

Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen

AG Qualität und Outcome am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke

In diesem Artikel werden einige Überlegungen zu wesentlichen Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente aus Sicht von Pflegemanagement und Pflegewissenschaft angestellt. Die Auseinandersetzung mit Instrumenten zu Planung der Pflege und zur Leistungserfassung bleibt einer späteren Veröffentlichung vorbehalten.

Standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege

Spätestens seit Erarbeitung der Expertenstandards des DNQP werden standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege immer häufiger empfohlen. Bei der Umsetzung dieser Instrumente wird seitens der Pflegepraxis immer wieder angemerkt, dass damit die Dokumentation lediglich um weitere Elemente ergänzt würde, ohne dass sich tatsächlich etwas änderte. Diese oft berechtigte Kritik wird dadurch ausgelöst, dass vor dem Einsatz von standardisierten Instrumenten einige grundsätzliche Anforderungen nicht berücksichtigt werden.

Vorkommen und Anwendung

Instrumente zur Unterstützung der pflegerischen Diagnostik existieren für viele verschiedenartige Zwecke, sie sind als inhaltlich breite Skalen oder als kurze Checklisten für spezifische Fragestellungen konzipiert (Bartholomeyczik et al. 2004). Es gibt Instrumente, die versuchen, ein breites Spektrum der Pflegebedürftigkeit zu erfassen, wie z. B. das

Resident Assessment Instrument (RAI, Garms-Homolova et al. 1999), das aus dem Amerikanischen für die stationäre Altenpflege übernommen wurde und inzwischen für andere Settings ebenfalls auf Deutsch zu haben ist. Andere Instrumente sind eher als Screeninginstrumente angelegt und geben damit einen ersten Überblick über wichtige Aspekte von Pflegebedürftigkeit. Hierzu zählen z. B. die Pflegeabhängigkeitsskala PAS (Lohrmann 2004), die auf dem Strukturmodell von Henderson aufbaut oder das speziell für das Akutkrankenhaus entwickelte ergebnisorientierte PflegeAssessment ePA© (Hunstein et al. 2005). Am längsten verbreitet in der Pflege sind standardisierte Instrumente in eingegrenzten Bereichen, vor allem in der Risikodiagnostik. Bereits vor über 20 Jahren war die Nutzung der Nortonskala zur Diagnostik des Dekubitusrisikos in deutschen Krankenhäusern üblich. Inzwischen wurde in diesem Gebiet viel Entwicklungsarbeit geleistet. Längst werden andere Dekubitusskalen empfohlen (DNQP 2004).

Ein wesentliches Merkmal dieser Instrumente ist, dass in der Regel an den zutreffenden Stellen nur etwas angekreuzt werden muss, wodurch ein umfangreicherer Schreibaufwand entfällt. Außerdem ist ein wesentliches Kennzeichen vieler Instrumente, dass die

Kreuze in Zahlen übersetzt werden, die – zusammengezählt oder in anderer Weise verrechnet – eine Gesamtaussage enthalten. Am bekanntesten sind hier sicher die Punktwerte der Dekubitus-Risikoskalen, anhand derer entschieden wird, ob ein Risiko vorhanden ist oder nicht (Cut-off points).

Aber auch in anderen Bereichen gibt es eine Vielzahl von Skalen und standardisierten Instrumenten, sei es, um das Bewusstsein einzuschätzen (z. B. Glasgow Coma Scale GCS, Teasdale et al. 1974; 1976 oder Skala Expressive Kommunikation und Selbstaktualisierung SEKS, Ziegler 2002), ein Sturzrisiko oder eine Mangelernährung vorherzusagen oder das Ausmaß des Schmerzes zu messen. Diese Instrumente sind unterschiedlich umfangreich und erfreuen sich unterschiedlicher Beliebtheit.

