

# **Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit**

29. Oktober 2000

**Maria Müller Staub  
Studentinnen ID-Nr.: 973691  
Master in Nursing Science  
Faculty of Health Sciences  
University of Maastricht/WE'G Aarau**

ZUSAMMENFASSUNG .....	1
ABSTRACT .....	2
VORWORT .....	3
<b>1. EINFÜHRUNG</b>	<b>4</b>
1.1. AUFBAU DER ARBEIT .....	4
1.2. PROBLEMSTELLUNG .....	4
1.2.1. <i>Stand der Forschung</i> .....	4
1.2.2. <i>Ziele der Arbeit</i> .....	6
1.2.3. <i>Forschungsfrage</i> .....	6
<b>2. THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>7</b>
2.1. DEFINITION DES KONZEPTS PFLEGEDIAGNOSTIK .....	7
2.1.1. <i>Begründungen zur Anwendung von Pflegediagnostik</i> .....	8
2.1.2. <i>Begründungen für die Pflegedokumentation</i> .....	9
2.2. DEFINITION DES KONZEPTS PATIENTINNEN-ZUFRIEDENHEIT .....	9
2.2.1. <i>Begründungen zur Erhebung von Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik</i> .....	11
2.3. PFLEGEDIAGNOSTIK AM USZ .....	11
2.3.1. <i>Hauptaspekte des Leitfadens für Pflegediagnostik</i> .....	12
2.3.2. <i>Operationalisierung des Konzepts Pflegediagnostik</i> .....	14
2.3.3. <i>Operationalisierung des Konzepts Patientinnen-Zufriedenheit</i> .....	15
2.4. HYPOTHESEN .....	16
<b>3. FORSCHUNGSMETHODEN</b>	<b>16</b>
3.1. FORSCHUNGSDESIGN .....	16
3.1.1. <i>Erklärende Variablen</i> .....	16
3.2. STICHPROBE .....	17
3.3. DATENERHEBUNG .....	18
3.3.1. <i>Ethische Überlegungen</i> .....	19
3.4. ANALYSE DER STICHPROBE .....	20
3.5. MESSINSTRUMENTE .....	24
3.5.1. <i>Skalenanalyse und Gütekriterien</i> .....	25
3.6. DATENANALYSE .....	28
<b>4. RESULTATE</b>	<b>29</b>
4.1. DESKRIPTIVE ANALYSE DER „DOKUMENTATION DIAGNOSTIK“ .....	29
4.2. DESKRIPTIVE ANALYSE DER „PATIENTINNEN-ZUFRIEDENHEIT“ .....	30
4.3. ANALYSE DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN PFLEGEDIAGNOSTIK UND PATIENTINNEN-ZUFRIEDENHEIT .....	32
<b>5. DISKUSSION</b>	<b>34</b>
5.1. ZUSAMMENHANG PFLEGEDIAGNOSTIK UND PATIENTINNEN-ZUFRIEDENHEIT .....	34
5.2. METHODOLOGISCHE DISKUSSION UND GRENZEN DER STUDIE .....	39
5.3. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK .....	43
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>45</b>
<b>ANHANG</b>	<b>49</b>
ANHANG: OPERATIONALISIERUNG .....	49
<i>Operationalisierung des Konzepts Pflegediagnostik</i> .....	49
<i>Operationalisierung des Konzepts Patientinnen-Zufriedenheit</i> .....	50
ANHANG V: ANALYSE-INSTRUMENT DIAGNOSTIK .....	53

ANHANG VI: BRIEF AN PATIENTINNEN.....	55
ANHANG VII: PATIENTINNEN – FRAGEBOGEN.....	57

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Histogramm Altersklasse/Stockwerk.....	20
Abbildung 2: Histogramm Altersklasse/Geschlecht.....	21
Abbildung 3a, b+c: Histogramme Altersklasse/Geschlecht je Stockwerk.....	21
Abbildung 4a, b+c: Histogramme Altersklasse/Pflegeintensität je Stockwerk.....	22
Abbildung 5a+b: Histogramme Geschlecht/Altersklasse/Pflegeintensität.....	22
Abbildung 6: Streudiagramm Frage 36: Scorestufen 4 und 5 des Instruments „Patientinnen-Zufriedenheit“.....	27
Abbildung 7a, b+c: Histogramme der Subkonzepte, gemessen mit dem Instrument „Dokumentation Diagnostik“.....	29
Abbildung 8: Histogramm der Gesamtscores „Dokumentation Diagnostik“.....	30
Abbildung 9a, b+c: Histogramme der Subkonzepte, gemessen mit dem Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“.....	31
Abbildung 10: Histogramm der Gesamtscores „Patientinnen-Zufriedenheit“.....	32
Abbildung 11: Streudiagramm Subkonzept Interaktion „Dokumentation Pflegediagnostik“ versus „Patientinnen-Zufriedenheit“.....	33

## Zusammenfassung

Das übergeordnete Ziel der Studie war, einen möglichen Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit zu untersuchen. Die Forschungsfrage lautete, ob ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation und der von Patientinnen empfundenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik besteht. Der Zusammenhang wurde mittels eines korrelativen Designs analysiert. Die Forschungshypothese hiess: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit; eine gute Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation geht mit einer hohen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik einher.

Die Stichprobe bestand aus 57 Dermatologie-Patientinnen, deren Pflegedokumentationen und Pflegenden von drei Abteilungen am UniversitätsSpital Zürich. Die Pflegediagnostik wurde von zwei Gesichtspunkten her analysiert; einerseits aus dem fachlich-pflegerischen Fokus und andererseits aus dem Fokus der Patientinnen. Aus dem fachlich-pflegerischen Fokus ist anhand von Pflegedokumenten-Analysen *die Qualität der Pflegediagnostik* untersucht worden. Um den Fokus der Patientinnen zu erfassen, wurde deren *Zufriedenheit mit Pflegediagnostik* mittels eines Fragebogens erhoben. Anschliessend wurde anhand dieser Daten die *Zusammenhangshypothese* untersucht.

Anhand der Literatur wurden drei Subkonzepte zur Qualität der Pflegediagnostik und zur Patientinnen-Zufriedenheit abgeleitet: Interaktion/Personenbezogene Dimension, Einbezug der Patientin und Wissen der Pflegenden. Es sind zwei Messinstrumente entwickelt und einem Pilottest (N = 20) unterzogen worden. Das Instrument „Dokumentation Pflegediagnostik“ misst mit 23 Items auf einer 3-punkt Skala die Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation. Das Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ misst mit 34 Items auf einer 5-stufigen Likertskala die Zufriedenheit der Patientinnen mit der erhaltenen Pflegediagnostik. Um die Auswertungsobjektivität des Instruments „Dokumentation Pflegediagnostik“ zu prüfen, analysierten zwölf Raterinnen drei Pflegedokumentationen. Die drei ermittelten Kappas (.61, .74, .61), sind auf dem 5 % Niveau signifikant. Die inhaltliche Validität beider Instrumente wurde aus der Theorie und anhand von Expertinnen-Validierung etabliert. Die Reliabilitätskoeffizienten beider Instrumente waren recht hoch („Dokumentation Diagnostik“ Cronbach's alpha = .91; „Patientinnen-Zufriedenheit“ Cronbach's alpha = .95).

Zwischen der Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation und der von Patientinnen angegebenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik wurde ein schwacher Zusammenhang gefunden ( $\tau = .18$ ,  $p \leq .03$ ). Es bestand ein positiver Zusammenhang zwischen „Dokumentation Diagnostik“ und „Patientinnen-Zufriedenheit“ in dem Sinne, dass Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation mit einer hohen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik einhergeht. Das Subkonzept Interaktion korrelierte als Einziges der Subkonzepte beider Instrumente signifikant. Die Evaluation der Pflegediagnostik gibt Hinweise darauf, dass effektive Kommunikation zwischen Pflegenden und Patientinnen stattfand und die Situation der Patientinnen recht gut erfasst wird. Die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Pflegediagnostik kann als hoch bezeichnet werden. Ob der zwar statistisch signifikante, jedoch schwache Zusammenhang als relevant eingestuft werden kann, muss durch weitere Forschungen überprüft werden. Die Untersuchung liefert Grundlagen und Ergebnisse, auf deren Basis die Pflegediagnostik weiter untersucht werden kann.

## Abstract

The overall purpose of the study was to examine the relationship between nursing diagnosis and patient satisfaction. The research question was whether there exists a relationship between quality of nursing diagnoses in nursing documentations and patient's satisfaction with nursing diagnoses. Based on a descriptive correlational design the hypotheses stated, that a positive relationship between nursing diagnosis and patient satisfaction exists; high quality of nursing diagnoses in the nursing documentation goes along with high patient satisfaction with nursing diagnoses.

The sample consisted of 57 patients, their nursing documentations and nurses of three dermatological units of a university hospital in Switzerland.

Nursing diagnosis was analysed from two points of view. From the professional nursing focus *quality of nursing diagnoses* was analysed in nursing documentations. To catch patients' focus they were asked to fill in a questionnaire about their *satisfaction with nursing diagnoses*. With the so collected data the hypothesis was analysed.

Three subconcepts of quality of nursing diagnoses and patient satisfaction were derived: interaction/personal dimension, patient participation and knowledge of nurses. Two instruments have been developed and pretested in a pilot study (N = 20). The instrument "documentation of diagnoses" consists of 23 items and measures the quality of nursing diagnoses on a 3-point scale. The instrument "patient satisfaction" consists of 34 items and measures patient satisfaction with nursing diagnoses on a 5-point Likert scale. Twelve raters analysed three documentations to establish the objectivity of the instrument "documentation of diagnoses". All three Kappas (.61, .74, .61) were significant at the 5 % level. Content validity of both instruments was established based on the literature and through expert validation. The reliability coefficients for the instrument "documentation of diagnoses" was .91 and for instrument "patient's satisfaction" .95.

The main findings showed a significant relationship between quality of nursing diagnoses in documentations and patient satisfaction ( $\tau = .18, p \leq .03$ ). The evaluation of nursing diagnoses indicates effective communication between nurses and patients and that nurses assess patients' situations appropriately. Patients satisfaction with nursing diagnoses was rather high. One of three subscales in both instruments yielded a significant correlation. The statistically significant, but low relationship indicates the need for further study. The study and its results can provide a basis for further research about nursing diagnoses.

## Vorwort

Die vorliegende Studie „Pflegediagnostik und Patientinnen<sup>1</sup>-Zufriedenheit“ ist eine der ersten Untersuchungen in der Schweiz, die dem Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit nachgeht. Sie konnte nur dank der Mithilfe von Patientinnen und Pflegenden des UniversitätsSpitals Zürich USZ durchgeführt werden. Mein herzlicher Dank gilt allen, die das Gelingen der Arbeit unterstützt haben: den Patientinnen und Pflegenden der Abteilungen Rheumatologie und Dermatologie; meiner Begleiterin Esther Baldegger, Pflegeberaterin, die den Zugang zu den Abteilungen öffnete, mich in das Konzept Pflegediagnostik am USZ einführte, meine Diskussionspartnerin im Forschungsfeld war und mit den Pflegeexpertinnen B. Steffen-Bürgi und M. Schürpf an der Expertinnen-Runde für die inhaltliche Validierung der Messinstrumente teilnahm; den Pflegenden C. Wehrle, L. Mirjana und Ch. Köchli für die Validierung und Überprüfung des Patientinnen-Fragebogens und Herrn W. Keller, Oberpfleger, für die Ermöglichung der Studie auf der Abteilung Dermatologie. Elf Studierende der Höheren Fachausbildung für Pflege, Stufe 1 am Ausbildungszentrum Insel, haben während zwei Tagen an der Überprüfung der Auswertungsobjektivität mitgearbeitet. Die Mentorin Regula Ricka, PhD, Pflegewissenschaftlerin am Weiterbildungszentrum Gesundheit in Aarau, hat die Arbeit durch Anregungen zur Struktur und inhaltliche Vorschläge bereichert; der Mentor Ger Brouns, MNS, Pflegewissenschaftler an der Universität Maastricht, hat die Zwischenberichte kritisch und hilfreich kommentiert; und Thomas Friedli und Manuela Schaller, Institut für Mathematische Statistik und Versicherungslehre der Universität Bern, brachten durch ihr grosses Engagement die statistischen Analysen und den Gesamtaufbau des Forschungsdesigns zum Gelingen. Meinen Mitstudentinnen und Mitstudenten danke ich für die Expertenrunde zur inhaltlichen Validität der Instrumente und die vielen hilfreichen Diskussionen während der Arbeit. Ein besonderer Dank für seine aktive Unterstützung während des Studiums gilt meinem Partner F.C. Staub. Als interessanter Gesprächspartner hat er in manchen Fragestellungen viel zum Erfolg des Studiums beigetragen. Auch danke ich meinen Angehörigen und meinem Freundeskreis für ihr Verständnis und ihre Ermunterungen, wenn Studium und Forschungsarbeit einen grossen Teil meiner Zeit ausfüllten.

---

<sup>1</sup> Die weibliche Form gilt für beide Geschlechter

# 1. EINFÜHRUNG

## 1.1. Aufbau der Arbeit

Der Aufbau ist folgendermassen gegliedert: Das erste Kapitel beinhaltet die Problemstellung sowie den Stand der Forschung und endet mit der Forschungsfrage. Das zweite Kapitel umfasst den theoretischen Hintergrund, hier werden die Konzepte Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit beschrieben und begründet und Pflegediagnostik am USZ vorgestellt. Das Kapitel schliesst mit der Hypothesenbildung. Das dritte Kapitel beschreibt den Methodenteil: Forschungsdesign, Stichprobe, Datenerhebung, Messinstrumente und deren Gütekriterien sowie die Datenanalyse. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert und im fünften Kapitel diskutiert. Die Arbeit schliesst mit dem Ausblick auf weitere Forschungen und Implikationen für die Praxis.

## 1.2. Problemstellung

Pflegediagnosen bilden in einheitlicher Sprache die Gesundheitsprobleme ab, für die Pflegende durch Pflegeinterventionen Lösungen bieten. Obwohl die Einführung von Pflegediagnostik in verschiedenen Schweizer Spitälern aktuell ist, werden deren Nutzen und Auswirkungen teilweise noch in Frage gestellt. Im Gesundheitswesen lassen sich heutzutage ausschliesslich solche Neuerungen rechtfertigen, welche zur Qualitätsentwicklung beitragen. Bei den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen werden nur noch klar deklarierte Leistungen vergütet, deren Erfolg nachweisbar ist. Die Einführung von Pflegediagnostik ist ein wichtiger Schritt, um Gesundheitsprobleme klar zu beschreiben. Die Konsumentinnen-Bewegung bewirkte in den letzten zehn Jahren im Gesundheitswesen, dass Patientinnen-Zufriedenheit zu einem wichtigen Thema wurde. Heutzutage wollen Patientinnen als Konsumentinnen in ihre Pflege involviert und in Entscheidungen mit einbezogen sein. Für Versicherer und Anbieter ist Patientinnen-Zufriedenheit zu einem zentralen Konzept geworden, nach dem sie ihr Angebot ausrichten. Auch für Patientinnen bedeutet die Zufriedenheit mit den Leistungen ein Hauptkriterium für deren Bezug. Durch die zunehmende Technisierung der Medizin, die Verkürzung der Spital-Aufenthaltsdauer, den Spardruck, den herrschenden Personalmangel und die teilweise mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl spitalintern als auch extern steht das Pflegepersonal momentan unter grossem Druck. Das sind Gründe dafür, dass Führungsverantwortliche und Pflegende nicht mehr für Neuerungen bereit sind, deren Wirksamkeit nicht ausdrücklich nachgewiesen wurde. So betrachtet ist das Zögern bei der Einführung von Pflegediagnostik verständlich, denn bisher sind die Auswirkungen von Pflegediagnostik auf die Patientinnen kaum beschrieben worden.

### 1.2.1. Stand der Forschung

Um die Problemstellung näher zu analysieren, sind drei Hauptaspekte einzubeziehen. Erstens Pflegediagnostik und deren Evaluation, zweitens Patientinnen-Zufriedenheit und ihr Evaluationsstand und drittens der bisher beschriebene Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. 1. Eine Literaturstudie zeigt, dass zur Evaluation von Pflegediagnostik bereits viele Untersuchungen gemacht worden sind (Müller Staub, 2000). Pflegediagnosen wurden bezüglich der Art und Weise der Dokumentation, ihrer Häufigkeit und Genauigkeit evaluiert, inklusive der dazugehörigen Merkmale und der

Richtigkeit der zuzuordnenden Pflegeinterventionen. Die Pflegedokumentation wird als Kernstück und Abbild der tatsächlich geleisteten Pflege betrachtet und viele Forscherinnen gehen bei der Evaluation von Pflegediagnostik von einer Dokumentenanalyse aus (Bethel & Ridder, 1994; Brown, Dunn, Ervin, & Sedlak, 1987; Eriksen, 1987; Hanson, Kennedy, Dougherty, & Bauman, 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize, Benteley, & Hubbard, 1991; Turner, 1991). Pflegediagnostik ermöglicht es den Pflegenden, eine den Patientinnen-Bedürfnissen gerechte Pflege anzubieten (Johnson & Hales, 1989). Es liegen Messinstrumente und Ergebnisse vor, die aufzeigen, ob im Verlauf der Pflege neue Diagnosen gestellt wurden und ob die gegebene Pflege kontinuierlich angepasst und als wirksam evaluiert worden ist (Müller Staub, 2000). Items dieser Studien lassen sich für weitere Forschungen verwenden. Die Literatur bietet einen soliden Hintergrund, auf den man abstützen kann. Die Messinstrumente werden als gültig, zuverlässig und handhabbar beschrieben (Bethel & Ridder, 1994; Bulechek, Kraus, Wakefield, & Kowalski, 1990; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991).

2. Das Konzept Patientinnen-Zufriedenheit wurde bereits ausführlich analysiert (Eriksen, 1987; Eriksen, 1995; Megivern, Halm, & Jones, 1992). Megivern beschreibt den Prozess der Entwicklung eines Messinstrumentes zur Evaluation der Patientinnen-Zufriedenheit. Das Instrument bietet eine Basis für die Fragestellung dieser Arbeit. Vor allem die Subkategorie Interaktion/Personenbezogene Dimension ist in einer für die vorliegende Fragestellung hilfreichen Art und Weise operationalisiert worden. Die inhaltliche Validität des Instruments wurde detailliert vorgestellt und die Interrater Reliabilität wird mit einer 90 % Übereinstimmungs-Rate beschrieben (Megivern et al., 1992). McColl stellte ein neu entwickeltes Messinstrument zur Erfassung der Patientinnen-Zufriedenheit vor, die Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), die für diese Arbeit Hilfestellungen bietet. Die NSNS wird als sensitives, valides und reliables Instrument dargestellt. Genaue, statistische Angaben sind jedoch nicht beschrieben (McColl, Thomas, & Bond, 1996). Die La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) wurde 1993 entwickelt und später erneut getestet. Durch die Skala wird zwar Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflege im Allgemeinen gemessen. Das Instrument liefert jedoch wichtige Indikatoren, die für Zufriedenheit mit Pflegediagnostik weiter entwickelt werden können (La Monica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986; Munro, Jacobsen, & Brooten, 1994)

3. Um der Frage nach den Auswirkungen von Pflegediagnostik auf die Patientinnen-Zufriedenheit nachgehen zu können, sind diesbezügliche Erhebungen in die vorgängige Literaturstudie einbezogen worden. Wie sich Pflegediagnostik auf die Patientinnen auswirkt, war in vier Studien Forschungsthema (Müller Staub, 2000). Eriksen untersuchte mittels eines korrelativen Designs, ob ein Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit besteht. Die Resultate zeigten bei fünf von 36 Subkonzepten einen signifikanten Zusammenhang. Gemäss anderen Studien ist unklar, ob die Patientinnen-Zufriedenheit nach Einführung von Pflegediagnostik besser wird (Johnson & Hales, 1989; Moloney & Maggs, 1999) und Moloney bezweifelt nach ihrer extensiven Literaturrecherche, ob ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Patientinnen-Zufriedenheit und Pflegediagnostik/Pflegeplanung besteht. Bethel konnte nach der Implementierung von Pflegediagnostik keine Erhöhung der Patientinnen-Zufriedenheit feststellen (Bethel & Ridder, 1994). Diese Ergebnisse wurden durch zu unscharfe Messinstrumente begründet (Eriksen, 1995; McColl et al., 1996). Trotz Messschwierigkeiten ist das Messen der Patientinnen-Zufriedenheit ausgesprochen wichtig (McColl et al., 1996; Megivern et al., 1992; Munro et al., 1994). Die Literatur bestätigt, dass die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Qualität von Pflegedia-

gnostik und der Patientinnen-Zufriedenheit schon öfters aufgeworfen wurde, aber noch wenig aussagekräftige Publikationen vorliegen (Ehrenberg, Ehnfors, & Thorell-Ekstrand, 1996; Moloney & Maggs, 1999). Einige Autorinnen geben nützliche Hinweise für weitere Forschung. Zum Beispiel wird Datentriangulation, die gleichzeitige Benutzung von mehreren Datenquellen, als sinnvoll erachtet. Die drei Datenquellen sollten aus Patientinnen, deren Pflegedokumentation und den zuständigen Pflegenden bestehen (Brown et al., 1987; Moloney & Maggs, 1999; Turner, 1991).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Konzepte Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit ausführlich geklärt wurden. Es sind auch Subkonzepte abgeleitet worden, die messbar sind. Aus der Literatur gehen brauchbare Indikatoren für beide Konzepte hervor, sodass sich eine quantitative Studie rechtfertigt (Morse & Field, 1996). Unter Berücksichtigung der bisherigen Forschungen lassen sich die Konzepte Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit nun weiter untersuchen und auf der Basis der vorliegenden Instrumente differenzierter operationalisieren. Der Stand der Forschung ermöglicht, Instrumente zu entwickeln welche die Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit mit der Pflegediagnostik nun genauer erfassen. Weil jedoch wenig genaue Aussagen über Zusammenhänge vorliegen, ist ein beschreibendes, korrelatives Design geeignet (Polit & Hungler, 1995, Morse & Field, 1996). Basierend auf dem Stand der Forschung liegt die Problemstellung darin, dass unklar ist, welcher Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit besteht.

### **1.2.2. Ziele der Arbeit**

Ausgehend von der Theorie soll eine Forschungshypothese formuliert und überprüft werden. Patientinnen-Zufriedenheit wird mittels eines Fragebogens erhoben. Anhand der Pflegedokumentationen soll die Qualität der Pflegediagnostik analysiert und anschliessend nach dem Zusammenhang beider Konzepte gefragt werden. Zu diesem Zweck werden zwei Instrumente entwickelt und auf ihre Gültigkeit und Zuverlässigkeit überprüft. Die Studie wird im USZ durchgeführt, wo der diagnostische Prozess seit Anfang der 90er-Jahre kontinuierlich eingeführt wurde. Im Weiteren soll die Studie einen Beitrag zum Diskurs bezüglich Pflegediagnostik leisten. Die Autorin hofft, mit der Arbeit Ergebnisse vorlegen zu können, welche die weitere Forschung zum Thema anregen.

### **1.2.3. Forschungsfrage**

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation -gemessen mit dem Instrument „Dokumentation Diagnostik“- und der von Patientinnen empfundenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik -gemessen mit dem Fragebogen „Patientinnen-Zufriedenheit“- ?

