mit der Abschlussfrage: *„Gibt es noch Aspekte, die im Bezug auf den Assessmentbogen nicht genannt wurden? (Anhang X)“*.

Durchführung der Interviews

In Absprache mit der Stationsleitung der geriatrischen Palliativstation wurde ein geeigneter Zeitpunkt für die Interviews mit Pflegekräften der Station gesucht. Es wurde beschlossen, die Interviews am Dienstende nach der Dienstübergabe zu führen. Ursprünglich war geplant zwei Interviews zu führen. Nach zwei Interviews stellte sich jedoch heraus, dass Relevante Informationen zum Entstehungsprozess fehlten. Somit wurde ein drittes Interview angefügt. Bei der Auswahl des dritten Experten wurde insbesondere berücksichtigt, dass der Experte über ausreichend Informationen zum Entstehungsprozess verfügt. Die Darstellung des Entstehungsprozesses wurde zur Beantwortung der Fragestellung als Wichtig angesehen, da hierdurch überprüft werden sollte inwieweit Gütekriterien bei der Erstellung sowie Einführung des Instrumentes beachtet wurden. Das Interview wurde in einem Raum, der den Angehörigen der Palliativpatienten zur Verfügung steht, geführt. Dieser Raum bot das geringste Potenzial für Störungen. Bevor die Tonbandaufnahme gestartet wurde, wurden die Experten über Ziel und Datenschutz aufgeklärt. Zwei der Interviews fanden ohne Unterbrechungen statt. Das dritte Interview wurde zweimal unterbrochen. Die Interviews dauerten zwischen neun und 16 Minuten.

4.1.4 Auswertung der Interviews

Nach dem die Interviews geführt waren, wurden die Tonbandaufzeichnungen zur Datenauswertung transkribiert¹¹ (Anhang X). Die Transkription erfolgte mit dem Programm „F4“. Für die spätere Nachvollziehbarkeit wurde das Transkript mit Zeilen- sowie Zeitangaben versehen. Für die Transkription gibt es bisher keine einheitlichen Regeln (Gläser, Laudel 2010, 193). Deshalb werden folglich die für diese Arbeit verwendeten Regeln erläutert. Die Technik, wie gesprochene Sprache in eine schriftliche Form gebracht wird, hängt davon ab, welches Ziel das Interview hat. Wenn nicht nur der Inhalt wichtig ist, sondern auch wie etwas gesagt wurde, müssen Sprachfärbungen sowie paraverbale Äußerungen¹² aufgenommen werden (Gläser, Laudel 2010, 193). Da für die vorliegende Arbeit das Expertenwissen der Interviewpartner von Bedeutung ist, wurden sprachliche Besonderheiten weitestgehend unberücksichtigt gelassen. So wurde wörtlich anstatt lautsprachlich transkribiert. Die Sprache wurde für eine bessere Lesbarkeit geglättet. Dies bedeutet, dass vorhandene Dialekte nicht transkribiert sowie grammatische Fehler behoben wurden. Aus *„Ne in der Regel nicht, also bei den meisten, weil sie ja auch nicht antworten können, oft.“* wurde somit *„Nein in der Regel nicht, also bei den meisten, weil sie oft ja auch nicht mehr antworten können, ... (Anhang XII; B1, Zeile 41-43)“*¹³ geglättet.

Deutlich längere Pausen wurden mit (--) gekennzeichnet. Paraverbale Äußerungen sowie Einwürfe der jeweils anderen Person wurden nur transkribiert, wenn sie den Redefluss der jeweils anderen Person unterbrachen. Diese Äußerungen sowie Einwürfe der jeweils anderen Person sind in den vorliegenden Transkripten in eckigen Klammern gekennzeichnet. Betonungen wurden durch Unterstreichung kenntlich gemacht. Jeder Sprechwechsel wurde mit einem Absatz gekennzeichnet. Im nächsten Schritt, wurden die Transkripte zur Wahrung des Datenschutzes anonymisiert. Hierbei ist darauf zu achten, dass Identifizierungen von Personen weder durch direkte Angaben noch durch indirekte Angaben möglich ist (Gläser, Laudel 2010, 280). So wurden neben der direkten Anonymisierung von Namen, Angaben zu Jahreszahlen sowie genaue Berufsposition unkenntlich gemacht. Nonverbale Aspekte wurden dann erfasst wenn Sie von Bedeutung waren und sind in eckigen Klammern gekennzeichnet. Unterbrechungen wurden im Transkript vermerkt. Zum Zweck der Anonymisierung wurden alle drei Interviews kodiert.

¹¹ „Datenmaterial zu transkribieren bedeutet, es von einer auditiven in eine schriftliche Form überzuführen (Hussy 2010, 263)“

¹² Paraverbale Äußerungen sind Laute oder Lautfolgen die nicht als Wörter gedeutet werden können. Z.B. „hm“ oder „äh“ (Mergenthal 1992, 2).

¹³ Der Anhang XII steht aus Datenschutzgründen nur den Prüfenden zur Verfügung.

Im nächsten Schritt wurden die Interviews in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode um Interviews auszuwerten, indem sie ihnen systematisch Informationen entnimmt (Mayring 2002, 114). Mayring unterteilt seine Technik in sieben unterschiedliche Analyseformen (Mayring 2010, 66). Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der „inhaltlichen Strukturierung“.

„Ziel inhaltlicher Strukturierungen ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen (Mayring 2010, 98)“

Durch theoriegeleitete Kategorien wird entschieden, welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen. Theoriegeleitet bedeutet, dass die Kategorien an die Forschungsfrage angepasst werden. Somit bietet die inhaltliche Strukturierung die Möglichkeit, die Interviews nach relevanten Themen zu extrahieren und diese zusammenzufassen (Mayring 2010, 98). Dies scheint für die Beantwortung der Fragestellung sinnvoll zu sein. Da durch diese Methode bestimmte Inhalte, in diesem Fall die Gütekriterien sowie Aspekte der Anwendung, gezielt aus dem Material herausgefiltert werden können. Zur Bildung der Kategorien werden Regeln beschrieben. So sollte jede Kategorie genau definiert werden, durch Kodierregeln von anderen Kategorien abzugrenzen sein und über „Ankerbeispiele“ als Beispiel verfügen (Mayring 2010, 92). Dies wurde auch für die Kategorien der vorliegenden Arbeit durchgeführt (siehe Anhang XIII). Die Kategorien wurden auf derselben Grundlage wie der zuvor erstellte Interviewleitfaden entwickelt. Dies ist die in Kapitel 3 analysierte Literatur. Es wurden drei Hauptkategorien mit Unterkategorien gebildet (Siehe Tabelle 2)

Hauptkategorie	Unterkategorie
K1 Anwendung des Assessmentinstrumentes	K1.1 Positive Aspekte
	K1.2 Schwierigkeiten
	K1.3 Verbesserungsvorschläge
K2 Gütekriterien zu Assessmentinstrumente	K2.1 Erstellung und Implementierung des Assessmentinstrumentes
	K2.2 Relevanz
	K2.3 Klinische Wirksamkeit
	K2.4 Handhabbarkeit
	K2.5 Akzeptanz
	K2.6 Ökonomische Bewertung
K3 Symptom-erfassung von (geriatrisch) palliativen Patienten	K3.1 Bandbreite der Symptome, sowie Erfassung von Einflussfaktoren
	K3.2 Häufigkeit der Anwendung (Regelmäßige Erhebung)
	K3.3 Vorbereitung auf das Assessmentinstrument
	K3.4 Erhebungsart und Anpassung an das Klientel
	K3.5 Interdisziplinäre Symptomerfassung

Tabelle 2: Kategoriensystem zur Auswertung der Interviews (K steht für Kategorie)

Die Kategorien wurden deduktiv¹⁴ gebildet. Im Anschluss wurden die Transkripte durchlaufen und die einzelnen Textstellen unterschiedlichen Kategorien zugeordnet. Nachdem die Textstellen den Kategorien zugeordnet waren, wurden sie extrahiert und unter der Überschrift der jeweiligen Kategorie zusammengefasst (Anhang XIV)¹⁵. Es ist anzumerken, dass entgegen Mayrings Methode die gleiche Textstelle mehreren Hauptkategorien zugeordnet werden konnten. Jedoch konnte jede Textstelle nur einer Unterkategorie pro Hauptkategorie zugeordnet werden. Dies hat den Zweck, dass jede Hauptkategorie in der Ergebnisdarstellung sowie der anschließenden Diskussion in ihrer ganzen Breite beurteilt werden kann. Somit wurde die Textstelle „*mir hilft er wenn ich lange nicht da war (I:Ja). Ich sehe auf einen Blick was das Problem ist (Anhang XII, B1, Zeile 229- 230)*“, sowohl der Kategorie K1.1 *Positive Aspekte* sowie der Kategorie 2.2 *Relevanz* zugeordnet.

Aus diesem Grund wurden die Kodierregeln nur für die Unterkategorien, nicht aber für die Hauptkategorien gebildet. Die Kodierregeln wurden, wie Mayring beschreibt, lediglich für die Kategorien formuliert, für die es Abgrenzungsprobleme zu anderen Kategorien gab (Mayring 2010, 92). Dies sind beispielsweise Kategorie 2.2 *Relevanz* und der Kategorie 2.3 *klinische Wirksamkeit*. Beide Gütekriterien beziehen sich auf den Nutzen des Assessmentinstrumentes. Die *Relevanz* beschreibt jedoch den Nutzen, den die Pflegekraft durch das Assessmentinstrument erfährt und grenzt sich somit zum *klinischen Nutzen* ab. Dieser beschreibt den Nutzen, der für den Patienten entsteht. Anzumerken ist, dass auf eine Paraphrasierung und einen Probedurchlauf verzichtet wurde. Mayring möchte mit dem Probedurchlauf testen, ob die vordefinierten Kategorien für die Arbeit sinnvoll sind (Mayring 2010, 92-93). Da in dieser Arbeit nach vorher definierten Informationen gesucht wurde, konnte auf diesen Probedurchlauf verzichtet werden. Durch die Paraphrasen sollen die Interviews auf die wichtigsten Informationen reduziert werden um Aussagen zu generalisieren. Eine Generalisierung scheint für diese Arbeit jedoch nicht für sinnvoll, da die Interpretation der Ergebnisse auf den vollständigen Aussagen erfolgt.

4.2 Ergebnisse der Experteninterviews

Wie oben beschrieben wurden für die Auswertung, die Interviewinhalte drei Hauptkategorien und unterschiedlichen Unterkategorien zugeordnet (Anhang XIV). In diesem Kapitel werden die Aussagen der Experten zu den unterschiedlichen Unterkategorien zusammengefasst dargestellt.

¹⁴ Deduktiv bedeutet, dass die Kategorien vorab aus dem Forschungsstand abgeleitet werden und nicht aus dem Material bestimmt wurden (induktiv) (Mayring 2010, 83).

¹⁵ Das Kategoriesystem mit eingefügten Interviewinhalten, steht zur Wahrung der Anonymität nur den Prüfern zur Verfügung.

4.2.1 Aussagen zur Anwendung des Assessmentinstrumentes

Kategorie 1.1: Positive Aspekte

Die Kategorie *Positive Aspekte* drückt aus, in wieweit und wodurch die Experten einen Vorteil in der Anwendung des Assessmentinstrumentes sehen. Diese Aspekte sind auch Kennzeichen der beiden Gütekriterien *Relevanz* und *klinischer Nutzen*. Die Aspekte werden unter 4.2.2 genannt. Die genaue Erläuterung erfolgt unter den jeweiligen Gütekriterien.

Die Experten äußerten folgende Vorteile in der Anwendung des Assessmentinstrumentes:

- Das Instrument gäbe einen Überblick über den Verlauf von Symptomen.
- Es ermögliche die Kontrolle über die Auswirkung der Therapie auf die einzelnen Symptome.
- Diene als Orientierungshilfe bei der Übernahme eines Patienten, da die Symptome auf einen Blick erkenntlich seien und nicht der gesamte Pflegebericht¹⁶ gelesen werden müsse.
- Diene als Denkstütze in der Übergabe¹⁷.
- Unterstützte bei der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Zum einen als Argumentationsinstrument in Therapiebesprechungen, zum anderen bei Visiten.
- Sensibilisiere Pflegekräfte bei pflegerischen Tätigkeiten am Patienten.

Kategorie 1.2 Schwierigkeiten

In dieser Kategorie werden die genannten Schwierigkeiten in der Anwendung des Instrumentes aufgezeigt.

Die Anwender nannten vorwiegend Schwierigkeiten in der *Handhabbarkeit* des Assessmentinstrumentes. So wurden Aussagen zur Schwierigkeiten in der Anwendung von Skalen, dem Verständnis einzelner Symptome und dem Format des Instrumentes genannt.

Da die *Handhabbarkeit* ein Gütekriterium ist, werden diese Aspekte unter dem Punkt der *Handhabbarkeit* genauer erläutert.

Neben der *Handhabbarkeit*, wurden Unstimmigkeiten zwischen Pflegekräften und Ärzten der Station, im Bezug auf das Assessmentinstrument genannt. So würden die Ärzte ein zusätzliches Assessmentinstrument zur Symptomerkennung ausfüllen. Allerdings erhebe dieses 20 Symptome und wäre nicht für die tägliche Erfassung gedacht. Das Assessmentinstrument der Ärzte stufe in einer Skala von null bis drei ein. Es sei der Wunsch geäußert worden die Skalen aneinander anzupassen, um die erfassten Symptome für wissenschaftliche Zwecke vergleichbar zu machen. Die Experten betonten, dass sie ihre Skala jedoch für

¹⁶ „...der Pflegebericht [ist] eine Dokumentation über die Entwicklung des Bewohnerzustandes, seiner Probleme, seiner Ressourcen, seiner Befindlichkeit und Zufriedenheit ... (Löser 2008,18)“

¹⁷ „Informationsgespräch aller oder zuständiger Stationsmitglieder während eines Schichtwechsels (De Gruyter, 2007, 753)“

ihre pflegerische Praxis gebrauchen und eine Skala von null bis drei für diesen Zweck ungeeignet wäre. Des Weiteren sei eine regelmäßige Erfassung in jeder Arbeitsschicht nötig, um von den oben genannten positiven Aspekten zu profitieren.

