

Idealtypische Eigenschaften von leitenden Ministerial- beamten für das Pflegewesen in Europa

Projekt in Auftrag gegeben von
Ainna Fawcett-Henesy
Regionalberaterin
Organisation und Management von Gesundheitssystemen
Leiterin des Referats Gesundheitspolitik
WHO-Regionalbüro für Europa

ABSTRACT

Eine Aufwertung der Rolle der leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen in den Mitgliedstaaten des WHO-Regionalbüros für Europa setzt neben konkreten Laufbahnmöglichkeiten sowohl für neue als auch für bestehende Mitarbeiter eine systematische Auswahl und Einstellung geeigneter Personen voraus. Will man diesen Prozess beeinflussen, muss zunächst einmal ermittelt werden, welche Eigenschaften für Menschen in dieser Position als wichtig erachtet werden. Zu diesem Zweck wurde zunächst einmal in 22 Mitgliedstaaten eine Delphi-Studie durchgeführt. In der zweiten Phase dieser Studie, an der 12 Länder beteiligt waren, konnte ein Konsens erreicht werden. Demnach sind für leitende Ministerialbeamte für das Pflegewesen die folgenden, in der Reihenfolge ihrer Bedeutung aufgeführten Eigenschaften von Bedeutung:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Kommunikationskompetenz | 9. Entscheidungsfreude/
Problemlösungskompetenz |
| 2. Teamgeist | 10. Persönliche Eigenschaften |
| 3. Strategisches Denken | 11. Förderung von Pflegebelangen |
| 4. Fachliche Kompetenz | 12. Gutes Management |
| 5. Führungsqualitäten | 13.5 Konfliktlösungskompetenz |
| 6. Politischer Scharfsinn | 13.5 Informationsbearbeitung |
| 7. Anstand/Integrität | 15. Forschungskompetenz |
| 8. Offenheit gegenüber Innovationen | 16. Physische Merkmale |

Von den 9 Ländern, bei denen eine statistische Analyse in Bezug auf den Grad der Übereinstimmung der genannten Merkmale durchgeführt werden konnte, ergab sich in 8 Ländern ein hohes Maß an Übereinstimmung (Belgien, Dänemark, England, Island, Niederlande, Schweden, Schweiz und Ungarn); nur in Finnland konnte keine Übereinstimmung mit den anderen Ländern festgestellt werden.

Aufgrund der Kenntnis der oben aufgeführten Eigenschaften kann die künftige Entwicklung der Rolle der leitenden Beamten für das Pflegewesen entsprechend beeinflusst werden.

Schlüsselwörter

NURSE ADMINISTRATORS – standards
PROFESSIONAL COMPETENCE
DATA COLLECTION
EUROPE

© Weltgesundheitsorganisation – 2001

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.



IDEALTYPISCHE EIGENSCHAFTEN
VON LEITENDEN MINISTERIALBE-
AMTEN FÜR DAS PFLEGEWESEN IN
EUROPA:
EINE IM AUFTRAG DES
WHO-REGIONALBÜROS FÜR EUROPA
DURCHGEFÜHRTE DELPHI-STUDIE

DEBORAH HENNESSY
HONORARY SENIOR RESEARCH FELLOW
UND
CAROLYN HICKS
PROFESSORIN FÜR GESUNDHEITSVERSORGUNGSPSYCHOLOGIE
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
UNIVERSITÄT BIRMINGHAM, VEREINIGTES KÖNIGREICH

PROJEKT IN AUFTRAG GEgeben VON AINNA FAWCETT-HENESY
REGIONALBERATERIN
ORGANISATION UND MANAGEMENT VON GESUNDHEITSSYSTEMEN
LEITERIN DES REFERATS GESUNDHEITSPOLITIK
WHO-REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



INHALT

	<i>Seite</i>
Hintergrund	1
Die Delphi-Technik.....	4
Anonymität der Antworten.....	6
Kosten	6
Erfassung großer Datensätze	7
Validität des Verfahrens.....	7
Stichprobenkriterien.....	8
Stichprobengröße	8
Validität der Ergebnisse	8
Verringerung systematischer Fehler.....	9
Methodik	9
Design	9
Materialien	9
Stichprobe	10
Verfahren.....	11
Ergebnisse	13
Diskussion	16
Literaturhinweise.....	18
Anhang 1	20

Hintergrund

In mehreren Resolutionen hat die Weltgesundheitsversammlung ihre Mitgliedstaaten dringend aufgefordert:

„die Berufung von Pflege- und Geburtshilfefachkräften in leitende und führende Positionen zu fördern und zu unterstützen, um ihre Beteiligung an der Planung und Umsetzung von Gesundheitsaktivitäten in ihren jeweiligen Ländern zu erleichtern“.
(Tornquist, 1997, S. 82)

Und an anderer Stelle heißt es:

„Die Mitgliedstaaten sind (auch) dringend aufgefordert worden, die Management- und Führungsqualitäten sowie die Stellung von Pflege- und Geburtshilfefachkräften – unabhängig von den jeweiligen in der Gesundheitsversorgung herrschenden Rahmenbedingungen – zu stärken“.¹ (ibid, S. 2)

Trotzdem spielen Pflegefachkräfte nur in wenigen Ländern Europas bei Grundsatzentscheidungen auf allen Ebenen der Gesundheitsdienste eine gleichberechtigte Rolle, und viele haben den Eindruck, dass sie ständig darum kämpfen müssen, dass auch ihre Stimme gehört wird. In fast allen Ländern ist es schwierig sicherzustellen, dass die Belange der Pflegefachkräfte ernst genommen werden (Tornquist, 1997).

Eine Möglichkeit, wie der Pflegeberuf sich mehr Gehör verschaffen kann, besteht in einer Interessenvertretung des Berufsstandes auf höchster Regierungsebene. So gibt es in vielen Ländern beispielsweise im Gesundheitsministerium die Stelle des/der leitenden Ministerialbeamten/in für das Pflegewesen. In einer Reihe von Ländern – wie z. B. in Belgien, Dänemark, Island, den Niederlanden, Portugal, der Türkei und dem Vereinigten Königreich – ist die Rolle dieser Funktionsträger offiziell anerkannt. Sie beraten die Regierung, wenn es um Fragen der Pflege und der Geburtshilfe geht, und haben vielfach auch eine Reihe weiterer Funktionen. Allerdings bestehen hier von Land zu Land große Unterschiede: zum Teil übernehmen sie auch Aufgaben in den Bereichen Pflege, Humanressourcen oder

¹ Tornquist, E. (Hrsg.) 1997. Nursing Practice Around the World. WHO/HDP/Nur-Mid/97.5 Geneva: Nursing/Midwifery Health Systems Development Programme.

Bildung; manche sind hauptamtlich tätig, während andere Teilzeitkräfte sind; manche verfügen über ein sehr großes Budget, während andere überhaupt keines haben. Es scheint nicht nur keine allen Ländern gemeinsame übliche Praxis zu geben, sondern das Bild ändert sich auch häufig. So stellt Tornquist (1997) fest, dass die Regierungen mancher Länder die Auffassung vertreten, dass Pflegekräfte kein Mitspracherecht bei politischen Entscheidungsprozessen haben sollten, während ihnen in anderen Ländern lediglich bei die Pflege betreffenden Themen eine Beraterfunktion zugebilligt wird. Dennoch verlangen die Pflegekräfte selbst zunehmend eine aktivere Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen.

Anfang 1999 wurde vom Ministerium für Gesundheit und Soziales in Finnland und dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation eine Umfrage durchgeführt, um quasi eine Momentaufnahme der aktuellen Situation in Bezug auf die Vertretung von Pflegefachkräften in leitenden Verwaltungs- und Regierungsämtern in Europa und die Entwicklung der Pflege und Geburtshilfe auf nationaler Ebene zu erhalten (Ministerium für Gesundheit und Soziales, 1999). Der Fragebogen wurde an alle 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation verschickt und von 27 Ländern beantwortet. Der Fragebogen bestand aus mehreren Teilen. Besonders relevant für die hier besprochene Delphi-Studie war der Teil, der sich mit dem Pflegemanagement befasste. Die in diesem Teil enthaltenen Fragen bezogen sich auf die Existenz der Position eines Pflegemanagers, die Beteiligung dieses Managers an Entscheidungsprozessen, eigenständige Entscheidungsbefugnisse des Managers sowie das Vorhandensein einer nationalen Strategie zur Förderung der Entwicklung der Pflege.

Insgesamt zeigte sich, dass es in 17 der 28 Länder, die den Fragebogen beantwortet hatten, auf der Ebene der Zentralregierung eine Management-Position für Pflegefachkräfte gab. In 11 Ländern waren diese Manager als Leiter der jeweiligen Pflegereferate in der Zentralregierung in Entscheidungsprozesse mit einbezogen. In 13 Ländern haben diese Funktionsträger eigenständige Entscheidungsbefugnisse auf Ebene der Zentralregierung in Bezug auf Pflegedienste; in sieben Ländern tragen sie die Verantwortung für das Pflegepersonal; und sieben weitere Länder gaben an, dass die Pflegemanager keine eigenen Entscheidungsbefugnisse haben. Die auf dieser Ebene tätigen Manager gaben auch an, dass sie nur wenige Möglichkeiten hätten, über andere Teile der politischen bzw. wirtschaftlichen Verwaltung der Gesundheitsdienste einen Beitrag zu leisten.

Aus den Antworten auf den Fragebogen ging auch hervor, dass es geopolitische Unterschiede gibt. So spielen die Pflegemanager in den Regierungen der Länder Mittel- und Osteuropas (MOE) eine ganz andere Rolle in den jeweiligen politischen Entscheidungsprozessen. 1997 wurde im ungarischen Gesundheitsministerium ein neues Pflegereferat mit einem Stab von 11 Mitarbeitern eingerichtet. Bis auf die Schulung und Fortbildung von Pflegefachkräften, wofür das Bildungsministerium verantwortlich ist, ist das neue Pflegereferat für alle Pflegeangelegenheiten zuständig. Das Pflegereferat im ungarischen Gesundheitsministerium ist das zweitgrößte seiner Art in Europa (Tornquist, 1997).

