

Interview

«Ohne Pflegediagnosen verschw

Die führende Expertin von Pflegediagnostik, Margaret Lunney, erklärt in diesem Interview die Unverzichtbarkeit der Pflegediagnosen, ohne die die Pflege früher oder später von der Bildfläche verschwinden wird, da sie ohne standardisierte Sprache nicht erfasst und elektronisch nicht sichtbar gemacht werden kann.

Krankenpflege: Pflegediagnosen, diagnostisches Denken und die Genauigkeit von Pflegediagnosen sind zentrale Themen für Sie. Seit wann arbeiten Sie damit?

Margaret Lunney: Zum ersten Mal interessierte ich mich für die Genauigkeit von Pflegediagnosen, als ich als Pflegendende in der häuslichen Pflege tätig war. Ich hatte eine feste Gruppe

von Patienten, die ich jede Woche oder einmal im Monat sah. Aber manchmal, wenn ich einen Tag frei hatte oder Patienten in einem anderen Stadtteil aufsuchen musste, machten andere Pflegendende diesen Besuch. Wenn ich dann wieder zu den Patienten und Familien kam, sagten mir einige, die «andere Pflegendende» habe es anders gemacht, ihnen beispielsweise Dinge gesagt, die im Widerspruch zu ihren eigenen Vorstellungen über ihren Pflegebedarf stünden. Dadurch wurde mir bewusst, dass Pflegendende Daten unterschiedlich interpretieren und auf der Grundlage ihrer Interpretationen Interventionen vornehmen. Das war in den frühen Siebzigerjahren. Später in den Siebzigerjahren, während meines Studiums in Pflege, wurde ich auf die Begrifflichkeit der Pflegediagnose aufmerksam. Diese beiden Erfahrungen verband ich miteinander und beschloss, die Genauigkeit von Pflegediagnosen zu studieren. Ich stellte fest, dass Pflegendende – obwohl sie über Diagnosen sprachen – sich nicht auf Genauigkeit bezogen: Diese war für sie weder ein Thema noch ein Problem. Im Zuge meiner Promotion in Pflege beschäftigte ich mich dann vertieft mit dem Messen von Genauigkeit.

Worin liegen die Vorteile der Anwendung von Pflegediagnosen gegenüber der Formulierung von Patientenproblemen als Freitext?

Die Vorteile einer Anwendung standardisierter Pflegediagnosen liegen darin, dass Dritte wissen, was wir meinen, weil die Begrifflichkeiten (Kon-

zepte) verbindlich definiert und beschrieben wurden. Demgegenüber lässt sich jeder einzelne in einem Freitextformat verwendete Begriff potenziell in vielfältiger Weise definieren. Dies macht es unmöglich, aus Pflegedaten klug zu werden. Jede Wissenschaft, einschliesslich die Pflegewissenschaft, braucht unbedingt standardisierte, per Konsens akzeptierte Begriffsklassifikationen, damit die Bedeutungen von Begriffen personen-, setting- und ortsübergreifend bekannt sind und Zusammenarbeit erst möglich wird. Der bekannte Linguist Hayakawa bezeichnete Klassifikationssysteme wie die von der NANDA International zugelassene Liste der Pflegediagnosen als «Messtischblätter», das heisst Karten für das Terrain der Pflege. Diese Karten sind nie perfekt. Vielmehr müssen wir ständig an ihnen arbeiten, um sie möglichst umfassend und nützlich zu machen.

Was sind menschliche Reaktionsmuster und weshalb bezieht man sich im diagnostischen Prozess auf sie?

Als Pflegendende damit begannen, für sie relevante Phänomene als Pflegediagnosen zu benennen, diente der Begriff «menschliche Reaktionen» in vielen Staaten der USA zur Definition des Handlungsfeldes von Pflege in gesetzlichen Verordnungen. Dieser Begriff schien bei vielen Pflegenden und Menschen aus anderen Disziplinen mitzuschwingen, die zu verstehen versuchten, was den Fokus der Pflegenden vom Fokus der Ärzte unterscheidet. Der Begriff beruht auf der Überzeugung, dass Pflegendende sich auf die individuellen, familiären oder kommunalen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse konzentrieren.