## 2. THEORETISCHER HINTERGRUND

### 2.1. Definition des Konzepts Pflegediagnostik

Dieser Abschnitt geht auf Literatur zur Pflegediagnostik ein, die den theoretischen Hintergrund für die Fragestellung bildet. Pflegediagnostik wird als wichtige Komponente im Pflegeprozess betrachtet. An den nationalen Pflegediagnostik-Konferenzen (NANDA) in den Vereinigten Staaten von Amerika wurde der Fokus darauf gerichtet, den Beitrag der Pflege zur Lösung von Patientinnenproblemen klar zu umschreiben. Die Definition von Pflegediagnosen lautet: "Nursing diagnoses is a clinical judgement about individual, family or community responses to actual and potential health problems/life processes. Nursing diagnoses provide the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse is accountable" (Carroll-Johnson, 1993). Pflegediagnosen stellen eine klinische Urteilsbildung bezüglich aktueller oder potentieller Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse von Individuen, Familien oder Gemeinden dar. Pflegediagnosen bilden die Basis für die Wahl von Pflegeinterventionen um Pflegeergebnisse zu erreichen, für welche die Pflegenden verantwortlich ist (übersetzt durch die Autorin). Pflegediagnosen stellen einen klaren Fokus für die Planung der Pflege und die Wahl von Pflegeinterventionen dar. Diese Annahme geht davon aus, dass Pflegeprobleme (Pflegediagnosen mit ihren spezifischen Merkmalen und Symptomen) durch pflegerische Massnahmen gelindert oder verändert werden können (McFarland & McFarlane, 1997). Um die Auswirkungen von Pflegediagnostik untersuchen zu können, werden vorerst die Kriterien an ein wirksames Diagnostizieren dargestellt. McFarland und McFarlane umschreiben folgende Kriterien, die berücksichtigt werden müssen, wenn der Pflegebedarf eingeschätzt wird:

a) Eine Patientin, eine Familie oder eine Gemeinde muss immer ganzheitlich und als einzigartig betrachtet werden. Diese Sichtweise schliesst physiologische, soziokulturelle, spirituelle, psychologische, entwicklungsbezogene und umweltbezogene Aspekte des Funktionierens ebenso mit ein wie die Einschätzung von Wohlergehen, Stärken, Mustern, Veränderungen und Risikofaktoren. b) Die Pflegenden muss sich ihres Selbst bewusst sein, um so objektiv wie möglich die Perspektive der Pflegeempfangenden zu verstehen. Die Pflegenden sammeln objektive Daten und unterscheidet zwischen Beobachtungen, die sie bei den Patientinnen, Familien oder einer Gemeinde macht- und ihren eigenen Schlussfolgerungen bezüglich ihrer Beobachtungen. c) Der Prozess der Datensammlung und die verwendeten Messinstrumente müssen an die Situation der Patientin angepasst sein. d) Die Umgebung, in der Pflegediagnostik durchgeführt wird, soll für die Erhebung von pflegerischen Daten förderlich sein: möglichst keine Störungen, wenig Lärm, eine ansprechende Umgebung, komfortable Sitzgelegenheiten und eine angemessene Temperatur. e) Eine ganze Anzahl von Datenerhebungsstrategien soll zur Anwendung kommen, zum Beispiel das pflegerische Interview, die Aufnahme der Pflegegeschichte, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen, medizinische Daten, bestehende Pflegeberichte und Pflegepläne, Interviews mit Angehörigen, Beobachtungen der Umgebung, Interviews zum Verständnis der Kultur der Patientin sowie die Zusammenarbeit mit Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe.

Wirksame Kommunikation und systematische Beobachtung sind während des gesamten Einschätzungsprozesses sehr wichtig (McFarland & McFarlane, 1997). Pflegediagnosen, die zu Beginn der pflegerischen Beziehung gestellt werden, sind immer als vorläufig oder als „Arbeitsdiagnosen“ zu verstehen, die sich im

Pflegeverlauf verändern und revidiert werden. Der Prozess des Diagnostizierens umfasst vier Aktivitäten: Informationssammlung, Interpretation der Informationen, Bündeln der Informationen und Benennen der gebündelten Informationen. Dieser fortwährende, zyklische Prozess setzt kognitive Fähigkeiten und die Befähigung zu differenzierter Wahrnehmung seitens der Pflegenden voraus. Durch die Interaktion zwischen Pflegenden und Patientin werden klinische Informationen erworben. Gekonnte Informationssammlung und deren Interpretation setzen Erfahrungswissen voraus. Eine erfahrene Pflegende kann richtige Schlussfolgerungen ziehen und sie stützt ihre Diagnosen auf einen Prozess der klinischen Urteilsbildung ab, in den die Patientin mit einbezogen ist. Mit der Patientin gemeinsam formulierte Pflegediagnosen bilden die Basis für eine gemeinsame Zielplanung und –erreichung (Erickson, Tomlin, & Swain, 1991). Die Interpretation muss die gesamte Patientinnen-Situation, die Umgebung und die Kultur berücksichtigen. Meistens werden mehrere Pflegediagnosen gestellt und es müssen Prioritäten gesetzt werden für solche, die sofortige Interventionen verlangen. Der dritte Schritt im Pflegeprozess ist die Planung von Massnahmen, um der Patientin beim Erreichen des Ziels für ihr optimales Wohlergehen behilflich zu sein und auf die Pflegediagnosen einzuwirken. Pflegeziele entsprechen den erwarteten Pflege-Ergebnissen, daher werden für jede Pflegediagnose ein oder mehrere Ergebnisse formuliert (Gordon, 1994). Pflegediagnosen werden als Prozess und als Produkt dargestellt. „Diagnose als Prozess“ meint den Prozess des Diagnostizierens, der Beziehungsaspekte und den Einbezug der Patientinnen umfasst und hohe Anforderungen an die Pflegenden stellt. Der Prozess des Diagnostizierens wird mit der Diagnosestellung abgeschlossen. Eine gestellte Diagnose kann auch das „Produkt“ des Diagnoseprozesses genannt werden (Gordon, 1994). Die Verantwortung für den diagnostischen Prozess und für Diagnosen als Produkt liegt bei diplomierten Pflegenden, deren klinische Urteilsbildung Wissen, Können und Erfahrung erfordern.

### **2.1.1. Begründungen zur Anwendung von Pflegediagnostik**

Die Literatur bestätigt, dass Pflegenden in der Lage sind, schnell hauptsächliche Pflegeprobleme zu identifizieren. Zudem verlangt eine qualitativ hochstehende Pflege von jeder Pflegenden, dass sie die Pflegeplanung genau kennt. Pflegediagnosen bedeuten einen Hauptaspekt der Pflege ungeachtet dessen, ob sie als Pflegeproblem oder als Pflegediagnose formuliert sind (Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991). Um ein gutes Verständnis für die Situation der Patientin zu haben, ist es auch wichtig, jedes Pflegeproblem mit der Patientin oder ihren Angehörigen zu analysieren. Erst diese Analyse ermöglicht ein vertieftes Verständnis für die gesamte Patientinnensituation (Ehrenberg et al., 1996). Die Einschätzung beim Eintritt und laufende Neueinschätzungen und Überprüfungen sind die Basis, um die Verbesserungen im Ergehen der Patientin zu erkennen und festzuhalten. Das bedingt, dass standardisierte Pflegeplanungen individualisiert werden können, indem die Pflegenden professionelle Urteilsbildung und Kreativität einsetzen (Turner, 1991). Die Einführung von Pflegediagnosen beeinflusst und verbessert alle Elemente professioneller Praxis: Pflegephilosophie, Ziele der Organisation, Pflegeziele, Pflegeplanung, Pflegeorganisation und -dokumentation, Pflegestandards, Qualitätssicherung, Weiterbildung sowie Patientinnen-Klassifikation (Bulechek et al., 1990). Pflegediagnosen stellen in einer einheitlichen, internationalen Klassifikation die Pflegeprobleme dar, die durch Pflegeinterventionen gelöst werden und zu entsprechenden Pflegeergebnissen führen.

### 2.1.2. Begründungen für die Pflegedokumentation

Weil in der Pflegedokumentation die Pflegediagnosen genau umschrieben und die entsprechenden Pflegeinterventionen festgehalten werden, wird die Pflegedokumentation als Kern und Beleg der tatsächlich geleisteten Pflege betrachtet. Viele Forscherinnen haben zur Evaluation von Pflegediagnostik eine Dokumentenanalyse der Pflegepläne durchgeführt (Bethel & Ridder, 1994; Brown et al., 1987; Eriksen, 1987; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991). Pflegedokumentationen stellen die Basis für laufende Auswertungen und Qualitätsüberprüfungen dar (Hanson et al., 1990; Mize et al., 1991; Turner, 1991). Die Pflegedokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil der Pflegeinformationen und wird für Forschung und Entwicklung der Pflege als prioritär bezeichnet. Ob Pflegedokumentationen jedoch die Wirklichkeit abzubilden vermögen? Pflegedokumentationen gelten zwar als rechtliche Dokumente, bilden aber nie die gesamte, gegebene Pflege ab. Pflege besteht zu einem wesentlichen Teil aus einem Beziehungsprozess, der sich nicht auf Papier reduzieren lässt. Pflegende halten Beziehungsaspekte selten in der Dokumentation fest. Das geschieht oft zum Persönlichkeitsschutz der Beteiligten. Beziehung ist ein interaktives Geschehen, das Patientinnen und Pflegende gemeinsam gestalten. In der Pflegedokumentation wird jedoch nur die Seite der Patientin, nicht aber diejenige der Pflegenden festgehalten. Indem zum Beispiel nicht beschrieben wird, in welcher Art und Weise eine Pflegende auf die Patientin einging, wird nur ein Teil der Pflege dokumentiert. Somit trägt die Pflegende dazu bei, einen Teil ihrer Arbeit undokumentiert zu lassen. Trotz dieser Grenzen ist die Dokumentation der Pflege wichtig, wenn möglich in einheitlicher Fachsprache. Die Anforderungen an effiziente Pflege und Qualitätsverbesserungen haben rapide zugenommen und Pflegende wenden vermehrt computerisierte Patientinnen-Dokumentationssysteme an. Die Pflegedokumentation ist ein wichtiges Instrument um Sicherheit, Kontinuität und Qualität zu gewährleisten. Das Internationale Konzil der Pflegenden, International Council of Nurses ICN, unterstützt diese Sichtweise. Es fordert und entwickelt eine allgemein gültige Pflegefachsprache, International Classification of Nursing Practice ICNP, um die pflegerische Praxis sicht- und messbar zu machen.

## 2.2. Definition des Konzepts Patientinnen-Zufriedenheit

Eine genaue Definition von Patientinnen-Zufriedenheit ist eine wichtige Voraussetzung zur Operationalisierung des Konzeptes. Eriksen beschreibt nach ausführlicher Konzeptklärung folgende definierende Attribute von Patientinnen-Zufriedenheit:

- Ein Set von durch Patientinnen definierten Erwartungen oder Standards
- Die kognitive/emotionale Antwort von Patientinnen zu ihrer Erfahrung mit Verhalten und Charakteristika von Pflegenden
- Ein Hauptfokus darauf, wie die Patientin behandelt wurde, beziehungsweise auf welche Art und Weise Pflege gegeben wurde
- Ein Urteil über den relativen Grad einer positiven Bewertung der Erfahrung mit der Pflege

Zusammenfassend wird Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflege definiert *als die subjektive Evaluation der kognitiven/emotionalen Antwort, die auf die Interaktion der Erwartungen an Pflege und deren Wahrnehmung von aktuellem Verhalten oder Charakteristika der Pflegenden resultiert* (Eriksen, 1995). In ihrem Werk zur Messung von Zufriedenheit mit Pflege definieren La Monica et al. Patientinnen-Zufriedenheit als **das Ausmass an Übereinstimmung zwischen den Erwartungen von Patientinnen und ihrer Wahrnehmung der tatsächlich erhaltenen Pflege** (La Monica et al., 1986). Für diese Forschungsarbeit wird die zusammenfassende Definition von La Monica et al. verwendet. Pflegende müssen die subjektive Wahr-

nehmung der Patientinnen als Realität betrachten, auch wenn diese die Angemessenheit der Therapie und die Ergebnisse bezüglich des Gesundheitszustandes oft nicht berücksichtigt. Gemäss Eriksen gilt der Einbezug der Patientinnen in die Pflegeplanung als wichtiger Punkt. Partizipierende Pflege und Kontinuität werden als wichtige Prädiktoren für Patientinnen-Zufriedenheit genannt. Zudem wollen Patientinnen das Gefühl haben, persönliche Pflege zu erhalten. Um Patientinnen-Zufriedenheit zu erreichen, sind adäquate, umfassende und klare Informationen sehr wesentlich. Patientinnen wollen nicht nur ihre Meinungen und Befürchtungen äussern können, sondern auch spüren, dass diese beachtet werden. Patientinnen achten auf Pflegende, die freundlich, umsorgend und sensibel für ihre Bedürfnisse sind. Sie wollen nicht als Belastung angesehen werden; sondern das persönliche Interesse der Pflegenden spüren und höflich behandelt werden. Pflegende sollen Sicherheit vermitteln, Vertrauen ermöglichen und Patientinnen das Gefühl geben, in guten Händen zu sein. Empathie, individualisierte Aufmerksamkeit, Verständnis, Zuhören können und Nicht-in-Eile-Sein sind Erwartungen an Pflegende. Die Ausführung von Handlungen wird als zuverlässig, konsistent und schon beim ersten Mal als erfolgreich erwartet. Pflegende sollen ein glaubwürdiges, kompetentes Image vermitteln. Durch ihre Erscheinung und die verbale Sprache der Kleidung kommunizieren die Pflegenden ihre Professionalität (Eriksen, 1995). Redmond et al. beziehen sich auf Eriksen und La Monica und erweitern das Konzept „Zufriedenheit mit Pflegequalität“ mit den Themen: wissende Aufmerksamkeit, wohlüberlegte Anwesenheit und Zuhause-Sein. Diese bei Pflegenden erlebten Fähigkeiten haben eine Brückenfunktion für die Patientinnen. Indem Pflegende ihr Selbst einsetzen, um unausgesprochene Fragen und Bedenken der Patientinnen aufzunehmen, kreieren sie Brücken durch Kommunikation bei unausgesprochenen Ängsten, Erholung für Patientinnen die vor Erschöpfung nicht mehr wissen, wie sie sich erholen können oder Brücken zu einer gewissen Sicherheit, wenn Patientinnen in ihrer Verletzlichkeit überfordert sind (Redmond & Sorrell, 1999). Wichtig ist, die subjektive Wahrnehmung der Patientinnen als gültig und ernst zu nehmen. Patientinnen sind am besten qualifiziert die Pflege zu beurteilen, denn sie wissen, ob ihre Bedürfnisse erfüllt worden sind. Basierend auf einer breiten Literaturbearbeitung entwickelte Megivern et al. einen offenen Interview-Leitfaden, anhand dessen von Patientinnen und deren Angehörigen die Indikatoren für Patientinnen-Zufriedenheit ermittelt wurden (Megivern et al., 1992). Anschliessend werden *SUBKATEGORIEN* und abgeleitete Indikatoren vorgestellt (McCull et al., 1996; Megivern et al., 1992). Dabei werden nur die Subkonzepte Interaktion/Personenbezogene Dimension und Wissen ausgewählt, die sich auf die Zufriedenheit bezüglich Pflegediagnostik beziehen lassen.

#### *INTERAKTION/PERSONENBEZOGENE DIMENSION*

##### *AUFMERKSAMKEIT:*

Generelle Aufmerksamkeit oder Aufzeigen von Bedürfnis-Wahrnehmung, bevor die Patientin diese zeigt; laufende Überwachung und Sich-Zeit-Nehmen für die Patientin; Bereitschaft, auf Patientinnen einzugehen.

##### *ZUGÄNLICHKEIT:*

Pflegende sind abrufbar, wenn man sie braucht und reagieren schnell auf Patientinnen-Bedürfnisse.

##### *SICHERHEIT VERMITTELN:*

Eine Sicherheit gebende Präsenz bieten und den Patientinnen ein Gefühl von Zuhause-Sein vermitteln; Pflegende spüren, wenn Patientinnen unzufrieden sind und spenden Wohlbefinden, lindern Ängste und zeigen Empathie.

*INFORMATION:*

Pflegende informieren Patientinnen stets über ihren Zustand und die Pflege; sie erklären ihre Handlungen; Angehörige sind informiert.

*INDIVIDUELLE PFLEGE:*

Die Pflege wird auf das Individuum zugeschnitten, persönliche Vorlieben einbezogen, Wahlmöglichkeiten sind gegeben.

*WISSEN DER PFLEGENDEN*

Pflegende demonstrieren ein breites Pflegefachwissen und kennen den individuellen Zustand und die Behandlung der Patientinnen.

**2.2.1. Begründungen zur Erhebung von Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik**

Die Erwartungen der Patientinnen sind heutzutage zu den Standards geworden, nach denen sie die erhaltene Pflege bewerten. Aus klinischer Sicht ist es angebracht, Patientinnen-Zufriedenheit als Indikator zur Beurteilung einzusetzen. Das gilt, obwohl Patientinnen und Pflegende verschiedene Perspektiven haben und die meisten Patientinnen nicht über das wissenschaftliche oder technische Wissen verfügen, um objektive Urteile über die erhaltene Pflege zu fällen. Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege ist als der wichtigste Prädiktor der Gesamt-Zufriedenheit mit der Spitalbehandlung ermittelt worden (Bethel & Ridder, 1994; Megivern et al., 1992; Munro et al., 1994; Redmond & Sorrell, 1999). Demgemäss wird Patientinnen-Zufriedenheit üblicherweise in die Erhebung von Patientinnen-Ergebnissen integriert (Redmond & Sorrell, 1999; Wilde Larsson & Larsson, 1999). Während Pflegenden heutzutage vermehrt die Verantwortung als eigenständige Berufsgruppe zugesprochen wird, ist es umso wichtiger, dass valide Messinstrumente für die Patientinnen-Zufriedenheit angewendet werden. Weil Patientinnen am geeignetsten sind die Pflege zu evaluieren und zu beurteilen, ob ihre Erwartungen erfüllt wurden (Walsh & Walsh, 1999), ist es auch gerechtfertigt, Pflegediagnostik aus ihrer Sicht zu evaluieren.

**2.3. Pflegediagnostik am USZ**

Das Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege ZEFFP des USZ definiert Pflegediagnostik wie folgt:

- Die Erhebung der Pflegeanamnese
- Die Schritte der Analyse der gesammelten Informationen
- Die Beurteilung/Diagnosestellung
- Die Überprüfung der Relevanz und Richtigkeit der identifizierten Pflegediagnosen
- Der Prozess der Prioritätensetzung

Pflegediagnostik am USZ gründet auf dem Integrierten Pflegemodell von Käppeli (Käppeli, 1990). Der Leitfaden Pflegediagnostik (Steffen-Bürgi et al., 1995), der am USZ entwickelt wobei ist, bezieht NANDA-Diagnosen teilweise mit ein (siehe Anhang I). Basierend auf den inhaltlichen Schwerpunkten des erwähnten Modells wurde die Vorgehensweise im diagnostischen Prozess abgeleitet, die Pflegenden geschult und die Pflegedokumentation angepasst.

Die Ziele der Pflegediagnostik am USZ werden wie folgt umschrieben:

- Der Pflegebedarf eines jeden Patienten wird diagnostiziert, damit jeder Patient die Pflege erhält, die er braucht
- Durch die Pflegediagnostik wird der Einbezug von Patienten und Angehörigen in den Pflegeprozess gewährleistet

- Die Pflegediagnostik wird dokumentiert, damit eine kontinuierliche Pflege gewährleistet und die Leistungen der Pflege und deren Wirkung überprüft werden können
- Bei der Diagnostik geht es um die Spezifizierung des Pflegebedarfs und dadurch auch der Leistungen der Pflege durch eine möglichst optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in fachlicher, personeller und wirtschaftlicher Hinsicht

Das wird durch die klare, nachvollziehbare, sachlich und theoretisch abgestützte Beurteilung von Pflegesituationen ermöglicht, durch eine transparente und sachlich begründete Prioritätensetzung und die Planung und Anpassung der pflegerischen Leistungen an den effektiven Pflegebedarf (Steffen-Bürgi et al., 1995).

### 2.3.1. Hauptaspekte des Leitfadens für Pflegediagnostik

Entsprechend dem integrierten Pflegemodell geht es bei der Pflegediagnostik sowohl um das Erfassen des subjektiven Leidens der Patientin als auch um eine gezielte Information über deren Hilfsbedürftigkeit, den Umgang mit der Erkrankung, den Wissensstand der Patientin und die Bedeutung der Erkrankung für die Angehörigen der Patientin. Es wurde ein Leitfaden für das Erstgespräch entwickelt (siehe Anhang II). Dieser bildet das wichtigste Hilfsmittel für die Umsetzung der Pflegediagnostik am USZ. Aus dem Leitfaden Pflegediagnostik (Anhang I) lassen sich folgende **SUBKONZEPTE** ableiten:

#### **INTERAKTION/PERSONENBEZOGENE DIMENSION:**

**Aufmerksamkeit:** *Pflegende setzen sich zur Beurteilung der Situation mit den direkt Betroffenen auseinander und treten mit ihnen in Beziehung. Die Pflegende versucht die Sichtweise der Patientin zu erfassen und ermöglicht eine Vertrauensebene. Es findet effektive Kommunikation statt, um die individuelle, subjektive Betroffenheit und das subjektive Leiden der Patientin einzuschätzen. Die Pflegende kann zwischen eigenen Wahrnehmungen, Interpretationen und objektiven Beobachtungen und den Aussagen/Erlebnisweisen der Patientin unterscheiden.*

**Ganzheitlichkeit (Individualität und Vollständigkeit):** *Die Patientin wird umfassend eingeschätzt und als ganzheitlich und einzigartig betrachtet. Der Pflegebedarf jeder Patientin wird diagnostiziert, damit sie die Pflege erhält, die sie braucht. Die Einschätzung bezieht den funktionellen Gesundheitszustand, die Reaktionen und das Erleben sowie die subjektive Betroffenheit mit ein. Eine klare, nachvollziehbare, sachlich und theoretisch abgestützte Beurteilung der Pflegesituation liegt vor. Diese Sichtweise schliesst physiologische, soziokulturelle, spirituelle, psychologische, entwicklungsbezogene und umweltbezogene Aspekte des Funktionierens ebenso mit ein wie die Einschätzung von Wohlergehen, Stärken, Mustern, Veränderungen, subjektivem Leiden und Risikofaktoren.*

#### **EINBEZUG VON PATIENTINNEN UND ANGEHÖRIGEN:**

*Durch die Pflegediagnostik wird der Einbezug von Patienten und Angehörigen in den Pflegeprozess gewährleistet. Das Ziel ist das grundsätzliche Einverständnis zwischen Patientin und Pfleger über die bestehenden Pflegeprobleme. Eine gezielte und ausführliche Information ist die Voraussetzung dafür, dass die Patientin ihr Einverständnis geben kann. Den Diagnosen werden entsprechende Pflegeinterventionen gegenüber gestellt und die Patientin wird so weit wie möglich in deren Auswahl einbezogen. Ebenso wie für gestellte Diagnosen wird in der Wahl von Pflegeinterventionen grösstmögliche Transparenz für die Patientin angestrebt.*

**Validierung** der Pflegediagnosen: *Es gilt die Forderung an Pflegende, die Pflegediagnosen zur Validie-*

rung mit den Patientinnen zu besprechen. Die von den Patientinnen erlebte Wirklichkeit kann nur durch die Betroffenen selbst beurteilt werden. Sie sind die verlässlichsten und kompetentesten Expertinnen dafür.