Zum Zeitpunkt der Umfrage gaben die von den Nachfolgestaaten der UdSSR eingegangenen Antworten zu erkennen, dass man dort nicht der Auffassung ist, dass es eine Rechtfertigung für ein Mitspracherecht von Pflegefachkräften in politischen Entscheidungsprozessen bzw. im Management gibt. Es gab nur wenige Pflegefachkräfte in einer offiziell anerkannten Managementfunktion und nur sehr begrenzte formelle Fortbildungsmöglichkeiten für leitende Pflegefachkräfte. Ihnen schien es an Fachkenntnissen sowie Management- und Führungsqualitäten zu mangeln. Dadurch hatten sie nur begrenzte Möglichkeiten, politische Beiträge zu leisten, um das Gesundheitssystem zu verändern oder zu modifizieren und die Pflege weiter zu entwickeln. Dennoch hatten in einigen Nachfolgestaaten der UdSSR sowohl die Minister als auch die Pflegefachkräfte selbst erkannt, dass es notwendig ist, Pflegekräfte in politisch verantwortliche Positionen zu berufen.

Auch in den Ländern Westeuropas wurden geopolitische Unterschiede in Bezug auf politische Einflussnahmemöglichkeiten von Pflegefachkräften festgestellt. In manchen Ländern wie etwa dem Vereinigten Königreich sind die Pflegefachkräfte an politischen Entscheidungen über den Pflegeberuf aktiv beteiligt und ergreifen dabei sogar die Initiative. Dagegen haben Pflegefachkräfte in anderen Ländern wie z. B. Frankreich und Italien lediglich eine beratende Funktion. In Deutschland, Italien, Malta, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz und auch in anderen Ländern spielen die Pflegefachkräfte auf der Ebene der Ministerien nur eine begrenzte Rolle. Dafür gibt es mehrere Gründe: u. a. sind die Pflegefachkräfte über verschiedene Abteilungen verstreut; zum Teil haben sie aufgrund der föderalen Regierungsstruktur nur geringe Bedeutung auf Bundesebene, und zum Teil ist man auch der Auffassung, dass die Pflege einfach nicht wichtig genug sei, um auf Regierungsebene vertreten zu sein.

Zweifelsohne ergibt sich ein eher uneinheitliches Bild, wenn man sich in ganz Europa umschaute und fragt, wie es um eine führende Rolle der Pflegefachkräfte in ihrem Fachbereich bestellt ist. Dies liegt an einem sehr unterschiedlichen Verständnis der Rolle leitender Pflegefachkräfte und den sich daraus ergebenden Auswirkungen auf Politik und Praxis. Wenn die Pflege als Berufsstand im internationalen Kontext gezielt gefördert und weiterentwickelt werden soll, wäre es sicherlich hilfreich, wenn man sich in Bezug auf die Rolle der auf Regierungsebene tätigen leitenden Pflegefachkräfte und die Eigenschaften, die solche Funktionsträgern vorweisen müssen, auf gemeinsame Vorstellungen einigen könnte. Außerdem könnten diese Informationen auch als Grundlage für die Schaffung von konkreten Laufbahnmöglichkeiten für leitende Ministerialbeamte im Pflegebereich in ganz Europa genutzt werden. Zu diesem Zweck wurde eine Delphi-Studie durchgeführt, mit dem Ziel, hierzu die Meinungen der wichtigsten Interessengruppen in den europäischen Mitgliedstaaten einzuholen, um zu einem Konsens in Bezug auf die wichtigsten Eigenschaften von Kandidaten für die Position eines leitenden Beamten für die Pflegedienste zu gelangen. Die Ergebnisse dieser Studie können dann genutzt werden, um die anschließende Entwicklung eines kritischen Pfades zu steuern und zu beeinflussen.

Die Delphi-Technik

Ziel der Delphi-Technik ist es, mit Hilfe eines systematischen stufenweisen Ansatzes bei der Abfrage von Meinungen unter Experten in einem bestimmten Wissenschaftsgebiet eine Übereinkunft zu erzielen. Von Bowles (1999) wird die Delphi-Technik wie folgt definiert:

„ein Umfrageverfahren mit mehrfachen Iterationen, das eine anonyme, systematische Verfeinerung von Expertenmeinungen ermöglicht, mit dem Ziel, zu einer gemeinsamen oder übereinstimmenden Meinung zu gelangen“ (S. 32)

Seit den Anfängen der Delphi-Technik in den Fünfzigerjahren wurde das Verfahren immer wieder angepasst und geändert. Allen Varianten sind allerdings folgende Merkmale gemeinsam:

- Die Befragung wird unter einer Gruppe von Experten durchgeführt.
- Die Befragung erfolgt schriftlich mit Hilfe von mehreren aufeinander folgenden Fragebögen.

- Es wird versucht, zu einer übereinstimmenden Meinung zu gelangen.
- Die Anonymität der Befragten und ihrer Meinungsäußerungen wird gewährleistet.
- Es wird mit Iterationen und einem geregelten anonymen Informationsrückfluss gearbeitet.
- Übereinstimmung versucht man durch mehrere Befragungsrunden mit Hilfe von Fragebögen zu erzielen; dabei werden bei jeder neuen Runde die Ergebnisse der vorherigen Runde zusammengefasst und die Experten dazu um ihre Meinung gebeten.

(Beretta, 1996)

Auch wenn die Technik vielfach verändert wurde, bleiben die Grundprinzipien des Verfahrens doch immer gleich. Experten aus einem bestimmten Fachgebiet wird ein Fragebogenformular zugeschickt, mit dem sie gebeten werden, ihre Meinung zu einem bestimmten Thema zu äußern. Aufgrund der Kommentare der Experten auf den zurückgesandten Formularen wird dann von dem für die Befragung Zuständigen eine Liste mit den am häufigsten geäußerten Meinungen herausdestilliert. Diese wird dann wieder an die ursprünglich Befragten zurückgeschickt, mit der Bitte mitzuteilen, inwieweit sie mit diesen Themen übereinstimmen. Die Antworten aus dieser Runde werden dann weiter destilliert und in aufeinander folgenden Iterationen immer wieder an die Mitglieder der Stichprobe zurückgeschickt, bis innerhalb der Expertengruppe ein Konsens erzielt wird.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsforschung wird dieses Verfahren intensiv eingesetzt (vgl. Bowles, 1999; Crisp et al., 1999; Williams und Webb, 1994; Jones und Hunter, 1995), weil es sich besonders dazu eignet, die Meinungen von Experten zu erfragen, um dann politische Entwicklungen und Entscheidungsprozesse in Bereichen zu beeinflussen, in denen keine ausreichenden Informationen oder empirische Daten zur Verfügung stehen. Außerdem bietet das Delphi-Verfahren auch die Möglichkeit, die Befragten dazu zu bringen, sich durch die sogenannte „katalytische Validität“ für Veränderungen einzusetzen (Bowles, 1999).

Von besonderem Interesse für die hier besprochene Untersuchung sind Delphi-Studien, in denen versucht wurde, die wesentlichen Merkmale der Aufgabenbereiche einzelner Gruppen von Gesundheitsfachkräften zu ermitteln. Dies war beispielsweise bei folgenden Studien der Fall:

- Kirk et al. (1997): Veränderungen im Aufgabenbereich der Pflegelehrkräfte nach der Umsetzung des Projekts 2000 im Vereinigten Königreich
- Sentell und Finstuen (1998): Eine Prognose der für Leiter von Marienkrankenhäusern in den USA erforderlichen Führungsqualitäten und verwandter Kompetenzen
- Novak (1998): Die für den Aufgabenbereich des „Pflegefall-Managers“ in den USA erforderlichen Kernkompetenzen
- Macdonald et al. (2000): Anforderungen an die arbeitsmedizinische Ausbildung in Europa
- White und Wilkes (1999): Der Aufgabenbereich der Fachpflegekraft für die Brustkrebsfürsorge in Australien

Die oben aufgeführten Untersuchungen belegen nicht nur die Eignung der Delphi-Technik für die Ermittlung der Kerneigenschaften für verschiedene berufliche Aufgabenbereiche auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung, sondern sie unterstreichen auch die internationale Anwendbarkeit des Verfahrens. Aus diesem Grund wurde das Delphi-Verfahren auch als der geeignetste methodische Ansatz für die Befragung von Experten zu den wichtigsten Kompetenzen von leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen in europäischen Ländern ausgewählt.

Die Delphi-Technik hat anerkanntermaßen folgende Vorteile zu bieten:

Anonymität der Antworten

Während andere Konsensverfahren wie z. B. Zielgruppenuntersuchungen wegen des Einflusses eines einzelnen überzeugenden, lautstarken Individuums auf die Gruppenmeinung zu verzerrten Ergebnissen führen können, wird das Delphi-Verfahren anonym per Post durchgeführt. Dadurch haben die Befragten die Möglichkeit, ihre Meinungen frei von Hemmungen, Druck oder gruppeninternen Konflikten zu äußern. Außerdem hätten andere gruppenorientierte Konsensverfahren in der vorliegenden Studie schon aufgrund der Vielfalt der von den Experten gesprochenen Sprachen nicht zum Einsatz kommen können.

Kosten

Da die Delphi-Fragebögen per Post verschickt werden, benötigt man weder Interviewer noch Treffen, und es fallen auch keine Reisen an; daher bleiben die Kosten überschaubar. Dies ist ein Vorteil gegenüber anderen

Konsensverfahren. Hätte man sich für eine andere Form der Datenerhebung entschieden, wäre aufgrund der für diese Studie zentralen europäischen Perspektive ein erheblicher Mittelbedarf entstanden.

Erfassung großer Datensätze

Die Delphi-Technik ist besonders für die Erfassung subjektiver und nicht objektiver Meinungen zu einem bestimmten Thema geeignet. Hinzu kommt, dass aufgrund der Tatsache, dass alle Befragten Experten sind – allerdings mit sehr unterschiedlichen Qualifikationen und Erfahrungen – die Qualität und Fülle der Datenbasis maximiert werden. Eine vergleichbare Fülle von Informationen könnte mit anderen Verfahren schon aus praktischen Gründen nicht erfasst werden.