Kategorie 1.3 Verbesserungsvorschläge

Als Verbesserungsvorschläge wurden überwiegend Veränderungen am Format des Instrumentes genannt. Vorgeschlagen wurde, den DIN-A3-Bogen kleiner zu gestalten. Ferner solle das Knickformat verändert werden, damit der Patientennamen direkt ersichtlich sei.

Weiterhin wurden Veränderungsvorschläge zur Spannweite der Skala und der Erweiterung des Symptoms *Fatigue*¹⁸ genannt. Veränderungen an Skalen und Items werden jedoch nicht einheitlich gesehen, da die Experte diese Aspekte unterschiedlich wahrnehmen.

Ein offizieller Druck des Assessmentinstrumentes wurde als weiterer Vorschlag genannt. So würde das Instrument momentan selbst kopiert. Durch einen offiziellen Druck erhoffe man sich Akzeptanzsteigerung des Assessmentbogens.

4.2.2 Aussagen zu Gütekriterien des Assessmentinstrumentes

Wie in Kapitel 3 beschrieben wird empfohlen, Assessmentinstrumente vor ihrer Anwendung auf unterschiedliche Gütekriterien zu Überprüfen. In dem vorliegenden Interview wurden Aspekte der anwendungsbezogenen Gütekriterien erfragt. Da das Instrument in der vorliegenden Arbeit nicht auf instrumentenbezogene Gütekriterien überprüft wurde, wurde untersucht, ob bei der Erstellung sowie bei dem Implementierungsprozess des Instrumentes instrumentenbezogene Gütekriterien berücksichtigt wurden. Dies soll durch die Kategorie 2.1 *Erstellung und Implementierung des Assessmentinstrumentes* dargestellt werden.

Kategorie 2.1: Erstellung und Implementierung des Assessmentinstrumentes

Die Aussagen zu der Auswahl der einzelnen Symptome für das Assessmentinstrument unterscheiden sich. So wurde angegeben, dass das Team diese nach einer Schulung zur Palliativpflege gesammelt habe, die Symptome einer Arbeit über Symptome palliativer Patienten entnommen wurde oder der Bogen eine Erweiterung eines bestehenden Assessmentinstrumentes zur Symptomerfassung von Palliativpatienten ist. Weitergehend habe sich das Team der Palliativpflegekräfte über die Art und Weise der Dokumentation von Symptomen sowie seiner Skalierung beraten. Alle Pflegekräfte und Ärzte der Station wären über die Anwendung und Bedeutung des Bogens aufgeklärt worden. Anschließend hätte es eine Einführung des Instrumentes gegeben. Der Einführungsprozess wäre schnell ausgefallen.

¹⁸ „*Fatigue bei Krebskranken ist ein anhaltendes, subjektives Gefühl von Müdigkeit im Zusammenhang mit Krebs oder einer Krebsbehandlung, welches mit dem üblichen Funktionieren interferiert* (Glaus 2007,407).

Das Instrument sei zunächst Probeweise eingeführt worden. Da sich dieser Probelauf bewährt hätten, sei es in der damaligen Form bis heute beibehalten worden. Die Experten beschrieben Diskussionen des Instrumentes in Stationssitzungen über die Skala sowie das Verständnis der Items des Instrumentes.

Kategorie 2.2: Relevanz

Unterschiedliche Aussagen der Experten können auf eine *Relevanz* zurückgeführt werden und werden folglich dargestellt.

Die Experten gaben an, durch das Instrument die Möglichkeit zu haben, den Verlauf von Symptomen ihrer Patienten zu verfolgen. Dies sei auch zur Bewertung von Therapiemaßnahmen von Bedeutung, da erkannt werden könne, wie sich die Maßnahmen im Verlauf auswirken. Weiter sei es vor der Übernahme eines Patienten möglich, einen Gesamtüberblick über den Zustand des Patienten zu bekommen. Dies sei bei längerer Abwesenheit der Pflegekraft sowie bei Erstkontakten mit dem Patienten hilfreich.

Ein weiterer Nutzen wurde durch die Unterstützung des Instrumentes in der Übergabe eines Patienten beschrieben. So erinnere man sich durch das Ausfüllen des Assessmentbogens an die einzelnen Symptome des Patienten und könne diese besser in der Übergabe benennen. Durch die Erfassung der Gesprächszeiten reflektiere man zusätzlich die Gespräche mit dem Patienten und könne die wichtigsten Inhalte nennen. Andererseits wurde das Instrument als Hilfe für die Pflegekraft der darauf folgenden Arbeitsschicht bezeichnet. So könne diese, falls die Ausprägungen von Symptomen in der Übergabe nicht genannt wurden, diese Symptome in ihrer Ausprägung dennoch durch das Assessmentinstrument erkennen.

Weiter wurde dem Assessmentinstrument in der Zusammenarbeit mit den Ärzten eine Relevanz zugeschrieben. In dem Fall dass eine Pflegekraft nicht an der Visite teilnehmen könne, hätte der Arzt durch den Assessmentbogen die Möglichkeit zu erkennen, welche Symptome, in welcher Ausprägung, in den vergangenen Tagen aufgetreten wären. Zusätzlich diene das Instrument den Pflegekräften als Argumentationsgrundlage in Therapiebesprechungen mit den Ärzten. So ließe sich durch das Instrument beispielsweise eine nicht wirksame Schmerztherapie erkennen. Alle zehn Symptome wurden von den Experten als relevant eingestuft.

In Kapitel 3.2.2 wurde beschrieben, dass unterschiedliche Faktoren Einfluss auf die Gütekriterien von Assessmentinstrumenten ausüben. Ein Faktor ist die Eingliederung in das gesamte Dokumentationssystem. Dieser wurde in dem vorliegenden Categoriesystem der *Relevanz* untergeordnet. In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass ein Assessmentinstrument, welches nicht dem gesamte Dokumentationssystem angepasst wurde, in seiner *Relevanz* bedenklich ist. So wirkt Beispielsweise der Nutzen eines Assessmentinstrumentes,

welches Symptome die an anderer Stelle des Dokumentationssystems schon erfasst werden, fraglich.

Es wurde genannt, dass Symptome wie *Erbrechen* und *Verstopfung* auch an anderer Stelle durch weitere Dokumente abgeleitet werden könne. In manchen Fällen würden diese Dokumente jedoch nicht ausgefüllt. Somit stelle das Assessmentinstrument eine Alternative dar, um Informationen über die Symptome zu erhalten. Die Experten beschrieben, dass sie die Eingliederung in das gesamte Dokumentationssystem optimiert haben. Zuvor hätte neben dem Standarddokumentationssystem, eine extra Akte für Palliativpatienten bestanden. Die beiden Akten seien aber zusammen gefasst worden, da Probleme wie Mehrarbeit, Doppelungen und Entfallen von Erhebungen aufgetreten seien.

Kategorie 2.3: Klinischer Wirksamkeit

Folglich werden Aussagen zusammengefasst, die die Auswirkung auf den Patienten durch das Assessmentinstrument wiedergeben. Zusätzlich werden die spezifischen Fähigkeiten, die Pflegekräfte in der Anwendung des Assessmentinstrumentes beschreiben dargestellt, da diese sich wie oben beschrieben auf die *klinische Wirksamkeit* auswirken.

Der klinische Nutzen für den Patienten, wird durch die Anpassung des pflegerischen Handelns an die Symptome des Patienten beschrieben. Somit würden die Experten den Patienten vorsichtiger berühren, wenn zuvor durch das Assessmentinstrument ausgeprägte *Schmerzen* erhoben worden seien. Weiter würden sie bei Einstufungen von starker *Unruhe* oder *Angst* den Patienten mit mehr Geduld begegnen. Ihr Handeln sei den Symptomen so angepasst, dass der Patient nicht unnötig leiden müsse bzw. überfordert wird. Fachlich seien die Palliativkräfte der Station speziell auf die Erkennung von Symptomen ausgebildet worden. Soweit es möglich sei, würde der Patient in die Erfassung mit einbezogen. Ansonsten würde die Pflegekraft die Symptome subjektiv einschätzen und auf das Wissen der Schulung zurückgreifen.

Kategorie 2.4: Handhabbarkeit

Wie unter der Kategorie 1.2: *Schwierigkeiten* beschrieben, erkennen die Experten Probleme in der Anwendung der Skalen, dem Verständnis der Items und dem Format des Assessmentinstrumentes. Zu der Anwendung der Skala wurden unterschiedliche Ansichten geäußert. Die Skala von null bis zehn wurde von zu feindgliederig bis genau richtig eingestuft. Insbesondere wurden jedoch Schwierigkeiten in der Anwendung der Skala für die Symptome *Befinden*, *Angst*, *Appetit*, *Durchfall* und *Verstopfung* geäußert. Es wurde berichtet, dass die Skalenwerte in einer Stationsbesprechung diskutiert worden seien. Hierbei hätte man versucht Richtwerte, beispielsweise für das Symptom *Verstopfung*, zu geben. Wenn ein Patient fünf Tage nicht abgeführt habe, würde dies auf der Skala eine zehn darstellen. Weitergehend

gibt ein Experte an, dass man sich auf dieser Sitzung für ein Beibehalten der Skala von null bis zehn geeinigt hätte.

Bei dem Verständnis der einzelnen Symptome wurden die Items *Befinden* und *Angst* als schwierig einzuschätzen genannt. Schwierigkeiten wurden insbesondere in der Definierung von *Befinden* genannt. So äußerten die Experten, es sei nicht eindeutig, was die Erfassung von *Befinden* genau bedeutet. Des Weiteren wurden Schwierigkeiten, in der Erkennung von Ausprägungsmerkmalen des Symptoms geäußert. Es fehlen Merkmale, an dem das Symptom *Befinden* zu identifizieren sei.

Die dritte Schwierigkeit wurde in dem Format des Assessmentinstrumentes genannt. Der DIN-A3-Bogen wurde als unhandlich beschrieben. Zusätzlich käme es vor, dass der Bogen an unterschiedlichen Stellen begonnen würde. Somit müsse man immer überprüfen, an welcher Stelle er angefangen sei. Uneinheitlich sei auch das Aufkleben des Patientennamens, obwohl es hierfür ein vorgesehenes Feld gäbe. Durch das resultierende viele Drehen und Wenden des Instrumentes kämen Risse in das Dokument. Ein Experte beschreibt hingegen, dass er den Bogen dafür, dass er einen großen Erfassungsumfang aufweise, trotzdem für handlich halte. Der Zeitaufwand der Erhebung wurde als gering beschrieben. Dennoch vermutete ein Experte, dass einige Pflegekräfte ihn auf Grund der Mehrarbeit und der geringen Zeitressourcen nicht ausfüllen würden.

Kategorie 2.5: Akzeptanz

Die Aussagen zur *Akzeptanz* des Instrumentes unterschieden sich. Neben der *Akzeptanz* von Pflegekräften wurden Aussagen zum gesamten Team geäußert. Die Experten stufen die *Akzeptanz* des Assessmentinstrumentes von kaum vorhanden bis sehr akzeptiert ein. Auffällig ist, dass sie bei Aussagen zur *Akzeptanz* zwischen Pflegekräften mit und ohne Palliativweiterbildung unterschieden wird. Ein Experte äußert, dass beide Gruppen das Instrument gut annehmen. Entgegen gibt es Aussagen, dass es Schwierigkeiten in der *Akzeptanz* des Instrumentes bei den Pflegekräften ohne Palliativweiterbildung gäbe. Schwierigkeiten in der *Akzeptanz* werden mit unkontinuierlichem Ausfüllen bis völligem Ignorieren beschrieben. Jedoch seien Pflegekräfte mit, wie auch ohne Weiterbildung vor Einführung des Instrumentes über seine Anwendung aufgeklärt worden. Weitergehend würde der Bogen im interdisziplinären Team genutzt. Jedoch würden die Ärzte Schwierigkeiten in den Skalen sowie der Relevanz der einzelnen Symptome äußern. Alle drei Experten sagen von sich selbst, sie würden den Bogen für sich gut annehmen.

Kategorie 2.5: Ökometrische Nutzen

Der *ökometrische Nutzen* wurden in dem Interview nicht explizit erfragt, da hierfür wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben, empfohlene Testverfahren vorgesehen sind. Die Pflegekräfte

äußerten dennoch Aspekte die unter diesem Punkt eingeordnet werden können. Diese bezogen sich auf die Palliativkomplexpauschale¹⁹. So seien die Gesprächszeiten wichtig zu Dokumentieren, da man für diese durch die Pauschale, Zusatzgeld für die Patienten erhalten würde. Durch die Dokumentation der Zeit könne man erkennen, ob man diese Zeit erreiche.

4.2.3 Aussagen zur Symptomerfassung von geriatrischen Palliativpatienten

Kategorie 3.1: Bandbreite der Symptome, sowie Erfassung von Einflussfaktoren

Wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, soll die Erfassung von Symptomen an die Patientengruppe angepasst sein. Die Experten beschreiben, der Assessmentbogen beinhalte die wichtigsten Symptome von palliativen bzw. onkologischen Patienten. Alle diese Symptome seien für ihre Patientengruppe relevant. Ein Experte äußert, dass ein Symptom ergänzt werden müsse. Dies sei *Fatigue*. Die anderen Experten versichern, ihnen würden keine weiteren Symptome fehlen.

Das Assessmentinstrument erfasst laut der Experten sowohl körperliche Symptome, wie *Schmerzen* und *Luftnot* wie auch psychischen Symptome²⁰, wie *Angst* und *Befinden*. Ergänzungen durch andere Assessmentinstrumente werden, durch das oben genannte Assessmentinstrument der Ärzte beschrieben, welches die Bandbreite der Symptome mit insgesamt 20 Symptomen erhöhe. Angaben zu anderen Assessmentinstrumenten die soziale und kulturelle Symptome berücksichtigen, sowie Aussagen zur Qualität einzelner Symptome wurden nicht erwähnt. Der Interviewer stellte zu diesen jedoch keine spezifischen Fragen.