**Prioritätensetzung:** Es werden transparente und sachlich begründete Prioritäten anhand der Dringlichkeit der Pflegediagnosen gesetzt, wobei die Bedeutung für die Patientin mitberücksichtigt wird. Die Planung und Anpassung der pflegerischen Leistung orientiert sich am effektiven Pflegebedarf.

**DOKUMENTATION (Kontinuität und Evaluation):**

Die Pflegediagnostik wird exakt gemäss Leitfaden ZEFP dokumentiert, damit Kontinuität gewährleistet und die Leistungen der Pflege und deren Wirkung überprüft werden können.

### 2.3.2. Operationalisierung des Konzepts Pflegediagnostik

Durch die Ausarbeitung des Leitfadens liegen bereits messbare Kriterien für die Dokumentation vor (siehe Anhang III). Eine gute, professionelle Beziehung ist die Vorbedingung für eine gezielte und umfassende Diagnostik. Sie ist somit indirekt in die Dokumentation eingeschlossen. Pflegende dokumentieren jedoch nicht, wie sie die Beziehung zur Patientin erleben oder ob es ihnen beispielsweise gelang, Vertrauen aufzubauen. Beziehung wird in dieser Studie nicht in der Dokumentenanalyse, sondern durch die Befragung der Patientinnen und Pflegenden untersucht.

Für die Operationalisierung und Ausarbeitung des Messinstruments „Dokumentation Diagnostik“ werden die vorgängig beschriebenen Subkonzepte aus der Theorie und die Leitfäden des USZ mit einbezogen. Um die Subkonzepte von Pflegediagnostik messbar zu machen, werden Indikatoren abgeleitet. Eine zusammenfassende Zuordnung der Items zu den Subkonzepten ist in der nachfolgenden Tabelle 1 ersichtlich. Die ausführliche Version der Operationalisierung findet sich im Anhang IV.

<b>SUBKONZEPTE PFLEGEDIAGNOSTIK</b>	<b>ITEMS DOKUMENTEN- ANALYSE ZU</b>	<b>SKALENTYP</b>
<i>INTERAKTION/PERSONEN- BEZOGENE DIMENSION: Ganzheitlichkeit</i>	Hospitalisationsgrund Pflegegeschichte Subjektiver Betroffenheit Hilfsbedürftigkeit Bewältigung	3-punkt Skala (ordinal)       11 Items
<i>EINBEZUG DER PATIENTIN:  Validierung der Pflegediagnosen Prioritätensetzung</i>	Hauptproblemen, Erwartungen  Übereinstimmung Vordergründigen Problemen	   4 Items
<i>WISSEN DER PFLEGENDEN: Dokumentation (Kontinuität und Evaluation)</i>	Ausführlichkeit/Genauigkeit Zielrichtung der Pflege Bezügen Diagnosen-Pflegebericht Laufender Neueinschätzung	   8 Items

Tabelle 1: Zusammenfassung der Operationalisierung Pflegediagnostik



## 2.4. Hypothesen

Nullhypothese:	Es besteht kein Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit
Alternativhypothese:	Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit; eine gute Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation geht mit einer hohen Zufriedenheit mit der Pflegediagnostik einher

## 3. FORSCHUNGSMETHODEN

### 3.1. Forschungsdesign

Es wurde ein quantitatives, korrelatives Forschungsdesign gewählt. Die Qualität der **Pflegediagnostik ist die relevante Prädiktorvariable** und wird anhand der Pflegedokumentation analysiert. **Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik ist die Kriteriumsvariable**. Die Unterscheidung zwischen Prädiktor- und Kriteriumsvariable kann zur Bezeichnung von Einflussrichtungen verwendet werden, auch wenn nicht Kausalität gefolgert werden darf (Moore, 1996; Polit & Hungler, 1995). Die entsprechenden Datenerhebungsmethoden sind strukturiert und standardisiert (Dokumenten-Analyse, Fragebogen). Durch einige zusätzlichen Fragen an die Pflegenden (siehe Anhang VIII) wird ermöglicht, Informationen zu erklärenden Variablen (Kovariablen) zu erhalten (Brink & Wood, 1998). Durch ein Kreuz (x) wird in der folgenden Forschungsmatrix gekennzeichnet, welche Subkonzepte durch die Dokumenten-Analyse, beziehungsweise durch den Patientinnen-Fragebogen gemessen werden.

	<b>PRÄDIKTORVARIABLE PFLEGEDIAGNOSTIK</b>	<b>KRITERIUMSVARIABLE PATIENTINNEN- ZUFRIEDENHEIT</b>
<b>SUBKONZEPTE:</b>	<b>DOKUMENTEN- ANALYSE:</b>	<b>PATIENTINNEN- FRAGEBOGEN:</b>
<i>INTERAKTION:</i>		
<i>Aufmerksamkeit/Beziehung</i>	----	x
<i>Ganzheitlichkeit</i>	x	x
<i>Sicherheit vermitteln</i>	----	x
<i>Information</i>	----	x
<i>EINBEZUG DER PATIENTIN:</i>		
<i>Individuelle Pflege/Zugänglichkeit</i>	----	x
<i>Validierung der Diagnosen</i>	x	x
<i>Prioritätensetzung</i>	x	x
<i>WISSEN DER PFLEGENDEN:</i>		
<i>Dokumentation/Kontinuität/Evaluation</i>	x	x

Tabelle 3: Forschungsmatrix

#### 3.1.1. Erklärende Variablen

Die Kovariablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand sowie Stockwerk können die Patientinnen-Zufriedenheit beeinflussen. Ob eine Patientin pflegeintensiv oder selbständig ist, kann Einfluss auf ihre Erwartungen und damit auf die Patientinnen-Zufriedenheit haben. Aus diesem Grund wurde die Variable „Pflegeintensität“ gebildet. Die Variable „Beziehung Patientin-Pflegende“ wurde formuliert, weil es die Quali-

tät der Pflegediagnostik beeinflussen kann, ob eine Patientin aus Sicht der Pflegenden als offen und kooperativ oder als verschlossen und unkooperativ erlebt wird. Die Variable „Erfassung aus pflegerischer Sicht“ ist aufgenommen worden, um von der Pflegenden in Erfahrung zu bringen, ob sie die Patientin aus ihrer Sicht gut, beziehungsweise nicht gut diagnostizieren konnte. Diese verifizierende Frage ermöglichte den Pflegenden sich dazu zu äussern, ob die Pflegedokumentation die Realität abbildet.

Die erklärenden Variablen wurden wie folgt definiert:

Geschlecht des Patienten	nominal	2 Kategorien
Alter der Patientin	rational	3 Kategorien
Beruf der Patientin	nominal	4 Kategorien
Stockwerk	nominal	3 Kategorien
Pflegeintensität der Patientin	ordinal	2 Kategorien
Beziehung Patientin-Pflegende	ordinal	2 Kategorien
Erfassung aus pflegerischer Sicht	ordinal	2 Kategorien

Tabelle 4: Erklärende Variablen

## 3.2. Stichprobe

### Abteilungsprofile und Wahl der Abteilungen:

Ein Auswahlkriterium für die Abteilungen war das Vorhandensein und die Bereitschaft einer Pflegexpertin, Kontaktperson zu sein. Sie sollte zugleich die Abteilungen und den Implementierungs-Stand der Pflegediagnostik kennen und bereit sein, bei der Studie beratend mitzuwirken.

Die Patientenstruktur der drei Abteilungen sollte vergleichbar sein. Patientinnen sollen Pflegediagnostik als Prozess, wie das USZ ihn beschreibt, erfahren und sich dazu äussern können. Deshalb sollten die Abteilungen eine relativ hohe Hospitalisationsdauer aufweisen. Anforderungen an die **Teamstruktur** waren: Die Einführung in Pflegediagnostik sollte abgeschlossen sein; alle Abteilungen sind in gleicher Art und Weise in Pflegediagnostik eingeführt; die Teams der Abteilungen sind vergleichbar. **Die drei Stockwerke der Dermatologie entsprachen diesen Kriterien und wurden deshalb für die Untersuchung ausgewählt.** Es konnten folgende Daten zur Teamstruktur erhoben werden.

Die Diplommjahre variieren gesamt zwischen 1960 und 1998. In Kategorien a = 1960-79 und b = 1980-98 aufgeteilt stellen sich die Stockwerke 1 – 3 wie folgt dar:

Stockwerk 1: a = 6 Personen, b = 6 Personen (total 12)

Stockwerk 2: a = 6 Personen, b = 2 Personen (total 8)

Stockwerk 3: a = 7 Personen, b = 2 Personen (total 9)

Der Anstellungszeitpunkt variiert zwischen den Jahren 1974 und 2000. In Kategorien 0-5 Jahre (J), 6-10 J, 11-15 J, 16-20 J und > 21 Jahre aufgeteilt, stellt sich die Verteilung der Personen auf den Stockwerken unterschiedlich dar.

Stockwerk 1: 0-5 J = 8 Personen    6-10 J = 1 Person    11-15 J = 3 Personen

Stockwerk 2: 0-5 J = 1 Person    6-10 J = 3 Personen    11-15 J = 3 Personen    16-20 J = 1 Person

Stockwerk 3: 0-5 J = 4 Personen    6-10 J = 2 Personen    11-15 J = 1 Person    16-20 J = 2 Personen

Stockwerk 1 unterschied sich von den anderen durch eine höhere Fluktuationsrate. Zudem waren in der Kategorie „0-5 Jahre“ sieben der acht Personen weniger als drei Jahre angestellt. Stockwerk 1 hatte zudem im Mai 2000 einen Wechsel in der Abteilungsleitung. Die vorherige Leiterin war, wie die auf Stockwerk 2 und Stockwerk 3, mehr als fünf Jahre in ihrer Funktion. Auf allen drei Stockwerken arbeitete eine Diplomierete mit Abschluss der Höheren Fachausbildung in Pflege, Stufe 1. Die Diplomierten aller Stockwerke nahmen laufend an internen Fortbildungen zu Pflege Themen teil. Pflegediagnostik wurde auf Stockwerk 3 zuerst (Juli 1997), dann auf Stockwerk 1 (Dezember 1997) und zuletzt auf Stockwerk 2 (Januar 1999) eingeführt. Um mögliche konfundierende Einflüsse auf die Patientinnen-Zufriedenheit feststellen zu können, die durch Unterschiede zwischen Abteilungen oder der Teamstruktur zustande kommen könnten, wurde die dichte Beschreibung zur Vergleichbarkeit vorgenommen. Zusammenfassend wird festgestellt, dass sich die Abteilungen in der Teamstruktur ausser der Fluktuationsrate, dem Leitungswechsel (Stockwerk 1) und dem Zeitpunkt der Implementierung der Pflegediagnostik kaum unterschieden. Ob das Stockwerk (Abteilung) einen signifikanten Einfluss auf Patientinnen-Zufriedenheit hat, wurde mittels Kovarianzanalyse untersucht und wird in Kapitel vier –Resultate- vorgestellt und in Kapitel fünf diskutiert.

### **Stichprobe der Patientinnen, Pflegedokumentationen und Pfleger:**

Patientinnen, deren Pflegedokumentation und Pfleger von drei Dermatologischen Abteilungen (Stockwerke) bildeten die Forschungseinheiten. Da durch die Ergebnisse keine allgemein generalisierbaren Voraussagen gemacht werden sollen, rechtfertigte sich eine Gelegenheitsstichproben-Bildung.

#### **Ausschlusskriterien für Patientinnen:**

- Nicht genügend Deutschkenntnisse, um den Fragebogen zu beantworten
- Schlechter Gesundheitszustand
- Zu kurzer Aufenthalt (weniger als 3 Tage)
- Keine Pflegediagnostik vorliegend

Die Gesamtstichprobe betrug 57 Patientinnen (N = 57).

Die **Pflegedokumentationen** der eingeschlossenen Patientinnen wurden ohne weitere Ausschlusskriterien einbezogen. Die zuständige Pfleger wurde zu erklärenden Variablen ihrer Patientin befragt. Kriterium für die Wahl **Pflegender** war, dass sie für die Patientin zuständig war und diese kannte.

### **3.3. Datenerhebung**

An jedem Erhebungstag ermittelte die Untersuchende vorerst in Zusammenarbeit mit den Abteilungsleitungen, welche Patientinnen den Einschlusskriterien entsprachen. Diese Patientinnen wurden anschliessend durch die Untersuchende persönlich und mündlich über die Studie informiert und für die Teilnahme angefragt. Zugleich wurden Fragebogen und Begleitschreiben, inklusive informierter Zustimmung, mit einem Code versehen und direkt abgegeben. Patientinnen hatten so die Möglichkeit, den Fragebogen in Ruhe zu lesen und sich erst danach definitiv für die Teilnahme zu entscheiden. Die Fragebogen wurden am Vormittag verteilt und abends wieder durch die Untersuchende eingesammelt. Die meisten Patientinnen konnten zwar die Fragebogen ohne Hilfe und ohne Nachfragen ausfüllen, jedoch baten fünf Patientinnen die Untersuchende, die Antworten für sie anzukreuzen. Sie begründeten diesen Wunsch mit eingeschränktem Sehvermögen, eingeschränkter Mobilität/Zittern der Hände oder Salbenverbänden/Handschuhen. Um Austrittsverzerrungen kontrollieren zu können, wurden Patientinnen, die den Fragebogen leer abgaben, gebeten ihre Gründe zu nennen. Die **Ausfallrate** betrug **total sechs Fälle**, vier Patientinnen ga-

ben als Begründung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes an, eine Person sagte, sie „mochte nicht mitmachen“ und eine andere „hatte keine Zeit“. Die **hohe Rücklaufquote von 89.47 %** wurde durch das Begleitschreiben und die Art und Weise des Vorgehens positiv beeinflusst. Die Aufenthaltsdauer seit dem Erstgespräch bis zur Befragung betrug insgesamt zwischen 1 bis 15 Tage. Durch 21 Patientinnen wurde der Fragebogen 1 bis 3 Tage, bei weiteren 21 Patientinnen 4 bis 6 Tage, bei 12 Patientinnen 7 bis 9 Tage nach dem Erstgespräch ausgefüllt. Bei drei Patientinnen waren 11 bis 15 Tage seit dem Erstgespräch verstrichen. Da Pflegediagnostik am USZ als andauernder Prozess definiert wird, wurde keine obere Grenze zwischen Erstgespräch und Befragung festgelegt.

Während die Patientinnen die Fragebogen ausfüllten, konnte die Untersuchende deren Pflegedokumentationen kopieren. Anschliessend fand das Kurzinterview mit der zuständigen Pflegenden zu den Kovariablen „Beziehung zur Patientin“, „Pflegeintensität“ und „Erfassung aus Pflegesicht“ statt. Die gesamten Daten wurden durch die Untersuchende allein erhoben; das Gelingen der Datenerhebung war jedoch nur dank der kooperativen Mitarbeit der Pflegenden möglich. Pro Erhebungstag konnten wegen den Einschlusskriterien und der langen Spitalaufenthaltsdauer im Durchschnitt sieben Erhebungen gemacht werden. Somit erstreckte sich die Erhebungsdauer auf sieben Wochen. Anschliessend wurden die Daten der Patientinnen-Fragebogen direkt in das Statistikprogramm SPSS übertragen. Die Pflegedokumentationen wurden durch die Untersuchende analysiert und anschliessend ebenfalls ins SPSS eingegeben.

### 3.3.1. Ethische Überlegungen

Zur Überprüfung der ethischen Richtlinien wurde der Forschungsplan bei der Ethikkommission des Kantons Zürich eingereicht. Die Spezielle Unter-Kommission (SPUK) für interpretative, patienten-orientierte Forschung begutachtete ihn sowie die Messinstrumente und gab ihre Zustimmung. Das *Recht auf Selbstbestimmung* wurde allen Beteiligten gewährt, die Teilnahme war freiwillig. Aus einer Nichtteilnahme entstanden den Patientinnen keine Nachteile. Das Recht auf Selbstbestimmung wurde geschützt, indem die *informierte Zustimmung* eingeholt wurde (siehe Anhang VI). *Um die Anonymität zu gewährleisten*, wurde den Fragebogen und Pflegedokumentationen ein Code zugeteilt. Der Fragebogen wurde separat, in einem verschlossenen Couvert, eingesammelt. Bezüglich *Recht auf Unversehrtheit und Schutz vor Beeinträchtigungen* kann festgehalten werden, dass potentielle, emotionelle Risiken gegenüber dem Nutzen der Studie für die Patientinnen klein sind. Potentielle Vorteile, die den Teilnehmenden durch ihr Mitmachen entstehen, sind: grösseres Wissen zum Thema Patientinnen-Zufriedenheit und Pflegediagnostik sowie über ihre eigene Einschätzung. Es kann für Patientinnen befriedigend sein, an der Untersuchung mitzuwirken und einen Beitrag zur Erfassung von Patientinnen-Zufriedenheit zu leisten, der anderen Patientinnen zugute kommt. Die Resultate der Studie werden den Patientinnen zugänglich gemacht, indem sie den Hinweis darauf inklusive die Adresse der Untersuchenden im Begleitschreiben erhielten. Potentielle Nachteile für die Teilnehmenden könnten die zusätzliche Belastung durch den Fragebogen und Zeitverlust sein. Zwei Patientinnen wollten an der Studie nicht teilnehmen „wenn ich etwas unterschreiben muss“. Trotz der Erklärung, dass die Unterschrift das separate Begleitschreiben für die Zustimmung und nicht den Fragebogen betraf, wollten sie nicht teilnehmen. Alle anderen Patientinnen zeigten keine Bedenken und waren sogar erstaunt, dass ihre informierte Zustimmung schriftlich eingeholt wurde.

### 3.4. Analyse der Stichprobe

In diesem Abschnitt werden die Analysen der Stichprobe und der erklärenden Variablen (Kovariablen) vorgestellt. Das Ziel dieser deskriptiven Analyse bestand darin herauszufinden, welche der Kovariablen sich für die Analyse der Zusammenhangshypothese eignen. Die Kovariablen Stockwerk, Alter, Geschlecht, Pflegeintensität, Beruf, Beziehung Patientin und Erfassung aus Pflegesicht wurden deskriptiv untersucht. Die Ergebnisse der univariaten und multivariaten Vergleiche werden in Kapitel vier vorgestellt.

**Stockwerk:** Die Häufigkeit der Teilnahme pro Stockwerk verteilte sich wie folgt: Stockwerk 1 = 23 Personen, Stockwerk 2 = 12 Personen, Stockwerk 3 = 22 Personen (Tabelle 5). Da auf Stockwerk 2 in der Zeit der Datenerhebung drei Zimmer zur Tagesklinik umfunktioniert wurden, war es nicht möglich, gleich viele Personen wie auf den andern Stockwerken einzubeziehen.

**Alter:** Das Alter variierte gesamthaft zwischen 19 und 90 Jahren. Stockwerk 1 hatte die älteste (Mittelwert = 66 Jahre), Stockwerk 2 die zweitälteste (Mittelwert = 52.6 Jahre) und Stockwerk 3 die jüngste Population (Mittelwert = 51.8 Jahre). Auf Stockwerk 2 war die Altersverteilung am gleichmässigsten, der Mittelwert war jedoch dem von Stockwerk 3 nahe. Abbildung (Abb.) 1 zeigt die Altersverteilung pro Stockwerk auf.

		c			Σ
		1	2	3	
a	5	2	5	7	4
	6	8	3	1	2
	6	3	4	4	2
Σ		2	2	2	3

Tabelle 5: Altersklasse Stockwerk Dermatologie

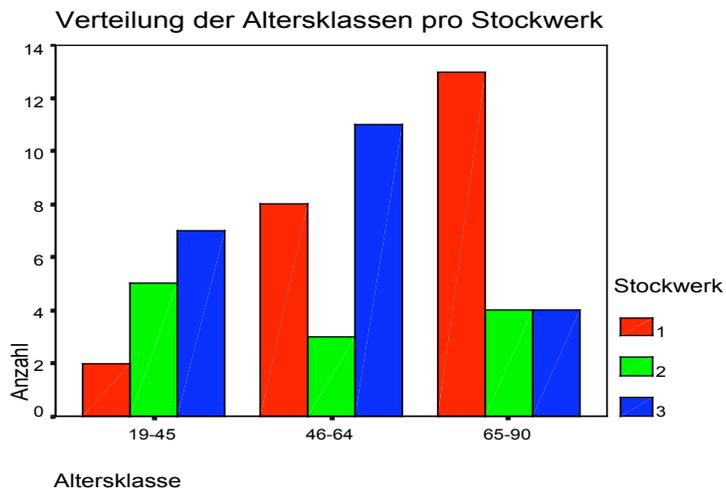


Abbildung 1: Histogramm Altersklasse/Stockwerk

**Geschlecht:** Insgesamt nahmen 27 Frauen und 30 Männer teil. Die Gesamtverteilung der Geschlechter unterschied sich kaum. Die Altersklasse 65-90 wies mehr Frauen (13) als Männer (8) auf. In der Altersklasse 46-64 war es umgekehrt, sie wies mehr Männer (14) als Frauen (8) auf (Abb. 2).

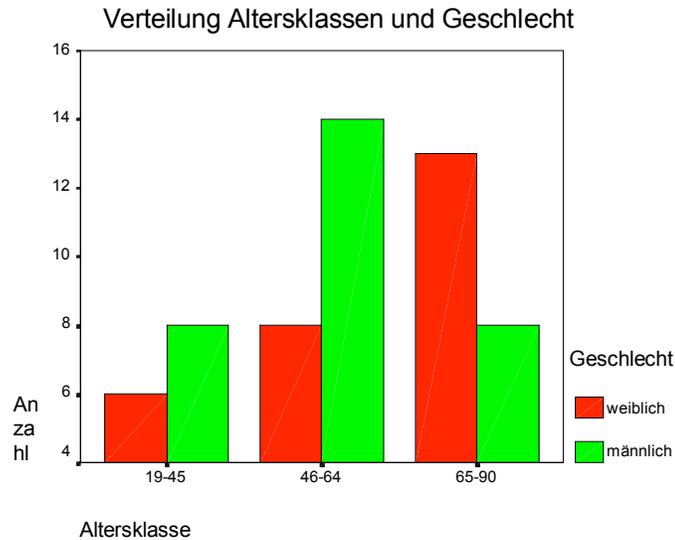


Abbildung 2: Histogramm Altersklasse/Geschlecht

Betrachtet man Geschlecht und Alter mit Stockwerk, zeigt sich Folgendes: Auf Stockwerk 1 hatte die höchste Altersklasse am meisten Personen (7 Frauen und 6 Männer). Stockwerk 2 wies in der jüngsten Altersklasse 2 Frauen und 3 Männer auf. Auf Stockwerk 3 war die mittlere Altersklasse mit 5 Frauen und 6 Männern am stärksten vertreten (Abb. 3a, b+c).