Ein Beispiel für «menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse» stellt der Umgang einer Familie mit einem älteren Patienten mit Alzheimer-Krankheit dar. Eine der Rollen der Pflegeperson besteht darin, der Familie dabei zu helfen, die Kom-

Pflegediagnosen

Führende Expertin

Margaret Lunney (PhD, RN, CS) ist Professorin am College von Staten Island, City University of New York. Sie gilt weltweit als führende Expertin zur Lehre und Vermittlung von Pflegediagnosen und diagnostischen Fähigkeiten. Sie verfügt über umfangreiche Lehr- und Forschungserfahrung zum Thema «Pflegediagnosen und -diagnostik». Ihr Buch «Critical Thinking and Nursing Diagnosis: Case Studies and Analyses» wurde ins Spanische, Portugiesische und Japanische übersetzt. Die erweiterte, deutsche Herausgabe (J. Georg & M. Müller Staub, Hrsg.) erscheint im Herbst 2006 beim Huber Verlag. Es trägt den Titel «Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess».

lunney@mail.csi.cuny.edu sowie:
margell@si.rr.com

indet die Pflege»

plexität der Fürsorge und Betreuung zu bewältigen.

Was ist mit «Genauigkeit» gemeint, und warum sind die Genauigkeit von Pflegediagnosen und das Erheben genauer Diagnosen so wichtig?

Ganz zu Anfang meines Studiums der Genauigkeit (accuracy) erkannte ich, dass Pflegende in den Achtzigerjahren die gleiche Betrachtungsweise von Genauigkeit hatten wie die Ärzte, das heisst, Genauigkeit galt als Entweder-oder-Variable. Dieser Ansatz funktioniert in der Medizin, aber nicht in der Pflege, weil es da zu viele Überschneidungen in den Begrifflichkeiten menschlicher Reaktionsweisen gibt. Zum Beispiel überschneidet sich die Begrifflichkeit des «Copings» mit der von «Machtlosigkeit», «Hoffnungslosigkeit», «Angst» und anderen.

Viele menschliche Reaktionen, die von Pflegenden diagnostiziert und behandelt werden, stehen miteinander in Beziehung und schliessen sich nicht – wie medizinische Diagnosen – gegenseitig aus. Lautet die beste Diagnose «Machtlosigkeit», so kommt eine Pflegeperson, die den Patienten als «hoffnungslos» diagnostiziert, einer hohen Genauigkeit näher als jemand, der bei dem Patienten Mangelernährung diagnostiziert.

Zur Lösung dieses Problems entwickelte ich die Begrifflichkeit der Genauigkeit von Pflegediagnosen als kontinuierliche statt als dichotome (Entweder-oder-)Variable. Zur Messung der Genauigkeit steht eine begleitende sieben-Punkt-Skala mit spezifischen Kriterien für jeden Punkt zur Verfügung. Die bislang durchgeführten Studien haben die Gültigkeit von Genauigkeit als kontinuierliche Variable untermauert.

Welche Fähigkeiten brauchen Pflegende, um genaue Pflegediagnosen stellen zu können?

Die für die Pflege als wichtig geltenden kognitiven Fertigkeiten wurden in einer von Scheffer und Rubenfeld im Jahre 2000 durchgeführten Delphi-Studie von PflegeexpertInnen benannt. Sie identifizierten die sieben kognitiven Fähigkeiten des Analysierens, des Anwendens von Standards, des Unterscheidens und der Informationssuche, des logischen Denkens und des Vorhersagens sowie der Umsetzung von Wissen.

Wie lässt sich kritisches Denken bei Pflegenden fördern?