Zwei weitere Entwicklungen lassen den Ruf nach standardisierten Instrumenten immer stärker werden:

- Der Dokumentationsaufwand wird in allen Pflegebereichen als problematisch, oft schwierig und als kontinuierlich zunehmend wahrgenommen. Von standardisierten Instrumenten erhofft man sich eine Vereinfachung.
- Die Einführung der DRG basierten Finanzierung von Krankenhäusern ist mit der begründeten Befürchtung verbunden, dass pflegerische Leistungen unzureichend berücksichtigt werden. Hier sollen standardisierte Instrumente als Grundlage für die Transparenz pflegerischer Leistungen und möglichst für ein gut begründetes Personalbemessungssystem genutzt werden.

Schließlich werden Assessmentinstrumente im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement diskutiert (z. B. Brandenburg 2002, Hunstein 2004).

Schlüsselwörter

Assessments

Instrumente

Einsatz

Pflegediagnostik

Standardised Assessment Instruments – Potentialities and Limitations

This article is going to introduce some considerations on essential conditions for the successful implementation of standardised assessment instruments from the view of nursing management and nursing sciences. A discussion about instruments for nursing planning and activity recording will be the subject of a later publication.

Keywords

Assessments

Instrumente

Implementation

Nursing diagnostics

Nutzen für die Pflegediagnostik

Sowohl differenzierte Assessmentinstrumente als auch vorstrukturierende Screeningverfahren haben eines gemeinsam: Sie steuern die pflegerische Diagnostik. Wenn solche Instrumente zur Pflegediagnostik verpflichtend eingesetzt werden, hat dies den Vorteil, dass sich die Pflegenden damit auseinandersetzen muss, dass sie auf verschiedene Inhalte ‚gestoßen‘ wird. Daher kann die Nutzung standardisierter diagnostischer Instrumente insgesamt zu einer besseren Diagnostik führen und zu mehr Informationen, die schriftlich niedergelegt sind (Philips et al. 1994, Hansebo et al. 1998, beide nach Brandenburg 2002). Ganz sicher haben Instrumente eine Gedächtnis unterstützende Funktion.

Wegen ihrer Standardisierung ist es möglich, die Daten leicht EDV-gängig zu machen, sie sind dann eine mögliche Arbeitsgrundlage für die Prozess- und Ressourcensteuerung sowie das Controlling von Einrichtungen. Auch können auf diesem Weg Vorschläge für schweregradrelevante Nebendiagnosen gemacht werden.

Darüber hinaus haben standardisierte Instrumente noch wesentliche Potentiale, die auf einer anderen Ebene liegen: Mit ihnen lassen sich leichter vergleichbare Daten erfassen. Damit werden Einrichtungen oder Pflegeeinheiten oder verschiedene Regionen miteinander vergleichbar. Je nach System lassen sich epidemiologische Daten zur Qualitätsüberprüfung, für eine Gesundheitsberichterstattung oder für Outcomeuntersuchungen nutzen.

Dies sind wichtige Potentiale im Sinne von Sichtbarkeit und Kalkulation des pflegerischen Anteils der Gesundheitsversorgung. Idealerweise fallen diese Daten im Routineprozess an und müssen nicht eigens für bestimmte Fragestellungen erhoben werden, so dass sich die mit den Instrumenten in der Praxis Arbeitenden auf den Nutzen der Instrumente für ihre tägliche Praxis konzentrieren können.

Grenzen standardisierter Instrumente

Die oben genannten positiven Funktionen können nur wirksam werden, wenn eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt ist.

Ein standardisiertes Instrument kann nur dann sinnvoll genutzt werden, wenn entsprechende Kenntnisse dazu vorhanden sind. Ohne ein Verständnis für pflegerische Diagnostik und ohne

die notwendigen Kenntnisse zum korrekten Einsatz eines Instruments wird es wahrscheinlich Fehlinformationen erbringen. Es kann in keinem Fall Fachwissen ersetzen, wie das oftmals in der Diskussion den Anschein hat.

