



Maria Müller-Staub

Dr. Maria Müller-Staub (PhD, MNS, EdN, RN), Pflege PBS (Projekte, Beratung, Schulung), Selzach, Schweiz
muellerstaub@me.com

Dr. Ian Needham (PhD, MNS, EdN, RN), Psychiatriezentrum Rheinau, Bildung Beratung Entwicklung, Rheinau, Schweiz

Matthias Odenbreit (MNS, EdN, RN), Informatik SoH, Bürgerspital Solothurn, Schweiz

Prof. Mary Ann Lavin (ScD, RN, FAAN), Saint Louis University School of Nursing, St. Louis, MI, USA

Prof. Theo van Achterberg (PhD, MSc, RN), Nursing Science, Centre for Quality of Care Research, University Medical Centre, St Radboud, Nijmegen, Netherlands

Schlüsselwörter

NANDA-I Pflegediagnosen
Pflegeinterventionen
Pflegeergebnisse
Elektronische Patientenakte
Evaluation
Quality of Diagnoses
Interventions and Outcomes Q-DIO

Seite 233-240

Eingereicht am: 23.07.2009
Akzeptiert am: 23.02.2010

Geführte klinische Entscheidungsfindung zur Einführung von Pflegediagnosen

Eine cluster-randomisierte Studie

Maria Müller-Staub, Ian Needham, Matthias Odenbreit, Mary Ann Lavin, Theo van Achterberg

Die Forschung verweist auf den Schulungsbedarf Pflegenden in klinischer Entscheidungsfindung, um genaue Pflegediagnosen zu formulieren, wirksame Pflegeinterventionen auszuwählen und bessere Patientenergebnisse zu erzielen. In einer cluster-randomisierten experimentellen Studie erhielten Pflegenden von drei Stationen „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ – eine interaktive Lernmethode – zur Förderung klinischer Entscheidungsfindung. Drei Stationen, die klassische Fallbesprechungen erhielten, dienten als Kontrollgruppe. Die Qualität von 225 zufällig ausgewählten Pflegedokumentationen mit 444 Pflegediagnosen und den entsprechenden Pflegeinterventionen und Ergebnissen wurde mittels 18 Items des Instruments „Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes“ (Q-DIO) mit einer Skala von 0 bis 4 evaluiert. Die Wirkung der „Geführten klinischen Entscheidungsfindung“ wurde durch t-Tests und Mixed Model-Analysen gegen klassische Fallbesprechungen getestet. Die Mittelwerte für Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse stiegen in der Interventionsgruppe signifikant. „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ führte zu einer höheren Qualität der dokumentierten Pflegediagnosen, zu ätiologiespezifischen Pflegeinterventionen sowie zu verbesserten Patientenergebnissen. In der Kontrollgruppe blieb die Qualität unverändert. Die Resultate unterstützen die Anwendung der Internationalen Pflegediagnosenklassifikation (NANDA-I) sowie theoriegeleiteter Pflegeinterventions- und -ergebnisklassifikationen und bieten Implikationen für die elektronische Pflegedokumentation.

Problemstellung und Literaturübersicht

Standardisierte Fachsprachen erleichtern die Dokumentation und sind für die elektronische Patientendokumentation entscheidend (Thoroddsen, Bragadöttir, Erlendsdöttir, Thorsteinsson, Thorsteinsdöttir, 2005). In den Vereinigten Staaten hat man sich zum Ziel gesetzt, bis zum Jahre 2010 alle Daten der Gesundheitsversorgung elektronisch zu dokumentieren (Institute of Medicine, 2004). Ähnliche Entwicklungen sind in Europa zu erkennen. Das Schweizer Recht fordert Nachweisbarkeit und Maßnahmen zur Qualitätssicherung aller Leistungen der Gesundheitsversorgung (Bundesamt für Gesundheit, 1995). Die Herausforderung liegt für viele Einrichtungen darin, Pflegenden dabei zu unterstützen, ihr Wissen über standardisierte Pflegediagnosen zu vertiefen und geeignete Pflegeplanungen zu erstellen (Lee, 2005).