Der erste Schritt zur Förderung kritischen Denkens bei Pflegenden besteht darin, dessen Bedeutung zu erklären und aufzuzeigen, wie man Denkprozesse verbessert. Die Bedeutung des kritischen Denkens unterscheidet sich je nach der theoretischen Perspektive. Ich bediene mich gerne des Denkmodells von Scheffer und Rubenfeld, da es evidenzbasiert ist und unmittelbaren Bezug zur Pflege hat. Die beiden waren die einzigen ForscherInnen, welche die für die Pflege geltenden Begriffe kritischen Denkens herausarbeiteten.

Gegenwärtige Betrachtungsweisen von Intelligenz sprechen dafür, dass der Mensch seine Denkfähigkeiten sowohl durch Wissen als auch durch Anstrengung verbessern kann. Ein verstärktes Bemühen um eine Verbesserung des Denkens kann auf vielfältige Weise durch Lehrpersonen und KlinikmanagerInnen unterstützt werden, indem sie zum Beispiel Pflegenden helfen,



Margret Lunney schlägt eine Bresche für die Pflegediagnosen.

Bild: zvg

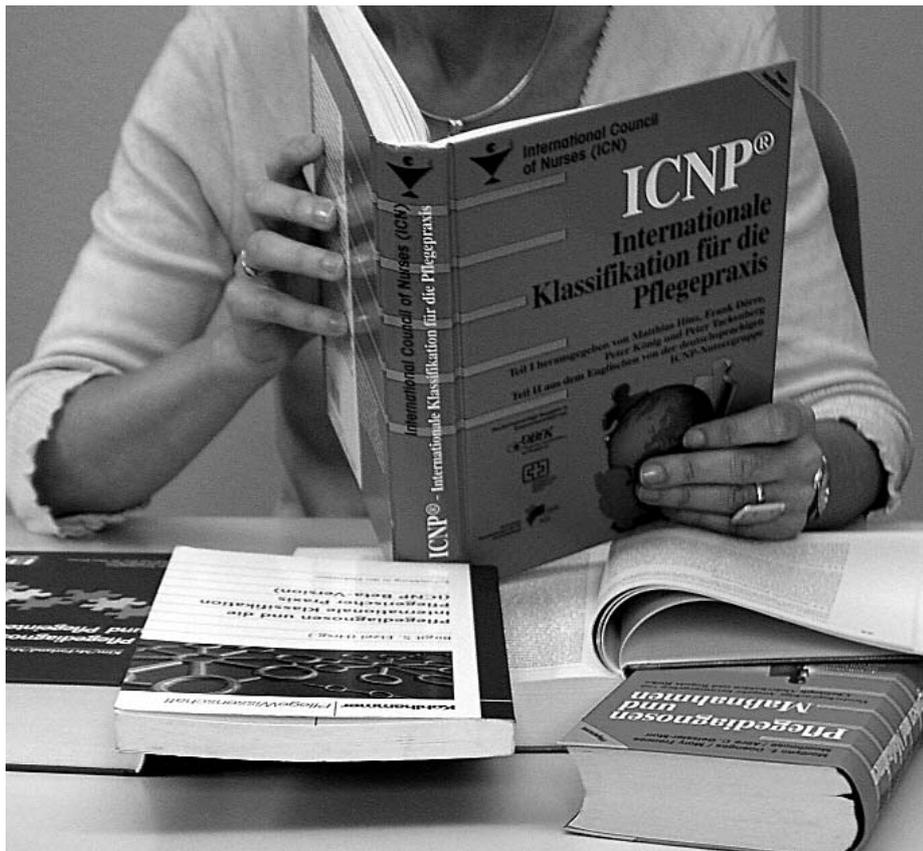
sich ihrer Denkprozesse stärker bewusst zu sein und mögliche Schwächen im Denken zu akzeptieren. Neben anderen Merkmalen muss die Toleranz gegenüber Mehrdeutigkeit gefördert werden, damit Pflegende die Möglichkeit erkennen können, dass sie bei der Interpretation ihrer Daten unter Umständen schief liegen. Diagnosen von geringer Genauigkeit werden nur erkannt, wenn Pflegende akzeptieren, dass sie vorkommen können.