Validität des Verfahrens

Zwar kann das Verfahren nicht den gleichen strengen statistischen Maßstäben genügen wie formelle experimentelle Methoden, aber es erfüllt trotzdem die wesentlichen psychometrischen Kriterien. Während die inhaltliche Validität durch den Einsatz einer Gruppe von Experten gesichert ist (Goodman, 1987), ergibt sich die offensichtliche Validität und eine hohe Parallelvalidität, wenn nach mehreren aufeinander folgenden Iterationen ein Konsens erreicht wird (Williams und Webb, 1994). Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Zuverlässigkeit des Verfahrens schwer nachzuweisen ist, weil Parallelversuche – die am häufigsten zum Nachweis der methodischen und ergebnisbezogenen Zuverlässigkeit eingesetzt werden – normalerweise für Delphi-Verfahren nicht geeignet sind. Die Entwicklung eines alternativen validen und zuverlässigen Datenerhebungsinstruments für die vorliegende Studie hätte den Einsatz anderer, weniger geeigneter Methoden mit sich gebracht und wäre in dem vorgegebenen Zeitrahmen nicht möglich gewesen.

Aufgrund der oben aufgeführten Vorteile der Delphi-Technik bot sich dieses Verfahren für die vorliegende Studie an, in der es ja hauptsächlich um die Erfassung der Meinungen von Experten in Bezug auf die Eigenschaften idealtypischer nationaler leitender Ministerialbeamter für das Pflegewesen ging. Vor Durchführung der Studie müssen allerdings noch einige Überlegungen in Bezug auf den methodischen Ansatz angestellt werden. Diese Fragen werden im folgenden erörtert, wobei jeweils beschrieben wird, für welche Vorgehensweise man sich im Rahmen der vorliegenden Studie entschieden hat. Eine ausführliche Beschreibung der

genauen Methodik und des in dieser Studie verwendeten Stichprobenverfahrens kann im Abschnitt „Methodik“ nachgelesen werden.

Stichprobenkriterien

Normalerweise ist die Aufnahme in die Expertengruppe nicht an die Erfüllung bestimmter Kriterien gebunden, abgesehen von der Annahme, dass die Betroffenen über den erforderlichen Fachverstand auf einem bestimmten Gebiet verfügen. Die Entscheidung darüber, wer in die Expertengruppe aufgenommen werden sollte, wird in der Regel nach Rücksprache mit den wichtigsten von der Untersuchung betroffenen Interessengruppen gefällt (Crisp et al., 1999). In der vorliegenden Studie wurde mit leitenden Mitarbeitern des WHO-Regionalbüro für Europa übereingekommen, dass unter „Experten“ die entsprechenden Interessengruppen in den staatlichen Gesundheitsbehörden zu verstehen waren, aber auch eine Reihe unterschiedlicher Gesundheitsfachkräfte und führende Vertreter nationaler Organisationen wie z. B. Pflegeverbände sowie andere Personen, die zu diesem Thema anerkanntermaßen eine wichtige Perspektive beizutragen haben.

Stichprobengröße

Was die geeignete Stichprobengröße angeht, gibt es keine offiziellen Empfehlungen. Bowles zufolge (1999) schwankt die Größe der Stichproben zwischen 7 und 1 685 Personen. Angesichts der Tatsache, dass die Zahl der oben definierten Experten notwendigerweise für die Studie begrenzt werden musste, wurde nach einer Diskussion mit der Beraterin für Pflegefragen des WHO-Regionalbüros für Europa beschlossen, dass in jedem der 22 europäischen Mitgliedsländer 15 Experten befragt werden sollten ($n = 330$). Zu diesen Ländern gehörten die Nachfolgestaaten der UdSSR und die mittel-, ost- und westeuropäischen Länder gemäß der Klassifikation der WHO sowie die Länder Skandiaviens, Ost- und Westeuropas und des Mittelmeers gemäß der herkömmlichen geopolitischen Klassifikation (s. Abschnitt zur Stichprobe). Das Abschmelzen der Stichprobe im Verlauf von mehreren aufeinander folgenden Befragungsrunden kann zwar ein Problem darstellen, aber dieses Problem kann durch ein gezieltes Ansprechen einzelner Personen bei jeder Iteration verringert werden (Beretta, 1996). Dieses Hilfsmittel wurde in der vorliegenden Studie eingesetzt.

Validität der Ergebnisse

Die inhaltliche und offensichtliche Validität sowie die Parallelvalidität des Delphi-Verfahrens wurden bereits angesprochen. Die Validität der Ergebnisse

wird auch durch die Antwortquote beeinflusst, wobei eine hohe anfängliche Rücklaufquote und eine geringe Abschmelzungsrate mit einer höheren Validität gleichgesetzt werden.

Verringerung systematischer Fehler

Da der Studienleiter beim Delphi-Verfahren keinen unmittelbaren Kontakt mit den Befragten hat, gibt es auch keine Möglichkeit, deren Meinungen in einer bestimmten Richtung zu beeinflussen. Allerdings besteht die Möglichkeit einer subjektiven Einflussnahme, wenn der Studienleiter die gemeinsamen konzeptionellen Themen aus den Antworten herausdestilliert. Um diese Fehlerquelle zu minimieren, können die Antworten auch von unabhängiger Seite klassifiziert und anschließend in Bezug auf den Grad der Übereinstimmung analysiert werden, was in der vorliegenden Studie auch getan wurde.

Darüber hinaus gibt es – wie auch bei anderen Elementen der Delphi-Technik – keine konkreten Vorgaben, in Bezug darauf, wie in diesem Zusammenhang der Begriff „Konsens“ zu verstehen ist. Die Studienleiter wählen normalerweise eine willkürliche und retrospektive Definition. Um diese Fehlerquelle zu vermeiden, wurde in dem hier verwendeten Delphi-Verfahren in der zweiten Befragungsrunde ein quantitativer Maßstab für die Bestimmung des Grads der Übereinstimmung eingesetzt, mit dem dann eine statistische Analyse durchgeführt werden konnte. Gleich zu Anfang wurde festgelegt, dass die Studie beendet werden würde, sobald unter allen Ländern eine statistisch signifikante Übereinstimmung ($p < 0.05$) erreicht würde.

Methodik

Design

Unter 22 Mitgliedstaaten des WHO-Regionalbüros für Europa wurde eine Delphi-Umfrage durchgeführt (Beschreibung siehe oben), um zu ermitteln, welche Eigenschaften eines leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen für essentiell gehalten werden.

Materialien

Für die erste Befragungsrunde wurde ein offener Fragebogen entworfen, in dem die Studie und ihr Zweck erläutert wurden und in dem die Befragten

gebeten wurden, alle Eigenschaften, Fähigkeiten und Kompetenzen zu nennen, die sie für einen idealtypischen leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen für relevant erachteten. Zur Veranschaulichung wurden Beispiele für persönliche Qualitäten, fachliche Kompetenzen, physische Merkmale und intellektuelle Fähigkeiten angeführt.

In der zweiten Befragungsrunde wurden die Antworten aus der ersten Runde destilliert, und das Ergebnis dieses Prozesses wurde dann zur Erstellung eines strukturierteren Fragebogens verwendet. Die Befragten wurden dann gebeten, für jede der 16, aus der ersten Befragungsrunde abgeleiteten thematischen Eigenschaften den Grad ihrer Übereinstimmung/Uneinigkeit mit Hilfe einer nicht markierten optischen analogen Skala einzutragen.

Beide Fragebögen wurden von der WHO in die für die Zielländer am geeignetsten erscheinende Sprache übersetzt und mit einem Begleitschreiben versehen, in dem der Zweck des Projekts erläutert wurde.

Stichprobe

In der ersten Befragungsrunde wurden jeweils 15 Fragebögen an insgesamt 22 Länder verschickt (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Griechenland, Island, Italien, Kroatien, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Russland, Schweden, Schweiz, Slowakei, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn und Vereinigtes Königreich) mit der Bitte, diese Fragebögen an Experten bei zentralen Interessengruppen im nationalen Gesundheitsversorgungssystem zu verteilen (n = 330). Der Begriff „Experte“ wurde in einem Begleitschreiben als höherer Beamter in nationalen Gesundheitsbehörden definiert, wobei diese Gruppe eine Reihe unterschiedlicher Gesundheitsfachkräfte umfassen konnte.

Auf diese Weise waren in der Umfrage die europäischen Länder gemäß WHO-Klassifikation abgedeckt, d. h. die Länder Westeuropas, die Nachfolgestaaten der UdSSR und die Länder Mittel- und Osteuropas (MOE).²

² Zu den MOE-Ländern gehören Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, die Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Jugoslawien, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik, Ungarn. Zu den Nachfolgestaaten der UdSSR zählen Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, die Republik Moldau, die Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan. Zu den westeuropäischen Ländern gehören Belgien, Deutschland, England, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweiz, Skandinavien und Spanien.

Außerdem waren auch die herkömmlichen geopolitischen Ländergruppen vertreten, d. h. Skandinavien, Westeuropa, Osteuropa und der Mittelmeerraum.

In der zweiten Befragungsrunde wurden 15 Exemplare des zweiten Fragebogens wieder an die gleichen Verbindungspersonen in den einzelnen Ländern verschickt, die schon in der ersten Befragungsrunde als Ansprechpartner fungiert hatten, wieder mit der Bitte, die Fragebögen an dieselben Experten wie in der ersten Befragungsrunde zu verteilen. Da in der ersten Befragungsrunde 12 Länder geantwortet hatten (Belgien, Dänemark, England, Finnland, Griechenland, Island, Niederlande, Russland, Schweden, die Schweiz, die Tschechische Republik und Ungarn), wurden in dieser Phase insgesamt 180 Fragebögen verteilt. Nähere Einzelheiten zur Antwortrate insgesamt und nach Ländern sind im Abschnitt „Ergebnisse“ nachzulesen.

Verfahren

Die Fragebögen für die erste Befragungsrunde wurden an eine Verbindungsperson des WHO-Regionalbüros für Europa zur Übersetzung in eine für das jeweilige Zielland geeignete Sprache verschickt. Die Fragebögen wurden dann mit einem Begleitschreiben versehen, in dem der Zweck des Projekts erläutert wurde und Anleitungen zur Ermittlung der Experten gegeben wurden und schließlich an vom WHO-Regionalbüro für Europa benannte Ansprechpartner in allen oben erwähnten Mitgliedstaaten versandt. Die Befragten wurden gebeten, alle ihnen als relevant erscheinenden Eigenschaften (s. Abschnitt „Materialien“) zu nennen und den Fragebogen so bald wie möglich wieder an die Verbindungsperson in ihrem jeweiligen Land zurückzusenden. Alle Fragebögen wurden anonym ausgefüllt. Es wurde lediglich das Heimatland des Befragten vermerkt. Die auf den Fragebögen gegebenen Antworten wurden dann wieder ins Englische zurückübersetzt und an die Studienleitung zurückgeschickt.