Kategorie 3.2: Häufigkeit der Anwendung

Wie unter 3.3.1 beschrieben, empfehlen die Guidelines, für Assessmentinstrumente die die Veränderung von Symptomen darstellen, eine regelmäßige und kontinuierliche Erfassung. Die Experten beschreiben, dass das Instrument eine Erhebung in jeder Arbeitsschicht, also dreimal am Tag vorsehe. Die Erhebung würde in den Dokumentationszeiten am Ende jeder Arbeitsschicht durchgeführt. Die Bewertung der Symptome beziehe sich auf die gesamte Dienstzeit. Durch die Erhebung in der Dokumentationszeit sei gewährleistet, dass immer dieselbe Zeitspanne erfasst würde. Es wird jedoch beschrieben, dass diese Dokumentationszeiten an hektischen Tagen nicht eingehalten werde und die Erfassung wie oben beschrieben, Schwierigkeiten in der Kontinuität aufwiesen.

¹⁹ Palliativkomplexpauschale (OPS 8-982) ist eine Pauschale über die Zusatzgeld für die Komplexe Behandlungen von Palliativpatienten abgerechnet werden kann. Um diese Abzurechnen, stehen unterschiedliche Kriterien zur Auswahl die eingehalten werden müssen. Eines ist die Führung von Gesprächen mit palliativen Patienten oder Angehörigen von sechs Stunden pro Woche (Bausewein 2010, 18)

²⁰ Die Psychischen Probleme werden hier als die in Kapitel 3.2.1 beschriebenen psychischen Probleme der Guidelines angesehen.

Kategorie 3.3: Vorbereitung auf das Assessmentinstrument

Eine Vorbereitung auf die Anwendung und Wertung der Ergebnisse des Assessmentinstrument zur Symptomerfassung von Palliativpatienten wird durch die Guidelines empfohlen. Diese Kategorie fasst die Aussagen zusammen, die die Experten zur Vorbereitung auf das Instrument aufweisen.

Die Experten beschreiben, dass das Pflegeteam sowie die Ärzte, durch die Stationsleitung in die Anwendung des Assessmentinstrumentes eingeführt wurden. Für die Palliativpflegekräfte hätte es in ihrer Weiterbildung eine Schulung zur subjektiven Einschätzung von Symptomen von Palliativpatienten gegeben. Somit seien diese Pflegekräfte auch auf eine Erfassung der Symptome ohne Befragung des Patienten durch Ableitung der Mimik und anderen Kennzeichen geschult.

Kategorie 3.4: Erhebungsart und Anpassung des Assessmentinstrumentes an das Klientel

In dieser Kategorie werden die Aussagen der Experten dargestellt, die über die Art der Erhebung sowie ihre Anpassung an das spezielle Klientel genannt wurden. In den Guidelines wurde hierfür eine Selbsterfassung empfohlen, die bei schlechtem Gesundheitszustand durch den Einbezug von Angehörigen und Pflegekräften durchgeführt werden könne. Die Experten beschreiben, ihr Assessmentinstrument sei für eine Fremderfassung ausgerichtet. Es sei auf Grund des Gesundheitszustandes schwierig, die Patienten mit einzubeziehen. Dies sei insbesondere bei Palliativpatienten die zusätzlich eine dementielle Erkrankung aufweisen schwierig. Patienten, deren Zustand es ermögliche, würden aber zu den Symptomen befragt. Wobei ein Experte darauf hinweist, dass bei der Befragung der Symptome spezielle Fragetechniken nötig seien. Die wenigsten Patienten könnten auf direkte Fragen nach ihren Symptomen antworten.

Kategorie 3.5: Interdisziplinäre Nutzung des Assessmentinstrumentes

Die Symptomerfassung sollte im interdisziplinären Team durchgeführt werden (NCP 2009, 28). Das Instrument wird laut der Experten nur durch Pflegekräfte ausgefüllt. In der Anwendung werden wie oben beschrieben Unterschiede zwischen den Pflegekräften mit und ohne Fortbildung erläutert.

Die Ärzte würden das Instrument in den Visiten nutzen und ergänzend ihr eigenes Instrument mit einbeziehen. Wie oben beschrieben, seien die Instrumente aber nicht zusammenfügbar, da sie unterschiedliche Skalen aufweisen.

Das oben beschriebene abgeschaffte Dokumentationssystem, hätte eine interdisziplinäre Zusammenarbeit vorgesehen. Neben Pflegekräften, hätten Therapeuten in dieser Akte Dokumente besessen. Da die Therapeuten ihr eigenes Dokumentationssystem führen würden,

hätte die Dokumentation der Palliativakte Redundanzen gezeigt und wäre dadurch vermehrt nicht ausgefüllt worden.

5 Diskussion der Ergebnisse

Die in Kapitel 4.2 dargestellten Ergebnisse der Interviews werden im folgenden Kapitel diskutiert. Hierzu werden die einzelnen Hauptkategorien auf der Grundlage der Literatur betrachtet.

5.1 Betrachtung der Ergebnisse basierend auf Gütekriterien

Testtheoretische Gütekriterien

In der vorliegenden Arbeit wurde keine testtheoretische Überprüfung des Assessmentinstrumentes durchgeführt. Durch Erfragung der Entwicklung und Implementierung des Assessmentinstrumentes sollte überprüft werden, in wieweit testtheoretische Gütekriterien bei diesen Prozessen berücksichtigt wurden. Der Entwicklungs- sowie Implementierungsprozess der Interviews wurde von den Experten ausführlich beschrieben. Keiner der Experten nannte jedoch eine Überprüfung des Assessmentinstrumentes auf diese Gütekriterien bei der Beschreibung dieser Prozesse. Anzumerken ist, dass nach diesen Kriterien nicht explizit gefragt wurde. Dennoch wäre es erstaunlich, wenn solche Tests durchgeführt worden wären, die Experten die das Instrument selbst entwickelt haben, die Experten dies aber nicht erwähnen.

Die Aussagen zur Erstellung des Assessmentbogen unterscheiden sich und werden zunächst separat diskutiert.

Wird von der Aussage ausgegangen, dass die Items einer wissenschaftlichen Arbeit über Symptome von Palliativpatienten entnommen wurden, kann dies nicht als Beleg für die Güte der Items angenommen werden. Für ein qualitatives Assessmentinstrument wird neben der Auswahl von Items auf Grundlage der Ausprägung von Phänomenen, die Zusammenstellung der Items auf einer Theorie genannt. Theorien dienen dazu Wirkungszusammenhänge oder empirischen Begründung zu berücksichtigen (Reuschenbach 2011d, 82).

Die Aussage, die Symptome seien auf Grundlage einer Schulung von verschiedenen Experten zusammen getragen worden, kann aus demselben Grund keine Güte belegen. Zwar wird in der Literatur beschrieben, dass eine Itemzusammenstellung durch Expertenmeinungen generiert werden kann, jedoch wäre auch in diesem Fall keine Theorie zur Erstellung mit einbezogen worden (Rattray, Jones 2007, 237). Wird von der dritten Aussage ausgegangen, das Assessmentinstrument sei eine Weiterentwicklung eines bestehenden Instrumentes, müsste das neue Instrument auf Güte überprüft werden. Auch wenn angenommen wird, dass

das Basisinstrument aus der Schulung testtheoretischen Gütekriterien entspricht. Bei Weiterentwicklung von Instrumenten durch Ergänzungen von Items kann die Güte des gesamten Instruments nicht mehr gewährleistet werden (Nekolaichuk et al. 2008, 116). Ergänzende Instrumente müssen somit erneut geprüft werden.

Weiterhin stehen verschiedene Aussagen in Diskrepanz mit testtheoretischen Gütekriterien des Instrumentes. Ein Experte beschreibt, dass der Stationsablauf so organisiert sei, dass dieselbe Pflegekraft über einen längeren Zeitraum die Symptome derselben Patienten erhebt. So könne man die Symptome besser beurteilen. Diese Aussage lässt vermuten, dass bei unterschiedlichen Anwendern des Instrumentes verschiedene Beurteilungen der Symptome erfasst würden und somit eine Interrater-Reliabilität nicht gegeben ist. Weiter können die beschriebenen Schwierigkeiten in dem Verständnis der Items in Konflikt mit den testtheoretischen Gütekriterien stehen. Ist, wie die Experten beschreiben, nicht genau ersichtlich, was ein Item bedeutet und was es ausmacht, ist nur schwer vorstellbar, dass alle Anwender bei der Messung dieselben Daten erheben. Somit lässt sich vermuten, dass testtheoretische Gütekriterien des Instruments nicht gegeben sind. Eine Überprüfung wäre jedoch nötig um dies zu beweisen.

Anwendungsbezogene Gütekriterien

Die Interviews wurden auf theoretischen Vorüberlegungen geführt. Hierdurch sollte gewährleistet werden, dass Merkmale von anwendungsbezogenen Gütekriterien erfragt und somit überprüft werden können. Die Ergebnisse zu anwendungsbezogenen Gütekriterien werden in diesem Abschnitt diskutiert.

Die Auswertung der Interviews stellte heraus, dass durch die Expertenaussagen eine *Relevanz* des Assessmentinstrumentes vermutet werden kann, da die Experten unterschiedlichen Nutzen für ihr pflegerisches Handeln erläutern. Zusammenfassend unterstützt sie das Instrument bei der Verlaufskontrolle von Symptome, in den Schichtübergaben und in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Ärzten. Dennoch ist es fraglich, wie das Instrument in die gesamte Dokumentation eingebettet ist. Einzelne Items weisen nach Interpretation der Aussagen Redundanzen in dem Dokumentationssystem auf. Dies sind zum Beispiel Items die sich auf die Verdauung beziehen. Des Weiteren wird mehrmals über ein Assessmentinstrument berichtet, welches die Ärzte der Station anwenden. Beide Instrumente scheinen sich auf die Symptomerfassung zu beziehen, aber nicht aufeinander abgestimmt zu sein. Zwar wird durch die Aussagen deutlich, dass sich der Nutzen beider Instrumente unterscheidet, dennoch wurde der Wunsch einer Angleichung von Seiten der Ärzte geäußert. Dies macht auf den ersten Blick Sinn, wenn man lediglich betrachtet, dass sich beide Instrumente mit der Symptomerfassung beschäftigen. Es scheinen somit Redundanzen der

einzelnen Symptome aufzutreten. Der Grund für eine Anpassung der Skalen wird für wissenschaftliche Zwecke wie Doktorarbeiten benannt. In Kapitel 3.2.1 wurde erläutert, dass es zwei verschiedene Arten von Assessmentinstrumenten gibt. Die Instrumente, die eine Relevanz für das pflegerische Handeln ausüben und solche die zum Zwecke der Wissenschaft genutzt werden. Dies könnte die Ursache von der Schwierigkeit einer Anpassung beider Instrumente sein. So würde eine Anpassung der Skalen und der Häufigkeit der Erhebung in Diskrepanz mit seinem Ziel stehen. Wie oben erläutert, scheint eine Erhebung in jeder Schicht für den Zweck des Instrumentes für sinnvoll. Eine Anpassung der Skala würde möglicherweise das Ziel des Instrumentes verfehlen und lediglich wissenschaftlichen Zwecken dienen. Eine Prüfung des gesamten Dokumentationssystems ist nötig, um eine endgültige *Relevanz* des Instrumentes sowie der einzelnen Items zu bewerten.

Durch die Aussagen der Experten kann auch eine *klinische Wirksamkeit* des Instrumentes vermutet werden. Auffällig ist jedoch, dass dieser bei Betrachtung der Ergebnisse geringer gegenüber dem Nutzen für den Anwender ausfällt. Somit ist anzunehmen, dass die Anwender vorwiegend einen eigenen Nutzen für das Instrument sehen. Dies soll nicht heißen, dass der klinische Nutzen geringer ausfällt. Eher wurde in Kapitel 3.2 erläutert, dass die Auswahl der Gütekriterien zur Qualitätsüberprüfung in Abhängigkeit seines Nutzen steht. Somit könnte man unter dieser Interpretation annehmen, dass das Gütekriterium *klinische Wirksamkeit* untergeordnet gesehen werden kann.

Die Experten beschreiben unterschiedliche Situationen, in den die Ergebnisse Einfluss auf sein pflegerisches Handeln am Patienten bewirken. Diese wurden zum Beispiel durch Veränderungen der Berührung des Patienten und einer Sensibilisierung vor der Zimmerbetretung genannt. Jedoch können diese Handlungen nicht als einziges Indiz für die *klinische Wirksamkeit* gesehen werden. Weitergehend müssten die Interventionen mit denen einer Kontrollgruppe, bei denen kein Assessmentinstrument angewendet wird, verglichen werden (Reuschenbach 2011c, 73). So könnte überprüft und gezeigt werden, ob der klinische Nutzen auf das Assessmentinstrument zurückzuführen ist. Beispielsweise ist vorstellbar, dass andere Faktoren wie zum Beispiel die palliative Weiterbildung der Experten und nicht das Instrument ausschlaggebend für eine *klinische Wirksamkeit* ist. So scheint die palliative Weiterbildung der Pflegekräfte nach Aussagen der Experten, die Anwendung des Assessmentbogens zu beeinflussen. die Experten beschreiben, dass sie auf Wissen dieser Schulung zurück greifen, um die Symptome des Patienten einzuschätzen. Möglicherweise ist dies einer der Gründe, warum bei Aussagen zur *Akzeptanz* des Assessmentinstrumentes zwischen Pflegekräften mit und ohne Weiterbildung unterschieden wird. So wenden nach Angaben der Experten beide Gruppen das Instrument an. Jedoch stuft ein Ex-

perte die *Akzeptanz* der Pflegekräfte ohne Weiterbildung schlechter gegenüber derer mit Weiterbildung ein. Ein anderer Experte sieht die *Akzeptanz* bei beiden Gruppen gegeben, erwähnt die Gruppen dennoch getrennt. Ferner kann zumindest eine unterschiedliche Wahrnehmung der Experten beider Gruppen interpretiert werden. In der Literatur gibt es zur Auswirkung des Qualifikationsniveaus der Anwender auf deren Einsatz noch keine Studien (Reuschenbach 2011e, 98). Dennoch werden Schulungen für die Gruppen als Empfehlung genannt (Bausenwein 2011, iii). Dies macht auf Grundlage der Expertenaussagen Sinn, da diese das Wissen der Schulungen für die Erhebungen benötigen.