### Verteilung der Geschlechter pro Altersklasse und Stockwerk

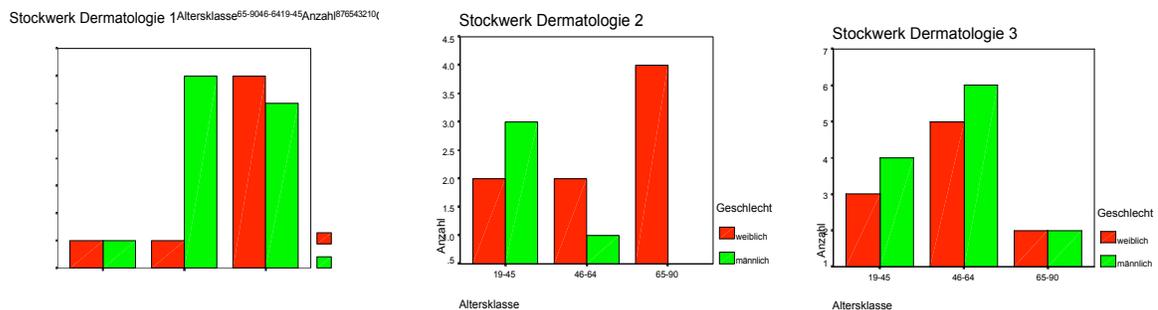


Abbildung 3a, b+c: Histogramme Altersklasse/Geschlecht je Stockwerk

**Pflegeintensität:** Diese wurde gesamthaft bei 31 Personen als niedrig und bei 26 als hoch eingestuft. Bei Stockwerk 3 und Stockwerk 2 war die Pflegeintensität hoch/niedrig ausgeglichen, Stockwerk 1 hatte 14 Personen mit niedriger und 9 mit hoher Pflegeintensität.

Alter und Pflegeintensität pro Stockwerk stellen sich wie folgt dar: Auf Stockwerk 1 wies die Altersklasse 65-90 am meisten Personen mit niedriger Pflegeintensität auf. Auf Stockwerk 2 verteilte sich die hohe Pflegeintensität gleichmässig auf die drei Altersklassen. Auf Stockwerk 3 trat hohe Pflegeintensität am häufigsten bei der Altersklasse 46-64 auf (Abb. 4).

Verteilung der Altersklassen und der Pflegeintensität pro Stockwerk

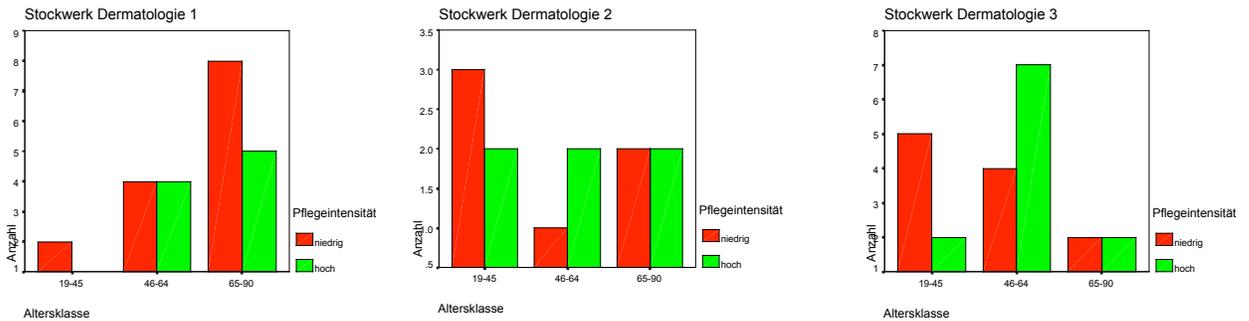


Abbildung 4a, b+c: Histogramme Altersklasse/Pflegeintensität je Stockwerk

Die Pflegeintensität war bezüglich des Geschlechts insgesamt ausgewogen. Setzt man Pflegeintensität und Geschlecht mit dem Alter in Beziehung, zeigt sich Folgendes: Die meisten Frauen waren in der Altersklasse 65-90, davon wiesen 7 eine niedrige und 6 eine hohe Pflegeintensität auf. Die meisten Männer waren in der Altersklasse 46-64 (Abb. 5a + b).

Verteilung der Geschlechter pro Altersklasse und Pflegeintensität

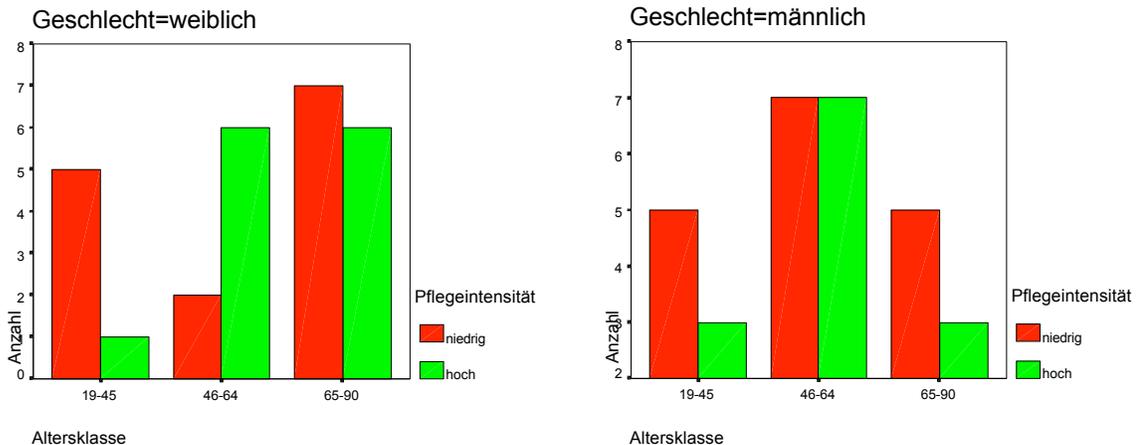


Abbildung 5a+b: Histogramme Geschlecht/Altersklasse/Pflegeintensität

**Beruf:** Es wurden folgende Kategorien gebildet: 1 = Anlehre (A), 2 = Berufsabschluss (B), 3 = Studium (S) und 4 = Andere (And.). Im Gesamten nahmen teil: A = 15, B = 27, S = 6, And. = 9. Auf allen Stockwerken war B die am häufigsten vorkommende Kategorie. Die Kategorie Andere (Rentnerin, Privatier) erwies sich nicht als günstig, da die berufliche Zuordnung nicht eindeutig war. Die Kovariable Beruf wurde deshalb nicht in die Analyse einbezogen.

**Beziehung Patientin:** Insgesamt wurden 49 Patientinnen durch die Pflegende als offen und kooperativ, 8 als verschlossen oder unkooperativ eingeschätzt. Die Verteilung unterschied sich auf den drei Stockwerken nicht wesentlich. Da sehr wenige unkooperative Fälle beobachtet wurden, trägt die Variable wenig zur Erklärung bei. Sie wurde deshalb nicht in die weitere Analyse einbezogen.

**Erfassung aus Pflegesicht:** Nur zwei Fälle wurden durch Pflegende als nicht gut erfasst angegeben. Bei den zwei Personen handelte es sich um Männer, die zugleich in der Variable Beziehung als verschlossen/unkooperativ eingestuft wurden. Die beiden Patienten wiesen weder in Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“, noch in Instrument „Dokumentation Diagnostik“ auffallende Werte auf. Da zu wenig Fälle beobachtet wurden, eignet sich diese Variable nicht für weitere Analysen. Soziale Wünschbarkeit könnte ein möglicher Grund dafür sein, weshalb etwas über 96 % der Pflegenden ihre Einschätzung der Patientinnen als gut bezeichneten.

Die Darstellung der Stichprobenanalyse wird mit folgender Feststellung abgeschlossen: **Auf Grund der Ergebnisse der deskriptiven, statistischen Analyse werden Alter, Geschlecht, Stockwerk und Pflegeintensität als erklärende Variablen (Kovariablen) in die Analyse der Zusammenhangshypothese einbezogen.** Diese Analyse wird schliessende, statistische Vergleiche darstellen und zeigen, ob die Kovariablen einen signifikanten Einfluss auf Patientinnen-Zufriedenheit haben. Weitere Angaben und die entsprechenden Ergebnisse dazu werden in Kapitel vier vorgestellt. Da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelte, wurde eine dichte Beschreibung und ein Vergleich der Stichprobe zur Population der Dermatologie-Patientinnen zum Vorjahr gemacht. Mit den ermittelten Daten wird eine breitere Abstützung der Stichprobe gemacht und es kann ersehen werden, ob auffällige Abweichungen zwischen Stichprobe und Vorjahr vorkommen. Im Jahr 1999 waren pro Monat 106 Patientinnen (53 Betten) auf den drei Stockwerken der Dermatologie hospitalisiert. Die durchschnittliche Hospitalisationsdauer betrug 16.1 Tage. Im Frühjahr 2000 wurden 5 Betten zur Tagesklinik umfunktioniert. Im Jahr 2000 waren von Januar bis Ende Juli 125 Patientinnen (48 Betten) auf den drei Stockwerken hospitalisiert; zur durchschnittlichen Hospitalisationsdauer liegen zur Zeit noch keine Zahlen vor. Obwohl die Tendenz, die Hospitalisationsdauer zu verkürzen, ersichtlich ist, weicht die durchschnittliche Patientinnenzahl der Stichprobe (Jahr 2000) nicht weit von der Population der Dermatologiepatientinnen im Jahr 1999 ab.

Die Verteilung der Altersklassen pro Stockwerk variierte im Jahr 1999 ähnlich wie in der Stichprobe. Gemäss Abteilungsstatistik (LEP) betrug das Durchschnittsalter auf Stockwerk 1: 67.67 Jahre (J.) (Stichprobe: 66.0 J.), Stockwerk 2: 57.62 J. (Stichprobe 52.6 J.), Stockwerk 3: 58.60 J. (Stichprobe 51.8 J.). Zur Vergleichbarkeit des Geschlechts: Frauen (F) und Männer (M) variierten im Jahr 1999 sowie in der Stichprobe pro Stockwerk wie folgt

Stockwerk 1 = 47.58 % F und 52.42 % M, in der Stichprobe 39.13 % F und 60.87 % M.

Stockwerk 2 = 39.85 % F und 60.15 % M, in der Stichprobe 66.67 % F und 33.34 % M

Stockwerk 3 = 43.88 % F und 56.12 % M, in der Stichprobe 45.45 % F und 54.55 % M.

Die Patientenstruktur der drei Stockwerke war vergleichbar; es lagen keine grösseren Abweichungen zum Vorjahr vor. Dieser Vergleich ermöglicht eine breitere Abstützung der Stichprobe (Erhebungsdauer sieben Wochen) auf die Dermatologiepopulation und würde mögliche, allfällig grössere Abweichungen vom Vorjahr aufzuzeigen.

### 3.5. Messinstrumente

Beide Messinstrumente (siehe Anhang V + VII) wurden theoriegeleitet entwickelt. Der theoretische Hintergrund für Instrument „Dokumentation Diagnostik“ basiert auf der Definition von Pflegediagnosen der NANDA (Carrol-Johnson, 1993) und den Kriterien, welche McFarland und McFarlane formuliert haben. Pflegediagnostik wurde am USZ weiterentwickelt und bildet den spezifischen, theoretischen Rahmen für die Instrument-Entwicklung. In Anhang I werden die Grundlagen zu Pflegediagnostik am USZ vollständig vorgestellt und in Anhang IV findet sich die entsprechende Operationalisierung. Das Instrument „Dokumentation Diagnostik“ misst mit 23 Items auf einer 3-punkt Skala die Qualität der Pflegedokumentation, ausgedrückt durch den Gesamtscore  $S_D$ . Einzelne, wichtige Items werden mehrfach gewichtet (Streiner & Norman, 1995). Es wurden dieselben Subkonzepte (Interaktion = I, Einbezug = E und Wissen = W) wie im Fragebogen zu Patientinnen-Zufriedenheit verwendet. Der Gesamtscore (Summe Dokumentation =  $S_D$ ) setzt sich daher zusammen aus:

$$S_D = S_I + S_E + S_W$$

$$102 = 54 + 8 + 40$$

Der theoretische Hintergrund für Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ basiert auf der Definition von La Monica et al. und berücksichtigt die Subkonzepte, welche McColl et al. und Megivern et al. abgeleitet haben. Um die Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik am USZ spezifisch messen zu können, sind die am USZ formulierten Indikatoren in die Instrument-Entwicklung einbezogen worden. Die ausführliche Beschreibung der Operationalisierung findet sich in Anhang IV. Bei Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ handelt es sich um eine kriterienbezogene, strukturierte Selbsterhebung (Waltz, Strickland, & Lenz, 1991), um die Zufriedenheit mit Pflegediagnostik aus Patientinnensicht zu erfassen. Das Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ enthält mehrere Aussagen, die Einstellungen der Patientinnen zum Thema werden durch eine Likertskala repräsentiert. Die Patientinnen geben dabei an, zu welchem Grad sie mit der Aussage übereinstimmen, beziehungsweise nicht übereinstimmen (Streiner & Norman, 1995). Um Antwort-Verzerrungen zu vermeiden, wurden gleichviel positive wie negative Aussagen formuliert. Der Fragebogen misst mit 34 Items auf einer 5-stufigen Likertskala die Zufriedenheit der Patientinnen mit der erhaltenen Pflegediagnostik, ausgedrückt durch den Gesamtscore  $S_P$ . Die Gesamtzufriedenheit setzt sich aus den Subkonzepten Interaktion (Items 1-17), Einbezug der Patientin (Items 18-29) und Wissen der Pflegenden (Items 30-35) zusammen. Der Gesamtscore (Summe Patientinnen-Zufriedenheit =  $S_P$ ) setzt sich zusammen aus:

$$S_P = S_I + S_E + S_W$$

$$145 = 65 + 50 + 30$$

Beide Instrumente wurden einem Prätest unterzogen. Mit dem Instrument „Dokumentation Diagnostik“ wurden durch die Untersuchende zwölf Pflegedokumentationen analysiert. Das Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ wurde mit zwei älteren Personen vorgetestet, die einen Spitalaufenthalt hinter sich hatten. Anschliessend wurde die inhaltliche Gültigkeit durch zwei Expertinnen-Runden geprüft und eine Gruppe Diplomierter beurteilte die Verständlichkeit, Einfachheit und Anwendbarkeit der Instrumente. Auf Grund ihres Urteils wurden in Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ Item 7 und 14 vereinfacht und Items 6, 13, 15 und 20 klarer formuliert. Anschliessend konnte am USZ ein Pilottest (N = 20) durchgeführt werden. Dessen Analyse hatte zur Folge, dass bei Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ Item 6c (= Angaben zum spirituellen Bereich) weggelassen wurde. Um die Zuverlässigkeit von Instrument „Dokumen-

tation Diagnostik“ zu prüfen, wurden fünf Pflegedokumentationen durch einen weiteren Rater analysiert. Die Übereinstimmung betrug insgesamt 91.42 %. Eine weitere Raterin analysierte zwei Pflegedokumentationen mit einer Übereinstimmung von 81.48 %, respektive 91.66 %. Für die statistische Analyse der Übereinstimmung mit mehreren Ratern eignet sich Cohen's Kappa nicht. Aufgrund der hohen Übereinstimmung und mangelnder Ressourcen für diese Untersuchung wurde beschlossen, den aufwendigen Kappa nach Fleiss ausschliesslich bei der Analyse der Hauptuntersuchung durchzuführen. Anhand der Resultate des Pilottests konnte die minimal Stichprobengrösse für die Hauptuntersuchung (N = 54) festgelegt werden. Der Pilottest zeigte auf, dass die Instrumente für die Untersuchung geeignet sind.

### 3.5.1. Skalenanalyse und Gütekriterien

#### Objektivitätsanalyse

Die Objektivität einer Untersuchung gibt an, in welchem Ausmass die Ergebnisse von der Untersuchenden unabhängig sind.

- Durchführungsobjektivität (DO): Verhaltensvariation der Untersuchenden führt zu unterschiedlicher Antwort.
- Auswertungsobjektivität (AO): Interpretationsunterschied der vorhandenen Antwort durch die Untersuchende führt zu verschiedenem Bewertungsergebnis.
- Interpretationsobjektivität (IO): Grad der Unabhängigkeit der Interpretation des Untersuchungsergebnisses von der interpretierenden Auswerterin.

**Instrument „Dokumentation Diagnostik“:** DO ist gegeben, da es keine Interaktionen zwischen Auswertender und Pflegedokumentation gab. IO ist durch die 3-punkt Skala gegeben, AO ist nicht a priori gegeben, da die Auswertende aus den Pflegedokumentationen entscheiden musste, ob die gesuchte Antwort enthalten ist oder nicht. Um zu untersuchen, ob die Items von verschiedenen Raterinnen gleich eingestuft werden, wurde die Güte der Urteiler-Übereinstimmung mittels Kappa nach Fleiss (Bortz & Lienert, 1998) ermittelt. Drei Pflegedokumentationen wurden durch je 12 Raterinnen analysiert. Die sich ergebenden drei **Kappas** waren **.61**, **.74** und **.61**. Alle drei Kappas sind auf dem 5 % Niveau signifikant. Dies bedeutet, dass die Übereinstimmung zwischen den Raterinnen relativ gut und nicht durch den Zufall bedingt ist.

**Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“:** Für die Analyse wurde die Likertskala in Schlüsselrichtung umkodiert. IO und AO wird durch die Likertskala fast vollständig garantiert. Da es sich um einen Fragebogen und kein Interview handelt, ist auch DO gegeben (Bortz & Döring, 1995).

#### Itemanalyse

Die Qualität eines Instrumentes ist abhängig von der Art und der Zusammensetzung der Items, aus denen es besteht. Die Itemanalyse ist deshalb ein zentrales Instrument zur psychometrischen Prüfung eines Messinstrumentes. Items sollen möglichst homogen sein. Die interne Konsistenz oder Homogenität gibt an, wie hoch die einzelnen Items eines Instruments im Durchschnitt miteinander korrelieren (Polit & Hungler, 1995). Die interne Konsistenz kann aus der Reliabilitätsanalyse (Alpha-Koeffizienten) ermittelt werden. Items sollen auch eine hohe Streuung in den Schwierigkeitsgraden aufweisen. Zu schwierige Items (Schwierigkeitsindex kleiner als .2) oder zu leichte Items (Schwierigkeitsindex grösser als .8) gelten als unbrauchbar (Bühl & Zöfel, 2000). Zudem sollen Items möglichst eindeutig Personen mit geringer Merkmalsausprägung von Personen mit starker Merkmalsausprägung trennen, also eine hohe Trennschärfe ha-

ben (Trennschärfe-Koeffizient grösser als .2). Vorgehen: Um die Subkonzepte zu optimieren, werden zuerst zu leichte Items eliminiert, anschliessend alle mit einem zu kleinen Trennschärfe-Koeffizienten und schliesslich alle, deren „Alpha if deleted“ grösser ist als das momentan ausgewiesene Alpha.

### Reliabilität

Die Reliabilität gibt den Grad der Konsistenz und der Genauigkeit (accuracy) eines Instrumentes an. Die interne Konsistenz beschreibt das Mass der Genauigkeit, mit der die Items ein Konzept repräsentieren. Interne Konsistenz kann mit dem Reliabilitäts-Koeffizienten Cronbachs Alpha ermittelt werden. Die Anzahl und Formulierung der Items sollten eine möglichst reliable Merkmalsmessung gewährleisten (Polit & Hungler, 1995).

### Instrument „Dokumentation Diagnostik“:

Unbrauchbare Items wurden nach Schwierigkeitsindex und Trennschärfe selektiert. Item 8 wurde weggelassen, da „Alpha if item deleted“ grösser war als das momentan ausgewiesene Alpha. Item 11 wies einen schwachen Trennschärfe-Koeffizienten auf und wurde daher weggelassen; Item 18 hatte keine Trennschärfe (.00) und wurde für die Analyse ebenfalls gestrichen. Item 10 passte nicht in das Subkonzept Einbezug, jedoch in das Subkonzept Wissen/Dokumentation. Die Trennschärfe aller Items variiert zwischen .70 und .32 und kann als gut bezeichnet werden. Tabelle 6 stellt den mittleren Schwierigkeitsgrad und die Alphas der Subkonzepte dar. Das Testresultat  $\alpha = .91$  weist auf interne Konsistenz von Instrument „Dokumentation Diagnostik“ hin.

Subkonzepte:	Mittlere Schwierigkeit:	Alpha:
Interaktion	.60	.88
Einbezug	.68	.92
Wissen	.55	.82
Konzept Pflegediagnostik Gesamtskala	<b>.59</b>	<b>.91</b>

Tabelle 6: Itemanalyse von Instrument „Dokumentation Diagnostik“

### Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“:

Item 16 hatte mit .22 den niedrigsten Trennschärfe-Koeffizienten und wurde weggelassen. Die Trennschärfe aller Items variiert zwischen .77 und .40 und kann als gut bezeichnet werden. Item 36 wird für die Kriteriumsvalidität benutzt und ist deshalb ausgeschieden. Items 3, 4 und 10 aus Subkonzept Interaktion wurden ausgeschlossen, da „Alpha if deleted“ grösser war als das momentan ausgewiesene Alpha. Aus demselben Grund wurden Items 22 und 23 aus dem Subkonzept Einbezug weggelassen. Tabelle 7 stellt den mittleren Schwierigkeitsgrad und die Alphas der Subkonzepte dar. Das Testresultat  $\alpha = .95$  weist auf interne Konsistenz von Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ hin.

Subkonzepte:	Mittlere Schwierigkeit:	Alpha:
Interaktion	.76	.90
Einbezug	.77	.87
Wissen	.82	.81
Konzept Patientinnen-Zufriedenheit, Gesamtskala	<b>.77</b>	<b>.95</b>

Tabelle 7: Itemanalyse Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“

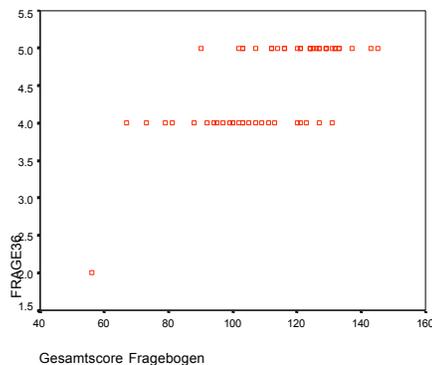
Im Abschnitt 5.2 „Methodologische Diskussion und Grenzen der Studie“ werden die weggelassenen Items beider Instrumente diskutiert.

## Validität

Die Validität (Gültigkeit) ist das wichtigste Gütekriterium. Die Validität eines Instruments gibt an, wie gut das Instrument in der Lage ist genau das zu messen, was es zu messen vorgibt.

**Inhaltsvalidität** ist gegeben, wenn der Inhalt das zu messende Konzept in seinen wichtigen Aspekten erschöpfend erfasst. Die vorgängige Literaturstudie bestätigt die Inhaltsvalidität der Instrumente (Müller Staub, 2000). Es fanden zwei Expertinnen-Runden statt, um die Inhaltsvalidität empirisch nachzuweisen. Je drei Pflegeexpertinnen des ZEFFP und je fünf Studentinnen der Pflegewissenschaft nahmen daran teil. Die Validität beider Instrumente wurde zweimal bestätigt. Auf die offene Frage nach Subkonzepten, die in den Instrumenten nicht als solche bezeichnet sind, konnten beide Runden diese sofort benennen. Anschliessend fand ein Konsens über die Zuteilung der Items zu den Subkonzepten statt. Zusätzlich hat die Mentorin als weitere Expertin die inhaltliche Validität als gut beurteilt.