Insgesamt wurden 4273 Eigenschaften in einem Arbeitsblatt eines Tabellenkalkulationsprogramms eingetragen und von den Bearbeitern jeweils getrennt in sich abzeichnende semantische Themen unterteilt. Die Zahl der verwendeten Themen unterlag dabei keinerlei Beschränkung. Die Themen und ihre Inhalte wurden dann unter den Bearbeitern verglichen, um den Grad an Übereinstimmung zu ermitteln. Während ein Bearbeiter 19 und der andere 16 Themen bestimmt hatte, gab es Übereinstimmung in Bezug auf die Klassifizierung von 3659 Items, was 85,6% Übereinstimmung

bedeutet. Für die zweite Befragungsrunde wurde aus folgenden Gründen die kleinere Themenzahl verwendet:

- Aufgrund der semantischen Ähnlichkeiten der drei zusätzlichen Bezeichnungen konnten diese mit den 16 anderen Themen verschmolzen werden.
- Bei Verwendung von Kategorien mit einer eindeutigen Bedeutung verringert sich das Risiko der Doppelsinnigkeit, durch welche ihre Übersetzung beeinträchtigt werden könnte.
- Durch die geringere Zahl von Themen wurde die Aufgabe für die Befragten in der zweiten Runde leichter zu handhaben.

Diese Themen lauteten wie folgt:

- Politischer Scharfsinn
- Führungsqualitäten
- Kommunikationskompetenz
- Strategisches Denken
- Konfliktlösungskompetenz
- Gutes Management
- Fachliche Kompetenz
- Forschungskompetenz
- Entscheidungsfreude/Problemlösungskompetenz
- Physische Merkmale
- Anstand/Integrität
- Persönliche Eigenschaften
- Offenheit gegenüber Innovationen
- Förderung von Pflegebelangen
- Teamgeist
- Informationsbearbeitung

In den Fragebögen für die zweite Runde waren alle diese Eigenschaften aufgeführt und jeweils mit einer nicht markierten optischen Analogskala versehen. Wie üblich bestand die Analogskala aus einer nicht markierten 10 cm langen Linie, wobei am linken Pol „überhaupt nicht wichtig“ und am rechten Pol „äußerst wichtig“ stand. Zur Veranschaulichung der einzelnen Merkmale wurde jede der aufgeführten Qualitäten durch eine Reihe von Beispielen erläutert. Die Befragten wurden gebeten, diese Qualitäten in Bezug auf ihre Relevanz für den idealtypischen leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen zu bewerten. Sie wurden angewiesen, auf der

Analogskala entsprechend der Bedeutung, die sie einer Qualität in diesem Zusammenhang beimaßen, ein Zeichen zu machen.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden zunächst wieder von der Verbindungsperson zur Übersetzung an das WHO-Regionalbüro für Europa geschickt und dann zur Analyse an die Bearbeiter weitergeleitet. Da die Antworten in der zweiten Befragungsrunde quantifiziert werden konnten (wobei der Abstand vom linken Ende der Skala bis zur Markierung als Maß für die Bedeutung diente), konnten die Antworten mit den Methoden der Inferenzstatistik (Kendallscher Konkordanzkoeffizient) analysiert werden, um die Übereinstimmung innerhalb der gesamten Stichprobe und innerhalb der einzelnen Länder zu ermitteln. Würde in der zweiten Befragungsrunde keine statistisch signifikante Übereinstimmung festgestellt, würde der iterative Prozess solange fortgesetzt werden, bis sich eine Übereinstimmung ergeben würde. Sollte die Analyse bereits in der zweiten Runde zu einer signifikanten Übereinstimmung führen, würde die Studie in dieser Phase beendet werden.

Ergebnisse

In der ersten Runde betrug der Rücklauf 75 Antworten aus insgesamt 12 Mitgliedsländern, was zu einer Gesamtzahl von 4273 Eigenschaften führte. Damit belief sich die Rücklaufquote nach einzelnen Interessengruppen betrachtet auf 23% und nach Ländern betrachtet auf 54,6%. Bei den 12 Ländern handelte es sich um Belgien (n = 6), Dänemark (n = 10), England (n = 3), Finnland (n = 4), Griechenland (n = 1), Island (n = 7), die Niederlande (n = 1), Russland (n = 1), Schweden (n = 11), die Schweiz (n = 9), die Tschechische Republik (n = 1) und Ungarn (n = 9). Die Eigenschaften wurden schließlich mit einer Überschneidung/Übereinstimmung von 85,6% auf die oben erwähnten 16 Themen verteilt.

In der zweiten Runde betrug der Rücklauf 63 Antworten aus insgesamt 12 Ländern, wobei 8 weitere Antworten aus 3 Ländern zu spät eintrafen, um noch berücksichtigt zu werden (Belgien = 4, England = 3, Finnland = 1). Die Rücklaufquote belief sich damit nach Einzelpersonen betrachtet auf 84% und nach Ländern betrachtet auf 100%. Die Antworten wurden in Bezug auf die Gesamtstichprobe und nach Ländern mit Hilfe Kendallscher Konkordanzkoeffizienten analysiert. Die Ergebnisse sind unten dargestellt.

Tabelle 1: Ergebnisse der Kendallschen Konkordanzkoeffizienten nach Ländern und Gesamtstichprobe

LAND	N	W	DF	χ^2	P	IMPLIKATION
BELGIEN	6	0,57	5	51,3	<0.001	Übereinstimmung
DÄNEMARK	10	0,23	9	34,5	<0.01	Übereinstimmung
ENGLAND	3	0,67	2	30,15	<0.02	Übereinstimmung
FINNLAND	4	0,36	3	21,6	k. A.	keine Übereinst.
GRIECHENLAND	1	entf.	entf.	entf.	entf.	entf.
ISLAND	7	0,3	6	31,5	<0.01	Übereinstimmung
NIEDERLANDE	1	entf.*	entf.	entf.	entf.	entf.
RUSSLAND	1	entf.	entf.	entf.	entf.	entf.
SCHWEDEN	11	0,3	10	49,5	<0.001	Übereinstimmung
SCHWEIZ	9	0,36	8	48,6	<0.001	Übereinstimmung
TSCHECH. REP.	1	entf.	entf.	entf.	entf.	entf.
UNGARN	9	0,36	8	48,6	<0.001	Übereinstimmung
INSGESAMT	63	0,17	160,65	15	<0.001	Übereinstimmung

*entf. = entfällt. Statistische Analyse war irrelevant, da nur eine Antwort erhalten wurde.

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass zwischen allen 12 Ländern und auch innerhalb aller Länder bis auf Finnland ein signifikantes Maß an Übereinstimmung besteht. Aufgrund der signifikanten Übereinstimmung innerhalb der Stichprobe konnte die Delphi-Studie mit der zweiten Befragungsrunde beendet werden. Nach übereinstimmender Meinung der Stichprobe sind für einen leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen die folgenden, in der Reihenfolge ihrer Bedeutung aufgeführten Merkmale am wichtigsten:

1. Kommunikationskompetenz
2. Teamgeist
3. Strategisches Denken
4. Fachliche Kompetenz
5. Führungsqualitäten
6. Politischer Scharfsinn
7. Anstand/Integrität
8. Offenheit für Innovationen
9. Entscheidungsfreude/Problemlösungskompetenz
10. Persönliche Eigenschaften
11. Förderung von Pflegebelangen
12. Gutes Management
- 13.5. Konfliktlösungskompetenz

- 13.5. Informationsbearbeitung
- 15. Forschungskompetenz
- 16. Physische Merkmale

Die Qualitäten, die in der gesamten Stichprobe und in einzelnen Ländern als am wichtigsten erachtet wurden, sind in den Abb. 1-13 graphisch dargestellt (s. Anhang 1).

Auf der Grundlage der Länderklassifizierung des WHO-Regionalbüros für Europa (d. h. MOE-Länder, Nachfolgestaaten der UdSSR und westeuropäische Länder) wurden die Daten dann mit Hilfe des Kendallschen Konkordanzkoeffizienten weiter analysiert. Da aus der Gruppe der Nachfolgestaaten der UdSSR nur ein Land (Russland) den Fragebogen zurückschickte, beschränkte sich die Analyse auf die beiden anderen Ländergruppen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 sowie in Abb. 14 und 15 dargestellt (s. Anhang 1).

Tabelle 2: Ergebnisse der Kendallschen Konkordanzkoeffizienten nach WHO-Ländergruppen

GRUPPE	N	W	X ²	DF	P	IMPLIKATION
MOE	2	0,34	51	1	<0.001	Übereinstimmung
WE	9	0,19	148,2	8	<0.001	Übereinstimmung

Die oben dargestellten Ergebnisse belegen, dass es innerhalb der MOE-Länder und der westeuropäischen Länder eine signifikante Übereinstimmung gibt. Die Rangordnungen der untersuchten Qualitäten sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Rangordnungen der Qualitäten nach WHO-Ländergruppen

QUALITÄT	WESTEUROPA	MOE-LÄNDER
Kommunikationskomp.	1	5
Teamgeist	2	6
Führungsqualitäten	3	12
Strategisches Denken	4	3.5
Politischer Scharfsinn	5	15
Fachliche Kompetenz	6	1
Anstand/Integrität	7	9
Offen. f. Innovationen	8	8
Persönliche Eigensch.	9	13

Entscheidungsfreude/ Problemlösungskomp.	10	3.5
Förd. v. Pflegebelangen	11	7
Good management	12	2
Forschungskompetenz	13	16
Informationsbearbeit.	14	14
Konfliktlösungskomp.	15	10
Physische Merkmale	16	11

Diskussion

In Bezug auf die Eigenschaften, die für einen idealtypischen leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen als erforderlich angesehen werden, gibt es ein überraschend hohes Maß an Übereinstimmung innerhalb der gesamten Stichprobe. Außerdem war bei 7 der 8 Länder, deren Antworten statistisch analysiert werden konnten, auch eine hoch signifikante Übereinstimmung innerhalb der Länder festzustellen, obwohl die Rangordnung der Merkmale nicht unbedingt mit den Antworten der gesamten Stichprobe völlig übereinstimmte (s. Anhang 1)

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Übereinstimmung in Bezug auf die sich abzeichnenden Eigenschaften innerhalb der Stichprobe groß genug ist, um als Konsens zum idealtypischen leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen betrachtet werden zu können. Wenn es daher als wichtig erachtet wird, dass alle Länder die Bewerber für ein solches Amt nach den gleichen international vereinbarten Kriterien auswählen und in ihrem Werdegang fördern, dann könnten die 16 ermittelten Qualitäten genutzt werden, um diesen Prozess zu beeinflussen. Wenn dagegen spezifische nationale Sichtweisen und Positionen bei der Auswahl des leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen als entscheidend erachtet werden, dann liegt in den einzelnen Ländern bis auf Finnland ein hohes Maß an interner Übereinstimmung vor.