So gibt es bis heute keine Untersuchung, die nachweist, dass ein Dekubitusrisiko unter Nutzung einer Risikoskala besser erkannt wird als mit entsprechender klinischer Expertise ohne Anwendung einer Skala (DNQP 2004). Ein standardisiertes Instrument kann die vorhandenen Kenntnisse jedoch zielgerichtet unterstützen. Dies gilt vor allem in arbeitsdichten Zeiten, bei denen in der Hektik möglicherweise wichtige Aspekte vergessen werden.

Standardisierte Instrumente gehören also nicht in die Hände von Pflegenden ohne entsprechende Kompetenzen.

Die pflegerische Diagnostik ist immer nur ein Teil des Pflegeprozesses, allerdings ein besonders wichtiger. Daher ist neben der Kompetenz zur Nutzung des Instruments eine weitere Voraussetzung, dass die Einschätzungsergebnisse Konsequenzen haben müssen, indem z. B. durch Punktwertkombinationen (Triggerpunkte) nachfolgende Prozesse angestoßen werden. Ein Instrument ist dann überflüssig, wenn es ausgefüllt, abgeheftet und im Ordner oder Computer fortan ein unberührtes Dasein fristet. Eine Diagnostik ohne Folgen ist eine überflüssige Diagnostik. Diese Aussage gilt natürlich auch dann, wenn kein spezifisches Instrument genutzt wird. Instrumente verführen jedoch dazu, dass sie angeschafft und der vorhandenen Dokumentationsmappe zugefügt werden. Dort werden sie dann brav ausgefüllt und weiter nicht beachtet. Leider zeigt die Analyse von Pflegedokumenten, dass das Assessment sehr häufig nicht als solches genutzt wird, d.h. die Maßnahmenplanung in der Dokumentation vernachlässigt die Informationen des Assessments, die Probleme aus dem Assessment finden sich im Bericht oft nicht wieder (Bartholomeyczik 2004).

Problematisch ist es, wenn das Instrument Informationen enthält, die in einer von dem Instrument unabhängigen Pflegeanamnese bereits erhoben wurden. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein Instrument zur Erfassung des Risikos einer Mangelernährung eingeführt wird, in dem nochmals festgehalten werden soll, wie mobil die Bewohnerin ist, ob sie an Demenz leidet usw. Solche Informationen sind ja nicht nur im Hinblick auf die Ernährung von Bedeutung, sondern betreffen die Pflege insgesamt. Doppeldokumentationen sind überflüssig, machen unnötige Arbeit, kosten nicht vorhandene Zeit und führen auf

jeden Fall dazu, dass die Nutzung solcher Instrumente sehr fragwürdig wird (Bartholomeyczik 2005). Daher sind Instrumente zu begrüßen, die den umgekehrten Weg gehen: In einem ersten Screeningverfahren werden wesentliche Aspekte von Pflegebedürftigkeit wie Mobilität, kognitive Fähigkeiten usw. grob erfasst und anschließend die Differenzialdiagnostik auf Basis der ‚Siebungsdaten‘ dort (und nur dort) weitergeführt, wo eine Beeinträchtigung erkannt wurde.

Eine Gefahr bei der Anwendung besteht darin, dass viele Menschen glauben, ein standardisiertes Instrument könne ohne Reflexion eingesetzt werden. So soll es vorgekommen sein, dass ein schmerzgeplagter Patient sich zu seinen Kommunikationsfähigkeiten, seinen Atemproblemen und anderen Selbstpflegefähigkeiten äußern musste, bevor das zentrale Problem Schmerz angesprochen werden durfte, nur weil die vorliegende Checkliste diese Reihenfolge vorgab. Wenn ein standardisiertes Instrument also dazu verführt, das Denken und das Hineindenken in den Patienten zu vernachlässigen, dann ist dies ein Missbrauch. Eine pflegerische Diagnostik setzt neben den Fachkenntnissen immer voraus, dass die Pflegenden den „Fall aus der Sicht des Falles selbst“ verstehen lernt.