**Kriteriumsvalidität** (gleichzeitige Übereinstimmung = concurrent validity) ist ein pragmatisches Vorgehen und meint den Vergleich mit einem andern Kriterium. Um Übereinstimmung zu überprüfen (Polit & Hungler, 1995), wurden die Patientinnen im Fragebogen durch Item 36 gleichzeitig nach ihrer Gesamtzufriedenheit bezüglich Pflege befragt. Um die Andersartigkeit der Frage hervorzuheben, ist Item 36 im Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ deutlich abgetrennt worden (Streiner & Norman, 1995). Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Scorestufen. Die Beobachtung mit dem Itemscore 2 wurde weggelassen, um eine punktbiseriale Korrelation ( $r_{pb}$ ) (Bortz, 1999) zwischen den Scorestufen 4 und 5 des Items 36 und dem Gesamtscore von Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ zu berechnen ( $r_{pb} = .58$ , siehe Abb. 6).



Die Signifikanzprüfung erfolgte durch einen t-Test, der ermittelte t-Wert = 5.23,  $df = 55$ . Vergleicht man diesen Wert mit einem auf dem 5 % Alpha-Niveau erwarteten t-Wert = 2.01 auf einer Signifikanztabelle, zeigt sich, dass  $r_{pb}$  hochsignifikant ( $p \leq .001$ ) ist.

Abbildung 6: Streudiagramm Frage 36: Scorestufen 4 und 5 des Instruments „Patientinnen-Zufriedenheit“

Zusammenfassend haben sich beide Instrumente als brauchbar erwiesen. Instrument „Dokumentation Diagnostik“ wurde aufgrund der Literatur, hauptsächlich ausgehend von Pflegediagnostik am USZ, entwickelt und kann für diese Untersuchung als valide und reliabel ( $\alpha = .91$ ) bezeichnet werden. Auf der Basis der Operationalisierung (Eriksen, 1987; Eriksen, 1995; Megivern et al., 1992) konnte auch ein valides Instrument zur Erfassung der Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik entwickelt werden. Die dazu von La Monica et al., Megivern et al., McColl et al. und Bethel & Ridder formulierten Items konnten verfeinert und mit Hilfe des Leitfadens (Steffen-Bürgi et al., 1995) differenziert werden. Die früher vorgestellten Subkonzepte wiesen Alphas von .79, .78 und .88 auf (Bethel & Ridder, 1994). Hinweise zur Verbesserung der in der Literatur als zu unspezifisch kritisierten Instrumente wurden aufgenommen (Bethel & Ridder, 1994; McColl et al., 1996; Megivern et al., 1992); Instrument „Patientinnen-Zufrieden-

heit“ wies einen hohen Grad an interner Konsistenz ( $\alpha = .95$ ) auf und die Kriteriumsgültigkeit war zufriedenstellend.

### 3.6. Datenanalyse

Die Hauptmerkmale der Stichprobe wurden deskriptiv ausgewertet und sind in Kapitel drei vorgestellt worden. Im Kapitel vier werden zuerst die Resultate der deskriptiven Analysen der „Dokumentation Pflegediagnostik“ und der „Patientinnen-Zufriedenheit“ vorgestellt und anschliessend folgen die Resultate zur Forschungsfrage. Die Zusammenhangshypothese wird beantwortbar, indem die Gesamtscores von „Patientinnen-Zufriedenheit“ und von „Dokumentation Diagnostik“ mittels Kendall-Tau-b korreliert werden. Anschliessend folgt die statistische Auswertung der Kovariablen. Da die Kriteriumsvariable „Patientinnen-Zufriedenheit“ durch die Kovariablen Alter, Geschlecht, Stockwerk oder Pflegeintensität beeinflusst werden könnte, wird eine Kovarianzanalyse durchgeführt. Mittels Kovarianzanalyse wird der Einfluss der Kovariablen aus der Variable „Patientinnen-Zufriedenheit“ herauspartialisiert. Damit lässt sich der interessierende Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit von allenfalls vorhandenen Einflüssen der Kovariablen bereinigen (Polit & Hungler, 1995).

Zusätzlich lässt sich analysieren, wie die Subkonzepte Interaktion, Einbezug und Wissen miteinander korrelieren. Mit den Messinstrumenten „Patientinnen-Zufriedenheit“ und „Dokumentation Diagnostik“ wurden nicht normalverteilte, ratingskalierte Daten auf Ordinalniveau erhoben. Der Korrelationskoeffizient Kendall-Tau-b ist ein nichtparametrisches Mass des Zusammenhangs für ordinal und rangskalierte Variablen, das Bindungen berücksichtigt (Bühl & Zöfel, 2000). Da die Alternativhypothese einseitig (positiv gerichtet) gestellt wurde, ist der einseitige Signifikanztest gerechtfertigt, der im SPSS direkt mit der Korrelationsanalyse durchgeführt wird.

## 4. RESULTATE

### 4.1. Deskriptive Analyse der „Dokumentation Diagnostik“

Die mit dem Instrument „Dokumentation Diagnostik“ gemessenen Werte gehen aus der folgenden Tabelle und den Abbildungen hervor. Das Subkonzept Interaktion streute breit zwischen 6 und 54 Punkten (Tab.8); wobei die maximale Punktzahl in fünf Fällen erreicht wurde (Abb. 7a). Das Subkonzept Einbezug stellt sich linksschief dar. Bei acht Dokumentationen lagen null, beziehungsweise ein Punkt vor und 29 Dokumentationen sind in der obersten Kategorie mit 8 Punkten vertreten. Von den Subkonzepten hat Einbezug die grösste Standardabweichung (Abb. 7b). Die Abbildung zu dem Subkonzept Wissen zeigt ein nahezu normalverteiltes Histogramm (Abb. 7c).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Summe Subkonzept Interaktion	57	6	54	35.56	13.02
Summe Subkonzept Einbezug	57	0	8	5.47	3.01
Summe Subkonzept Wissen	57	4	39	23.84	9.46
Gesamtscore Dokumentation	57	13	100	64.88	21.43
Gültige Werte (Listenweise)	57				

Tabelle 8: Deskriptive Statistik, Werte der Subkonzepte des Instruments „Dokumentation Diagnostik“

#### Summen der Subkonzepte Interaktion, Einbezug und Wissen ( $S_I$ , $S_E$ , $S_W$ )

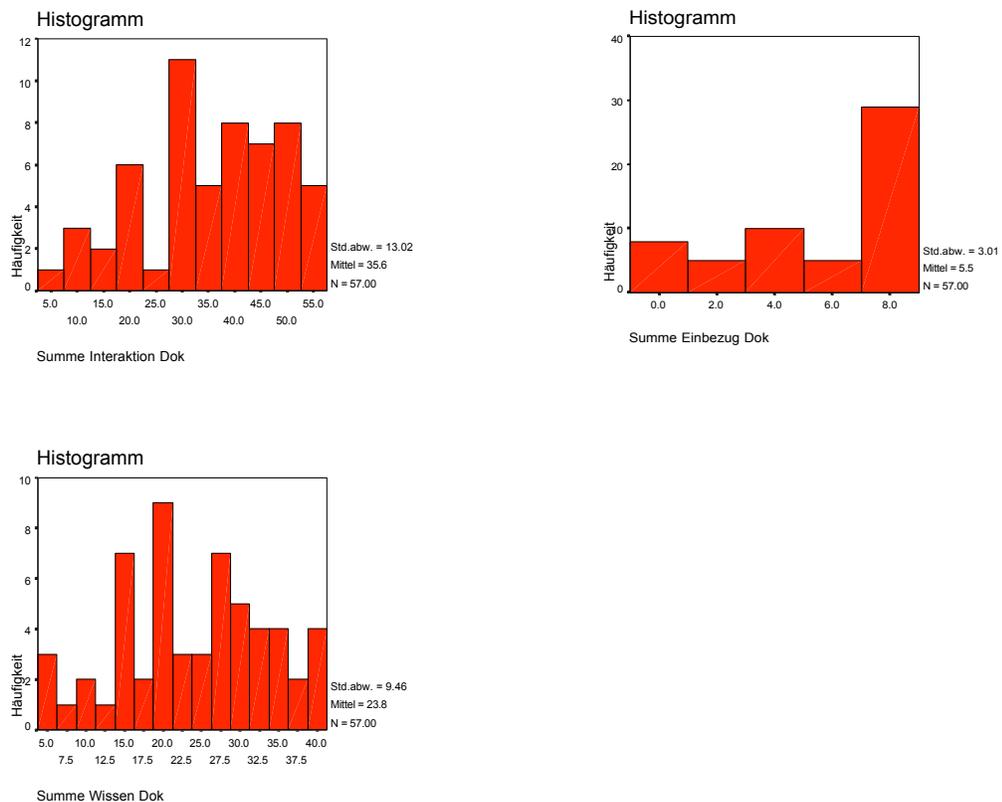


Abbildung 7a, b+c: Histogramme der Subkonzepte, gemessen mit dem Instrument „Dokumentation Diagnostik“

Der Gesamtscore Dokumentation Pflegediagnostik streute zwischen 13 und 100 Punkten (Tab. 8), wobei der Wert 13 als Ausreisser zu betrachten ist. Von den insgesamt 57 Dokumentationen wurden 56 mit mehr als 45 Punkten gewichtet; der Maximalscore von 102 Punkten wurde nie gemessen. Der Mittelwert von 64.9 weist insgesamt auf eine recht gute Qualität der Pflegediagnostik hin (Abb.8). Bei der Patientin mit dem tiefen Gesamtscore von 13 Punkten lag zwar eine Pflegediagnostik vor, jedoch waren die Items 2, 4, 6 und 9 bis 15 nicht erfüllt. Die Pflegenden hatte die Patientin als verschlossen eingestuft. Sie meinte, daher von der Patientin nicht ausführliche Informationen für die Einschätzung aufgenommen zu haben. Die Patientin meinte bei der Abgabe des Fragebogens zur Untersuchenden: „Ich melde mich, wenn ich etwas brauche, sonst schaue ich selber zu mir“. Der Gesamtscore von 109 Punkten im Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ lag bei ihr wenig unter dem Mittelwert. Das bedeutet, dass die Patientin trotz den Werten bei Instrument „Dokumentation Diagnostik“ eine mittlere Zufriedenheit angab. Abschliessend kann zur deskriptiven Analyse von Pflegediagnostik folgendes festgestellt werden. Die eher rechtsschiefe Verteilung der Gesamtscores deutet nicht auf eine sehr gute Qualität von Pflegediagnostik. Von den Subkonzepten wies Interaktion die kleinste Streuung und zugleich die höchsten Scores auf. Bei einer höchst möglichen Punktzahl von 54 lag der Mittelwert bei 35.8 Punkten und die Standardabweichung betrug 13.02 Punkte (s. Abb. 7).

#### Darstellung der gemessenen Gesamtscores „Dokumentation Diagnostik“ (S<sub>D</sub>)

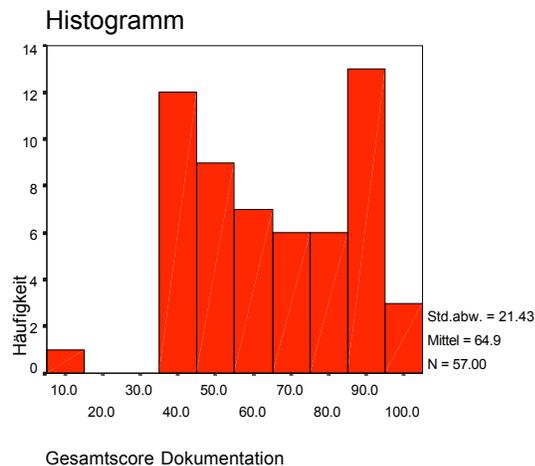


Abbildung 8: Histogramm der Gesamtscores „Dokumentation Diagnostik“

#### 4.2. Deskriptive Analyse der „Patientinnen-Zufriedenheit“

Die Werte der Subkonzepte sind in Tabelle 9 ersichtlich. Das Subkonzept Interaktion ist deutlich links-schief und streute zwischen 20 und 65 Punkten. Die höchste Punktekatgorie 65 wurde von drei Patientinnen angegeben, die tiefste Kategorie stellt sich abgesondert und nur in einem Fall dar. Der Mittelwert von 49.6 zeigt, dass viele Patientinnen die Interaktion mit den Pflegenden als gut bis sehr gut einstufen (Abb. 9a). Auch das Subkonzept Einbezug ist leicht linksschief und streut zwischen 22 und 50 Punkten. Die höchste Punktekatgorie 50 wurde von zwei Patientinnen angegeben, die tiefste Punktekatgorie 22.5 von drei Patientinnen. Der Mittelwert von 38.3 deutet auf eine relativ gute Zufriedenheit bezüglich des Einbe-

zugs hin (Abb. 9b). Das Subkonzept Wissen zeigt Werte zwischen 11 und 30 und stellt sich linksschief dar, wobei die höchste Punktekategorie von sechs Patientinnen angegeben wurde. Das Minimum von 11 Punkten gab eine Patientin an. Der Mittelwert von 24.07 weist darauf hin, dass die Patientinnen bezüglich Wissen der Pflegenden eine hohe Zufriedenheit angaben (Abb. 9c).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Summe Interaktion Fragebogen	57	20	65	49.60	9.43
Summe Einbezug Fragebogen	57	22	50	38.32	6.88
Summe Wissen Fragebogen	57	11	30	24.07	4.15
Gesamtscore Fragebogen	57	56	145	111.98	18.93
Gültige Werte (Listenweise)	57				

Tabelle 9: Deskriptive Statistik, Werte der Subkonzepte des Fragebogens „Patientinnen-Zufriedenheit“

### Summen der Subkonzepte Interaktion, Einbezug und Wissen ( $S_I$ , $S_E$ , $S_W$ )

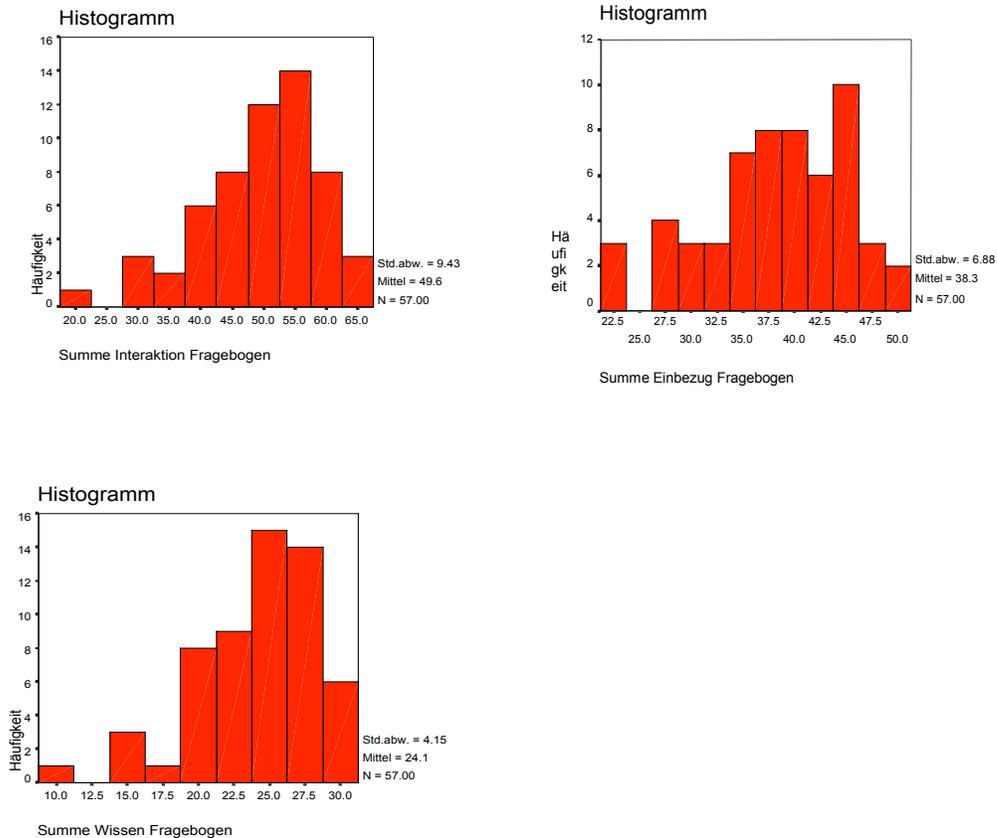


Abbildung 9a, b+c: Histogramme der Subkonzepte, gemessen mit dem Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“

Der Gesamtscore der Patientinnen-Zufriedenheit variierte zwischen 56 und 145 (Tab. 9), wobei nur eine Person den maximalen Summenscore 145 erreichte. Von den 57 Patientinnen gaben 48 zwischen 100 und 130 Punkten an, der Mittelwert betrug 112.0 Punkte (Abb. 10). Insgesamt gaben die Patientinnen zu allen drei Subkonzepten Interaktion, Einbezug und Wissen sowie beim Gesamtscore hohe Werte an (s. Abb. 9 + 10).

**Darstellung der gemessenen Gesamtscores „Patientinnen-Zufriedenheit“ (S<sub>P</sub>)**

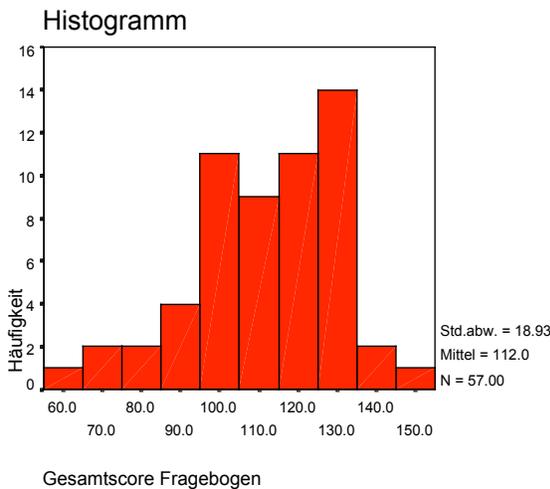


Abbildung 10: Histogramm der Gesamtscores „Patientinnen-Zufriedenheit“

**4.3. Analyse des Zusammenhangs zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit**

**Resultat zur Forschungsfrage mittels Korrelation nach Kendall-Tau-b:**

Der Gesamtscore Pflegediagnostik weist einen sehr schwachen, signifikanten Zusammenhang mit dem Gesamtscore Patientinnen-Zufriedenheit auf ( $\tau = .18, p \leq .03$  siehe Tab. 10).

**Darstellung des Zusammenhangs zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit**

		Patientinnen-Zufriedenheit	
		≥ 112	< 112
Pflegediagnostik	≥ 112	7	7
	< 112	2	3
		9	10

Tabelle 10: Korrelation Gesamtscores Patientinnen-Zufriedenheit versus Pflegediagnostik

**Resultate zu erklärenden Variablen:**

Die **univariate Kovarianzanalyse** mit den Zwischensubjektfaktoren Geschlecht, Alter, Pflegeintensität und Stockwerk ergab keine signifikanten Ergebnisse. Das bedeutet, dass keine der Kovariablen die Patientinnen-Zufriedenheit signifikant beeinflusste.

**Resultate zu den Subkonzepten:**

Korreliert man die Subkonzepte Interaktion, Einbezug und Wissen der Instrumente „Dokumentation Pflegediagnostik“ und „Patientinnen-Zufriedenheit“ gegeneinander, zeigt sich folgendes Ergebnis: Interaktion wies als Einziges der Subkonzepte einen Zusammenhang auf ( $\tau = .20, p \leq .02$ ), welcher signifikant war; siehe dazu Tabelle 11 und Abbildung 11.

e

			D	
K	N	K	0	3
		N	.	0
		N	3	3
	N	K	3	0
	F	N	0	.
		N	3	3
*	K	N		

Tabelle 11: Korrelation des Subkonzepts Interaktion „Dokumentation Pflegediagnostik“ versus „Patientinnen-Zufriedenheit“

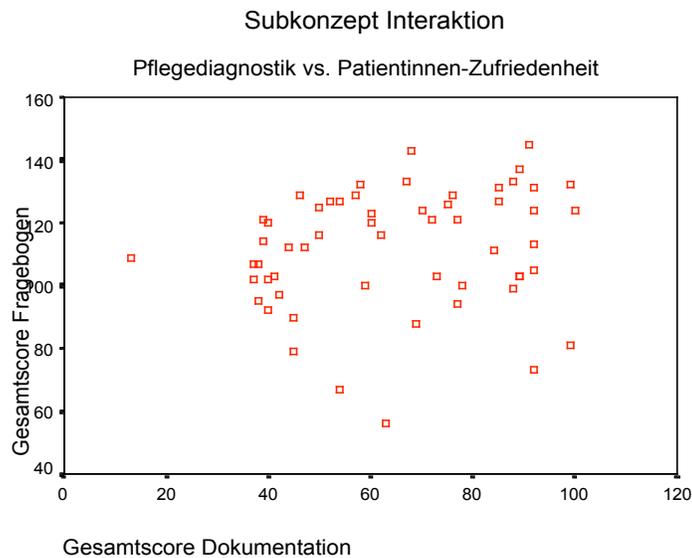


Abbildung 11: Streudiagramm Subkonzept Interaktion „Dokumentation Pflegediagnostik“ versus „Patientinnen-Zufriedenheit“

Die Kovarianzanalyse bestätigte die nichtparametrische Korrelation des Subkonzepts Interaktion und wies ebenfalls auf einen sehr schwachen Zusammenhang hin. Der Test der Zwischensubjekteffekte Interaktion ergab ein signifikantes Ergebnis ( $F = 4.38, p \leq .04$ ). Die Analyse zeigte, dass durch das Subkonzept Interaktion bloss 7.4 % des Zusammenhangs zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit erklärt wird. Abschliessend wird festgestellt, dass die Einflüsse der Kovariablen mittels Kovarianzanalyse kontrolliert und ausgeschlossen werden konnten. Von den Subkonzepten korrelierte Interaktion als Einziges signifikant. Wieweit der ermittelte, sehr schwache statistische Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und der Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik als praktisch bedeutsam bezeichnet werden darf, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

## 5. DISKUSSION

### 5.1. Zusammenhang Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit

Die Forschungsfrage lautete, ob ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation -gemessen mit einem Instrument „Dokumentation Diagnostik“- und der von Patientinnen empfundenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik -gemessen mit einem Fragebogen „Patientinnen-Zufriedenheit“- besteht. Die Resultate wiesen auf einen zwar signifikanten, jedoch sehr schwachen Zusammenhang hin ( $\tau = .18, p \leq .03$ , s. Tab. 10). Interaktion war das Einzige der Subkonzepte, das einen Zusammenhang aufzeigte und dessen Summen beider Instrumente signifikant mit einander korrelierten ( $\tau = .20, p \leq .02$ ). Das Ergebnis dieser nichtparametrischen Korrelation zu Interaktion (Tab. 11 + Abb. 11) wird durch die Kovarianzanalyse gestützt, aus welcher ebenso ein signifikanter, jedoch sehr schwacher Zusammenhang resultierte ( $F = 4.38, p \leq .04$ ). Das Resultat des Subkonzepts Interaktion hat hauptsächlich zum Ergebnis der Studie beigetragen. Dieses Resultat liefert weitere Hinweise dafür, dass Interaktion/Personenbezogene Dimension der wichtigste Prädiktor für Patientinnen-Zufriedenheit ist (Bethel & Ridder, 1994; Megivern et al., 1992). Obwohl Patientinnen, deren Pflegedokumentationen gemäss Leitfaden festgehalten wurden, tendenziell eine höhere Zufriedenheit aufwiesen als solche mit einer qualitativ weniger guten Pflegedokumentation, ist das Ausmass des statistisch signifikanten Zusammenhangs ( $\tau = .18$ ) sehr gering. Weder das Subkonzept Einbezug, noch das Subkonzept Wissen zeigte einen Zusammenhang mit Patientinnen-Zufriedenheit.