Die 16 Qualitäten ähneln den in sukzessiven Studien zu Führungsqualitäten ermittelten Qualitäten, und die Ergebnisse werden daher bis zu einem gewissen Grad sowohl durch vorhandene empirische Forschungsergebnisse und theoretische Überlegungen (z. B. Lorentzon, 1992; Cook, 2001; Cunningham und Kitson, 2000) bestätigt. Auch wenn über die Eigenschaften einer guten Führungskraft heftig debattiert wird, besteht in der Literatur in Bezug auf drei Merkmale weitgehend Einigkeit: sozialer Einfluss

(die Fähigkeit Einzelner, die Einstellungen und das Verhalten anderer mit einem spezifischen Ziel vor Augen zu ändern, zu beeinflussen und zu analysieren); Führungsqualitäten, wozu strategische Planung, Entscheidungsfreude und Teamgeist gehören; und schließlich Autorität, d. h. die persönliche Glaubwürdigkeit und fachliche Kompetenz Einzelner, die andere davon überzeugen, dass sie einmal gesteckte Ziele auch erreichen werden. Andere Studien haben ergeben, dass Führungspersönlichkeiten in der Regel intelligent und kenntnisreich sind (Lorentzon, 1992), dass sie persönliche Eigenschaften wie menschliche Wärme, Vertrauenswürdigkeit, Anstand und Integrität besitzen (Tremblay, 2000), dass sie innovationsfreudig und kreativ sind (z. B. Tremblay, 2000), dass sie fähig sind, Grundsatzentscheidungen zu treffen, dass sie gute Manager sind und über politischen Scharfsinn verfügen (McCormack und Hopkins, 1995). Insofern ist es nicht verwunderlich, wenn diese Eigenschaften auch von den verschiedenen Ländern in ihren Antworten genannt wurden. Eher besorgniserregend ist dagegen die Erkenntnis, dass den Eigenschaften „Forschungskompetenz“ und „Informationsbearbeitung“ in einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgungskultur nur ein sehr geringer Stellenwert beigemessen wird. Wenn die Initiative für Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Pflege von oben kommen soll, dann muss die Forschungsorientierung stärker in den Vordergrund gerückt werden. Besonders interessant und vielleicht auch enttäuschend ist die relativ geringe Bedeutung, die der Förderung des „Pflegeberufs zum Nutzen der Gesellschaft“ beigemessen wird. Darin könnte man eine zentrale Aufgabe der leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen sehen, und dadurch könnte ein solches Amt auch noch zusätzlich legitimiert werden. Möglicherweise ist es den leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen bisher noch nicht gelungen, andere davon zu überzeugen, dass ein gutes Pflegewesen der Gesundheit der Gesellschaft insgesamt dient. Selbstverständlich kann der niedrige Rangplatz aber auch darauf zurückzuführen sein, dass man annimmt, dass dieses Konzept bereits hinlänglich bekannt ist oder dass sich der Pflegeberuf damit abfinden sollte, dass er im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht zu einem der Schwerpunktbereiche zählt.

Insgesamt zeichnen die Ergebnisse ein klares, logisches und möglicherweise hilfreiches Profil von Merkmalen, die für einen leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen als notwendig erachtet werden. Auf dieser Grundlage kann nicht nur ein Protokoll für den Auswahlprozess erstellt werden, sondern es können auch konkrete Laufbahnmöglichkeiten für die Amtsträger vorgezeichnet werden, so dass in ganz Europa ein einheitliches und internationales Profil für den leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen entwickelt werden kann.

Literaturhinweise

- Beretta, R. (1996): A critical review of the Delphi technique. *Nurse Researcher*. 3(4) 79-89.
- Bowles, N. (1999): The Delphi technique. *Nursing Standard* 13(4) 32-36.
- Cook, M. (2001): The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard* 15 (35) 33-36.
- Crisp, J., Pelletier, D., Duffield, C., Nagy, S. & Adams, A. (1999): It's all in a name. When is a Delphi study not a Delphi Study? *Australian Journal of Advanced Nursing* 16 (3) 32-37.
- Cunningham, G. & Kitson, A. (2000): An evaluation of the RCN Clinical Leadership Development Programme: part 2. *Nursing Standard* 15 (13-15) 34-40.
- Goodman, C. (1987): The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing* 12 729-734.
- Jones, J. & Hunte, D. (1995): Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 311 376-380.
- Kirk, S., Carlisle, C. & Luker, K.A. (1997): The implications of Project 2000 and the formation of links with higher education for the professional and academic needs of nurse teachers in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 26(5) 1036-1044.
- Lorentzon, M. (1992): Authority, leadership and management in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17 525-527.
- Macdonald, E.B., Ritchie, K.A., Murray, K.J. & Gilmour, W.H. (2000): Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study. *Occupational and Environmental Medicine* 57(2) 98-105.
- McCormack, B. & Hopkins, E. (1995): The development of clinical leadership through supported reflective practice. *Journal of Clinical Nursing* 4 161-168.

- Ministerium für Gesundheit und Soziales, Finnland (1999): *Nursing and Midwifery in the 21st Century*. Survey on Nursing Practice, Management, Education and Research in Europe. Finland, Ministerium für Gesundheit und Soziales.
- Novak, D.A. (1998): Nurse managers' opinions of their role. *Nursing Case Management* 3(6) 231-237.
- Sentell, J.W. & Finstuen, K. (1998): Executive skills 21: a forecast of leadership skills and associated competencies required by naval hospital administrators into the 21st century. *Military Medicine* 163(1) 3-8.
- Tornquist, E. (1997): *Nursing Practice Around the World*. WHO/HDP/Nur-Mid/97.5 Genf: Nursing/Midwifery Health Systems Development Programme.
- Tremblay, M. (2000): 'Stepping Stones': Leadership development in the NHS. Monographie von Tremblay Consulting.
- White, K. & Wilkes, L. (1999): The specialist breast care nurse: an evolving role. *Collegian* 6(4) 8-13.
- Williams, P.A. & Webb, C. (1994): The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing* 19 180-186.