Welchen Nutzen haben PatientInnen von genauen Pflegediagnosen?

Der Vorteil, pflegerische Interpretationen als Diagnosen zu benennen, liegt darin, dass sich über sie nachdenken lässt, dass man sie diskutieren kann und dass sie sich bei gegebenem Anlass sogar anzweifeln lassen. Der Nutzen genauer Diagnosen liegt darin, dass die am besten geeigneten Interventionen ausgewählt werden können.

Welche Gefahren gehen von ungenauen Pflegediagnosen aus?

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass Diagnosen stets Gefahr laufen, von geringer Genauigkeit zu sein, ganz



Unzählige Bücher beschäftigen sich mit der standardisierten Pflegesprache.

Bild: Gudrun Mariani

gleich, ob Pflegenden sie nun formell als Pflegediagnosen benennen oder nicht. Alle Pflegenden müssen Patientendaten interpretieren, um zu intervenieren.

Die Gefahren ungenauer Diagnosen sind a) dem Patienten zu schaden, b) eine Verschwendung von Zeit und Energie, c) keine positiven Ergebnisse zu erreichen, da die zutreffenden Diagnosen nicht angesprochen wurden und d) die Unzufriedenheit der Patienten und ihrer Familien.

Welche Schritte im diagnostischen Prozess sind wichtig, um genaue Pflegediagnosen zu stellen?

Zur Beantwortung dieser Frage haben wir zurzeit nur unzureichende Daten aus der Forschung. Gegenwärtig sollten wir alle Schritte des diagnostischen Prozesses als wichtig ansehen. Während des Datenerhebungsprozesses müssen Pflegenden auch in der Lage sein, die Beziehungen von Daten zu möglichen Diagnosen zu erkennen. Es erfordert sowohl Wissen als auch Erfahrung, Hinweisen in ihrem Bezug zu verschiedenen Diagnosen die relevan-

te Bedeutung zuzuweisen, einander widersprechende Hinweise wahrzunehmen, um Diagnosen auszuschließen, innerlich offen zu bleiben, bis genügend Daten zusammengekommen sind, um sich für eine oder mehrere Diagnosen zu entscheiden, mehrere Diagnosen als Erklärungen für Hinweis-Cluster betrachten zu können und sich für eine Diagnose zu entscheiden, wenn genügend Daten zusammengekommen sind.

Wie lassen sich individuelle Bedürfnisse des Patienten trotz der Verwendung standardisierter Pflegediagnosen qualitativ gut beurteilen?

Der Einsatz standardisierter Pflegediagnosen behindert die Individualisierung der pflegerischen Versorgung nicht mehr als die «freie» Niederschrift. Die Erfahrung Pflegenden in der Fürsorge für Patienten ist stets reichhaltiger und komplexer als sich

dies in einer Pflegedokumentation darstellen lässt. Diese Standardbegriffe sollen Aspekte von Patientenerfahrungen wiedergeben, die sich benennen lassen und den Erfahrungen anderer Patienten ähnlich sind. Das Benennen dieser Phänomene versetzt Pflegenden in die Lage, sie bei jedem Patienten individuell und seinen Bedürfnissen entsprechend anzugehen.

Welchen Nutzen ziehen PflegemanagerInnen aus der Implementierung von Pflegediagnosen in einer Klinik?

Werden Pflegediagnosen in der Absicht eingeführt, Genauigkeit zu erreichen, können PflegemanagerInnen und andere klinisch tätige Führungspersonen Patientenakten nutzen, um menschliche Reaktionen zu identifizieren, die in spezifischen Patientenpopulationen häufig vorkommen. Dies liefert Informationen, die der Entwicklung von Pflegewissen dienen können.