In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Pflegeprozess als eine systematische Methode der Pflegeplanung in der Schweiz als Beziehungs- und Problemlösungsprozess eingeführt (Fiechter, Meier, 1981). Untersuchungen zeigten, dass dieser gut umgesetzt wurde (Exchaquet, Paillard, 1986; Needham, 1990). In den 90er Jahren gewann dann die Pflegediagnostik zunehmend an Bedeutung. Während Patientenprobleme ursprünglich frei formuliert wurden, brachten Pflegediagnosen standardisierte, theoriegeleitete Beschreibungen mit sich. Zwar betonten Auszubildende in der Pflege die Wichtigkeit der diagnostischen Entscheidungsfindung, jedoch fordern die meisten Ausbildungsprogramme von Pflegestudierenden kein ausgewiesenes Kompetenzniveau. Forschungen zufolge müssen Pflegenden in Bezug auf Pflegediagnosen, Zeichen und Symptome sowie deren Ätiologie besser ausgebildet werden (Lunney, 2007). Untersuchungen, bei denen 44 % der Pflegediagnosen nicht auf ätiologischen Faktoren beruhten, zeigten Schwierigkeiten Pflegenden beim Stellen von Pflegediagnosen (Lunney, 2003; Smith-Higuchi, Dulberg, Duff, 1999). In einer Studie von Lee (2005) wiesen Pflegenden Wissensdefizite hinsichtlich ätiologischer Faktoren auf, hatten

Title

Guided clinical reasoning to implement nursing diagnoses – a cluster randomized study

Abstract

Research has demonstrated nurses' need for education in diagnostic reasoning to state and document accurate nursing diagnoses, and to choose effective nursing interventions to attain favourable patient outcomes. In a cluster randomized controlled experimental study, nurses from three wards received Guided Clinical Reasoning, an interactive learning method to foster clinical reasoning. Three wards, receiving Classic Case Discussions, functioned as control group. Data were collected in 2004-2005. The quality of 225 randomly selected nursing records, containing 444 documented nursing diagnoses, corresponding interventions and outcomes was evaluated by applying 18 Likert-type items with a 0-4 scale of the instrument Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. The effect of Guided Clinical Reasoning was tested against Classic Case Discussions using T-tests and mixed effects model analyses. The mean scores for nursing diagnoses, interventions, and outcomes increased significantly in the intervention group. Guided Clinical Reasoning led to higher quality of nursing diagnosis documentation; to etiology-specific interventions and to enhanced nursing-sensitive patient outcomes. In the control group, the quality was unchanged. The results support the use of the International Nursing Diagnoses Classification (NANDA International), theory-based Nursing Interventions and Nursing Outcomes Classifications and demonstrate implications for the electronic nursing documentation.

wenig Kenntnisse zu mit Pflegediagnosen verbundenen Pflegezielen, überprüften Pflegeinterventionen pflichtgemäß ohne diese zu evaluieren und wählten unspezifische Maßnahmen zur Evaluation von Pflegeergebnissen.

In Schweizer Spitälern zeigte die Implementierung von Pflegediagnosen signifikante Verbesserungen in der Dokumentation von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen (Müller-Staub, 2007). Indessen reicht die Implementierung standardisierter Fachsprachen nicht aus, um dem Schulungsbedarf Pflegenden in diagnostischer Entscheidungsfindung zu genügen. Pflegenden brauchen vertieftes Wissen, um genaue Diagnosen zu stellen und wirksame Pflegeinterventionen zu wählen (Lee, 2005; Müller-Staub, Lavin, Needham, van Achterberg, 2006). Fallbesprechungsmethoden können die Entwicklung diagnostischer Entscheidungsfindung fördern, wenn interaktive Lernmethoden angewandt werden (Lunney, 2001; Müller-Staub, Stuker-Studer, 2006). Ziel der „Geführten klinischen Entscheidungsfindung“ (englisch „Guided Clinical Reasoning“ = GCR) ist die Verbesserung der Fähigkeiten Pflegenden, genaue Pflegediagnosen zu formulieren und zu dokumentieren und sie mit wirksamen Pflegeinterventionen zu verknüpfen, um bessere Patientenergebnisse zu erreichen. Die „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ (GCR) soll das kritische Denken und die diagnostische Sachkenntnis und Erfahrung Pflegenden fördern. Solch eine interaktive Lernmethode steht mit GCR zur Verfügung, indem Fragen und iterative Hypothesentestung eingesetzt werden (Odenbreit, 2002d). Methoden der iterativen Hypothesentestung dienen der persönlichen Entwicklung von Individuen oder dem Erfahrungsaustausch als Mittel zur Wissensentwicklung (Reinmann-Rothmeier, Mandel, 1997; Siebert, 1997; Staub, 2004). Es bedarf jedoch empirischer Studien, um die Effekte von Lernmethoden auf die Fähigkeit Pflegenden – Pflegediagnosen zu formulieren, geeignete Interventionen auszuwählen und wünschenswerte pflegesensible Patientenergebnisse zu erreichen – zu untersuchen.