Insgesamt ist anzumerken, dass sich wie unter der Ergebnisdarstellung beschrieben, die Aussagen zur *Akzeptanz* unterscheiden. Somit ist anzunehmen, dass die *Akzeptanz* des Instrumentes im Team unterschiedlich wahrgenommen wird und möglicherweise auch unterschiedlich ausfällt. Auf die eigene *Akzeptanz* der Experten können die Aussagen jedoch nicht zurück geführt werden, da alle drei Experten für sich selbst eine hohe *Akzeptanz* angaben. Wobei anzumerken ist, dass alle drei Experten an dem Entwicklungsprozess beteiligt waren und dies möglicherweise auf die *Akzeptanz* zurück geführt werden kann.

Die *Handhabbarkeit* ist nach Interpretation der Ergebnisse fraglich. Es werden Schwierigkeiten im Format, Layout, Verständnis der Items und Skalen angegeben. Das Assessmentinstrument in Form eines DIN-A3-Bogen, wird als unhandlich angesehen. Dies steht auch im Widerspruch mit der in Kapitel 3.2.2 geforderten Handlichkeit von Instrumenten am Beispiel von Kitteltaschenformat. Die Praktikabilität der Skalen wird von den Pflegekräften unterschiedlich wahrgenommen. Dennoch scheinen einzelnen Items vermehrt Schwierigkeiten in der Einstufung, sowie der Erkennung von Merkmalen die das Symptom kennzeichnen, aufzuweisen. Bei genauer Betrachtung des Instrumentes scheint dies nachvollziehbar. So ist nicht direkt ersichtlich, *Verstopfung* auf einer Skala von null bis zehn ohne Richtwerte einzuschätzen. Auch scheint der Ausdruck *Appetit* ohne genauere Erläuterung nicht eindeutig auf einer Skala von „kein Symptom“ bis „sehr stark ausgeprägtes Symptom“ zu sein. Ferner ist nicht deutlich, ob mit *Appetit* der Mangel an Appetit, oder das Appetitgefühl gemeint ist.

Das Symptom, welches nach Interpretation der Expertenaussagen die meisten Schwierigkeiten bereitet ist jedoch *Befinden*. Die Experten beschreiben Schwierigkeiten in der Einstufung des Items, seiner Definition sowie dem Fehlen von Kennzeichen die das Symptom ausprägen. Ein Experte gibt an, sich das Symptom als Wohlbefinden zu definieren.

Wenn *Befinden* wie in einem Lexikon für Psychiatrie und Psychologie als

„subjektive Seite eines körperlichen-seelischen Allgemeinzustandes, in dem sich ein Mensch befinden oder in dem er gefunden wird, wobei den Lust- und

Unlustgefühlen, der emotionalen Getöntheit sowie den vitalen Leibgefühl eine besondere Bedeutung zukommt (Peters 2007, 66) “

verstanden wird, scheinen diese Probleme verständlich. So ist auch hier nicht direkt ersichtlich, wie man nach dieser Definition zwischen „kein Symptom“ und „sehr ausgeprägtes Symptom“ einstufen sollte und was genau mit diesem Item erhoben wird.

Vorstellbar ist, dass die Verständnisschwierigkeiten des Items durch ein Übersetzungsproblem aus dem Englischen entstanden sind. So nannte eine Pflegekraft, dass das Instrument in Anlehnung an ein empfohlenes Instrument aus der Schulung entwickelt wurde. Dies könnte der ESAS-R sein, da er wie in Kapitel 3.3.2 beschrieben, starke Redundanzen mit dem Instrument aufweist. Wird davon ausgegangen, dass das Instrument in Anlehnung des oben vorgestellten ESAS-R Instrument erstellt wurde, könnte das Item „Well-Beeing“ übersetzt worden sein. MAHLER und REUSCHENBACH weisen darauf hin, dass Regeln bei der Übersetzung beachtet werden müssen. Fehler, die durch Übersetzungen von Assessmentinstrumenten entstanden seien gängig (Mahler, Reuschenbach 2011, 101-102). So kann durch eine Übersetzung eine inhaltliche Äquivalenz nicht gewährleistet werden (Cha et al. 2007, 387). Abgesehen davon wies auch die ESAS Probleme im Verständnis von *Well-Being* auf und wurde unter anderem deshalb zum ESAS-R modifiziert (Nekolaichuk et al. 2008, 111). Die Experten beschreiben Stationssitzungen, in denen man über diese Themen gesprochen habe. So wurden zum besseren Verständnis Richtwerte für das Item *Verstopfung* definiert. Dennoch scheinen diese Schwierigkeiten, im Widerspruch mit einer geforderten leichten Verständlichkeit der Einstufung von Items, die auch ohne Schulung möglich ist, zu stehen.

Die ökonomischen Aspekte wurden wie oben beschrieben nicht gezielt erfragt. Dennoch scheint der ökonomische Nutzen sich als Grund für die Anwendung des Instrumentes auszuwirken. So betonen die Experten die Möglichkeit, auf Grund des Instrumentes, einen Aspekt der Palliativpauschale abrechnen zu können. Dieser Aspekt ist die Dokumentation der Gesprächszeiten.

5.2 Betrachtung der Ergebnisse basierend auf Empfehlungen zur Palliativen Symptomerfassung

Die Diskussion der Ergebnisse aus Kapitel 5.1 lässt die Besonderheiten der Patientengruppe unberücksichtigt. Deshalb bezieht sich das vorliegende Unterkapitel auf die in Kapitel 3.2 dargestellten Besonderheiten.

Alle Guidelines empfehlen eine Symptomerfassung durch Assessmentinstrumente. Solch eine Erfassung ist auch auf der vorliegenden Station zu finden. Wie in 3.2.1 beschrieben, sollte sich ein Assessmentinstrument zur Symptomerfassung an der Prävalenz der

Symptome der Patientengruppe orientieren. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die palliativen Patienten auch geriatrische Merkmale aufweisen. Die empfohlenen Assessmentinstrumente der Guidelines, richten sich lediglich an eine palliative Zielgruppe. Wenn anzunehmen ist, dass es kein spezifisches Instrument für geriatrische Palliativpatienten gibt und die Symptome sich, wie in 3.1.2 erläutert, von nichtgeriatrischen Patienten unterscheiden, scheint es logisch, dass die Station ein eigenes Instrument entwickelt hat. In 3.1.2 wurden die aus der Literatur spezifischen Symptome aufgezeigt. Vergleicht man diese Symptome mit denen des Assessmentinstrument, zeigt sich, dass 15 der genannten Symptome nicht erhoben werden (siehe Anhang XV). *Fatigue* ist das einzige Symptom, welches ein Experte als fehlend bezeichnet. Dieses Symptom wurde auch durch die Studien für geriatrische Palliativpatienten identifiziert²¹. Eine Diskrepanz zeigt sich darin, dass keine weiteren Symptome als fehlend bezeichnet werden, obwohl der Abgleich mit der Literatur weitere Symptome dieser Patientengruppe zeigt. Möglicherweise sind die Symptome so ausgewählt, dass das gesamte Konstrukt (Konstruktvalidität) erfasst wird und keine weiteren Ergänzungen nötig sind. Die Erfassung des gesamten Konstrukts ist jedoch fraglich. So gibt ein Experte beispielsweise an, *Unruhe* mit einem vordefinierten Item des Assessmentbogens zu erfassen und nennt Interventionen, die er von dem Item ableitet. Bei Betrachtung des Instrumentes fällt jedoch auf, dass *Unruhe* nicht erfasst wird und keines der neun Items direkt eine *Unruhe* erfasst. Der Experte äußerte jedoch, dass eine Ergänzung der Symptome nicht nötig sei. Überdies gibt ein anderer Experte an, die Freifeldzeile noch nie ausgefüllt zu haben. Das Symptom *Unruhe* wird auch in der Literatur als Symptom geriatrischer Palliativpatienten genannt. Somit ist zu vermuten, das gesamte Konstrukt der Symptome der Patientengruppe, trotz der Möglichkeit des Freieintrages, nicht abgedeckt wird.

Wie empfohlen, werden neben körperlichen auch zwei psychische Symptome erfasst. Ob zwei psychische Symptome ausreichend sind müsste überprüft werden. So ist auch ein Kritikpunkt am ESAS-R, dass dieser mit den beiden Symptomen *Anxiety* und *Well-being* die Relevanz von psychischen Symptomen zu wenig berücksichtigt. Kulturelle und soziale Aspekte sind auf dem Instrument nicht aufgeführt. Ergänzende pflegerische Instrumente, die diese Aspekte sowie die Qualität einzelner Symptome erfassen wurden nicht genannt. Das einzige Instrument welches als Ergänzung genannt wurde, ist ein Assessmentbogen der Ärzte. Auf diesem werden weitere psychische Aspekte wie *Depressivität*, *Anspannung* und *Unruhe* erfragt. Zusätzlich erfasst das Instrument die beiden Aspekte *Unklare Versorgung* und *Soziales Umfeld überfordert*, und bezieht zumindest soziale Gesichtspunkte mit ein.

²¹ Jedoch ist hier nicht eindeutig, ob in den vorwiegend englischen Studien zwischen *Fatigue* und *Müdigkeit* unterschieden wurde, da *Fatigue* durch *Müdigkeit* übersetzt werden kann.

Somit füllen beiden Berufsgruppen unterschiedliche Assessmentinstrumente, die nicht aufeinander abgestimmt sind, aus. Damit die Pflegekräfte die erfassten sozialen Aspekte berücksichtigen, um das in 3.3.1 beschriebene Zusammenwirken von Symptomen und Einflussfaktoren zu beachten, scheint eine Abstimmung jedoch nötig. Ein Zusammenwirken wird in dem vorliegenden Instrument nicht berücksichtigt. Jedoch ist vorstellbar, dass die Pflegekräfte auf Grund ihres Fachwissens dieses Zusammenwirken erkennen. Bei dem Abgleich der Instrumente zeigt sich, dass die aufgelisteten Symptome der Ärzte die der Pflege komplett abdecken (Anhang XV). Die Guidelines empfehlen jedoch, die Symptomerfassung im interdisziplinären Team durchzuführen. Alle Berufsgruppen sollten an der Erhebung beteiligt sein. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird nur im Nutzen der Resultate des Instrumentes beschrieben, da die Ärzte die Ergebnisse für ihre Visiten nutzen könnten. Andere Berufsgruppen wie Therapeuten werden nicht genannt. Eine gemeinsame Dokumentationsakte wurde wie in 5.1 diskutiert, abgeschafft.

Die Erhebungshäufigkeit des Assessmentinstrumentes sollte wie in Kapitel 3.3 beschrieben dem Ziel des Instrumentes angepasst werden. Da das Ziel unter anderem als Unterstützung für die Übergabe angegeben wird, erscheint eine Erfassung pro Schicht sinnvoll. Dennoch wird erwähnt, dass die Erfassungen nicht kontinuierlich durchgeführt werden. Somit würde die geforderte Häufigkeit nicht erreicht. Zusätzlich wird empfohlen die Pflegekräfte zur Symptomerfassung zu schulen. Die Experten verweisen auf die Schulungen und beschreiben die Inhalte, die sie bei der Symptomerfassung unterstützen. Jedoch wird nicht erwähnt, inwieweit Pflegekräfte ohne Palliativweiterbildung zur Symptomerfassung angeleitet wurden. Dies scheint relevant, da die Experten angeben, dass diese auch mit der Skala arbeiten würden und wie oben erläutert, auf das Wissen der Schulung zur Erhebung zurück gegriffen wird.

Für die Erhebung, empfehlen die Guidelines den Einbezug von Patienten und Angehörigen. Empfohlene Instrumente ermöglichen den Patienten die Selbsterfassung. Laut Literatur ist eine Selbsterfassung bei geriatrischen Palliativpatienten nur vereinzelt möglich. Diese Schwierigkeit beschreiben auch die Experten. Eine Selbsterfassung bzw. gar ein Einbezug der Patienten sei in den meisten Fällen nicht möglich. Als Grund wird, wie auch in der Literatur beschrieben, der körperliche und mentale Zustand der Patienten angegeben. So wird das vorliegende Instrument als Fremderfassung durchgeführt. Die Patienten werden nach Angaben der Experten nur selten mit in die Erhebung einbezogen. Jedoch verweist die Literatur darauf, auch Angehörige mit einzubeziehen. Der Einbezug von Angehörigen wird bei der Erhebung von Symptomen nicht erwähnt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Besonderheiten der Patientengruppe in Ansätzen berücksichtigt werden. Eine Modifizierung des Instrumentes, der Anwendung und der Rahmenbedingungen scheint nötig, um Besonderheiten der geriatrischen Patientengruppe gerecht zu werden. Diese Differenzen können eventuell auch auf die Gegebenheit zurück geführt werden, dass geriatrische Palliativpflege ein junges Gebiet ist und die Erkenntnisse auf die zurück gegriffen werden kann, möglicherweise nicht ausreichen.

5.3 Betrachtungen der Anwendung des Assessmentinstrumentes basierend auf Expertenaussagen

Ergänzend zu der Prüfung von Gütekriterien und dem Abgleich mit Empfehlungen zur Symptomerfassung wurden die Experten nach ihren Ansichten zur Symptomerfassung von Assessmentinstrumenten gefragt. Hierdurch sollte gewährleistet werden, dass eventuelle Schwierigkeiten, die nicht durch Gütekriterien abgedeckt werden, in der Betrachtung unbeachtet bleibt. Des Weiteren sollten die Expertenmeinungen zu Verbesserungsvorschlägen mit aufgenommen werden. Die Experten sind in ihrem täglichen Handeln mit dem Assessmentinstrument konfrontiert und kennen die Bedingungen der Station. Somit wird angenommen, dass sie bei der Reflexion des Assessmentinstrumentes diese Bedingungen berücksichtigen und somit Verbesserungsvorschläge äußern, die an diese angepasst sind. Genannte Schwierigkeiten sowie positive Aspekte konnten den Gütekriterien vollständig zugeordnet werden. Dies lässt annehmen, dass die von REUSCHENBACH genannten anwendungsbezogenen Gütekriterien, Aspekte die für den Einsatz von Assessmentinstrumenten berücksichtigt werden müssen, abdecken.

Wie in Kapitel 4.2.1 dargestellt, decken sich die Meinungen zu positiven Aspekten der Experten mit den Gütekriterien *Relevanz* und *klinischer Nutzen*. Schwierigkeiten wurden insbesondere zu der *Praktikabilität* des Instrumentes genannt.