#### Qualität der Pflegediagnostik

Die Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass die Situation der Patientinnen recht gut erfasst werden. Das weist darauf hin, dass zwischen Pflegenden und Patientinnen eine gute Kommunikation vorkam. Ein wichtiges Ziel der Pflegediagnostik am USZ wurde somit erreicht: Es fand effektive Kommunikation statt, um die individuelle Betroffenheit und das subjektive Leiden der Patientinnen einzuschätzen (Steffen-Bürgi et al., 1995). Da bei Qualitätserhebungen anhand von Ordinaldaten möglichst hohe Punktzahlen angestrebt werden, geht die Diskussion im Folgenden auf diesen Aspekt ein. Wäre die Pflegediagnostik als sehr gut beurteilt worden, hätten hohe Punktzahlen dies angezeigt. Dann müsste sich die Verteilung der Subkonzepte und des Gesamtscores als stark linksschief darstellen (siehe Abb. 7 + 8), was jedoch nicht

zutrifft. Linksschiefe Verteilungen würden bedeuten, dass viele Items der Likertskala „Dokumentation Diagnostik“ mit „ja“ (= sehr gut) und „teilweise“ (= gut) eingestuft wären.

Von den Subkonzepten wies Interaktion die besten Resultate auf. In fünf Fällen wurden mehr als 50 Punkte (Maximalpunktzahl= 54) erreicht und der Mittelwert lag bei 35.6 Punkten (Tab. 8). Die Studie zeigt auf, dass die Pflegenden sich durch eine individuellen Problemerkennung auszeichnen und die Patientinnen ganzheitlich einschätzten. Angaben zur Pflegegeschichte und zur subjektiven Betroffenheit wurden aufgenommen, ebenso wurden Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens aufgezeichnet. Aus vielen Pflegedokumentationen war die gesamte Patientinnen-Situation ersichtlich: physiologische, soziokulturelle und psychologische Angaben lagen vor. Zur Krankheitsbewältigung hingegen konnten kaum Einträge gefunden werden. Der Beitrag von Moers & Schiemann in der erst kürzlich veröffentlichten Evaluation der Pflegediagnostik am USZ unterstützt dieses Resultat. Die Autoren halten fest, dass es zu einer verbesserten Interaktion zwischen Pflegenden und Patientinnen und zu einem erhöhten Verständnis für Patientinnen-Situationen kam (Moers & Schiemann, 2000). Auch Brune & Budde berichten, dass die Patientinnen die Kontaktaufnahme und die menschliche Zuwendung der Pflegenden am USZ als besonders wichtig und gut einschätzen (Brune & Budde, 2000).

Beim Subkonzept Einbezug wurden zwar in 29 Fällen sieben, respektive acht Punkte erreicht (Maximalpunktzahl= 8). Einbezug wies jedoch eine breite Streuung auf. Die Studie gibt Hinweise, dass Patientinnen nicht gemäss den Zielen der Pflegediagnostik am USZ einbezogen werden. Es war nur teilweise festgehalten, was aus Sicht der Patientin das Hauptproblem war und ihre Erwartungen an die Pflege wurden kaum explizit beschrieben. Auch war nur teilweise ersichtlich, ob die Patientin und Pflegende damit übereinstimmten, was das bestehende Hauptproblem der Patientin war. Dies bedeutet, dass Pflegediagnosen kaum gemeinsam mit den Patientinnen validiert werden. Brune und Budde kamen zum selben Ergebnis und beschrieben den fehlenden Einbezug der Patientinnen in die Validierung der Pflegediagnosen (Brune & Budde, 2000). Auch war nur in sehr seltenen Fällen aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass die Zielrichtung der Pflege gemeinsam mit der Patientin festgelegt wurde. Beim Subkonzept Wissen wurde die maximale Punktzahl (40) in keinem Fall erreicht. In vier Fällen wurden mehr als 37.5 Punkte gemessen und die Streuung war breit (s. Tab. 8 + Abb. 7c). Insgesamt kann festgestellt werden, dass Pflegediagnosen meistens richtig, gemäss Diagnoseliste des USZ, formuliert wurden. Item 14, das nach der Richtigkeit der Pflegediagnosen fragte, konnte 43 mal (von gesamt 57) mit „ja“ beantwortet werden. Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Moers und Schiemann, welche festhalten, dass der Leitfaden in der Praxis keine Anwendung fände (Moers & Schiemann, 2000). Die Analyse der Pflegedokumentationen zeigte richtig formulierte Pflegediagnosen; respektive Diagnosetitel. Es kamen auch kaum medizinische Diagnosen anstelle von Pflegediagnosen vor; jedoch waren diese nicht ausführlich formuliert. Die Ätiologie, die Art und das Ausmass der Beeinträchtigung waren oft gar nicht oder ungenügend beschrieben. Die Items machten deutlich, dass die exakte Beschreibung der Ätiologie der Pflegediagnosen nur bei 17 von 57 Pflegedokumentationen vorlag. Anstatt die Ursache einer Pflegediagnose aus Pflegefachwissen zu begründen, stand etwa: „Schmerzen (=Pflegediagnose Schmerz) im Zusammenhang mit medizinischer Diagnose“. Unter „im Zusammenhang mit“ sollte jedoch die pflegewissenschaftlich begründete Ursache sowie Art und Ausmass der Beeinträchtigung stehen. Das Ausmass, beziehungsweise die Qualität der gestellten Diagnose war in 31 von 57 Dokumentationen nicht vorliegend. Die Pflegediagnose Schmerz sollte zum Beispiel beschrieben

sein als: „Leidet chronisch (= seit mehr als sechs Monaten) unter starken, stechenden Schmerzen im linken Fussknöchel, begleitet von Schlafstörungen und Einschränkungen in der Beweglichkeit (= Art und Ausmass der Beeinträchtigung) im Zusammenhang mit chronischem Hautdefekt (= Ursache). Auch das individuelle Erleben und die Auswirkungen, -wie beispielsweise: Die Patientin äussert „die Gedanken kreisen andauernd um die starken Schmerzen und ich bin nicht in der Lage, mich mit Leuten zu treffen“-gehören zu einer vollständig definierten Pflegediagnose. Im Weiteren fanden sich zur Rubrik „Zielrichtung der Pflege“ zwar Einträge, diese wiesen jedoch kaum auf Pflegewissen hin. Beispielsweise stand darin „Zielrichtung der Pflege= chronisch“ (wobei chronisch sich auf die medizinische Diagnose, statt auf ein Pflegeziel, bezog). Pflegediagnosen wurden im Verlauf des Spitalaufenthaltes nicht aktualisiert. In Item 18 wurde gefragt, ob die Zielrichtung der Pflege neu angepasst wird. Das Item musste aus der Analyse gestrichen werden, da es in keinem Fall zutraf. Die inhaltliche Analyse der Pflegeberichte zeigte in den meisten Dokumentationen Bezüge zu den gestellten Pflegediagnosen auf. Im Gegensatz zu Moers und Schiemann, welche berichteten, dass Pflegediagnosen in den Pflegeberichten nicht auftauchen (Moers & Schiemann, 2000) wurde festgestellt, dass zumindest teilweise Bezug genommen wird. Einige Pflegenden markierten die Diagnosen (gemäss Leitfaden) mit einer Nummer und nahmen eine Neueinschätzung vor. Meistens wurde jedoch nur ein teilweiser Bezug hergestellt. Zum Beispiel wurde die Diagnose „Hautveränderungen: Rötungen, trockene Haut und Juckreiz“ richtig gestellt; im Pflegebericht hiess es jedoch nur: „Hat gegen Juckreiz um 13 Uhr eine Tablette Zyrtec erhalten“. Dieses ist eines von vielen Beispielen, die zeigten, dass Pflegenden eher eine (medizinisch verordnete) Massnahme aufschrieben als die Pflegediagnosen neu einzuschätzen oder die Wirkungen der Pflegeinterventionen zu evaluieren. Wittwer kam in seinem Beitrag zur Evaluation der Pflegediagnostik am USZ zu einem ähnlichen Ergebnis. Er stellt fest, dass sich bei der Formulierung der Diagnosen erhebliche Defizite zeigen, dass Pflegediagnosen nicht aktualisiert werden und dass der Wissensstand der Pflegenden ungenügend sei (Wittwer, 2000).

Abschliessend werden diese Resultate kurz interpretiert. Die Qualität der Pflegediagnostik am USZ, insbesondere Interaktion/Personenbezogene Dimension, kann als gut bezeichnet werden. In der vorliegenden Studie wies das Subkonzept Interaktion die höchsten Werte auf. Den Pflegenden im USZ steht dafür mit dem Leitfaden ein wertvolles Hilfsmittel zur Verfügung. Auf die Beziehungsgestaltung und auf die Kontaktaufnahme wurde laut Aussagen der Pflegenden in der Schulung und Begleitung auch viel Wert gelegt. Es scheint hingegen ein Bruch zwischen Diagnosestellung und den entsprechenden Folgemaassnahmen zu Einbezug, Kontinuität und Evaluation zu bestehen. Für das Subkonzept Einbezug liegen zwar im Leitfaden Ziele und einige Hinweise vor, jedoch fehlt eine entsprechende Anleitung für Gespräche zur Validierung der Pflegediagnosen mit den Patientinnen. Das Wissen der Pflegenden zu Pflegediagnosen scheint eher lückenhaft. Ein Standard für die Dokumentation ist zwar vorhanden, jedoch wurde gemäss Aussagen der Expertinnen und Pflegenden auf die Schulung der Dokumentation nicht viel Gewicht gelegt. Insbesondere Begleitung und Kontrolle wurden als fehlend bezeichnet und die Ergebnisse zu Subkonzept Wissen könnten darauf zurückzuführen sein. Andere Studien bestärken diese Interpretation zu dem Subkonzept Wissen. Insbesondere in den Anfängen der Pflegediagnostik war das Wissen zu Pflegediagnosen und deren ätiologischen Faktoren gering und entsprechende Pflegeinterventionen fehlten oft (Ehrenberg et al., 1996; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Turner, 1991). Ergebnisse einer in der Schweiz durchgeführten Untersuchung weisen auf den fehlenden, analytischen Umgang mit Pflegedi-

agnosen hin (Settelen-Strub, 1997). Auch Moers und Schiemann stellen in ihrem Bericht zur Evaluation der Pflegediagnostik am USZ fest, dass Pflegediagnostik noch nicht voll angewendet wird, sondern oft bei der Falleinschätzung stehen bleibt. Sie schildern, dass Pflegeinterventionen und die Überprüfung der Pflegeergebnisse vielfach ausstehen (Moers & Schiemann, 2000).

### **Ergebnisse der Patientinnen-Zufriedenheit**

Die Patientinnen-Zufriedenheit kann als hoch bezeichnet werden. Alle drei Subkonzepte weisen eine linksschiefe Verteilung auf; dies bedeutet, dass viele Patientinnen die positiven Aussagen der Items als „sehr zutreffend“ oder als „zutreffend“ eingestuft haben (Abb. 9a, b +c). Negative Aussagen in den Items hingegen wurden öfter als „trifft nicht zu“ oder „trifft gar nicht zu“ angegeben. Um Verzerrungen zu vermeiden, beinhaltete jedes Subkonzept ebenso viele positive wie negative Items. Die Berechnung der negativen Items wurde für die Analyse umkodiert. Die Analyse zeigte keine widersprüchlichen Angaben zu ähnlichen Fragen und deutet damit auf eine Bestätigung der Patientinnen-Aussagen.

Die Interaktion mit Pflegenden wurde als gut bis sehr gut angegeben. Drei Patientinnen gaben über 60 Punkte an und der Mittelwert lag bei 49.6 Punkten (Abb. 9a). Dieser Befund bestätigt das Resultat der Dokumentation der Pflegediagnostik. Patientinnen schätzten den individuellen, einführenden Umgang der Pflegenden und gaben an, dass diese ihre Probleme gut erfassten. Die Pflegenden nahmen sich Zeit für Anamnesegespräche und setzten sich dafür zu den Patientinnen. Sie betonten auch, Pflegende interessierten sich nicht ausschliesslich für das Körperliche, sondern ebenso um ihr seelisches Wohl. Den Pflegenden war es nicht unwichtig, was die Krankheit für die Patientinnen bedeutete. Die Patientinnen konnten Vertrauen zu den Pflegenden haben. Die Patientinnen gaben auch an, dass Pflegende ihre Situation ausführlich kennen und richtig einschätzen.

Bei Subkonzept Einbezug gaben zwei Patientinnen mehr als 47.5 Punkte an und die Streuung war recht breit; die Standardabweichung betrug 6.88 (Abb. 9b). Dieser eher mangelnde Einbezug bestätigt das Resultat aus „Dokumentation Pflegediagnostik“. Pflegediagnosen wurden kaum mit den Patientinnen besprochen und validiert. Ebenso wurden Patientinnen selten nach den Prioritäten ihrer Pflegeprobleme gefragt. Pflegende fragten Patientinnen nicht täglich, was momentan ihr wichtigstes Problem sei und bezogen sie in die Prioritätensetzung der Pflegeinterventionen nicht ein. Die Patientinnen wurden vor Pflegemassnahmen zwar nach ihrem Einverständnis gebeten, hatten dabei aber kaum Mitsprache. Einige äusserten bei der Abgabe des Fragebogens, dass sie gar nicht mehr Mitsprache zur Pflege erwarteten. Andere hingegen zeigten sich unzufrieden und meinten: „Die Pflegende oder der Arzt bestimmt, da hat man nichts dazu zu sagen“. Obwohl Pflegediagnostik am USZ den Einbezug der Patientin zum Ziel erklärt, ist dieses bisher nicht erreicht. Auch Moers und Schiemann kamen zu ähnlichen Ergebnissen und stellten fest, dass den Patientinnen die Pflegediagnosen weder mitgeteilt, noch mit ihnen evaluiert werden (Moers & Schiemann, 2000).

Zu Wissen gaben sechs Patientinnen mehr als 27.5 Punkte an. Die Verteilung war linksschief und deutet mit einer Standardabweichung von 4.15 (s. Tab. 9, Abb. 9c) auf ein gutes Resultat. Patientinnen schätzten den Informationsstand der Pflegenden bezüglich ihrer Situation als gut ein und gaben an, auch die verschiedenen Schichten seien gut über ihren jeweils aktuellen Zustand informiert. Bei der Abgabe der Fragebogen wurde der Untersuchenden jedoch mehrmals mitgeteilt, eine kontinuierliche Bezugsperson werde vermisst. Soziale Wünschbarkeit dürfte eine Erklärung dafür sein, dass Patientinnen das Wissen der

Pflegenden als gut bis sehr gut bezeichneten. Einige Patientinnen taten dies, auch wenn sie zugleich angaben, dass Pflegende sie zu wenig informierten -und damit ihr Wissen nicht kundtaten-. Wenn die Aussagen von Einbezug und Wissen innerhalb der Fragebogen verglichen wurden, zeigten sich hier und da Widersprüche, was die These der sozialen Wünschbarkeit stützt. Die meisten Patientinnen gaben eine hohe Zufriedenheit mit Pflegediagnostik an. Da die Patientinnen in der Likertskala ihre Antworten selbst gewichteten, erübrigt sich eine Interpretation. Dadurch wird zugleich eine mögliche Auswertungs-Verzerrung durch die Untersuchende ausgeschlossen. Das Resultat kann jedoch durch den Hawthorne Effekt beeinflusst worden sein. Wenn Patientinnen wissen, dass sie Teil einer Studie sind und zugleich durch die Untersuchende persönlich und freundlich kontaktiert werden, könnte dies hohe Gesamtscores bewirken, weil sich die Patientinnen in ihrer Wichtigkeit bestärkt fühlen.

Abschliessend wird die Forschungsfrage, ob ein Zusammenhang zwischen Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation und der von Patientinnen empfundenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik besteht, diskutiert. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen in dieselbe Richtung wie eine vorgängige, rein qualitative Untersuchung zur Pflegediagnostik am USZ. Budde berichtete über die Steigerung des subjektiven Befindens der Patientinnen durch die Einführung der Pflegediagnostik am USZ (Budde, 1998). Auch Brown et al. und Turner gehen von der Annahme aus, dass eine gezielte, fachkompetent durchgeführte Pflegediagnostik die Patientinnen-Zufriedenheit erhöht (Brown et al., 1987; Turner, 1991). Der ermittelte Korrelationskoeffizient .18 weist einen sehr schwachen, jedoch statistisch signifikanten Zusammenhang auf. Die Kovarianzanalyse zeigte, dass allein durch das Subkonzept Interaktion 7.4 % des Zusammenhangs zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit erklärt wird ohne durch die Kovariablen Geschlecht, Alter, Pflegeintensität oder Stockwerk konfundiert zu werden. Die Zusammenhangshypothese wurde zwar statistisch gestützt und die Ergebnisse der nicht-parametrischen Korrelation werden durch die Kovarianzanalyse abgesichert. Dadurch wurde überprüft, ob die gefundene Korrelation nicht aufgrund von Konfundierungen mit Kontrollvariablen zustande gekommen sein könnte. Der Befund, dass keine der berücksichtigten Kontrollvariablen einen signifikanten Einfluss auf Patientinnen-Zufriedenheit hatte zeigt, dass die beobachtete Korrelation nicht auf versteckte Einflüsse der erhobenen Kontrollvariablen zurückgeführt werden kann. Ob und welche anderen Einflüsse sich auf Patientinnen-Zufriedenheit auswirken, wird durch die Studie nicht beantwortet. Da die Interaktion zwischen Pflegenden und Patientinnen jedoch als Prädiktor für hohe Patientinnen-Zufriedenheit gilt und durch diese Untersuchung bestätigt wurde, erscheint das positive Ergebnis des Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit dieser Studie als begründet. Weil der bisherige Stand der Forschung zur Zusammenhangshypothese nicht eindeutige Resultate lieferte, schien es angemessen, in dieser Studie zu fragen, ob überhaupt ein Zusammenhang besteht. Aus diesem Grunde wurde für die Zusammenhangshypothese nicht im Voraus ein Signifikanzniveau festgelegt. Aufgrund des ermittelten, sehr schwachen Zusammenhangs zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und der von Patientinnen empfundenen Zufriedenheit mit Pflegediagnostik bedarf die Zusammenhangshypothese weiterer Forschung.

## 5.2. Methodologische Diskussion und Grenzen der Studie

Die Wahl eines korrelativen Designs scheint auf Grund der bestehenden Literatur gerechtfertigt. Die in der Literatur beschriebenen Kriterien für Pflegediagnostik (McFarland & McFarlane, 1997) und das am USZ entwickelte Pflegediagnostik Konzept erwiesen sich für die Entwicklung des Instrumentes „Dokumentation Diagnostik“ als nützlich. Die Konzeptklärungen zu Patientinnen-Zufriedenheit und bestehende Instrumente trugen wesentlich zur Entwicklung von Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“ bei (Bethel & Ridder, 1994; La Monica et al., 1986; McColl et al., 1996; Megivern et al., 1992). Es zeigte sich für die Untersuchung als nützlich, drei Datenquellen einzubeziehen: Patientinnen und Pflegende wurden befragt und zugleich wurde eine ausführliche Dokumentenanalyse durchgeführt (Brown et al., 1987; Moloney & Maggs, 1999; Turner, 1991). Die Einstufung der Qualität der Diagnostik wurde mittels Analyse-Instrument durch die Untersuchende allein vorgenommen. Das hat den Vorteil, dass Zwischen-Rater-Verzerrungen ausgeschlossen sind. Obwohl die Auswertungsobjektivität des Instruments „Dokumentation Diagnostik“ etabliert wurde, kann eine gewisse Subjektivität der Untersuchenden mögliche Verzerrungen (bias) nicht vollständig ausschliessen.

**Stichprobe:** Zur hohen Rücklaufquote dürften das Begleitschreiben und die persönliche Abgabe des Fragebogens beigetragen haben. Die Expertinnen-Runde mit den Pflegenden verhalf zur Verständlichkeit des Fragebogens, was die Rücklaufquote ebenfalls erhöht (Polit & Hungler, 1995). Hingegen wurde durch die Erhebung mittels Fragebogen ein Teil der Patientinnen ausgeschlossen: 15 Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und 13 Personen, deren Deutsch nicht ausreichend war, konnten nicht teilnehmen. Obwohl diese Ausschlusskriterien für viele dieser Personen auch auf ein Interview zu treffen würden, entfällt eine Gruppe, deren Zufriedenheit bezüglich Pflegediagnostik wichtig wäre. Da eine Gelegenheitsstichprobe gebildet und nur Patientinnen der Dermatologie in die Studie einbezogen worden sind, gelten die Resultate ausschliesslich für die Dermatologie. Da der Vergleich mit der Spitalstatistik zwischen der Stichprobe und der Patientinnen-Struktur des Vorjahres in der deskriptiven Analyse kaum wesentliche Unterschiede zeigte, dürfte die Stichprobe für die Dermatologie gewissermassen als repräsentativ gelten. Die Kovarianzanalyse zeigte, dass weder Geschlecht, Alter, Pflegeintensität noch Stockwerk signifikante Einflüsse auf die Patientinnen-Zufriedenheit hatten. Auf Grund mangelnder Ressourcen (eine Erhebungsperson, begrenzte Erhebungsdauer) konnten 57 Personen in die Stichprobe aufgenommen werden. Um die Zusammenhangshypothese weiter zu erforschen, ist eine grössere Stichprobe zu empfehlen.

**Instrument „Dokumentation Diagnostik“:** Die Subkonzepte Interaktion, Einbezug und Wissen erwiesen sich als brauchbar; die interne Konsistenz des Instruments „Dokumentation Diagnostik“ war  $\alpha = .91$ . Zu Subkonzept Interaktion gibt der Leitfaden des USZ (Steffen-Bürgi et al., 1995) der Pflegenden vor, die Sichtweise der Patientin zu erfassen und eine Vertrauensebene zu ermöglichen. Die entsprechenden Items zu Interaktion haben sich bei der Expertinnen-Validierung und durch die statistische Itemanalyse für das Instrument geeignet gezeigt.