Anhang 1

Abb. 1: Alle Länder – Rangordnung der Merkmale

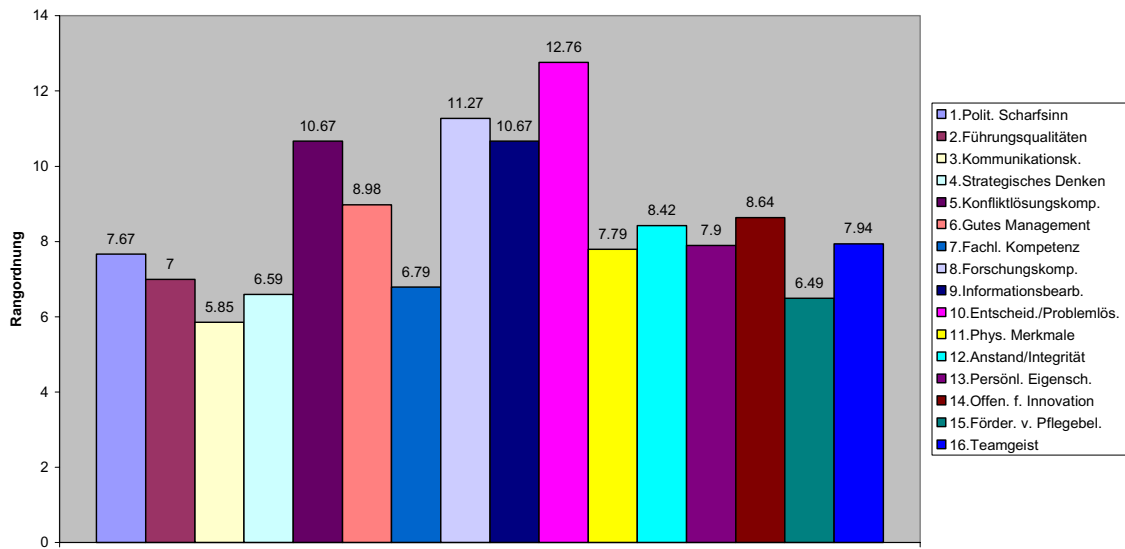


Abb. 2: Belgien – Rangordnung der Merkmale

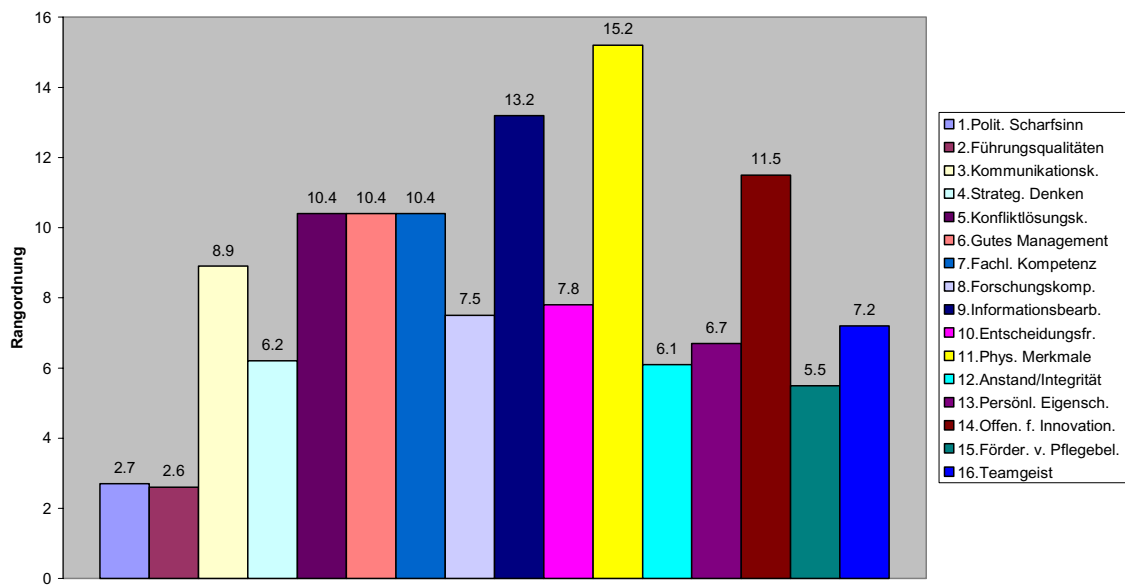


Abb 3: Dänemark – Rangordnung der Merkmale

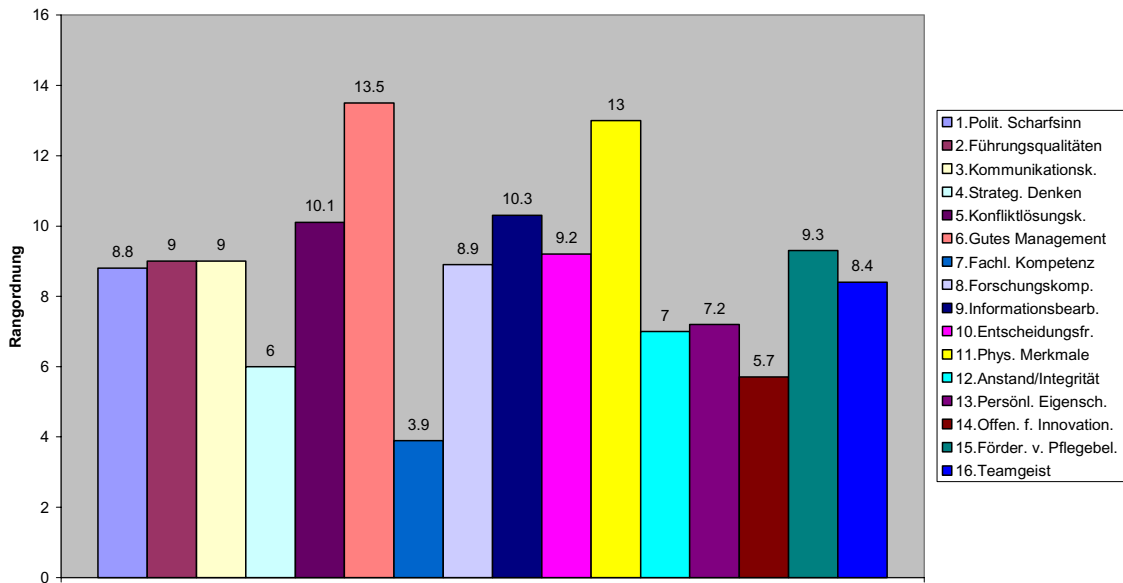


Abb. 4: Niederlande – Rangordnung der Merkmale

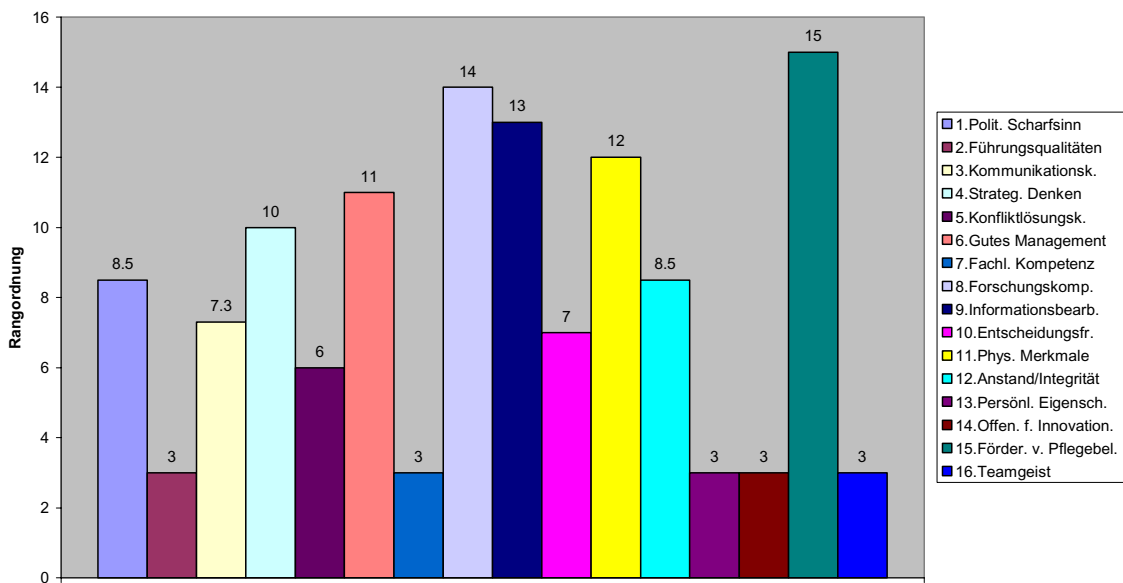


Abb. 5: Griechenland – Rangordnung der Merkmale

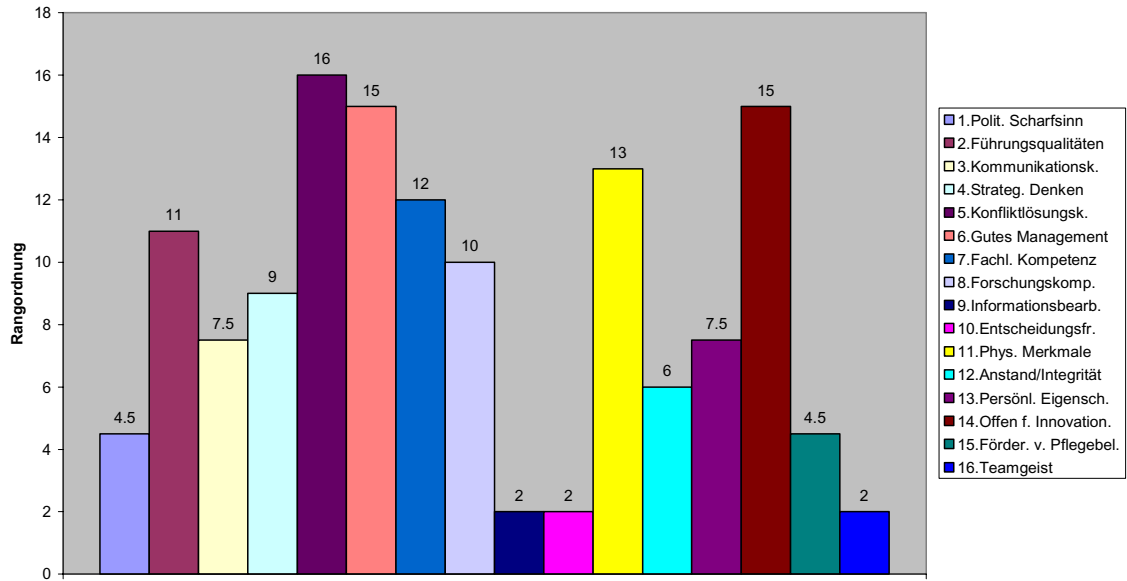


Abb. 6: Tschechische Republik – Rangordnung der Merkmale

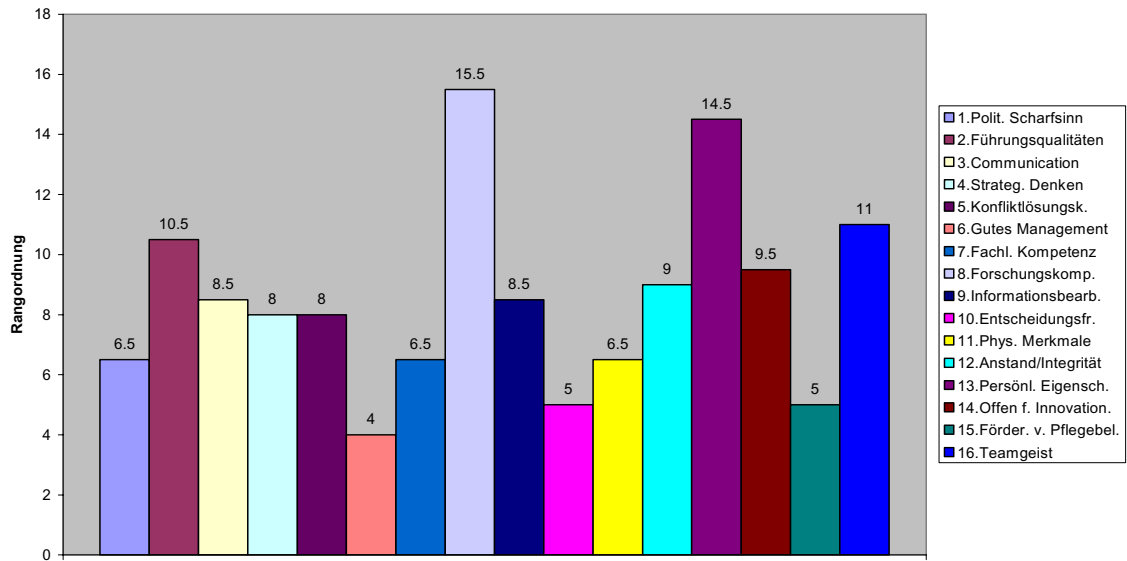


Abb. 7: Vereinigtes Königreich – Rangordnung der Merkmale

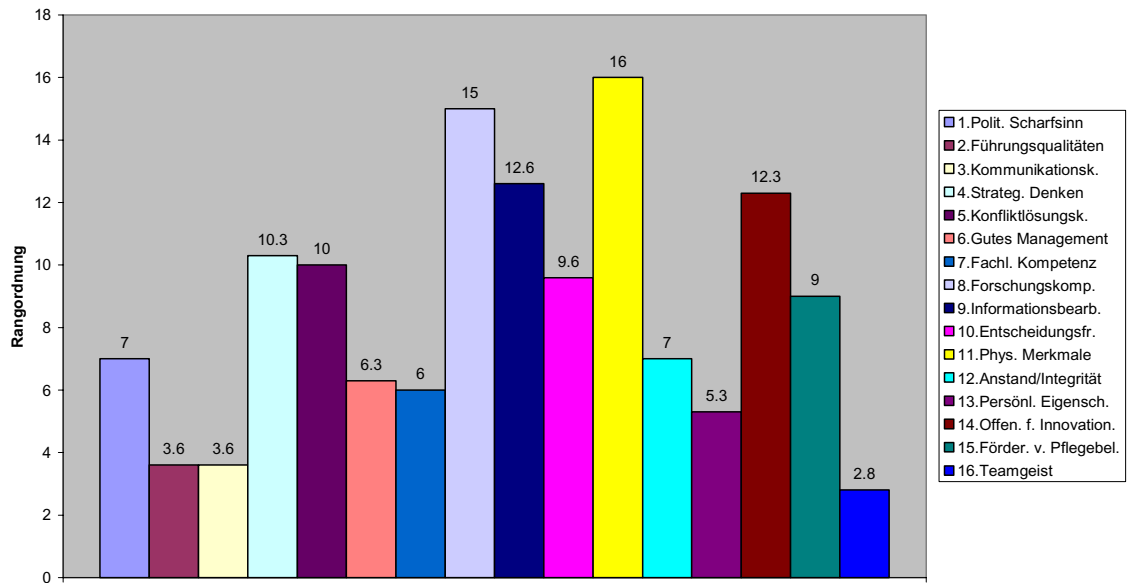


Abb. 8: Finnland – Rangordnung der Merkmale

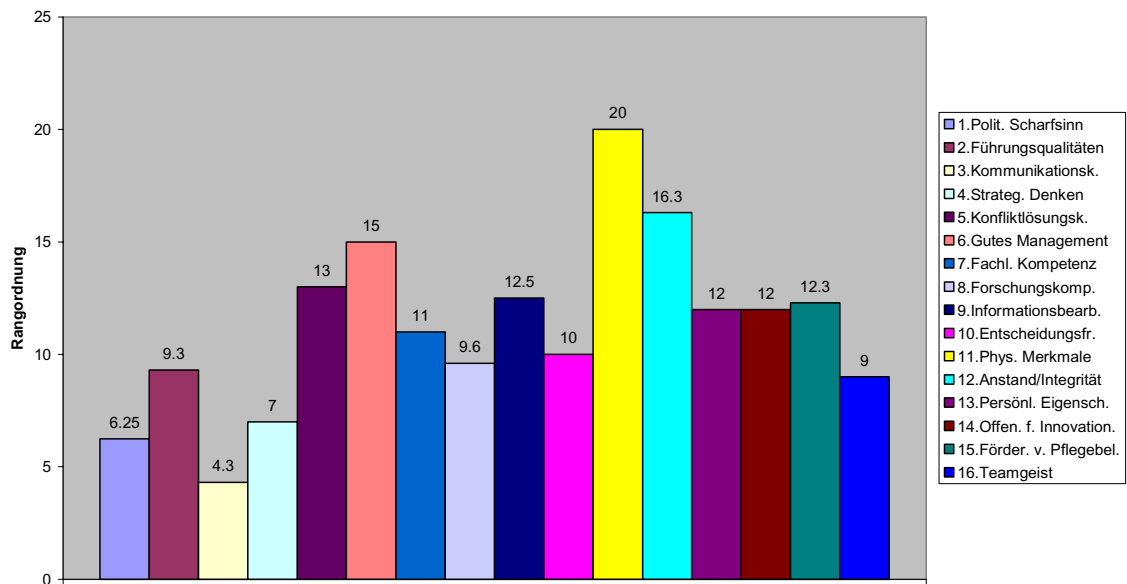