Die Verbesserungsvorschläge der Experten schließen an den identifizierten Schwierigkeiten an. Sie zeigen, dass es erste Ideen zur Modifizierung des Instrumentes gibt. So werden Ideen zur Veränderungen des Formates und die Anpassung der Skalen, insbesondere an einzelne Symptome, genannt. Wie oben beschrieben, gibt es jedoch deutliche Unterscheidungen zu den Ansichten der Skalen. Weiter erhoffe man sich durch einen offiziellen Druck des Instrumentes, eine höhere *Akzeptanz* des Assessmentbogens. Es ist vorstellbar, dass sich ein offiziell gedrucktes Instrument auf die Wahrnehmung ausübt. Dennoch ist zu vermuten, dass mehr Veränderungen nötig sind.

Es wird genannt das die Schwierigkeiten, bereits diskutiert wurden. Änderungen am Assessmentinstrument scheint es seit der Einführung, trotz Schwierigkeiten und einem Probendurchlauf des Instrumentes nicht zugeben. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass versucht

wird die Schwierigkeiten durch Besprechung des Instrumentes zu kompensieren, nicht aber durch Veränderungen des Instrumentes selbst.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Assessmentinstrument von den Experten als sinnvolle Unterstützung gesehen wird, Schwierigkeiten jedoch auftreten, für die es erste Verbesserungsvorschläge gibt. Veränderungen des Instrumentes an sich wurden bisher aber noch nicht vorgenommen. Es erscheint aber sinnvoll, das Instrument zu Modifizieren. Ideen zur Modifizierung werden im nächsten Kapitel beleuchtet.

6 Empfehlungen für eine Modifizierung des Assessmentinstrumentes

Diese Arbeit verfolgte das Ziel, Gütekriterien und die Anwendung eines Assessmentinstrumentes zur Symptomerfassung von Patienten einer geriatrischen Palliativstation zu untersuchen, um am Ende Vorschläge für eine Modifizierung zu machen.

In Kapitel 5 wurden die Ergebnisse von Experteninterviews diskutiert, um zu überprüfen, welchen Gütekriterien das Instrument entspricht. In dem vorliegenden Kapitel werden erste Ansätze für eine Modifizierung gegeben. Für die Überprüfung werden die in Kapitel 3.3 aufgezeigten Assessmentinstrumente mit einbezogen. Ihre Funktion besteht darin, Schwierigkeiten des vorliegenden Assessmentinstrumentes, mit diesem Instrument abzugleichen, um Ideen für eine Modifizierung zu entwickeln.

Die Diskussion der Auswertung ergab, dass eine *Relevanz* des vorliegenden Assessmentinstrumentes vermutet werden kann. Auch ein *klinischer Nutzen* konnte erkannt werden. Fragwürdig scheinen die *Handhabbarkeit* des Instrumentes sowie die *Akzeptanz* im Team. Es wird davon ausgegangen, dass eine *Relevanz* des Instrumentes gegeben ist und demgemäß das Ziel, für welches das Instrument eingesetzt wird, erreicht wird. Demnach zeigt sich, dass der Einsatz des Assessmentbogens angebracht ist. Jedoch müssen für die Anwendung und Qualität des Instrumentes einzelne Schwierigkeiten und Aspekte zu Gütekriterien optimiert werden.

„Inzwischen ist allgemein bekannt, dass testtheoretische Gütekriterien bei Assessmentinstrument untersucht werden müssen, bevor sie allgemein empfohlen werden können (Bartholomeyczek, 2009, 17).“

Auch wenn das eigen entwickelte Instrument von den Experten für „gut“ bewertet wurde, sollte das Instrument auf testtheoretische Gütekriterien überprüft werden. Wie oben diskutiert weisen Aussagen der Experten darauf hin, dass das Instrument Defizite in diesem Bereich aufweist. Es ist möglich, dass sich durch eine testtheoretische Überprüfung zeigt, dass einzelnen Items sowie Skalen optimiert werden müssen. Dies stünde auch im Konsens mit den Schwierigkeiten, die im Bezug auf die *Handhabbarkeit* des Instrumentes identifiziert

wurden. Denn unabhängig von einer Überprüfung ist es für die *Handhabbarkeit* erforderlich, die Skala sowie Items zu optimieren. Für Items wie *Verstopfung* oder *Erbrechen* sollte geprüft werden, inwieweit eine Skala von eins bis zehn sinnvoll ist. Möglicherweise könnte durch eine Likert-Skala die Einstufung einzelner Items vereinfacht und präzisiert werden. Eine derartige Abänderung weist auch der MIDOS auf. Dieser wurde von der zehnstufigen Skala des ESAS-R, auf eine vier- bis fünfstufige Likert-Skala umgestellt (Stiel et al. 2010, 596). Weiterhin ist die Formulierung der einzelnen Symptome zu überprüfen. Die Experten äußerten insbesondere für das Item *Befindlichkeit* Probleme. Für ein besseres Verständnis des Items, müsste die Bezeichnung präzisiert werden. So gibt ein Experte an, das Item als Wohlbefinden des Patienten zu definieren. Möglicherweise wäre dies eine Formulierung, die auch für die Kollegen eindeutiger zu verstehen wäre. Die Anwender der ESAS vermerkten wie beschrieben, auch Schwierigkeiten mit dem Item *Well-Being*. Die Entwickler lösten das Problem, indem sie auf dem Assessmentinstrument eine kurze Erläuterung ergänzten. Der MIDOS erfasst das Symptom mit der ausformulierten Frage „*Bitte kreuzen Sie an, wie sie sich heute fühlen (Anhang VI)*“, für die fünf vorformulierte Antwortmöglichkeiten gegeben werden. Zusätzlich positionieren die beiden Instrumente das Item am Ende des Assessmentinstrumentes, um es als Resultat der gesamten Symptomerfassung darzustellen (Watanabe et al. 2011, 463). Auch der POS setzt das *Befinden* in Zusammenhang mit der Ausprägung anderer Symptome. So ein Zusammenwirken beschreibt auch ein Experte. Dieser äußert, dass durch die Ausprägung der Symptome das Befinden gezeigt würde. Um das Verständnis und die Einstufung des Symptoms zu verbessern, können die Umsetzungen dieser Instrumente als Lösungsansatz fungieren, müssen aber an das gesamte Konstrukt des Assessmentinstrumentes angepasst und überprüft werden.

Unabhängig hiervon müssen die Formulierung weiterer Symptome durchdacht werden. So äußern die Experten weitere Probleme mit dem Verständnis von Symptomen wie *Angst* und *Appetit*. Auch die Anwendung der ESAS wies Schwierigkeiten mit dem Item *Appetit* auf und wurde zu *Lack of Appetit* umformuliert. Wenn ein fehlender Appetit mit dem Item erfasst werden soll, scheint eine Bezeichnung wie *Appetitmangel*, auch für das vorliegende Assessmentinstrument treffender. Abgesehen von den Formulierungen der Items muss überprüft werden, ob eine Erhebung von zwei Items in einer Skala präzise genug ist (Rattrey 2007 ,237). So erfasst das Instrument die Symptome *Müdigkeit/Schwäche* sowie *Übelkeit/Erbrechen* jeweils in einer Skala. Zwar ähneln sich die Items, drücken jedoch unterschiedliche Symptome aus. Abgesehen von solchen Umformulierungen werden Schwierigkeiten in der Erkennung von Kennzeichen der Symptome genannt. Es ist zu empfehlen, dass für eine bessere *Handhabbarkeit* des Instrumentes, ein Leitfaden entwickelt

wird, in dem die Bedeutung der Skalen, dem Verständnis der Items, sowie Kennzeichen der einzelnen Symptome beschrieben wird. Zusätzlich scheint es sinnvoll, falls es noch nicht erfolgt ist, Mitarbeiter ohne Palliativausbildung, die mit dem Instrument konfrontiert werden, zur subjektiven Symptomerkenntnis zu schulen. Ein weiterer Aspekt der *Handhabbarkeit* ist das Layout des Instrumentes. Es muss geprüft werden, inwieweit der DIN-A3-Bogen verkleinert werden kann. Vorstellbar ist, dass dies durch eine Umstellung des Designs möglich ist. So könnte beispielsweise das Eintragen in einen Graphen, wie es bei dem ESAS-R möglich ist (Anhang V), das Format des Instrumentes verkleinern. Ein zusätzlicher Nebeneffekt wäre, eine noch bessere Übersicht über die Veränderung der Symptome. Weiterhin könnten am Rande des Bogens, oder in dem Leitfaden, Symptome aufgelistet werden, die für die geriatrisch-palliative Patientengruppe spezifisch sind. Diese würden somit als „Denkstütze“ für die Anwender des Instrumentes dienen. Weitergehend muss geprüft werden, ob das Instrument um die Symptome wie *Fatigue* und *Unruhe* erweitert werden sollte. Überdies sollten untersucht werden, in wieweit Angehörige und Patienten mit in die Erfassung einbezogen werden können. Auch wenn Patienten kognitiv eingeschränkt sind, z.B. durch eine Demenz, können sie Symptome wie *Schmerzen* äußern (Besendorfer, 2009, 77). Die Durchführung einer Selbsterfassung wie die ESAS-R oder der POS ist bei geriatrischen Palliativpatienten jedoch fraglich. Weiter scheint eine Selbsterfassung in allen drei Schichten, wie sie für den beschriebenen Nutzen des Instrumentes nötig ist, ethisch nicht vertretbar zu sein. Möglicherweise würde dies den Patienten zu stark belasten. Abgesehen hiervon sollten Assessmentinstrumente vor ihrer Einführung durch ein Ethikkomitee geprüft werden (Reuschenbach 2011d, 83). Sollte dies nicht der Fall sein wird empfohlen, eine Überprüfung nachzuholen.

Überdies sollte das Assessmentinstrument durch weitere Instrumente regelmäßig ergänzt werden bzw. mit diesen verknüpft werden. So sollten, wie in Kapitel 3.3 beschrieben, ausgeprägte Symptome, sowie beeinflussende Aspekte, vertieft erfasst werden. Eine Möglichkeit wäre, dies direkt in dem Assessmentbogen mit aufzunehmen. Eine solche Erfassung wählt beispielsweise auch die MSAS (Anhang IX). Jedoch könnte hierdurch die zeitliche Praktikabilität des Instrumentes verloren gehen. Eine weitere Möglichkeit ist, wenn ein Symptom ausgeprägt ist, vertiefende Assessmentinstrumente zu einzelnen Symptomen einzusetzen. Für das vorliegende Assessmentinstrument ist zu prüfen, welche Instrumente als Ergänzung sinnvoll sind. Hierbei müssen auch die Merkmale der spezifischen Patientengruppe berücksichtigt werden. Weitergehend sollte im Team besprochen werden, in wieweit die interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Symptomerfassung gestaltet werden kann. Es ist vorstellbar, dass Symptome in bestimmten Therapien oder in Gesprächen mit

Mitgliedern des interdisziplinären Teams zum Ausdruck kommen, ohne dass die Pflegekräfte diese identifizieren. Eine Anpassung des Assessmentinstrumentes an die Skala und Erfassungshäufigkeit der Ärzte ist fraglich, da sich die Ziele der beiden Instrumente unterscheiden und der Nutzen des pflegerischen Assessmentinstrumentes somit verfehlt werden könnte. Zur Steigerung der *Akzeptanz* des Instrumentes sollte das gesamte Instrument auf der Basis des Dokumentationssystems geprüft werden. Es ist zu untersuchen an welchen Stellen Aspekte auf Grund von Redundanzen gestrichen werden können. Weiterhin sollte der Vorschlag eines offiziellen Druckes berücksichtigt werden, um zum einen die *Akzeptanz* zu steigern aber möglicherweise auch das Layout zu verbessern.

Durch die vorliegende Arbeit wurde deutlich, dass ein Assessmentinstrument zur Symptomerfassung von geriatrischen Palliativpatienten Pflegekräfte in ihrem Handeln unterstützen kann. Dennoch wurde deutlich, dass die Entwicklung sowie Einführung eines eigenen Instrumentes einen komplexen Prozess darstellt, bei dem unterschiedlichste Kriterien zu beachten sind. Werden diese Kriterien und ihre Zusammenhänge nicht oder nur ungenügend beachtet, scheinen Schwierigkeiten in der Anwendung absehbar, die durch eine nachträgliche Modifizierung kompensiert werden sollten.