Bei Subkonzept Einbezug und Wissen hingegen zeigten die Items Grenzen auf. Die Subkonzepte Einbezug und Wissen wurden zwar gemäss Leitfaden ZEFFP entwickelt und deren Reliabilität und Validität etabliert. Aufgrund der Itemanalyse wurden einige Items nicht in die Hauptanalyse einbezogen. Unter dem Subkonzept Einbezug zeigten sich Item 8 (= Erwartungen der Patientin an die Pflege sind formuliert) und Item 11 (= Es ist ersichtlich, dass die Zielrichtung der Pflege gemeinsam mit der Patientin festgelegt wurde) als ungeeignet (siehe Kapitel 3.5.1, Skalenanalyse). Da Pflegediagnosen gemäss der am ZEFFP

entwickelten Diagnoseliste geschult wurden, die ätiologische Faktoren nicht ausführlich beschreibt, fehlt den Pflegenden oftmals das entsprechende Wissen für eine exakte Dokumentation. Käppeli stellte in einer am USZ durchgeführten Untersuchung fest, dass die Gesamtliste Überlappungen aufweist und zu unspezifisch ist (Käppeli, 1995). Die Folgenlosigkeit der Diagnostik kam in Item 18 zum Ausdruck. Item 18 (= Die Zielrichtung der Pflege wird den Pflegediagnosen entsprechend angepasst) wurde immer mit nein beantwortet und wies daher gar keine Streuung auf. Mit einer Trennschärfe von .00 war Item 18 für die statistische Analyse ungeeignet und musste deshalb weggelassen werden. Daraus lässt sich schliessen, dass diese Items zwar theoretisch valide, hingegen für die Studie nicht geeignet waren.

Für die Untersuchung wurde von der Annahme ausgegangen, dass Pflegedokumentationen den Kern der tatsächlichen Pflegediagnostik abbilden (Bethel & Ridder, 1994; Brown et al., 1987; Hanson et al., 1990). Durch die Dokumentenanalyse konnte ein wichtiger Teil von Pflegediagnostik -deren Abbild in der Pflegedokumentation-, untersucht werden. Ob Pflegedokumentationen jedoch wirklich die wesentlichsten Teile von Pflegediagnostik aufzeigen, muss in Frage gestellt werden (Ehrenberg et al., 1996). Weil Pflegende gerade Beziehungsaspekte nicht in der Pflegedokumentation festhalten, konnten diese Aspekte nur aus der Sicht der Patientinnen erhoben werden. Die Studie scheint die Aussage nur teilweise zu unterstützen, dass Pflegende nach der Einführung von Pflegediagnostik und entsprechenden Hilfsmitteln die Dokumentation gut führen (Brown et al., 1987; Bulechek et al., 1990; Hanson et al., 1990; Johnson & Hales, 1989; Mize et al., 1991; Turner, 1991). Jedoch hörte die Untersuchende von Pflegenden auch das Argument, ihnen sei wichtiger, mit der Patientin zu sein und sich lieber Zeit für Gespräche zu nehmen als für deren Dokumentation. Molony und Maggs haben früher schon auf die Grenzen von Dokumentenanalysen als Evidenzbeweis von Pflegepraxis hingewiesen (Moloney & Maggs, 1999). Abschliessend wird festgestellt, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung auf einen Verbesserungsbedarf beim Instrument „Dokumentation Diagnostik“ hinweisen. Die Untersuchbarkeit zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und entsprechenden Pflegeinterventionen zeigte Grenzen, die sich in dem Subkonzept Wissen präsentierten. Ein Grund dafür mag sein, dass bei der praktischen Einführung von Pflegediagnostik am USZ nicht besonderes Gewicht auf den Zusammenhang zwischen gestellten Diagnosen und den entsprechenden Interventionen gelegt wurde, obwohl der Leitfaden dies vorgibt. Demzufolge zeigte das Theorie geleitete Instrument, das gemäss dem Leitfaden für die Dokumentation der Diagnostik entwickelt wurde, dass der Zusammenhang zwischen Diagnosestellung und Interventionen in der Praxis oft nicht gebildet wird.

**Instrument „Patientinnen-Zufriedenheit“:** Die Subkonzepte Interaktion, Einbezug und Wissen sind wichtige Dimensionen von Patientinnen-Zufriedenheit. Die Itemanalyse zeigte unbrauchbare Items. Bei Subkonzept Interaktion zeigten sich Item 3 und 4 nicht als geeignet. Item 3 (= Es wäre hilfreich, wenn die Pflegenden meine Leidensgeschichte besser kennen würden) war unklar formuliert. Die Untersuchende stellte dies in Gesprächen mit Patientinnen fest. Einige Patientinnen kreuzten „trifft gar nicht zu“ an und meinten damit, dass die Pflegende ihre Situation sehr gut erfasst hatte. Andere meinten mit derselben Ankreuzung, die Pflegende brauche gar nicht mehr zu wissen (als das wenige Aktuelle, das ihr bekannt war). Item 4 (= Pflegende geben mir das Gefühl, eine Nummer zu sein) wurde auch unterschiedlich –manchmal positiv, manchmal negativ- verstanden. Item 10 (= Bei Gesprächen mit Pflegenden sind unerwünschte Zuhörerinnen im Zimmer) wurde nicht eindeutig aufgefasst und passt nicht in das Konzept Interaktion. Es stellt eher einen Umgebungsfaktor für Gespräche dar und wurde gestrichen.

Zu Subkonzept Einbezug ist Folgendes festzuhalten. Item 22 (= Pflegende bestärken mich in Dingen, die

ich für mich selbst tun kann) hatte einen niedrigen Trennschärfekoeffizienten (.30) und passte nicht zum Subkonzept Einbezug („Alpha if deleted“ war grösser als das momentan ausgewiesene Alpha). Item 23 (= Patienten haben keine Mitsprache bei pflegerischen Massnahmen) hatte eine niedrige Trennschärfe (.33) und wurde ungleich verstanden. Es schien unklar, ob die Aussage positiv oder negativ gemeint war. Soziale Wünschbarkeit dürfte dazu beigetragen haben, die Härte der Aussage zu nivellieren.

Das Subkonzept Wissen braucht weitere Klärung. Bond und Thomas argumentieren, dass Patientinnen-Zufriedenheit bezüglich des Gegenstands der Zufriedenheit, die gemessen werden soll, genau definiert und operationalisiert werden muss (Bond & Thomas, 1992). Die Beurteilung des Fachwissens von Pflegenden durch Patientinnen hat Grenzen. Patientinnen können zwar beurteilen, ob ihre Fragen beantwortet werden und ob die Pflegenden die Informationen fachlich begründet. Einige Patientinnen meinten, sie könnten nicht „über das fachliche Wissen der Schwester urteilen“. Damit zeigten sie ihre Grenzen zur Beurteilung des Wissens von Pflegenden auf. Einige Patientinnen bezeichneten Item 34= „Pflegende sollten ein breiteres Fachwissen haben, um Fragen –zum Beispiel zu Krankheitsverlauf/Problemen- zu beantworten“ als schwierig.

Patientinnen-Zufriedenheit ist ein subjektives Urteil und hat als solches Grenzen. Psychologische Konstrukte wie die Erwartungen an die pflegerische Diagnosestellung und Affektivität haben einen Einfluss auf Patientinnen-Zufriedenheit (Walsh & Walsh, 1999; Wilde Larsson & Larsson, 1999). Wenn Patientinnen-Zufriedenheit als das Ausmass der Übereinstimmung zwischen Erwartungen von Patientinnen und ihrer Wahrnehmung der tatsächlich erhaltenen Pflege definiert ist (La Monica et al., 1986), bedeutet dies, dass die Erwartungen von Seiten der Patientinnen sehr unterschiedlich sind. Besonders bezüglich dem Subkonzept Einbezug scheinen verschiedenste Erwartungen der Patientinnen zu bestehen. Einige Patientinnen möchten ausführlich informiert und in Entscheide einbezogen werden, andere scheinen froh zu sein, wenn sie mehr Verantwortung den Pflegenden überlassen können. In der Literatur ist beschrieben worden, dass sich besonders ältere Menschen schnell zufrieden geben (Walsh & Walsh, 1999). In dieser Untersuchung korrelierte Alter nicht mit Zufriedenheit. Die vorliegende Studie untersucht nur einen Aspekt von Zufriedenheit- den Aspekt bezüglich Pflegediagnostik- bei 57 Patientinnen, währenddem die erwähnte Literatur die allgemeine Patienten-Zufriedenheit erforschte. Dass das Alter keinen signifikanten Einfluss auf Patientinnen-Zufriedenheit hatte, kann mit dem erwähnten Teilaspekt und mit der kleinen Stichprobe zu tun haben.

Es ist zu bedenken, inwiefern Patientinnen die Pflegediagnostik beurteilen können. Einerseits können Patientinnen genau beurteilen, wie sie die Pflege erleben (Megivern et al., 1992; Redmond & Sorrell, 1999). Diese Sicht ist jedoch eine ganz andere als die der Pflegenden. Patientinnen gehen für ihre Einschätzung vor allem von der Interaktion -der erfahrenen Beziehung mit Pflegenden- aus. Aus der vorliegenden Studie zeigte sich, dass vor allem die Patientinnen eine hohe Gesamtzufriedenheit (Item 36) angaben, welche zugleich die Interaktion hoch einstufen. Dies bestätigt die Aussage Megiverns, dass Interaktion das wichtigste Subkonzept für Patientinnen-Gesamt-Zufriedenheit darstellt (Megivern et al., 1992). Die Pflegenden hingegen kennen Fachstandards, die Patientinnen oft nicht beurteilen können. Wie sollte eine Patientin eine Einschätzung ihrer Situation als optimal bezeichnen, wenn sie nur ein Minimum kennt und erfährt? Woher kann sie wissen, dass die Standards zum Beispiel mehr ätiologische Abklärungen zu ihrem physischen Zustand, ihren Ressourcen oder zu ihrem Bewältigungsverhalten vorgeben? Haben die Patientinnen bezüglich ihres Einbezugs und dem Wissen der Pflegenden wirklich die Erwartungen, auf welche Pfl-

gende gemäss Leitfaden USZ eingehen sollen? Schliessen Patientinnen, sobald sie die Interaktion mit Pflegenden gut einstufen, zugleich auf Einbezug und Fachwissen Pflegender? Oder haben die Patientinnen nicht gewagt, kritisch zu sein? Oder hat die Pflegende die Patientin zu wenig über die Standards informiert? Oder gibt es Grenzen für die Patientin, Pflegestandards zu den ihren zu machen obwohl sie gut informiert wurde? Weitere Gründe, die die Patientinnen-Zufriedenheit beeinflussen, könnten in der durch den Spitalaufenthalt bedingten Abhängigkeit oder in sozialer Wünschbarkeit liegen. Durch die persönliche Abgabe und Einsammlung der Fragebogen durch die Untersuchende könnten die Patientinnen sich weniger frei gefühlt haben, an der Studie nicht oder kritisch teilzunehmen, als wenn sie schriftlich und nach dem Spitalaufenthalt befragt worden wären.

Die Kovariablen Geschlecht, Alter, Pflegeintensität und Stockwerk liessen nicht auf einen Einfluss auf die Patientinnen-Zufriedenheit schliessen. Jedoch könnten auch andere Faktoren wie medizinische Betreuung, Qualität des Essens oder der Einrichtung und die momentane emotionale Befindlichkeit die Einschätzung der Patientinnen beeinflusst haben. Trotz der genauen Information, dass es in der Untersuchung ausschliesslich um die pflegerische Einschätzung der Patientinnen-Situation geht, könnten diese Faktoren Verzerrungen bewirkt haben (Redmond & Sorrell, 1999; Walsh & Walsh, 1999). Auch historische Geschehnisse können Resultate verzerren, wie beispielsweise die Streikpausen, die die Pflegenden am USZ während des Pilottests eingelegt hatten, um auf ihre Arbeitsverhältnisse hinzuweisen. Die Öffentlichkeit wurde auf Stellenkürzungen, zu tiefe Löhne und zu wenig Zeit für die Patientinnen aufmerksam gemacht. In der Zeit des Pilottests äusserten mehrere Patientinnen „ach, es nützt ja nichts, wenn ich mich äussere ... die Schwestern haben einfach keine Zeit, sie geben sich zwar Mühe, aber man merkt, dass sie gehetzt sind“. Oder „früher war das anders, da hatte mal jemand Zeit für ein Gespräch“. Oder „das Geld geht halt an den falschen Ort, man spart an der Basis. Das Spital kann ja gar nicht die besten Pflegenden anstellen, sondern muss nehmen, was kommt. So kann die Qualität nur sinken ...“.

Die Zeitdauer zwischen Erstgespräch, folgenden Einschätzungsgesprächen zur Pflegediagnostik und der Befragung der Patientinnen (siehe 3.3. Datenerhebung) variierte und kann die Resultate beeinflusst haben. Patientinnen, bei denen das Erstgespräch erst einen Tag zurücklag, konnten sich eventuell besser erinnern, als die, bei denen diese Zeitspanne länger zurücklag. Letztere wiederum konnten beispielsweise mehr Aussagen zum den Subkonzepten machen, da sie mehr Gelegenheiten für die Einschätzung ihres Einbezugs oder dem Wissen der Pflegenden machen konnten. Da die obere Zeitspanne nicht zum voraus festgesetzt wurde, ist anzunehmen, dass diese Unterschiedlichkeit die Resultate zur Patientinnen-Zufriedenheit beeinflusst hat. Ob und in welche Richtung des Zusammenhangs, ist in dieser Studie nicht beantwortbar. Eine weitere Grenze bedeutet die Tatsache, dass die Patientinnen während ihres Spitalaufenthaltes befragt worden sind. Solange die Patientinnen im Spital sind, kann die Abhängigkeit von den Pflegenden ihre Kritikbereitschaft beeinflussen. Bei dieser Untersuchung ging es darum, zwischen zwei Vorteilen abzuwägen. Eine ausführliche, mündliche Information an die Patientinnen und der direkte Kontakt bei der Abgabe und beim Einsammeln der Fragebögen erhöhen die Rücklaufquote und verkürzen die Daten-Erhebungsdauer. Werden die Patientinnen nach dem Spitalaufenthalt schriftlich befragt, können sie in ihrer Einschätzung hingegen freier und damit auch kritischer sein. Es ist möglich, dass eine tiefere Patientinnen-Zufriedenheit resultiert hätte, wenn die Fragebögen zuhause ausgefüllt worden wären.

### 5.3. Schlussfolgerungen und Ausblick

**Zur Forschung:** Als eine der ersten quantitativen Studien zur Qualität der Diagnostik am USZ trägt die Untersuchung dazu bei, Pflegediagnostik gezielter messbar zu machen. Die Instrumente stellen eine Basis für weitere Erhebungen dar. Die Instrumente können verfeinert, die Validität und Reliabilität erneut etabliert und bei einer grösseren Stichprobe im USZ angewendet werden. Eine grössere Stichprobe erlaubt genauere Resultate zur Zusammenhangshypothese. Falls der Zusammenhang wirklich vorhanden ist, würde eine grössere Stichprobe die Korrelation erhöhen. Wenn der gefundene, sehr schwache Zusammenhang ( $\tau = .18, p \leq .03$ ) jedoch unbedeutend ist, käme dies durch eine grössere Stichprobe ebenfalls zum Ausdruck; die Korrelation würde kleiner oder gar nicht vorhanden sein. Bei der Stichprobenbildung ist sicherzustellen, dass genug Varianz vorliegt. So könnten beispielsweise Abteilungen mit kürzlich eingeführter Pflegediagnostik oder schlechter Qualität der Diagnostik und Abteilungen mit sehr guter Qualität einbezogen werden. Die Qualität der Pflegediagnostik und insbesondere die Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik sind nicht einfach zu fassende Konzepte und daher ist deren Messbarkeit schwierig. Da die Implementation von Pflegediagnostik kosten- und zeitintensiv ist, müssten aus ökonomischen Gesichtspunkten gesehen, aussagekräftigere Resultate vorliegen als der ermittelte, sehr schwache Zusammenhang. Aus diesem Grunde erscheint es wichtig, weitere Forschungen durchzuführen und die weiter oben erwähnten Anregungen bezüglich Stichprobengrösse und Varianz zu berücksichtigen. Wenn Pflegediagnostik die Patientinnen-Zufriedenheit nicht wesentlich erhöht, ist die Frage zu stellen, ob die Qualität der Pflegediagnostik nicht gut genug ist. Sollte sich zeigen, dass Pflegediagnostik nicht der Patientin zu gute kommt, müsste ihre Berechtigung überhaupt in Frage gestellt werden. Es müsste auch überprüft werden, ob Patientinnen-Zufriedenheit gemäss der verwendeten Definition von LaMonica et al. als Kriteriumsvariable –und damit als Evaluation für Pflegediagnostik– gelten soll und darf. Dies wiederum würde die bisher vorliegenden, theoretischen Annahmen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit vor neue Fragen stellen.

In weiteren Forschungen müsste dem Zeitpunkt der Befragung der Patientinnen Rechnung getragen werden. Dabei ist die Zeitspanne zwischen Erstgespräch und Fragebogenerhebung genauer festzulegen und zu begründen als in dieser Studie. Auch der Zeitpunkt, ob die Patientinnen während oder nach dem Spitalaufenthalt befragt werden, sollte neu überdacht werden.

Die Studie leistet einen Beitrag zur Beschreibung von Pflegeleistungen, die das Gesundheitswesen fordert. Obwohl Pflegediagnostik und deren Qualität keinesfalls als Ursache für Patientinnen-Zufriedenheit dargestellt werden darf, werden mögliche Hinweise auf einen Zusammenhang von Pflegediagnostik auf Patientinnen-Zufriedenheit gemacht. Die Untersuchung liefert Grundlagen und Resultate, die als Ausgangspunkt für weitere Forschungen dienen können.

**Zur Praxis:** Es liegen Ergebnisse vor, die dem USZ als Einschätzung zur Qualität der Pflegediagnostik nützlich sein können. Die Untersuchung zeigte, dass diagnostische Gespräche gemäss Leitfaden geführt werden. Der Individualität und dem subjektiven Leiden der Patientinnen wird Gewicht beigelegt. Pflegediagnostik wird konstant durchgeführt, ausser in drei Fällen lag bei allen Patientinnen eine Dokumentation des Erstgesprächs vor. Bei den Subkonzepten Einbezug und Wissen besteht jedoch Handlungsbedarf. Der diagnostische Prozess dürfte nicht nach der Diagnosestellung abbrechen. Einbezug und Wissen können durch weitere Schulungen in Kommunikation gefördert werden. Auch ein entsprechendes Hilfsmittel, zum Beispiel ein Gesprächsleitfaden zur Validierung von Pflegediagnosen mit Patientinnen, dürfte Hilfe bie-

ten. Eine entsprechende Rubrik „Einbezug und Mitsprache der Patientin“ in der Pflegedokumentation könnte unterstützend wirken. Um Pflegediagnosen und deren Ätiologie gezielter zu schulen, bietet das PES-Format (problems, ethiology, signs and symptoms) der NANDA einen hilfreichen Rahmen. Bei der Implementierung von Neuerungen hat sich die Begleitung von Diplomierten durch Pflegeexpertinnen bewährt. Die genaue, Taxonomie geleitete Formulierung von Pflegediagnosen und deren Ätiologie könnte dadurch unterstützt werden. Der Ätiologie ist besonderes Gewicht beizumessen, weil die entsprechenden Pflegeinterventionen darauf basieren. In der Pflegedokumentation fehlt momentan eine Rubrik für die Planung von Pflegeinterventionen, die den Pflegediagnosen gegenüber gestellt werden. Mit diesen Massnahmen dürfte der festgestellten Folgenlosigkeit der Diagnosen entgegengewirkt werden. Ein weiterer Schritt läge in der konsequenten Evaluation der Pflegeergebnisse. Zum Subkonzept Wissen dürften nach einer Vertiefung der erwähnten Aspekte in einer späteren Untersuchung andere Ergebnisse zu erwarten sein. Zum weiteren Gelingen von Pflegediagnostik am USZ müssen jedoch nicht nur die Pflegenden, sondern das ganze System Spital einbezogen werden. In dieser Untersuchung wurden weder organisatorische noch strukturelle Faktoren oder die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst bearbeitet, die alle einen Einfluss auf die Pflegediagnostik und deren Qualität haben.

Die Ziele der Arbeit konnten erreicht werden: Es sind zwei Instrumente entwickelt und überprüft worden. Die Qualität der Pflegediagnostik am USZ konnte anhand von Pflegedokumentationen analysiert werden und es war möglich, Patientinnen-Zufriedenheit zu erheben. Zwischen der Qualität der Pflegediagnostik und der Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflegediagnostik wurde ein sehr schwacher Zusammenhang ermittelt, der weiter untersucht werden kann. Die Studie leistet einen Beitrag zum Diskurs bezüglich Pflegediagnostik und es liegen Ergebnisse vor, die die weitere Forschung zum Thema anregen dürften.

## 6. LITERATURVERZEICHNIS

- Bethel, S., & Ridder, J. (1994). Evaluating Nursing Practice: Satisfaction at What Cost? *Nursing Management*, 25(9), 41-48.
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin.
- Bortz, J., & Lienert, G. A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research* (2 ed.). London: Sage.
- Brown, K. G., Dunn, K., Ervin, D., & Sedlak, C. (1987). Nursing Diagnoses and Process Evaluation: Implications for Continuing Education. *The Journal for Continuing Education*, 18(5), 172-177.
- Brune, A., & Budde, A. (2000). Ergebnisse aus zwei empirischen Studien zum Stand der Einführung aus Sicht der Patienten und der Pflegenden. In S. Käppeli (Ed.), *Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich*. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- Budde, A. (1998). *Stand der Einführung der Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich aus Patientensicht*. , Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück.
- Bühl, A., & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 9: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison-Wesley.
- Bulechek, G. M., Kraus, V. L., Wakefield, B., & Kowalski, D. K. (1990). An Evaluation Guide to Assist with Implementation of Nursing Diagnosis. *Nursing Diagnoses*, 1(1), 18-23.
- Carroll-Johnson, R. (Ed.). (1993). *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: Lippincott.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 853-867.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1991). *Modeling and Role-Modeling: A theory and paradigm for nursing* (4 ed.). Lexington: Pine-Press.
- Eriksen, L. R. (1987). Patient Satisfaction: An Indicator of Nursing Care Quality? *Nursing Management*, 18, 31-35.
- Eriksen, L. R. (1995). Patient Satisfaction With Nursing Care: Concept Clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59-76.
- Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnoses- Process and Application* (3 ed.). St. Louis: Mosby.
- Hanson, M. H., Kennedy, F. T., Dougherty, L. L., & Bauman, L. J. (1990). Education in Nursing Diagnoses: Evaluating Clinical Outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 21(2), 79-85.