Die durch Pflegenden behandelten Diagnosen lassen sich in die Öffentlichkeit tragen, sodass andere wissen, in welcher Weise Pflegenden zu Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung beitragen. Ohne den Einsatz von Pflegediagnosen wird die Fähigkeit Pflegenden, menschliche Reaktionen zu diagnostizieren und zu behandeln, nicht wertgeschätzt, weil sie unsichtbar ist.

Welche Instrumente helfen klinisch Tätigen beim genauen und patientenspezifischen Dokumentieren von Pflegediagnosen?

Die wichtigste Art von Instrument besteht in einem Messinstrument, das die Qualität von Dokumentation misst, zum Beispiel das von Ihnen, Frau Müller, entwickelte Instrument. Dieses hat sich als valides und reliables Maß für die Qualität der Pflegedokumentation erwiesen.

Welche Verbindung besteht aus Ihrer Sicht zwischen dem Einsatz von Pflegediagnosen und der elektronischen Pflegedokumentation?

Angesichts von elektronischen Patientenakten – der nächsten grossen

«Studien von Welton und Halloran (2000) haben gezeigt, dass sich Dauer und Kosten anhand von Pflegediagnosen besser vorhersagen lassen als durch DRGs.»

Veränderung in der Gesundheitsversorgung weltweit – ist der Einsatz von Pflegediagnosen und anderen standardisierten Pflegesprachen absolut essenziell für das Fortbestehen der Pflege als Disziplin und Berufsstand. Der Einsatz elektronischer Aufzeichnungen erfordert, dass im Gesundheitswesen Tätige ihre Daten unter Verwendung spezieller datentechnischer Bezeichnungen dokumentieren. Wenn Pflegenden die standardisierte Pflegesprache nicht verwenden, werden ihre Daten unter medizinischen und anderen Diagnosen dokumentiert. Das bedeutet, dass sich Pflegedaten nicht wiedergewinnen lassen und der Beitrag Pflegenden zur Patientenversorgung nicht beschrieben werden kann. Wenn Pflege nicht im Computer repräsentiert ist, ist der allmähliche Untergang der Pflege als eigenständiger Beruf zu erwarten. Es wird keine Daten geben, um Wachstum und Fortbestand zu wahren.

Welche Vorteile hat der Einsatz von NANDA, NIC und NOC als standardisierte Pflegeterminologie in heutigen Gesundheitsversorgungssystemen?

Die Vorteile der Anwendung aller drei Systeme – Diagnosen der NANDA International, NIC-Interventionen und NOC-Ergebnisse – liegen darin, dass a) die Verbindungen zwischen Diagnosen, Interventionen und Ergebnissen klar umrissen werden können, b) die Auswirkungen der Pflege auf Ergebnisse beim Patienten beschrieben werden können, c) spezifische Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse, die für jede Patientengruppe wichtig sind, identifiziert werden können, d) Pflegenden, die diese Systeme verwenden, bereit sind, eine elektronische Patientenakte zu implementieren.

Immer häufiger wird zur Kostenerstattung auf diagnosebezogene Fallgruppen, DRGs, zurückgegriffen. Sind Pflegediagnosen in diesem Zusammenhang ein nützliches Instrument?

Studien von Welton und Halloran (2000) haben gezeigt, dass sich Dauer und Kosten anhand von Pflegediagnosen besser vorhersagen lassen als durch DRGs. Wenn letztere als wichtig gelten, sollte in deutschsprachigen Ländern vielleicht darüber nachgedacht werden, in der Kostenerstattung sowohl DRGs als auch Pflegediagnosen zu verwenden.

Wie passen Pflegediagnosen und interdisziplinäre Versorgungspfade zusammen? Sind Pflegediagnosen darin enthalten, und sind Pflegenden an der Entwicklung interdisziplinärer Versorgungspfade beteiligt?

Oft werden interdisziplinäre Versorgungspfade (clinical pathways) entwickelt, die Pflegediagnosen enthalten. Sie sind jedoch nicht so konzipiert, dass Pflegenden Gelegenheit erhalten, Diagnosen ein- oder auszuschließen. Diejenigen, die ich gesehen habe, fordern von Pflegenden das Interventions bei Pflegediagnosen, wie etwa

«Ohne den Einsatz von Pflegediagnosen wird die Fähigkeit Pflegenden, menschliche Reaktionen zu diagnostizieren und zu behandeln, nicht wertgeschätzt, weil sie unsichtbar ist.»