7 Literaturverzeichnis

Alberta Health Service (2010): Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Verfügbar auf:

<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/3C7%20ESAS-r%20guidelines.pdf>

(Zugriff am 20 April 2012)

Anderson, K.; Anderson, L.; Dröber, A.; Villwock, U. (Hrsg.) (2002): Springer Lexikon Pflege. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Mit 120 Abbildung und 10 Tabellen. Berlin, Heidelberg, Springer

Aoun, S.; Monterosso, L.; Kristjanson, L.; McConigley, R. (2010): Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom. In: Journal of Palliativ Medicine. Jg. 14, Nr. 3, S. 315-321

Bartholomeyczik, S. (2007): Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. In: Pflege. Jg. 20, Nr. 4, S. 211-217

Bartholomeyczik, S. (2009): Standardisierte Assessmentinstrumente: Verwendungsmöglichkeiten und Grenzen. In: Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. 2., aktualisierte Auflage. Hannover, Schlütersche. S.13-24

Bausewein, C.; Fegg, M.; Radbruch, L.; Nauck, F.; Mackensen, S.; Borasio, G.; Higginson, I. (2005): Validation and clinical application of the German version of the Palliative Outcome Scale (POS). Journal of Pain and Symptom Management. Jg. 30, Nr. 1, S.51-62

Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (2010): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 4. Auflage. München, Urban & Fischer

- Bausewein, C.; Daveson, B.; Benalia, H.; Higginson, I. (2011): Outcome Measurement in Palliative Care – The Essentials. Prisma Publications
 Verfügbar auf:
<http://www.csi.kcl.ac.uk/files/Guidance%20on%20Outcome%20Measurement%20in%20Palliative%20Care.pdf> (Zugriff am 20 April 2012)
- Behrens, J.; Langer, G. (2010): Handbuch Evidence-base Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern, Huber
- Bergh, I.; Aass, N.; Haugen, D.; Kaasa, M, Hjermland, M. (2012): Symptom assessment in palliative medicine. In: Journal of the Norwegian Medical Association, Jg.132, Nr.1, S.18-19
- Boockvar, K; Meier, D (2006): Palliative care for frail older adults:”there are things I can’t do anymore tha I wish I could...” In: JAMA : the journal of the American Medical Association. Jg. 296, Nr. 18, S. 2245-2253
- Burns, N.; Groven, S. (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. München, Urban & Fischer
- Cha, E., Kim, K.; Erlen, J. (2007): Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. Journal of Advanced Nursing. Jg.58, Nr. 4, S. 386-395
- Chang, V.; Hwang, S.; Feuerman, M.; Kasimis, B.; Thaler, H. (2000): The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). In: Cancer. Jg. 89, Nr. 5, S.1162-1171
- Field, J.; Lohr, K.; (Hrsg) (1990). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press
- Flick, U. (2002): Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hrsg): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung: Bern, Huber. S. 203- 220

- Genz, H.; Genetzky, E.; Hauer, K.; Oster, P.; Pisterer, M. (2010): Palliative Geriatrie. Wie unterscheiden sich onkologische von nichtonkologischen geriatrischen Patienten im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 43, Nr. 6, S.369-375
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Lehrbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Glaus, A. (2007): Fatigue – die unübliche Müdigkeit. In: Aulbert, E.; Nauch, F.; Radbruch, L. (Hrsg): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Mit 225 Abbildungen und 208 Tabellen. Stuttgart, New York, Schattauer
- Goldstein, N.; Morrison, S. (2005): The intersection between geriatrics and palliative care: a call for a new research agenda. In: Journal of the American Geriatrics Society. Jg. 53, Nr. 9, S. S. 1593-1598
- Gonzales, M.; Widera, E. (2011): Nausea and other nonpain symptoms in long-term care. In: Clinics in geriatric medicine. Jg. 27, Nr.2, S.213-228
- Halek, M.(2008): Was sind gute Assessmentinstrumente? In: Bartholomeyczik, S. (Hrsg.): Pflegebedarf einschätzen. Pflegerische Assessment. Lerneinheit 1 CN Fortbildung und Wissen für die Pflege, Stuttgart, Thieme. S. 5-9
- Hanson, L.; Eckert, J.; Dobbs, D.; Williams, C.; Capriao, A.; Sloane, P.; Zimmermann, S. (2008): Symptom experience of dying long-term care residents. Journal of the American Geriatrics Society. Jg. 56, Nr. 1, S. 91-98
- Holloway, I.; Wheeler, S. (1997): Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft
- Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften. Für Bachelor. Mit 23 Tabellen. Berlin, Springer

- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2011): Health Care Guideline: Palliative Care. Fourth Edition. Verfügbar auf:
http://www.icsi.org/palliative_care/palliative_care_11918.html
(Zugriff am 20. April 2012)
- Kojer, M. (2012): Symptomkontrolle in der Geriatrie In: Aulbert, E.; Pilchmeier, H.; Alberte, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin: mit 204 Tabellen. Stuttgart, Schattauer. S. 821-830
- Kunz, R. (2007): Holistisches Assessment als Grundlage der Palliative Care in der Geriatrie. In: Kippning, C.; Abt-Zeglin, A. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern, Huber. S.124-129
- Löser, A. (2008): Pflegeberichte endlich professionell schreiben. Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter in stationären Altenpflegeeinrichtungen. 3. aktualisierte Auflage. Hannover, Schlütersche
- LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Lukas, A. (2007): In der Endphase des Lebens: Was der Hausarzt hier noch tun sollte. In MMW Fortschritte der Medizin. Jg. 149, Nr. 48, S. 36-39
- Mann, E. (2008) Hausarzt und geriatrischer Patient. In: Böhmer, F.; Füsgen, I.(Hrsg): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien, Köln, Weimer, Böhlaus Verlag. S.339-354
- Matolyecz, E. (2011): Pflege von alten Menschen. Wien, Springer
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Basel: Beltz Verlag
- Mayring, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Basel: Beltz Verlag

Mehnert, A.; Müller, D.; Lehmann, C.; Koch, U. (2006): Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. In Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Jg. 54, Nr. 3, S.213-223

Mergenthal, E (1992): Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript .Ulm, Ulmer Textbank

Meuser, M.; Nagel, U. (2009): Experteninterview und Wandel der Wissensproduktion. Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35-60

Meuser, M.; Nagel, U. (1991) Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. Graz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitative-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Oplanden, Westdeutscher Verlag, S. 441-447

Müller-Staub, M.(2011): Vorwort. In: Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogenen Assessment-instrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Huber.S.57-80

National Consensus Project for Quality Palliative Care (2009): Clinical Practice Guideline for Quality Palliative Care. Second Edition. Verfügbar auf:
<http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf> (Zugriff am 12.04.2012)

Nekolaichuk, Ch.; Watanabe, S.; Beaumont, C. (2008): The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006). In: Palliative Medicine. Jg. 22, Nr. 2, S. 111-122

Neubart, R. (2012): Der geriatrische Patient. Die Alten kommen. In Heilberufe. Jg. 64, Nr. 3 S. 11-13

Nauck, F.; Lindena, G.; Radbruch, L. (2007): Dokumentation und Qualitätsentwicklung in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Nauch, F.; Radbruch, L. (Hrsg): Lehrbuch der

Palliativmedizin. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Mit 225 Abbildungen und 208 Tabellen Stuttgart, New York, Schattauer. S.1297-1307

Olden, A.; Holloway, R.; Ladwig, S.; Quill, T.; Wijngaarden, E. (2011): Palliative Care Needs and Symptom Patterns of Hospitalized Elders Referred for Consultation. In: Journal of Pain and Symptom Management. Jg.42, Nr. 3, S. 410-418

Peters, U. (2007): Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie. Mit einem englisch-deutschen Wörterbuch im Anhang. 6., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Urban & Fischer

Radbruch, L.; Sabatowski, R.; Loick, G.; Jonen-Thielemann, I.; Kasper, M.; Gondek, B.; Lehmann, K.; Thielemann, I. (2000): Cognitive impairment and its influence on pain and symptom assessment in a palliative care unit. Development of a Minimal Documentation System. In: Palliative Medicine. Jg. 14, Nr. 4, S. 266-76

Rattray, J.; Jones, M. (2007): Essential elements of questionnaire design and development. In: Journal of clinical Nursing. Jg. 16, Nr. 2, S. 234-243

Registered Nurses' Association of Ontario (2011): End-of-life care during the last days and hours. Verfügbar über:
http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/End-of-Life_Care_During_the_Last_Days_and_Hours_0.pdf
(Zugriff am 15.04.2012)

Reuschenbach, B. (2008): Wer bewahrt die Praxis vor ungeeigneten Pflegeassessments? In: Pflege. Jg. 21, Nr. 5, S. 295-298

Reuschenbach, B. (2011a) : Definition und Abgrenzung des Pflegeassessment.
In: Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Huber. 27-47

Reuschenbach, B. (2011b) : Relevanz von Pflegeassessmentinstrument.
In: Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Huber. S. 47-55

Reuschenbach, B. (2011c) : Gütekriterien.

In: Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Huber. S. 57-79

Reuschenbach, B. (2011d) : Entwicklung und Publikation von Assessmentinstrument.

In: Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Huber. S. 81-93

Reuschenbach, B. (2011e) :Empfehlungen zum praktischen Einsatz.

In: Reuschenbach, B.; Mahler, C. (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Huber. S. 95-99

Richardson, L.; Jones, G; (2009): A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. In: Current Oncology. Jg. 16, Nr. 1; S. 53-64

Rösler, A.; Hofmann, W.; Renteln-Kruse, W. (2010): Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Jg. 43, Nr. 4, S. 249-253

Schnell, W. (2007): Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. Bern, Huber

Schrems, B. (2007): Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik. Pflege, Jg. 20, Nr. 4, S 218-224

Schulman-Green, D.; Cherlin, E.; McCorkle, R.; Carlson, M.; Beckman Pace, K.; Neight, J.; Hennessy, M.; Johnson-Hurzeler, R.;Bradley, E. (2010): Benefits and Challenges in Use of a Standardized Symptom Assessment in Hospice. In: Journal of Palliative Medicine. Jg. 13, Nr. 2, S.155-159

Seah, S.; Low, J.; Chan, Y. (2005): Symptoms and care of dying elderly patients in an acute hospital. In: Singapore medical journal. Singapore Med. J. Jg. 46, Nr. 5, S. 210-214

- Schuler, M.; Oster, P.; (2008): Geriatrie von A bis Z. Der Praxis-Leitfaden. Stuttgart, Schattauer
- Steffen-Bürgli, B. (2007): Reflexion zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Kippning, C.; Abt-Zeglin, A. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern, Huber. S.30-38
- Siering, U.; Staender, J.; Bergner, E. (2002): Leitfadenorientierte Interviews – eine geeignete Methode zur Ergründung der Handlungsrelevanz von Therapiestandards in der Kardiologie? Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hrsg): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung: Bern, Huber. S. 285-305
- Stiel, S.; Matthes, ME.; Bertram, L.; Ostgathe, C.; Elsner, F.; Radbruch, L. (2010): Validierung der neuen Fassung des Minimal Dokumentationssystems (MIDOS²) für Patienten in der Palliativmedizin. Deutsche Version der Edmonton Assessment Scale(ESAS). In: Der Schmerz. Jg. 24, Nr. 5, S.596-604
- Watanabe, S.; Nekolaichuk, C.; Beaumont, C.; Johnson, L.; Myers, J.; Strasser, F.(2011):A multi-centre comparison of two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. Journal of Pain and Symptom Management. Jg. 41, Nr. 2, S. 456-468.
- Wied, S.; Warmbrunn, A. (2007): Psyhyrembel. Pflege. Pflgetechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht. 2. überarbeite und erweiterte Auflage. Berlin, de Gruyter
- Wrobel, N., Niefer, H. (2012): Geriatriische Krankheitsbilder In: Aulbert, E.; Pilchmeier, H.; Alberte, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin: mit 204 Tabellen. Stuttgart, Schattauer. S. 793-820
- Woo, J.; Lo,R.; Cheng, J.; Wong, F.; Mak,B. (2011): Quality of end-of-life care for non-cancer patients in a non-acute hospital. In: International journal of older people nursing. Jg. 20, Nr. 13-14. S.1824-1841

World Health Organisation (2004): WHO Definition of Palliative Care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Zugriff am 21.04.2012)

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Bernadette Hosters

7 Anhang

I. Anhang: Symptomerfassungsbogen.....	55
II. Anhang: Literaturrecherche zur Symptomprävalenz	56
III. Anhang: Symptomprävalenz geriatrischer Palliativpatienten.....	57
IV. Anhang: Edmonton Symptom Assessment System (revised version).....	59
V. Anhang: Edomonton Symptom Assessment System Graph.....	61
VI. Anhang: Minimales Dokumentationssystem	62
VII. Anhang: Palliative care Outcome Scale	63
VIII. Anhang: Distress-Thermometers	65
IX. Anhang: Memorial Symptom Assessment Scale	66
X. Anhang : Interviewleitfaden	68
XI. Anhang: Datenschutzerklärung	71
XII. Anhang : Transkripte der Interviews.....	72
XIII. Anhang: Categoriesystem	95
XIV. Anhang: Categoriesystem mit Interviewinhalten	99
XV. Anhang: Abgleich der Symptome	116

I. Anhang: Symptomerfassungsbogen

Dieser Anhang steht aus Gründen des Urheberrechtes nur den Prüfenden zur Verfügung.

II. Anhang: Literaturrecherche zur Symptomprävalenz

1. Literaturrecherche in der Datenbank PubMed (05.04.2012)

#	Suchwort	Limitation	Ergebnisse
1	Palliative Care [Mesh]		35959
2	Signs and Symptoms [Mesh]		1449373
3	Geriatrics [Mesh]		25797
4	#1 AND #2 AND #3		22
5	#4	Englisch/Deutsch	20

Ausschlusskriterien: Studien deren Fokus aus spezifischen Symptomen lag. Studien sich auf ein spezielles Krankheitsbild beziehen.

Sichtung der Titel der Studien im Bezug auf die Ausschlusskriterien: 7 relevante Studien

Sichtung der Abstracts im Bezug auf die Ausschlusskriterien: 2 relevante Studien

2. Literaturrecherche in der Datenbank PubMed (06.04.2012)

#	Suchwort	Limitation	Ergebnisse
1	Geriatric*		96530
2	Palliativ* OR „End of life care“		57639
3	Symptom* OR Sign*		1412133
4	#1 AND #2 AND #3		232
5	#4	Englisch/Deutsch	218
6	#5	Last 10 Years	167

Ausschlusskriterien: Studien deren Fokus aus spezifischen Symptomen lag. Studien sich auf ein spezielles Krankheitsbild beziehen

Sichtung der Titel der Studien im Bezug auf Ausschlusskriterien: 19 relevante Studien

Sichtung der Abstracts im Bezug auf die Ausschlusskriterien: 7 relevante Studien

Insgesamt wurden 8 Studien dieser Literaturrecherche in der vorliegenden Arbeit verwendet.