Darüber hinaus dürfen standardisierte Instrumente nicht davon abhalten, Informationen zu erfassen, die nicht einfach in die vorhandenen Kategorien passen. Ziel einer jeden Diagnostik muss sein, die wichtigsten Informationen über den Patienten oder die Pflegebedürftige zu erfassen, damit sie die Basis für die erforderlichen Pflegemaßnahmen bilden kann. So zeigt sich, dass bei Dokumentationssystemen, die standardisierte Teile enthalten, oft alle Kreuzchen sehr fleißig gemacht werden, aber die offen zu nutzenden Teile vernachlässigt werden.

Anforderungen an Assessmentinstrumente

Die sinnvolle Anwendung von Instrumenten stellt nicht nur an die Nutzenden bestimmte Anforderungen, sondern auch an die Instrumente selbst.

Grundsätzlich gilt, dass ein Instrument so etwas wie eine Landkarte sein kann, um einen Weg zu finden. Die Karte ist aber nicht die Landschaft selbst, sondern gibt nur Auskunft darüber. Ebenso gibt es „einen Unterschied zwischen dem Phänomen und der Beschreibung des Phänomens“ (Schrems 2003:20). Die Qualität des Instruments leitet sich demnach daraus ab, wie gut es das Phänomen beschreiben kann. Um das

festzustellen, sind wissenschaftliche Untersuchungen dringendst anzuraten.

Dabei sind die Instrumente auf folgenden Fragestellungen zu untersuchen:

1. Basiert die Entwicklung auf theorie- oder empiriebasierten Inhalten?

Wie wurde das Instrument entwickelt? Mit welcher Begründung werden die darin vorkommenden Inhalte angesprochen? Beruhen die Inhalte auf einem begründeten Konzept? Warum sind die Fragen oder Items darin so formuliert, wie sie es sind, oder wären andere Formulierungen besser? Sind die Begriffe, die in dem Instrument vorkommen, eindeutig und klar definiert und worauf beruhen diese Definitionen? Die Beantwortung dieser Fragen ist vor allem deshalb so wichtig, weil die meisten Instrumente, die in der Pflege verbreitet sind, inhaltlich oft lediglich damit begründet werden, dass sich die Notwendigkeit des Instruments aus der Praxis ergab.

2. Wurden Tests zur Reliabilität (Zuverlässigkeit) durchgeführt?

Instrumente sollten danach untersucht werden, ob verschiedene Nutzer in derselben Situation, also bei demselben Patienten auch zu demselben Ergebnis kommen (Interraterreliabilität). Ein Instrument ist wenig hilfreich, wenn es nur vom Anwender abhängt, welches Ergebnis dabei herauskommt.

Ebenso muss untersucht werden, ob das gleiche Ergebnis erzielt wird, wenn das Instrument zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt wird (Retest-Reliabilität). Das kann natürlich nur bei Phänomenen untersucht werden, die sich nicht schnell verändern (so wird sich z. B. ein Sturzrisiko wahrscheinlich nicht innerhalb eines Tages stark verändern).

Das Instrument muss also unabhängig von den Nutzern und von der Zeit stabil funktionieren.

3. Wurden Tests zu Validität (Gültigkeit) durchgeführt?

Dahinter verbirgt sich die Frage, ob das Instrument tatsächlich das misst, was es messen soll. Selbstverständlich hat ein inhaltlich gut begründetes Instrument wie es unter der ersten Frage dargestellt wurde, eine bessere Chance, das zu messen, was es messen soll. Am besten aber kann man die Validität untersuchen, wenn ein so genannter „Goldstandard“ vorhanden ist. Dies könnte z. B. ein Laborparameter sein, die sich in Abhängigkeit vom Vorliegen eines Risikos ändert, wie das etwa bei der Mangelernährung der Fall ist. Oft

stehen aber keine einfachen Parameter zur Verfügung. Dann kann es sinnvoll sein, das Instrument mit anderen Ergebnissen oder mit einer nicht standardisierten Diagnostik zu vergleichen. Schließlich können auch Experten zur Beurteilung der Inhalte herangezogen werden, um eine möglichst gute Validität zu erreichen.