«unwirksames Coping», ob sie nun beim jeweiligen Patienten vorkommen oder nicht. Dies ist kontraproduktiv zur Schaffung eines Umfeldes, in dem das Hauptaugenmerk auf der Genauigkeit von Pflegediagnosen liegt. Um Genauigkeit zu erreichen, müssen interdisziplinäre Versorgungspfade so aufgebaut werden, dass Pflegenden diagnostisch denken und Pflegediagnosen ein- oder ausschließen können. Zu Interventionen kommt es nur, wenn die Pflegediagnosen als auf einen individuellen Patienten zutreffend beurteilt werden.

Ein Problem liegt darin, dass interdisziplinäre Versorgungspfade gewöhnlich auf medizinischen Diagnosen beruhen, aber nicht alle Menschen mit einer medizinischen Diagnose in gleicher Weise auf medizinische Probleme reagieren. Interdisziplinäre Versorgungspfade können Pflegediagnosen zur Grundlage haben, die erst dann angewandt werden, wenn die Pflegediagnosen für genau und zutreffend befunden wurden.

Wie sehen Sie die weitere Entwicklung und Ausrichtung von Pflegediagnosen und NANDA International?

Wie Sie wahrscheinlich schon vermuten, sehe ich der Zeit entgegen, wo NANDA I die Genauigkeit Pflegenden unterstützt und würdigt. Das Thema Genauigkeit wurde ernsthaft vernachlässigt. Eine andere wichtige Richtung besteht in der Zulassung weiterer Diagnosen für die NANDA-I-Liste. Hinsichtlich der Genauigkeit ist es wichtig, dass die Diagnosen, die Pflegenden in der Praxis stellen, in die NANDA-I-Liste aufgenommen werden, damit sie für die klinische Anwendung zur Verfügung stehen. Bei der Arbeit fehlt Pflegenden die Zeit, neue Diagnosen zu entwickeln.

Interview: Maria Müller Staub und Jürgen Georg.

Maria Müller Staub, MNS, ist Pflegefachfrau, -lehrerin und -wissenschaftlerin. Sie arbeitet selbstständig unter Pflege PBS (Projekte, Beratung, Schulungen); ihre Schwerpunkte sind: Einführungen und Forschungen bezüglich Pflegediagnostik, Qualitäts- und Curriculumsentwicklung. Sie ist zusammen mit Jürgen Georg Herausgeberin der deutschsprachigen Ausgabe vom «Arbeitsbuch Pflegediagnostik» von M. Lunney. E-Mail: muellerstaub@bluewin.ch

Jürgen Georg, RGN, Cert. Ed., MScN, ist Pflegefachmann, -lehrer und -wissenschaftler. Er arbeitet als Lektor beim Verlag Hans Huber und als Dozent für Pflegediagnostik. E-Mail: juergen.georg@hanshuber.com

Literaturliste:

- (Die vollständige, ausschliesslich englischsprachige Literaturliste kann bei Maria Müller Staub eingeholt werden.)
- Müller-Staub, M. (2005): Evaluation of Documentation before and after Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. In N. Oud (Ed.), ACENDIO 2005 (pp. 348-357). Bern: Huber.
- Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M. A., & van Achterberg, T.: Development of Q-DIO, an Instrument to measure the Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Manuscript in review.
- Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M. A., & van Achterberg, T.: Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes: Testing of an Instrument to measure Quality in Nursing Documentation. Manuscript in review.
- Lunney, M.; Krenz, M.: An instrument to measure attitudes toward nursing diagnosis. In: Carroll-Johnson, R. M. (Ed.): Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the tenth conference (pp. 389-390). Philadelphia: Lippincott, 1994.