Abb. 9: Ungarn – Rangordnung der Merkmale

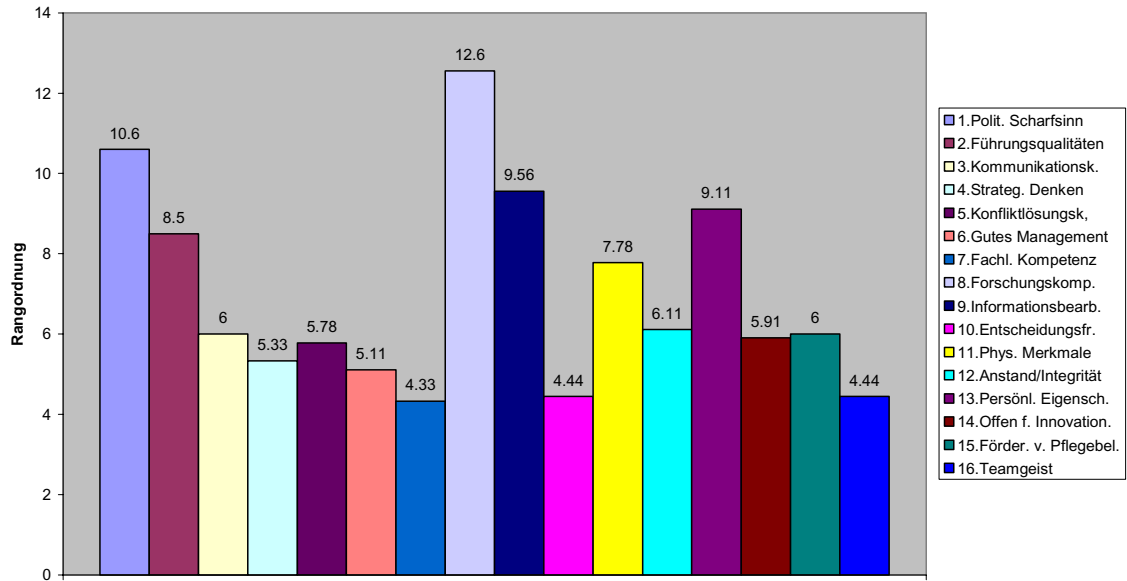


Abb. 10: Island – Rangordnung der Merkmale

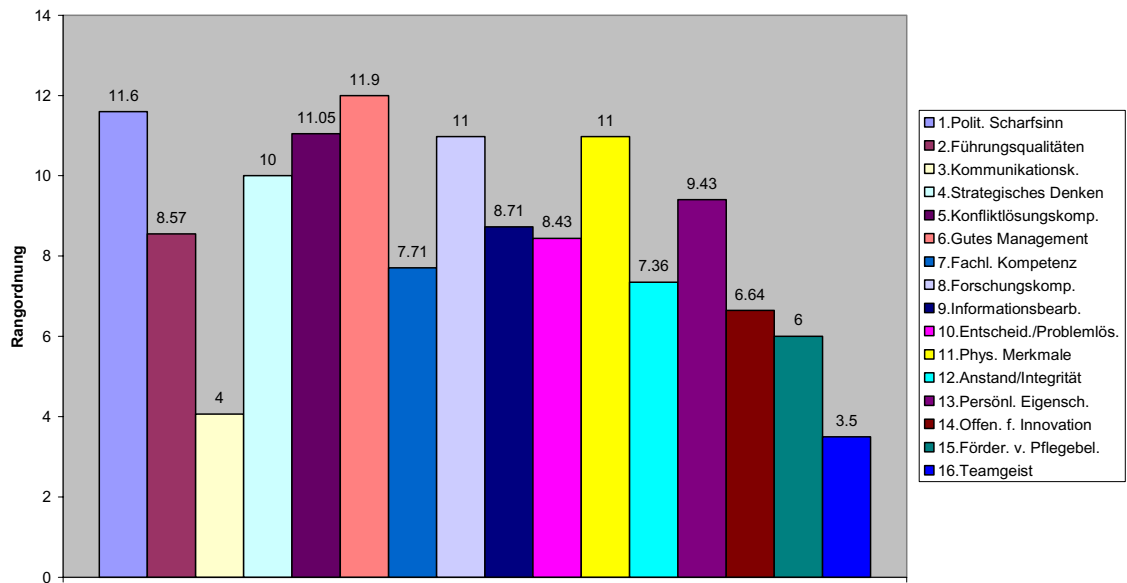


Abb. 11: Russland – Rangordnung der Merkmale

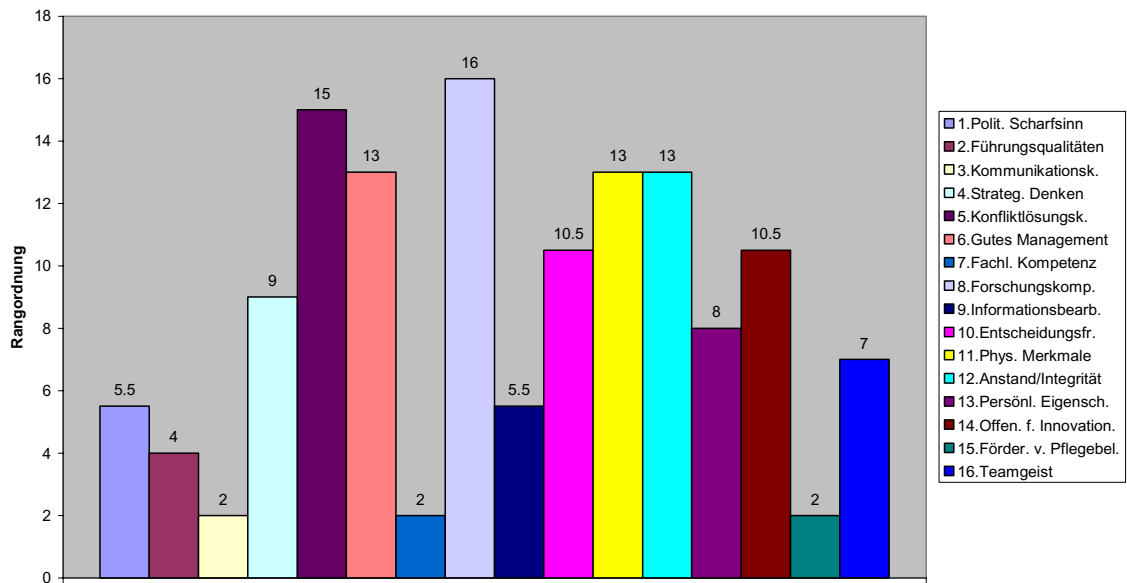


Abb. 12: Schweiz – Rangordnung der Merkmale

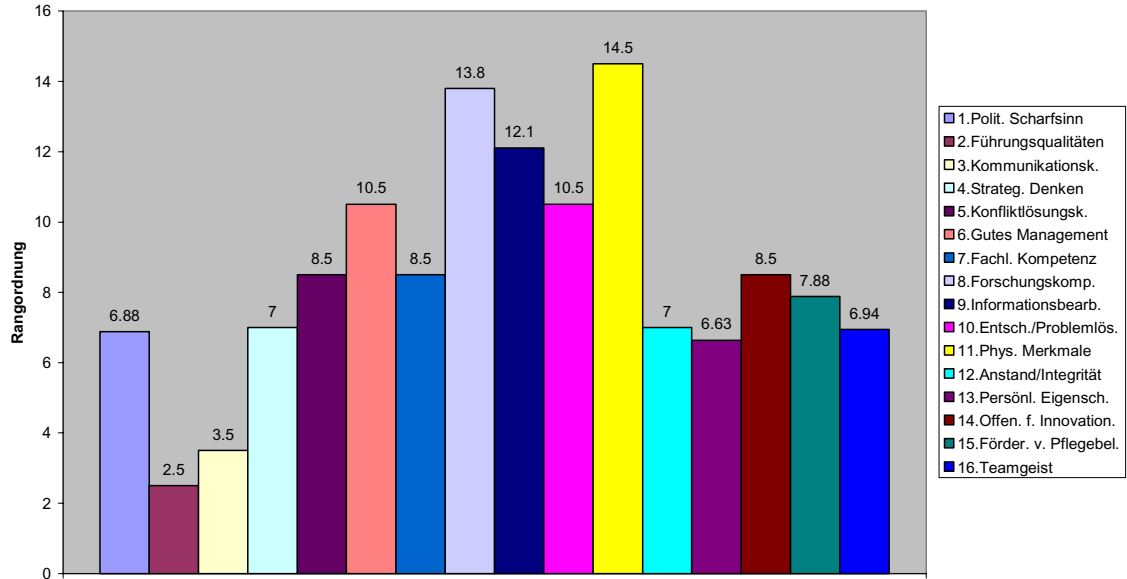


Abb. 13: Schweden – Rangordnung der Merkmale

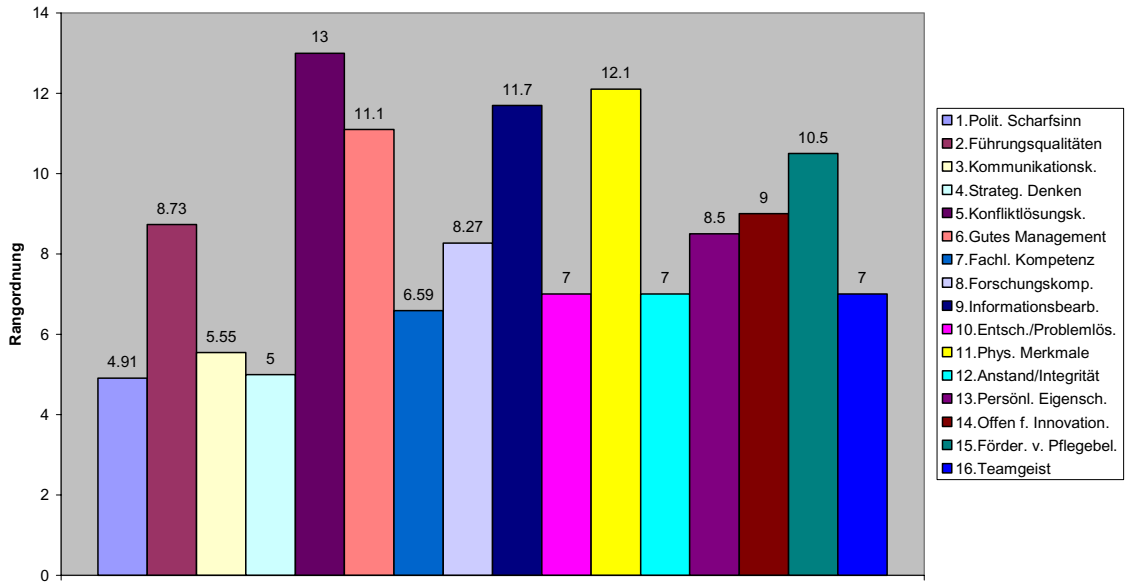


Abb. 14: Westeuropäische Länder

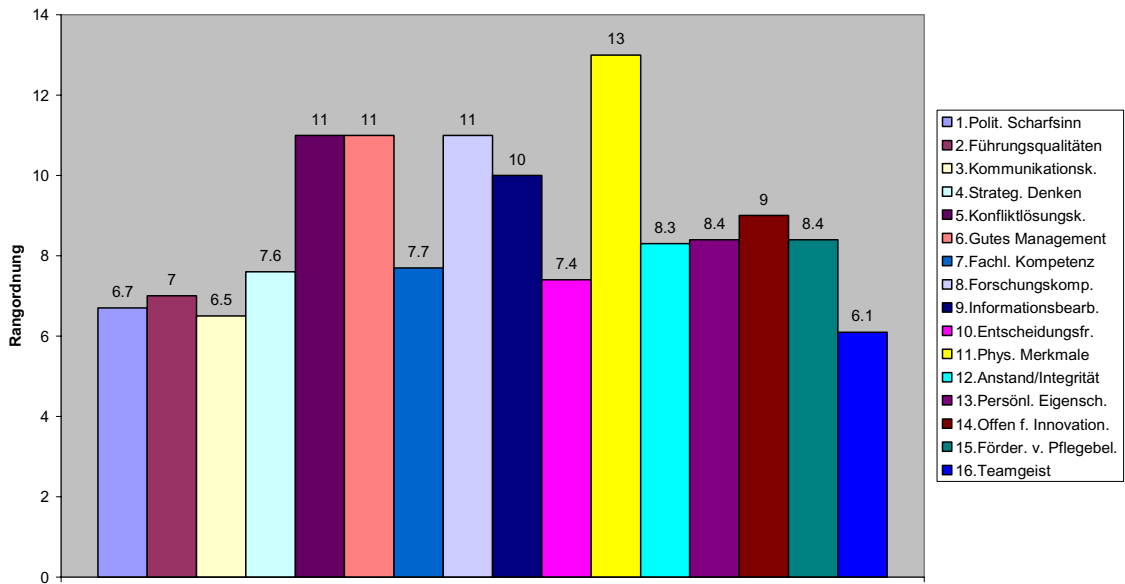
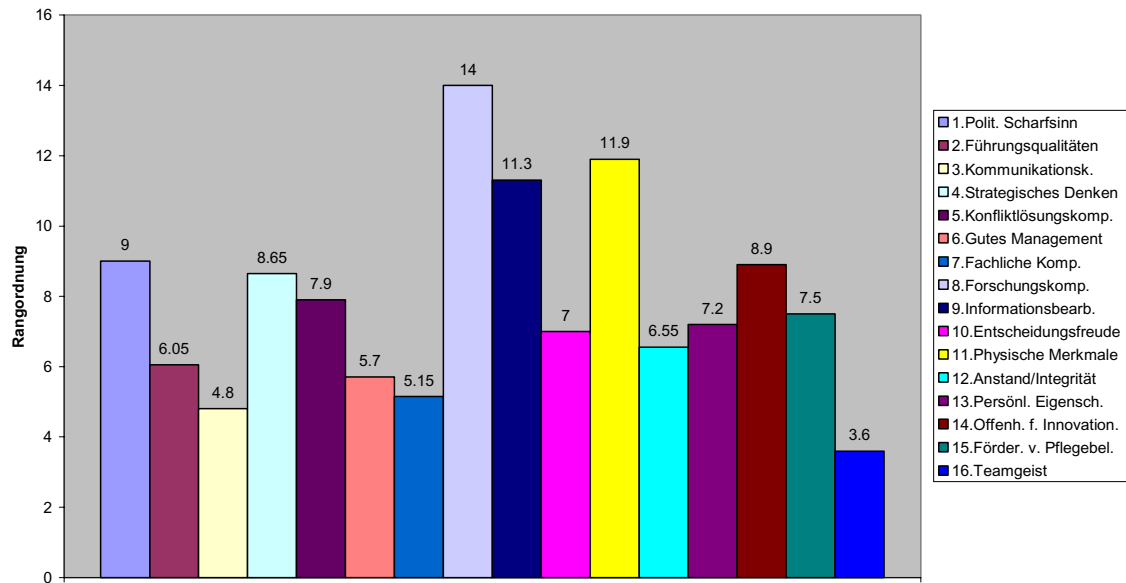


Abb. 15: Mittel- und osteuropäische Länder



EUR/01/5019319
ORIGINAL: ENGLISCH
E74525

Eine Aufwertung der Rolle der leitenden Ministerialbeamten für das Pflegewesen in den Mitgliedstaaten des WHO-Regionalbüros für Europa setzt neben konkreten Laufbahnmöglichkeiten sowohl für neue als auch für bestehende Mitarbeiter eine systematische Auswahl und Einstellung geeigneter Personen voraus. Will man diesen Prozess beeinflussen, muss zunächst einmal ermittelt werden, welche Eigenschaften für Menschen in dieser Position als wichtig erachtet werden. Zu diesem Zweck wurde zunächst einmal in 22 Mitgliedstaaten eine Delphi-Studie durchgeführt. In der zweiten Phase dieser Studie, an der 12 Länder beteiligt waren, konnte ein Konsens erreicht werden.



Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark

Teléfono: +45 39 17 17 17
Telefax: +45 39 17 18 18
Telex: 12000

E-Mail: postmaster@who.dk
Website: <http://www.who.dk>