- Johnson, C. F., & Hales, L. W. (1989). Nursing Diagnoses Anyone? Do Staff Nurses Use Nursing Diagnosis Effectively? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 20(1), 30-35.
- Käppeli, S. (1990). Bio-medizinisches Modell oder Patienten-Pflegemodell. *Krankenpflegeschule Aktuell*, 2(3).
- Käppeli, S. (1995). Pflegediagnosen in der Akutpflege. *Pflege*, 8(2), 113-120.
- Käppeli, S. (Ed.). (2000). *Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projekts Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich*. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege.
- La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.
- McCull, E., Thomas, L., & Bond, S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standard*, 10(52), 34-38.
- McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing Diagnoses & Interventions* (3 ed.). St. Louis: Mosby.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 9-24.
- Mize, C. P., Benteley, G., & Hubbard, S. (1991). Standards of Care: Integrating Nursing Care Plans and Quality Assurance Activities. *Clinical Issues*, 2(1), 63-68.
- Moers, M., & Schiemann, D. (2000). Bericht der externen Evaluation zur Projekteinführung, -durchführung und -steuerung. In S. Käppeli (Ed.), *Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich*. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- Moloney, R., & Maggs, C. (1999). A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced nursing*, 30(1), 51-57.
- Moore, D. S. (1996). *The Basic Practice of Statistics* (4 ed.). New York: Freeman.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1996). *Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches*. London: Croom & Helm.
- Müller Staub, M. (2000). *Literaturarbeit Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit*. University of Maastricht, Maastricht/Aarau.
- Munro, B. H., Jacobsen, B. S., & Brooten, D. A. (1994). Re-examination of the Psychometric Characteristics of the La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing & Health*, 17, 119-125.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing Research, Principles and Methods* (5 ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Redmond, G. M., & Sorrell, J. M. (1999). Studying Patient Satisfaction: Patient Voices of Quality. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 67-72.
- Settelen-Strub, C. (1997). Der Diagnostische Prozess in der Pflege. *Pflege*, 10, 35-42.
- Steffen-Bürigi, B., Baldegger, E., Bühlmann, J., Holzer-Pruss, C., Käppeli, S., Ruckstuhl, R., Siegwart, H., & Schürpf Stingel, M. (1995). *Pflegediagnostik*. Zürich: Zentrum für Entwicklung, Forschung und Fortbildung in der Pflege.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health Measurement Scales: A practical Guide to their Development and Use*. New York: Oxford University Press.
- Turner, S. J. (1991). Nursing Process, Nursing Diagnoses, and Care Plans in a Clinical Setting. *Journal of Nursing Staff Development*, September/October 1990, 239-243.
- Walsh, M., & Walsh, A. (1999). Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 307-315.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in Nursing Research*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Wilde Larsson, B., & Larsson, G. (1999). Patient's views on quality of care: do they merely reflect their sense of coherence? *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 33-39.
- Wittwer, M. (2000). Veränderungsprozesse in Organisationen. In S. Käppeli (Ed.), *Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich*. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.



# ANHANG

## Anhang: Operationalisierung

### Operationalisierung des Konzepts Pflegediagnostik

<p><b>SUBKONZEPTE:</b>  <u>INTERAKTION / PERSONENBEZOGENE</u>  <u>DIMENSION: AUFMERKSAMKEIT:</u>  <i>Aufzeigen von Bedürfnis-Wahrnehmung und Bereitschaft, auf Patientinnen einzugehen. <b>Beziehung:</b> Pflegende setzen sich zur Beurteilung der Situation direkt mit den Betroffenen auseinander.</i>  <i>Die Pflegende versucht, die <b>Pflegegeschichte</b> und die Sichtweise der Patientin breit und in ihrer Tiefe zu erfassen. Es findet effektive Kommunikation statt, um die individuelle, <b>subjektive Betroffenheit</b> und das subjektive Leiden der Patientin einzuschätzen.</i>  <b>Ganzheitlichkeit</b> (Individualität und Vollständigkeit):  <i>Die Patientin wird umfassend eingeschätzt und als ganzheitlich und als einzigartig betrachtet. Die Einschätzung bezieht den funktionellen Gesundheitszustand, die Reaktionen und das Erleben, die <b>Bewältigung</b> sowie die <b>subjektive Betroffenheit</b> mit ein.</i>  <i>Eine klare, nachvollziehbare, sachlich und theoretisch abgestützte Beurteilung der Pflegesituation liegt vor.</i>  <i>Diese Sichtweise schliesst <b>physiologische, soziokulturelle, spirituelle, psychologische</b>, entwicklungsbezogene und umweltbezogene Aspekte des Funktionierens ebenso mit ein wie die Einschätzung von Wohlergehen, Stärken, Mustern, Veränderungen, subjektivem Leiden und Risikofaktoren..</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ITEMS DOKUMENTEN-ANALYSE:</b></li> </ul> <p>Individuelle, vollständige Erfassung = Breite der Erfassung der Patientin gemäss Leitfaden ZEFFP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben zum <b>Hospitalisationsgrund</b> sind gemacht</li> <li>• <b>Pflegegeschichte:</b> Angaben zum gesundheitlichen Zustand sind aufgenommen, Angaben zu den ATL sind gemacht</li> <li>• Angaben zur <b>subjektiven Betroffenheit</b> sind aufgenommen (Bedeutung für Patientin, wie erlebt sie die Situation, was beschäftigt sie)</li> <li>• Angaben zur Bedeutung der Erkrankung für den <b>Alltag</b> sind festgehalten, die <b>Hilfsbedürftigkeit</b> ist beschrieben</li> <li>• <b>Bewältigung:</b> Angaben, wie die Patientin <b>mit ihrer Situation umgeht</b>, sind gemacht</li> <li>• Die Patientinnen-Situation ist ersichtlich; umfassende Angaben zu folgenden Bereichen sind aufgenommen:</li> <li>• <b>physiologische, soziokulturelle</b> (Freizeit, Beschäftigungen, soziales Netz) Angaben zur beruflichen Situation der Patientin sind aufgezichnet (pensioniert, arbeitslos, beschäftigt ) Angaben bezüglich Angehöriger werden gemacht, Angaben bezüglich Wahrnehmungen der Familie zu den Gesundheitsproblemen sind vorhanden, <b>psychologische, emotionale</b></li> </ul>
<p><b>EINBEZUG</b> der Patientin:  <i>Ziel ist das grundsätzliche Einverständnis zwischen Patientin und Pflegenden über die bestehenden Pflegeprobleme; insbesondere das <b>Hauptproblem</b>. Pflege wird auf das Individuum zugeschnitten, persönliche Vorlieben und <b>Erwartungen</b> werden einbezogen.</i></p> <p><b>Validierung</b> der Pflegediagnosen: <i>Forderung an Pflegende, die Pflegediagnosen zur Validierung mit den Patientinnen zu besprechen. Die von den Patientinnen erlebte Wirklichkeit kann nur durch die Betroffenen selbst beurteilt werden, sie sind die verlässlichsten und kompetentesten Expertinnen.</i>  <i>Den Diagnosen werden entsprechende Pflegeinterventionen gegenüber gestellt und die Patientin wird so weit wie möglich in deren Auswahl einbezogen (<b>Zielrichtung</b> der Pflege). Ebenso wie für gestellte Diagnosen wird in der Wahl von Pflegeinterventionen grösst mögliche Transparenz für die Patientin angestrebt.</i>  <b>Prioritätensetzung:</b> <i>Transparente und sachlich begründete Prioritäten anhand der Dringlichkeit der Pflegediagnosen sind gesetzt, wobei die Bedeutung für die Patientin mitberücksichtigt wird. Planung und Anpassung</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist festgehalten, was das <b>Hauptproblem</b> der Patientin ist (z.B. Schmerz, Juckreiz)</li> <li>• <b>Erwartungen</b> der Patientin an die Pflege sind formuliert, Erwartungen an die Hospitalisation werden aufgenommen</li> <li>• Es ist ersichtlich, dass Patientin und Pflegende damit <b>übereinstimmen</b>, was das bestehende Hauptproblem der Patientin ist (oder die <b>Diskrepanz</b> ist beschrieben)</li> <li>• Es ist ersichtlich, dass die <b>Zielrichtung der Pflege gemeinsam</b> mit der Patientin festgelegt wurde</li> <li>• Es ist ersichtlich, welche <b>Pflegeprobleme</b> im Vordergrund stehen</li> </ul>

<p>der pflegerischen Leistungen an den effektiven Pflegebedarf.</p>	
<p><b><u>WISSEN DER PFLEGENDEN:</u></b>  <i>Pflegende demonstrieren ein breites Pflegefachwissen und kennen den individuellen Zustand und die Behandlung der Patientinnen.</i>  <b>Dokumentation (Kontinuität und Evaluation):</b> Die Pflegediagnostik wird ausführlich und exakt dokumentiert, damit Kontinuität gewährleistet und die Leistungen der Pflege und deren Wirkung überprüft werden können      ⇒ Alle entsprechenden Items sind gemäss Leitfaden ZEFFP entwickelt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegediagnosen sind mit <b>Titel</b> oder <b>Nummer</b> dokumentiert</li> <li>• Ausführliche Beschreibung: Pflegediagnose-titel /Nummerierung und             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) im Zusammenhang mit..., b) Art der Beeinträchtigung, c) Quantität/Qualität</li> </ul> </li> <li>• Die diagnostische Aussage ist durch Pflegeinterventionen behandelbar</li> <li>• Die <b>Zielrichtung</b> der Pflege ist abgeleitet</li> <li>• Im Pflegebericht werden <b>Bezüge</b> zu den Diagnosen gemacht (Titel od. Nummern)</li> <li>• Akute, stark wechselnde Diagnosen werden täglich,</li> <li>• oder von Schicht zu Schicht, oder komplexe, dauernde</li> <li>• Diagnosen werden wöchentlich <b>neu eingeschätzt</b>; oder</li> <li>• handelt sich um Routinesituationen (nicht extra formuliert)</li> <li>• Die Zielrichtung der Pflege wird entsprechend angepasst</li> </ul>

### Operationalisierung des Konzepts Patientinnen-Zufriedenheit

<p><b>SUBKONZEPTE:</b>  <b><u>INTERAKTION / PERSONENBEZOGENE DIMENSION</u></b>  <b>AUFMERKSAMKEIT:</b> <i>Generelle Aufmerksamkeit oder Aufzeigen von Bedürfnis-Wahrnehmung, bevor Patientin diese zeigt, laufende Überwachung, sich Zeit nehmen für die Patientin, Bereitschaft, auf Patientinnen einzugehen.</i>  <b>ZUGÄNGLICHKEIT:</b>  <i>Pflegende reagieren auf Patientinnen-Bedürfnisse.</i>  <b>Beziehung:</b> <i>Pflegende setzen sich zur Beurteilung der Situation mit den direkt Betroffenen auseinander und treten mit ihnen in Beziehung. Die Pflegende versucht die Sichtweise der Patientin zu erfassen und ermöglicht eine Vertrauensebene.</i>  <i>Es findet effektive Kommunikation statt, um die individuelle, subjektive Betroffenheit und das subjektive Leiden der Patientin einzuschätzen.</i>  <b>Ganzheitlichkeit (Individualität und Vollständigkeit):</b>  <i>Die Patientin wird umfassend eingeschätzt und als ganzheitlich und als <b>einzigartig</b> betrachtet. Die Einschätzung bezieht den funktionellen Gesundheitszustand, die Reaktionen und das Erleben sowie die <b>subjektive Betroffenheit</b> mit ein. Eine klare, nachvollziehbare, sachlich und theoretisch abgestützte Beurteilung der Pflegesituation liegt vor. Diese Sichtweise schliesst <b>physiologische, soziokulturelle, spirituelle, psychologische, entwicklungsbezogene und umweltbezogene Aspekte</b> des Funktionierens ebenso mit ein wie die Ein-</i></p>	<p><b>ITEMS PATIENTINNEN-FRAGEBOGEN:</b></p> <p>Pflegende nehmen sich <b>Zeit</b>, um auf mich einzugehen</p> <p>Pflegende sollten <b>aufmerksamer</b> sein</p> <p>Eine Pflegende hat sich für ein Gespräch zu mir gesetzt</p> <p>Pflegende sind interessiert daran, wie die Krankheit sich <b>auf mein Leben</b> (Einschränkungen, Arbeit, Beruf, Familie) <b>auswirkt</b></p> <p>Ich kann <b>Vertrauen</b> zu den Pflegenden haben</p> <p>Pflegende geben mir das Gefühl, eine "<b>Nummer</b>" zu sein</p> <p>Es wäre hilfreich, wenn Pflegende meine <b>Leidensgeschichte</b> besser kennen würden</p> <p>Was die <b>Krankheit für mich bedeutet</b>, ist Pflegenden unwichtig</p> <p>Die Pflegenden sprechen mich auf die <b>Situation nach dem Spital-Austritt</b> an</p> <p>Pflegende gehen auf das <b>Körperliche</b> ein, wie es mir</p>
--	--

<p>schätzung von Wohlergehen, Stärken, Mustern, Veränderungen, subjektivem Leiden und Risikofaktoren.</p> <p><b>SICHERHEIT VERMITTELN:</b> <i>Patientinnen ein Gefühl von „Zuhause-Sein“ vermitteln; Pflegende spüren, wenn Patientinnen unzufrieden sind und spenden Wohlbefinden, lindern Ängste, zeigen Empathie.</i></p> <p><b>INFORMATION:</b>          Pflegende halten Patientinnen <b>informiert</b> über deren Zustand und die Pflege,  <b>sie erklären ihre Handlungen, Angehörige</b> sind informiert.</p>	<p><b>psychisch (seelisch)</b> geht, ist ihnen gleichgültig</p> <p>Nach Gesprächen mit Pflegenden <b>fühle ich mich besser</b></p> <p>Bei Gesprächen mit Pflegenden sind unerwünschte Zuhörer im Zimmer</p> <p>Pflegende <b>informieren</b> verständlich</p> <p>Pflegende <b>informieren</b> eher oberflächlich darüber, was sie mit <b>vorhaben</b></p> <p>Pflegende versichern sich, ob ich sie <b>verstanden</b> habe</p> <p>Pflegende fragen nach dem Ergehen meiner <b>Angehörigen</b></p> <p>Die Angehörigen werden zu wenig über meine Pflege informiert</p>
<p><b><u>EINBEZUG DER PATIENTIN</u></b>  <i>Pflege wird auf das Individuum zugeschnitten, persönliche <b>Vorlieben</b> einbezogen. Wahlmöglichkeiten sind gegeben.</i>  <i>Durch die Pflegediagnostik wird der Einbezug von Patientinnen und Angehörigen in den Pflegeprozess gewährleistet. Ziel ist das grundsätzliche <b>Einverständnis</b> zwischen Patientin und Pflegenden über die bestehenden Pflegeprobleme. Den Diagnosen werden entsprechende Pflegeinterventionen gegenüber gestellt und die <b>Patientin</b> wird so weit wie möglich in deren Auswahl <b>einbezogen</b>. Ebenso wie für gestellte Diagnosen wird in der Wahl von Pflegeinterventionen grösst- mögliche Transparenz für die Patientin angestrebt.</i></p> <p><b>Prioritätensetzung:</b> <i>Transparente und sachlich begründete <b>Prioritäten</b> anhand der Dringlichkeit der Pflegediagnosen sind gesetzt, wobei die <b>Bedeutung für die Patientin mitberücksichtigt</b> wird. Planung und Anpassung der pflegerischen Leistungen an den <b>effektiven Pflegebedarf</b>.</i></p> <p><b>Validierung der Pflegediagnosen:</b> <i>Forderung an Pflegende, die Pflegediagnosen zur <b>Validierung</b> mit den Patientinnen zu besprechen. Die von den Patientinnen erlebte Wirklichkeit kann nur durch die <b>Betroffenen selbst</b> beurteilt werden, sie sind die <b>verlässlichsten und kompetentesten Expertinnen</b>.</i></p>	<p>Pflegende sollten meine <b>Informationen</b> mehr <b>berücksichtigen</b></p> <p>Pflegende fragen nach meinem <b>Einverständnis</b>, bevor sie etwas tun</p> <p>Pflegende bestärken mich in Dingen, die ich für <b>mich selbst tun kann</b> (Selbstpflege)</p> <p>Pflegende beziehen meine <b>Gewohnheiten und Wünsche ein</b></p> <p>Die <b>wichtigsten</b> Pflegeprobleme werden <b>zuerst</b> angegangen</p> <p>Pflegende fragen täglich, was momentan mein wichtigstes Problem sei</p> <p>Die <b>Dringlichkeit meiner Bedürfnisse</b> sollte mehr beachtet werden          Pflegende könnten mehr für <b>mein Wohlergehen</b> tun</p> <p>Pflegende versichern sich bei mir, ob sie meine <b>Probleme richtig erfasst</b> haben</p> <p>Die Pflegenden wissen zu wenig, wo ich Hilfe brauche</p> <p>Die Pflegenden erfassten <b>mein Hauptproblem</b> nur ober-</p>

	flächlich
<p><b><u>WISSEN DER PFLEGENDEN</u></b>  Pflegerinnen demonstrieren ein <b>breites Pflegefachwissen</b> und kennen den <b>individuellen Zustand</b> und die Behandlung der Patientinnen.</p> <p><b><i>Dokumentation / Kontinuität und Evaluation: Die Pflegediagnostik wird exakt -gemäss Leitfaden ZEFFP- dokumentiert, damit <b>Kontinuität</b> gewährleistet und die <b>Leistungen der Pflege</b> und deren <b>Wirkung überprüft</b> werden können</i></b></p>	<p>Pflegerinnen sollten ein <b>breiteres Fachwissen</b> haben, um Fragen (z.B. Krankheitsverlauf/Probleme) zu beantworten</p> <p>Pflegerinnen geben mir ein Gefühl von <b>Sicherheit, weil sie meine Krankheit kennen</b></p> <p>Pflegerinnen aller Schichten (Nacht-,Tagdienst) sind über meinen <b>aktuellen Zustand orientiert</b></p> <p>Es ist unklar, welche <b>Pflegerinnen für mich zuständig ist</b></p> <p>Verschiedene Pflegerinnen fragen unnötig immer wieder dasselbe</p> <p>Ich erhalte die Pflege, die ich brauche</p> <p><b>Frage zur Gesamtzufriedenheit:</b>  Im Gesamten bin ich mit der erhaltenen Pflege zufrieden</p>

## Anhang V: Analyse-Instrument Diagnostik

(für Pflegedokumentationen)

Code-Nr.:

**Interaktion** (Individuelle, vollständige Erfassung beinhaltend das subjektive Erleben)

1.) Angaben zum <b>Hospitalisationsgrund</b> sind gemacht	<b>ja</b>	<b>(8)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
2.) Pflegegeschichte: Angaben zum <b>gesundheitlichen Zustand</b> sind aufgenommen, Angaben zu den ATL sind gemacht	<b>ja</b>	<b>(12)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(6)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
3.) Angaben zur <b>subjektiven Betroffenheit</b> sind aufgenommen ( <b>Bedeutung für Patientin, wie erlebt sie die Situation, was beschäftigt sie</b> )	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
4.) Angaben zur Bedeutung der Erkrankung für den <b>Alltag</b> sind <b>festgehalten, die Hilfsbedürftigkeit ist beschrieben</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
5.) <b>Bewältigung</b> : Angaben, wie die Patientin mit ihrer Situation <b>umgeht, sind gemacht</b>	<b>ja</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(1)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
6. <b>Die PatientInnen-Situation ist ersichtlich; Angaben zu folgenden Bereichen sind aufgenommen:</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
a) physiologische	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
b1) soziokulturelle ( <b>Freizeit, Beschäftigungen, soziales Netz</b> )	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
b2) Angaben zur <b>beruflichen Situation</b> der Patientin <b>sind aufgezeichnet (pensioniert, arbeitslos, beschäftigt )</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
b3) <b>Angaben bezüglich Angehöriger werden gemacht</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
b4) Angaben bezüglich <b>Wahrnehmungen der Familie</b> zu den <b>Gesundheitsproblemen sind vorhanden</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
c) <b>psychologische, emotionale</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
7.) <b>Einbezug der Patientin</b> Es ist festgehalten, was das <b>Hauptproblem</b> der Patientin ist (z.B. Schmerz, Juckreiz)	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>

08.) Erwartungen <b>der Patientin an die</b> Pflege sind formuliert, Erwartungen an die Hospitalisation werden aufgenommen	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
09.) <b>Validierung</b> Es ist ersichtlich, dass Patientin und Pflegende damit <b>übereinstimmen</b> , was das bestehende Hauptproblem <b>der Patientin ist (oder die Diskrepanz ist beschrieben)</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
10.) <b>Prioritätensetzung</b> Es ist ersichtlich, welche <b>Pflegeprobleme im Vordergrund</b> stehen	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
11.) Es ist ersichtlich, dass die <b>Zielrichtung</b> der Pflege <b>gemeinsam</b> mit der Patientin festgelegt wurde	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
12.) <b>Wissen der Pflegenden/Dokumentation</b> Pflegediagnosen sind mit <b>Titel</b> oder <b>Nummer</b> dokumentiert	<b>ja</b>	<b>(12)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(6)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
13.) <b>Ausführliche Beschreibung:</b> Pflegediagnosetitel			
- a) im Zusammenhang mit	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
- b) Art der Beeinträchtigung	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
- c) Quantität/Qualität	<b>ja</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(1)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
14.) Die diagnostische Aussage ist durch <b>Pflegeinterventionen</b> <b>behandelbar</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
15.) Die <b>Zielrichtung</b> der Pflege ist abgeleitet	<b>ja</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(1)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
16.) Im <b>Pflegebericht</b> werden <b>Bezüge</b> zu den Diagnosen gemacht (Titel od. Nummern)	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
17.) Akute, stark wechselnde <b>Diagnosen werden täglich</b> , oder von Schicht zu Schicht, oder komplexe, dauernde Diagnosen werden wöchentlich <b>neu eingeschätzt</b> ; oder es handelt sich um Routinesituationen (nicht extra formuliert)	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>
18.) Die <b>Zielrichtung</b> der Pflege wird entsprechend <b>angepasst</b>	<b>ja</b>	<b>(4)</b>	<b>0</b>
	<b>teilweise</b>	<b>(2)</b>	<b>0</b>
	<b>nein</b>	<b>(0)</b>	<b>0</b>

Copyright by M. Müller Staub

Punktzahl: .....

## Anhang VI: Brief an Patientinnen

### Umfrage zur Patienten-Zufriedenheit bezüglich Pflege

13. Juni 2000

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren

Im Rahmen meiner Abschlussarbeit im Studium der Pflegewissenschaft führe ich eine Befragung zum Thema „pflegerische Problemerkennung“ durch. Das Ziel der Abschlussarbeit besteht darin herauszufinden, wie gut die Pflegenden Ihre Erwartungen und Bedürfnisse erfassen, auf Sie eingehen und die Pflege schriftlich festhalten.

Um die Qualität der Pflege einschätzen und verbessern zu können, ist Ihre Teilnahme an dieser schriftlichen Umfrage sehr wichtig, denn nur Sie als Betroffene können über Ihre Zufriedenheit genau Auskunft geben.

- Darf ich Sie bitten, den beigelegten Fragebogen vollständig auszufüllen?
- Ich frage Sie auch an, mir Zustimmung zur Einsicht in Ihre Pflegedokumentation zu geben.

Alle Ihre Angaben werden vertraulich und anonym behandelt.

Ich bin Krankenschwester und Studierende am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Aarau und an der Universität Maastricht und an Ihrer Pflege nicht beteiligt. Die Resultate werden jedoch dem UniversitätsSpital und damit den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen und zur Verbesserung der Pflege beitragen.

Ihre Teilnahme ist freiwillig; wenn Sie den Fragebogen leer zurückgeben möchten, entsteht für Sie kein Nachteil.

Der Fragebogen wird durch mich persönlich bei Ihnen abgegeben und in einem verschlossenen Couvert, nebst Ihrer schriftlichen Einwilligung (Doppel dieses Briefes), eingesammelt.

#### Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu

- **den ausgefüllten Fragebogen freiwillig abzugeben**
- **für die Einsichtnahme in Ihre Pflegedokumentation**
- **dass Ihrem Namen eine Nummer zugeteilt wird, um Ihre Anonymität zu gewährleisten**

Unterschrift PatientIn:.....

Datum:.....

Mit freundlichen Grüßen.....

Falls Sie Fragen haben, kontaktieren Sie mich bitte:

Maria Müller Staub, Höhere Fachausbildung Pflege, Ausbildungszentrum Insel  
3013 Bern (Tel.: 031 632 44 06)