III. Anhang: Symptomprävalenz geriatrischer Palliativpatienten

Symptom	Häufigkeit des Auftretens	Identifikationsnummer
Schmerz/Pain	8	1,2,3,4,5,6,7,8
Übelkeit/Nausea	6	1,4,5,6,7,8
Dyspnoe/Dyspnea	6	1,2,4,6,7,8
Anxiety/Angst	4	1,4,5,7
Depression	4	1,2,5,7
Anorexia/Appetitmangel	3	1,5,6,7,8
Verstopfung/Constipation	3	1,4,6
Dysphagie/Dysphagia	3	2,3,8
Unruhe/Agitation	3	2,4,6
Erbrechen/Vomiting	3	2,4,6
Verwirrtheit/Confusion	3	2,4,6
Gewichtverlust/Weight loss	2	1,8
Fieber/Fever	2	2,6
Wunden/Wounds	2	2,6
Schleim/Respiratory Secretion	2	2,4
Weakness/Schwäche	2	1,3
Fatigue	2	1,3
Durchfall	1	6
Rasselatmung	1	4
Skin breakdown	1	3
Oral Discomfort	1	3
Dizziness	1	3
Insomnia	1	1
Dehydration	1	8
Ödeme	1	3

Verwendete Studien mit Identifikationsnummer

[1] Boockvar, K; Meier, D (2006): Palliative care for frail older adults: "there are things I can't do anymore than I wish I could..." In: JAMA : the journal of the American Medical Association. Jg. 296, Nr. 18, S. 2245-2253

[2] Seah, S.; Low, J.; Chan, Y. (2005): Symptoms and care of dying elderly patients in an acute hospital. In: Singapore medical journal. Singapore Med. J. Jg.46, Nr.5, S.210-214

[3] Woo, J.; Lo, R.; Cheng, J.; Wong, F.; Mak, B. (2011): Quality of end-of-life care for non-cancer patients in a non-acute hospital. In: International journal of older people nursing. Jg. 20, Nr. 13-14. S.1824-1841

[4] Lukas, A. (2007): In der Endphase des Lebens : Was der Hausarzt hier noch tun sollte. In: MMW Fortschritte der Medizin. Jg. 149, Nr. 48, S. 36-39

[5] Gonzales, M.; Widera, E. (2011): Nausea and other nonpain symptoms in long-term care. In: Clinics in geriatric medicine. Jg. 27, Nr.2, S.213-228

[6] Genz, H.; Genetzky, E.; Hauer, K.; Oster, P.; Pisterer, M. (2010): Palliative Geriatrie. Wie unterscheiden sich onkologische von nichtonkologischen geriatrischen Patienten im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, Nr. 6, S.369-375

[7] Olden, A.; Holloway, R.; Ladwig, S.; Quill, T.; Wijngaarden, E. (2011): Palliative Care Needs and Symptom Patterns of Hospitalized Elders Referred for Consultation. In: Journal of Pain and Symptom Management. Jg.42, Nr.3, S.410–418

[8] Hanson, L.; Eckert, J.; Dobbs, D.; Williams, C.; Capriao, A.; Sloane, P.; Zimmermann, S. (2008): Symptom experience of dying long-term care residents. Journal of the American Geriatrics Society. Jg. 56, Nr. 1, S. 91-98

IV. Anhang: Edmonton Symptom Assessment System (revised version)



Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No _____ Other Problem <i>(for example constipation)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible _____

Patient's Name _____

Date _____ Time _____

Completed by (check one):

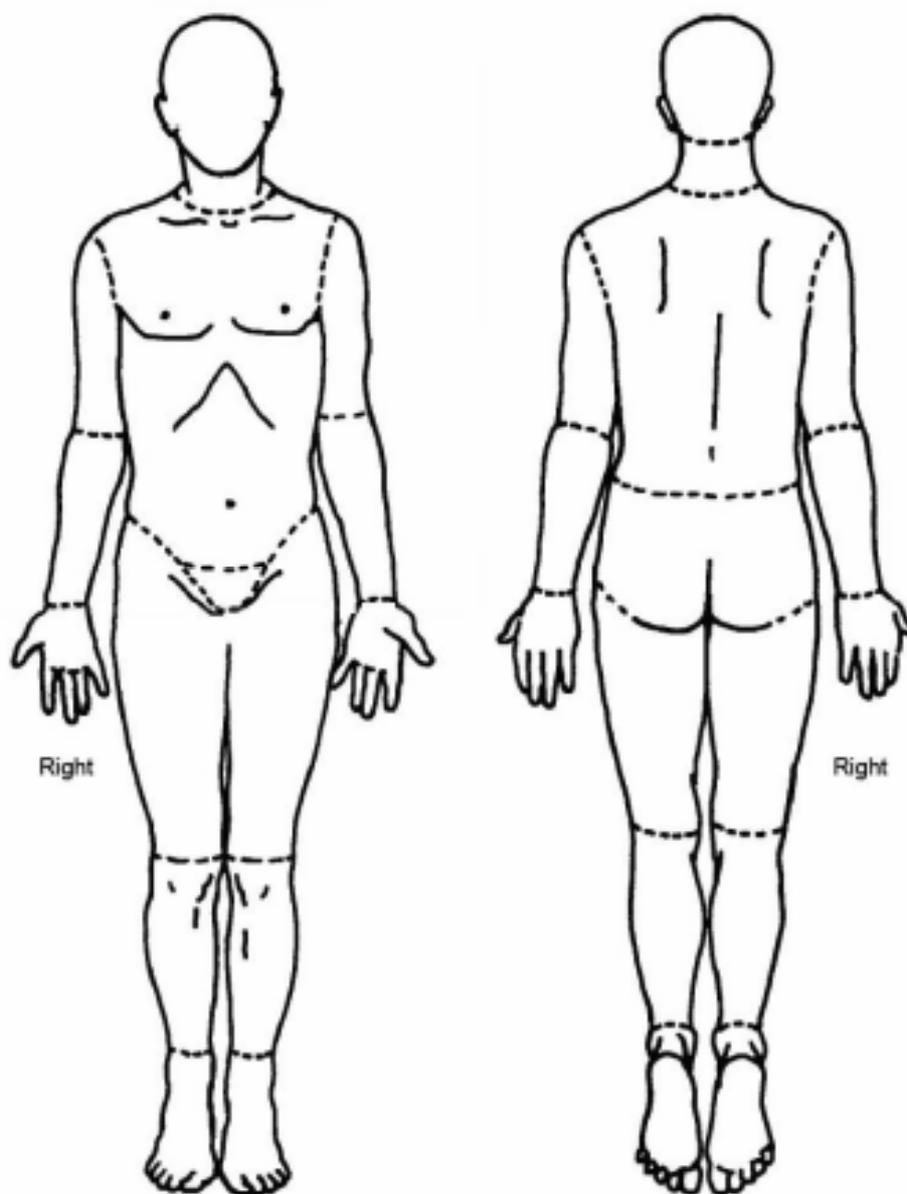
- Patient
- Family caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted

BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE

ESAS-r

revised: November 2010

Please mark on these pictures where it is that you hurt:



Alberta Health Service (2010): Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R). Verfügbar auf: <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/3C7%20ESAS-r.pdf>
Verfügbar über: (Zugriff am 20 April 2012)

V. Anhang: Edmonton Symptom Assessment System Graph

 	
Edmonton Symptom Assessment System Graph (ESAS-r)	
Date	
Pain	
Tiredness	
Drowsiness	
Nausea	
Lack of Appetite	
Shortness of Breath	
Depression	
Anxiety	
Well being	
Other	
Mini-Mental (Normal _____)	
PPS	
Completed by P = Patient F = Family Caregiver H = HCP Caregiver C = caregiver-assisted	Level of Education _____ Cage Score _____

Revised: November 2010

Alberta Health Service (2010): Edmonton Symptom Assessment System Graph (ESAS-R).
 Verfügbar auf: <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/3C7%20ESAS-r%20Graph.pdf>
 Verfügbar über: (Zugriff am 20 April 2012)

VI. Anhang: Minimales Dokumentationssystem

HOPE ©2012 MIDOS		M	Basisbogennr:									
<p>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Sie kennen Ihre Situation selber am Besten. Darum bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen und die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie sie im Augenblick bei sich wahrnehmen.</p> <p>Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!</p>		<p>1. Name</p> <p>13. Datum</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
M1. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.												
Schmerz	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schmerzen								
Übelkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit								
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leichtes	<input type="checkbox"/> mittleres	<input type="checkbox"/> starkes Erbrechen								
Luftnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Luftnot								
Verstopfung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Verstopfung								
Schwäche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schwäche								
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leichter	<input type="checkbox"/> mittlerer	<input type="checkbox"/> starker Appetitmangel								
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Müdigkeit								
Depressivität	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Depressivität								
Angst	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Angst								
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke								
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke								
M2. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen:												
Befinden	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut							
M3. Bemerkungen:												
M4. Selbsterfassung nicht möglich wegen:												
<input type="checkbox"/> Sprachproblemen <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Kognitiven Störungen <input type="checkbox"/> Patient lehnt ab <input type="checkbox"/> keine Zeit												

Hospiz- und Palliativversorgung – Standarddokumentation(2012): MIDOS. Verfügbar auf: <http://www.hope-clara.de/download/HOPE2012Midos.pdf> (Zugriff am 12.04.2012)

VII. Anhang: Palliative care Outcome Scale

Palliative care Outcome Scale PATIENT QUESTIONNAIRE (version 1)



www.pos-pal.org

Patient name:Assessment date:

Date of birth:Assessment no:

Care setting:

Please answer the following questions by ticking the box next to the answer that is most true for you. Your answers will help us to keep improving your care and the care of others.
Thank you.

- 1 Over the past 3 days, have you been affected by pain?
 0 Not at all, no effect
 1 Slightly - but not bothered to be rid of it
 2 Moderately - pain limits some activity
 3 Severely - activities or concentration markedly affected
 4 Overwhelmingly - unable to think of anything else
- 2 Over the past 3 days, have other symptoms e.g. nausea, coughing or constipation seemed to be affecting how you feel?
 0 No, not at all
 1 Slightly
 2 Moderately
 3 Severely
 4 Overwhelmingly
- 3 Over the past 3 days, have you been feeling anxious or worried about your illness or treatment?
 0 No, not at all
 1 Occasionally
 2 Sometimes - affects my concentration now and then
 3 Most of the time - often affects my concentration
 4 Can't think of anything else - completely pre-occupied by worry and anxiety
- 4 Over the past 3 days, have any of your family or friends been anxious or worried about you?
 0 No, not at all
 1 Occasionally
 2 Sometimes - it seems to affect their concentration
 3 Most of the time
 4 Yes, always preoccupied with worry about me
- 5 Over the past 3 days, how much information have you and your family or friends been given?
 0 Full information or as much as wanted - always feel free to ask
 1 Information given but hard to understand
 2 Information given on request but would have liked more
 3 Very little given and some questions were avoided
 4 None at all - when we wanted information

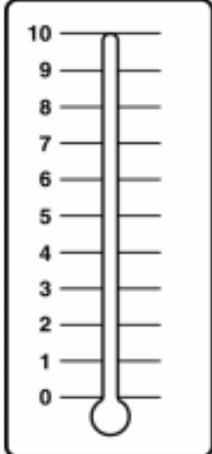
- 6 Over the past 3 days, have you been able to share how you are feeling with your family or friends?**
- 0 Yes, as much as I wanted to
- 1 Most of the time
- 2 Sometimes
- 3 Occasionally
- 4 No, not at all with anyone
- 7 Over the past 3 days, have you felt that life was worthwhile?**
- 0 Yes, all the time
- 1 Most of the time
- 2 Sometimes
- 3 Occasionally
- 4 No, not at all
- 8 Over the past 3 days, have you felt good about yourself as person?**
- 0 Yes, all the time
- 1 Most of the time
- 2 Sometimes
- 3 Occasionally
- 4 No, not at all
- 9 Over the past 3 days, how much time do you feel has been wasted on appointments relating to your healthcare, e.g. waiting around for transport or repeating tests?**
- 0 None at all
- 2 Up to half a day wasted
- 4 More than half a day wasted
- 10 Over the past 3 days, have any practical matters resulting from your illness, either financial or personal, been addressed?**
- 0 Practical problems have been addressed and my affairs are as up to date as I would wish
- 2 Practical problems are in the process of being addressed
- 4 Practical problems exist which were not addressed
- 0 I have had had no practical problems
- 11 If any, what have been your main problems in the last 3 days?**
1.
2.
- 12 How did you complete this questionnaire?**
- 0 On my own
- 1 With the help of a friend or relative
- 2 With the help from a member of staff

Higginson, I (2010): Palliative care Outcome Scale. Verfügbar auf:
<http://pos-pal.org/POS-in-English.php> (Zugriff am 12.04.2012)

VIII. Anhang: Distress-Thermometers

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
		Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____

NCCN 1.2005 Distress Management Guidelines. © National Comprehensive Cancer Network. Alle Rechte vorbehalten. Deutsche Version: Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Englische Prüfung eines Screening-Instrumentes zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (3), 213-223.

Mehnert A., Müller D., Lehmann C., Koch U. (2006). NCCN Distress-Thermometers.

Verfügbar auf: <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/>

fileadmin/Datenpool/einrichtungen/darmzentrum_id548/dateien/distressthermometer.de.pdf

(Zugriff am 12.04.2012)

IX. Anhang: Memorial Symptom Assessment Scale

MEMORIAL SYMPTOM ASSESSMENT SCALE														
Name							Date							
Section 1														
Instructions: We have listed 24 symptoms below. Read each one carefully. If you have had the symptom during this past week, let us know how <u>OFTEN</u> you had it, how <u>SEVERE</u> it was usually and how much it <u>DISTRESSED</u> or <u>BOTHERED</u> you by circling the appropriate number. If you <u>DID NOT HAVE</u> the symptom, make an "X" in the box marked "DID NOT HAVE."														
DURING THE PAST WEEK Did you have any of the following symptoms?	D I D N O T H A V E	IF YES				IF YES				IF YES				
		How OFTEN did you have it?				How SEVERE was it usually				How much did it DISTRESS or BOTHER you?				
		Rarely	Occasionally	Frequently	Almost Constantly	Slight	Moderate	Severe	Very Severe	Not at all	A Little Bit	Somewhat	Quite a Bit	Very Much
Difficulty concentrating		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Pain		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Lack of energy		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cough		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling nervous		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dry mouth		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nausea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling drowsy		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Numbness/tingling in hands/feet		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Difficulty sleeping		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling bloated		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problems with urination		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Vomiting		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Shortness of breath		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Diarrhea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling sad		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sweats		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Worrying		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problems with sexual interest or activity		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Itching		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Lack of appetite		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dizziness		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Difficulty swallowing		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling irritable		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Section 2										
INSTRUCTIONS: We have listed 8 symptoms below. Read each one carefully. If you have had the symptom during this past week, let us know how SEVERE it was usually and how much it DISTRESSED or BOTHERED you by circling the appropriate number. If you DID NOT HAVE the symptom, make an "X" in the box marked "DID NOT HAVE."										
DURING THE PAST WEEK, Did you have any of the following symptoms?	D I D N O T H A V E	IF YES How SEVERE was it usually?				IF YES How much did it DISTRESS or BOTHER you?				
		Slight	Moderate	Severe	Very Severe	Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
Mouth sores		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Change in the way food tastes		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Weight loss		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Hair loss		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Constipation		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Swelling of arms or legs		1	2	3	4	0	1	2	3	4
"I don't look like myself"		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Changes in skin		1	2	3	4	0	1	2	3	4
IF YOU HAD ANY OTHER SYMPTOMS DURING THE PAST WEEK, PLEASE LIST BELOW AND INDICATE HOW MUCH THE SYMPTOM HAS DISTRESSED OR BOTHERED YOU.										
Other:						0	1	2	3	4
Other:						0	1	2	3	4
Other:						0	1	2	3	4

National Palliative Care Research Center Resources: Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS). Verfügbar auf:

http://www.npcrc.org/usr_doc/adhoc/painsymptom/memorial_symptom_assessment_scale.pdf
(Zugriff am 21.04.2012)

X. Anhang : Interviewleitfaden

Vorbemerkung

1. Erläuterung der Ziele der Bachelorarbeit und der Rolle des Interviews:

Ziel: Die Anwendung eines Assessmentinstrumentes zur Symptomerfassung von Patienten auf einer geriatrischen Palliativstation soll dargestellt werden. Im Anschluss sollen bestehende Schwierigkeiten identifiziert werden, um Vorschläge zur Modifikation des Instrumentes und deren Handhabung zu machen.