4. Tests zur Praktikabilität

Natürlich ist ein wissenschaftlich noch so gut getestetes Instrument wenig hilfreich, wenn es nicht praxistauglich ist. Deswegen sollte es vor einer großen Verbreitung erst in der Praxis erprobt werden. Dabei spielen Fragestellungen eine Rolle wie: Wie umfangreich muss die Schulung dazu sein, wie viel Zeit wird für seinen Einsatz benötigt, welches Layout kann die Nutzung vereinfachen? usw.

Die Frage der Praktikabilität wird deshalb erst am Schluss angesprochen, weil viele Instrumente darunter leiden, dass die Praktikabilität an erster Stelle steht und andere Qualitätskriterien gar nicht betrachtet werden. Aber auch noch so praktisches Instrument hilft wenig, wenn es weder zuverlässig, noch gültig ist.

Fazit

Standardisierte Instrumente in der Pflege können eine wichtige Rolle dabei spielen, pflegerisches Denken und Handeln transparent und bewertbar zu machen. Voraussetzung ist, dass die Instrumente wissenschaftlich getestet und praktikabel sind. Außerdem müssen die Anwender entsprechend geschult sein.

Wichtig ist, dass standardisierte Assessmentinstrumente zu einem integrierten Teil der täglichen Praxis werden und sie zu einer Diagnostik mit Folgen führen.

Literatur

- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (Hg.) (2004). *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche.
- Bartholomeyczik, S. (2004). Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. *Pflege*, 17, 187-195.
- Bartholomeyczik, S. (2005). Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Unterstützung statt Ersatz der Praxis. *Pflegezeitschrift*, 58, 143-146.
- Brandenburg, H. (2002). Das Resident Assessment Instrument (RAI): Ausgewählte empirische Befunde und Konsequenzen für die pflegewissenschaftliche Diskussion in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*, 7, 95-102.

DNQP (2004). *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.). Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.

Garms-Homolova, V., & Gilgen, R. (1999). *Resident Assessment Instrument (RAI)*. System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation. Bern: Huber.

Hunstein, D. (2004). Der Pflege die Pflege zurück geben: Pflegeassessment als Grundlage für Begründung und Transparenz der Pflege. In: *Pflege aktuell* 56(1): 20-24.

Hunstein, D., Dintelmann, Y., Sippel, B. (2005): Developing a screening instrument as a standardized assessment of signs and symptoms concerning basic nursing care needs in hospital nursing care. In: Oud N, Sermeus W, Ehnfors M (Hrsg.): *ACENDIO 2005 – Proceedings of the 5th European Conference of ACENDIO*. Bern, Göttingen: Hans Huber: 396-402.

Lohrmann, C. (2004). Die Pflegeabhängigkeitsskala. In S. Bartholomeyczik & M. Halek (Eds.), *Assessmentinstrumente in der Pflege* (pp. 55-60). Hannover: Schlütersche.

Schrems, B. (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.

Teasdale G., Jennett B. (1974): Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. In: *Lancet* 2(7872): 81-84.

Teasdale G., Jennett B. (1976): Assessment and prognosis of coma after head injury. In: *Acta Neurochir (Wien)* 34(1-4): 45-55.

Zieger A. (2002): Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin



Autoren

Prof. Dr. **Sabine Bartholomeyczik**
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Institut für Pflegewissenschaft

Stockumer Str. 12
D-58453 Witten
Tel.: 02302 926-358
SBartholo@aol.com



Dirk Hunstein (HSK),
Dr. Horst Schmidt
Klinik, Wiesbaden

unter Mitarbeit von

Andrea Besendorfer (Klinikum Dortmund), **Elke Donath** (Universität Witten/Herdecke), **Inge Eberl** (Klinikum der Universität München), **Christa Flerchinger** (Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt), **Christiane Knecht** (Klinikum Bergmannsheil, Bochum), **Matthias Menne** (Stud. MScN, Universität Witten/Herdecke), **Regina Sauer** (Universitätsspital Zürich), **Udo Schemann** (Kaiserswerther Diakonie), **Jörg Schlarmann** (Stud. MScN, Universität Witten/Herdecke)