Rolle des Interviews: Durch die Interviews soll zum eine die Symptomerfassung durch Anwendung eines Assessmentinstrumentes dargestellt sowie Probleme in der Anwendung und Verbesserungsvorschläge des pflegerischen Teams mit aufgenommen werden.

2. Datenschutz, Einwilligungserklärung und Tonbandaufzeichnungen

Erläuterung der Datenschutzerklärung, der Einwilligungserklärung und die Aufklärung über die Tonbandaufzeichnungen (Siehe Datenschutz- und Einwilligungserklärung).

Es werden offene, qualitative Interviews geführt, sodass die Interviewerin einen Leitfaden nützt, der den Befragten Raum gibt Erfahrungen, Meinungen und Ideen zu äußern.

Leitfragen

Zur Forschungsfrage: Welche Symptome, werden wie von geriatrischen Palliativpatienten durch ein pflegerisches Assessmentinstrument erfasst und wie werden welche Daten aus dem Assessmentinstrument genutzt?

Assessmentinstrument (Aufwärmfrage)

Beschreibe bitte Euren Bogen (Assessmentinstrument) zur Symptomerfassung der palliativen Patienten?

- *Wie ist der Bogen aufgebaut?*
- *Was wird erfragt?*

Anwendung

Wie gestaltet sich die Anwendung des Assessmentbogens in Eurem Pflegealltag?

- *Von wem wird es angewendet?*
- *Wie oft werden die Symptome erfasst?*
- *Wie wird es angewendet? Direkt am Patienten oder bei der Dokumentation?*
- *Wird der Patient in die Beurteilung mit einbezogen?*

Entwicklung des Instrumentes

Ihr habt diesen Bogen selbst entwickelt - Kannst du dich an den Entwicklungsprozess des Assessments erinnern? Wie gestaltete sich dieser?

- *Was war der Grund zur Entwicklung des Assessments (Ziel)?*
- *Wer/ Welche Berufsgruppen waren beteiligt?*
- *Wie wurden Symptome für das Assessment ausgewählt?*
- *Gab es einen Grund für die vorgegebene Häufigkeit der Anwendung?*
- *Gab es eine Schulung zur Einführung des Assessments oder eine Testphase?*

(Anwendungsbezogene Güterkriterien)

Relevanz

In wieweit, hast du das Gefühl, dass dir das der Assessmentbogen hilft die Ziele (zuvor oben erfragt) zu erreichen?

- *Was ist dein persönlicher Nutzen durch das Assessmentinstrument?*
- *Gibt es von dir noch weitere Vorschläge oder Ideen, die durch ein Assessment zur Symptomerfassung erreicht werden sollten?*
- *Wie relevant sind die einzelnen erfassten Symptome? Gibt es Symptome die nicht abgefragt werden?*

Klinische Wirksamkeit (Nutzen)

Welchen (weiteren) Nutzen siehst Du für *dich*, aber auch für das Team und den Patienten in der Anwendung des Assessments?

- *Unterstützt dich der Bogen bei der Ableitung von pflegerische Interventionen?*
- *Kann der Nutzen für den Patienten gesteigert werden?*

- *Kann der Nutzen für dich oder das Team gesteigert werden?*
- *Profitieren auch andere Berufsgruppen von den erfassten Symptomen? /Könnten andere Gruppen denn hiervon profitieren?*
- *Auf welche Fähigkeiten greifst du bei der Nutzung zurück?*

Handhabbarkeit

Wie Anwenderfreundlich würdest du den Assessmentbogen bezeichnen?

- *Findest Du den Aufwand zur Anwendung angemessen? Wie würde ein angemessener Aufwand aussehen?*
- *Wie verständlich sind die einzelnen Items/Symptome?*
- *Wie handlich ist der Bogen im Format?*
- *Wie praktikabel sind die Skalen?*
- *Was würde eine Anwendung vereinfachen? Gibt es Ideen zur Verbesserung der Handhabbarkeit?*
- *Wie Sicher fühlst Du dich in der Anwendung? Was würde Dir zu einer sicheren Anwendung helfen?*
- *Welche positiven Aspekte gibt es in der Anwendung des Instrumentes?*

Akzeptanz

In wieweit wird der Assessmentbogen angenommen?

- *Wie häufig wird das Assessment angewendet? Wie oft ist eine Anwendung deiner Meinung nach nötig?*
- *Wie könnte eine Akzeptanz gesteigert werden?*

Sonstiges:

Gibt es noch Aspekte, die im Bezug auf den Assessmentbogen nicht genannt wurden?

- *Weitere positiven Aspekte/Probleme des Assessments?*
- *Weitere Verbesserungsvorschläge?*

XI. Anhang: Datenschutzerklärung

Interviewer: Bernadette Hosters

Egenbüttler Weg 7

22457 Hamburg

Bernadette.hosters@haw-hamburg.de

Tel. 017682113750

Datenschutzerklärung

Außer der Berufsbezeichnung werden keine weiteren personenbezogenen Angaben erhoben. Informationen, die im Zusammenhang mit weiteren Interviewinhalten eine Identifizierung von Personen ermöglichen würden, werden im Transkript unkenntlich gemacht.

Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert, nach wissenschaftlichen Methoden inhaltlich weiterverarbeitet und deren Information in der Bachelorarbeit verwendet.

Auf Wunsch des Interviewten kann eine Abschrift des eigenen Interviews ausgestellt werden.

Audiodaten sowie personenbezogene Daten werden mit einreichen der Bachelorarbeit vernichtet (vorrausichtlich der 01.06.2012).

Zu Wahrung der Anonymität wird das Transkript des Interviews nicht in der wissenschaftlichen Arbeit aufgenommen, sondern in anonymisierter Form in einem separaten Dokument den Prüfenden zur Verfügung gestellt.

Wörtliche Zitate aus dem Interview werden nur mit Einwilligung des Interviewten in der Bachelorarbeit verwendet werden.

Um unberechtigten Zugriff auf die Daten zu verhindern, werden alle elektronischen Dokumente bis zu deren Vernichtung mit einem Passwort geschützt. Die Tonbandaufnahmen befinden sich bis zu deren Vernichtung unter Verschluss.

Einverständniserklärung

Ich,....., erkläre mich damit einverstanden, an einem Interview im Rahmen der Bachelorarbeit von Bernadette Hosters, zu dem Thema „Optimierung eines Assessmentinstrument zur Symptomererkennung von Patienten auf einer geriatrischen Palliativstation“ teilzunehmen. Der Datenschutz wird entsprechend der oben genannten Datenschutzerklärung gewährleistet werden. Die Einverständniserklärung kann jederzeit zurückgezogen werden.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Antworten auf alle Fragen können verweigert werden.

(Ort, Datum, Unterschrift)

XII. Anhang : Transkripte der Interviews

Dieser Anhang steht aus Gründen des Datenschutzes nur den Prüfenden zur Verfügung.

XIII. Anhang: Kategoriensystem

Hauptkategorie	Definition der Hauptkategorie	Unterkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele (zur Wahrung der Anonymität werden nur Verweise der Textstellen dargestellt)
K1 Anwendung des Assessmentinstrumentes	Beschreibungen von positiven Aspekten, Schwierigkeiten, sowie Verbesserungsvorschlägen die einen Bezug zu der Anwendung des Instrumentes aufweisen.	K1.1 Positive Aspekte	Vorteile die in der Anwendung des Instrumentes gesehen werden.		[B1/ 136-138]
		K1.2 Schwierigkeiten	Schwierigkeiten die in der Anwendung des Instrumentes gesehen werden.		[B1/92-95]
		K1.3 Verbesserungsvorschläge	Angaben zu Verbesserungsvorschlägen des Instrumentes sowie in seiner Anwendung.		[B1/ 171-177]
K2 Gütekriterien zu Assessmentinstrumente	Aussagen die Anwendungs- und Instrumentenbezogenen Gütekriterien zugeordnet werden	K2.1 Erstellung und Implementierung des Assessmentinstru	Angaben zu Instrumentenbezogenen Gütekriterien und deren Kriterien wie z.B. Auswahl der Items; Angaben zum		[B1/58-63]

	<p>können. Hierzu zählen auch Angaben zum Implementierungsprozess (siehe Kategorie 2.1) sowie weitere Empfehlungen für Assessmentinstrumente (siehe Kategorie 2.7 und 2.8).</p>	<p>mentes.</p>	<p>Entstehungs- und Implementierungsprozess, sowie Auswahl und Vollständigkeit der einzelnen Items (um zu analysieren ob Gütekriterien berücksichtigt wurden).</p> <p>Angaben zum Anwendungsziel des Assessmentinstrumentes und Zielerreichungen. Berücksichtigung des Einflussfaktors: Eingliederung in das gesamte Dokumentationssystem.</p>	<p>Nur Angaben welche einen Nutzen des Assessmentinstrument, im Bezug auf das Handeln für die Pflegekraft, bieten. Nicht der Nutzen der durch das Instrument für den Patienten erreicht wird. Wie werden Interventionen durch das Instrument gebildet (und nicht welche).</p>	<p>[B1/99-100]</p>
	<p>K.2.3 Klinische Wirksamkeit</p>	<p>Angaben zu patientennahen Outcomes durch das Assessmentinstrument sowie zur Kompetenz der Pflegenden als Einflussfaktor auf die klinische Wirksamkeit.</p>	<p>Angaben welche Vorteile bei dem Patienten durch das Instrument entstehen. Welche Interventionen werden durch das Instrument gebildet (und nicht wie).</p>	<p>[B1/152- 154]</p>	
	<p>K.2.4 Handhabbarkeit</p>	<p>Kriterien die für die Handhabbarkeit von Bedeutung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeit von Maßnahmenableitung - Zeitaufwand - Format - Verständnis der Skalen 	<p>Auch allgemeine Angaben zur Anwendung des Instrumentes.</p>	<p>[B1/92-95]</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Verständnis der Items - Schulungsaufwand 	<p>Meinungen zu dem Assessmentinstrumentes von den Interviewten sowie zu dem gesamten Team. Keine Angaben die den Nutzen konkretisieren (Relevanz).</p>	[B1/183-187]
	K.2.5 Akzeptanz	<p>Grundinstellungen gegenüber dem Assessmentinstrumentes; erlebter Mehrwert. Pflegerischer Nutzen. Angaben zu Kennzeichen der Akzeptanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit der tatsächlichen Anwendungen - Sichtbarer Nutzen - Passung zum Setting 	<p>Angaben zum Kosten-Nutzeneffekten.</p>		[B3/228-229]
K3: Symptom- erfassung von (geriatrisch) palliativen Patienten	K2.6 Ökonomische Bewertung	K3.1 Bandbreite der Symptome, sowie Erfassung von Einflussfaktoren	Angaben über Symptome die bei der speziellen Patientengruppe auftreten. Angaben sowohl psychische wie auch physische Probleme. Einbezug anderer Assessmentinstrumente die auch soziale und kulturelle Aspekte erfassen.	Auswahl der Items, sowie deren Bandbreite die für die Erfassung von geriatrischen Palliativpatienten benutzt werden.	[B1/62-63]
	K3.2 Häufigkeit der Anwendung (Regelmäßige Erhebung)	K3.2 Häufigkeit der Anwendung des Instrumentes gemacht werden.	Angaben die zu der Häufigkeit der Anwendung des Instrumentes gemacht werden.		[B1/ 23]
	K3.3 Vorbereitung auf	K3.3 Spezifische Maßnahme die bei der Implementierung des	Spezifische Maßnahme die bei der Implementierung des		

XIV. Anhang: Kategoriensystem mit Interviewinhalten

Dieser Anhang steht aus Gründen des Datenschutzes nur den Prüfenden zur Verfügung.

XV. Anhang: Abgleich der Symptome

Abgleich der identifizierten Symptome der Literatur mit den Items der Assessmentinstrumente der Station

Symptom aus Literatur	Items des pflegerischen Assessmentbogen der Station	Items des Assessmentinstrument der Ärzte
Schmerz	Schmerzen	Schmerz
Nausea	Übelkeit/Erbrechen	
Dyspnoe	Luftnot	Luftnot
Angst	Angst	Angst
Depression		Depressivität
Anorexia	Appetit	
Verstopfung	Verstopfung	Verstopfung
Dysphagie		Dysphagie
Unruhe/Agiation		Unruhe
Erbrechen	Übelkeit/Erbrechen	Erbrechen
Verwirrtheit/Confusion		Verwirrtheit
Gewichtverlust		
Fieber		
Wunden/Wounds		Wunden
Respiratorischer Schleim		Verschleimung
Schwäche	Müdigkeit/Schwäche	Schwäche
Fatigue	Müdigkeit/Schwäche	
Durchfall		Diarrhoe
Rasselatmung		
Skin breakdown		
Oral Discomfort	Mundtrockenheit	Mundtrockenheit
Dizziness		
Insomnia		
Dehydration		
	Befinden	Ödeme Durst Ascites Anspannung Myoklonie Kommunikationsstörungen