Forschungsdesign

Ziel der Studie war, die Wirkung „Geführter klinischer Entscheidungsfindung“ zu untersuchen. Diese Methode wurde als Vertiefungsmaßnahme nach Erstimplementierung einer standardisierten Fachsprache gewählt. Die Forschungsfragen waren: 1. Bewirkt „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ eine Verbesserung der Pflegedokumentation, speziell angezeigt durch a) korrekt formulierte, genaue Pflegediagnosen einschließlich der Zeichen/Symptome und der Ätiologie, b) kohärente, ätiologie-spezifische Pflegeinterventionen einschließlich Planung und Umsetzung und c) Pflegeergebnisse, welche die Verbesserung bei Patienten aufzeigen? 2. Ist die Verbesserung größer als eine potenzielle Verbesserung unter einer Kontrollbedingung, bei der klassische Fallbesprechungen eingesetzt werden?

Es wurde eine cluster-randomisierte Studie durchgeführt, bei der drei Stationen „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ (Studienintervention) und drei Stationen klassische Fallbesprechungen (Kontrollbedingung) erhielten. Aus insgesamt 18 Spitalstationen wurden 6 von 12 vergleichbaren Stationen zufällig für die Studienteilnahme ausgewählt, um anschließend eine Cluster-Randomisierung zu ermöglichen. Vergleichbare Stationsmerkmale waren: Auf jeder Station ist: a) eine Pflegefachperson mit höherer Berufsausbildung tätig, b) eine Ausbildungsverantwortliche tätig, c) ein vergleichbares Verhältnis von Vollzeit- zu Teilzeitpflegenden, d) die Station ist entweder gemischt (Medizin/Chirurgie) oder medizinisch und e) weist ein vergleichbares Verhältnis von Pflegefachpersonen zu Patienten auf.

In diesem Spital werden Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse in der Pflegedokumentation festgehalten. Die Pflegedokumentationen umfassen 9–38 Seiten pro Patient (Mittelwert = 17,5, Median = 15, Standardabweichung = 7,75). Alle Patientenakten beinhalten einen standardisierten Pflegeplan ohne explizite Pflegediagnosen, aber mit nach Aktivitäten des täglichen Lebens zugeordneten Pflegeinterventionen (Juchli, 1979). Pflegediagnosen wurden im individuellen Pflegeplan dokumentiert und enthielten 1–9 (Mittelwert = 2,4, Median = 2, Standardabweichung = 1,75) Pflegediagnosen. Vor dieser Studie enthielten 58,9 % aller Pflegedokumentationen einen individuellen Pflegeplan. Re-Assessments der Pflegediagnosen werden nicht nur in Pflegeplänen, sondern auch auf Überwachungsbögen, in Protokollen (z. B. Ein- und Ausfuhr-, Wundpflege-, Schmerzprotokollen) sowie in Pflegeberichten dokumentiert. Gleiches gilt für die Planung und Evaluation von Pflegeinterventionen und -ergebnissen.

Stichprobe

Die Untersuchungseinheiten waren einzelne Pflegediagnosen (mit ihren entsprechenden Pflegeinterventionen und -ergebnissen). Die Stationen wurden als Randomisierungseinheit gewählt, weil das Team der Pflegenden die Pflegedokumentationen führt und weil sich die Schulungsmaßnahmen nicht an einzelne Pflegenden richteten. Die 6 vergleichbaren Stationen wurden durch Ziehung versiegelter Umschläge cluster-randomisiert. Die Randomisierung wurde von verblindeten Pflegenden vorgenommen, die nicht an der Forschung beteiligt waren.

Keywords

- NANDA-I Nursing diagnoses
- interventions
- outcomes
- Electronic Health Record evaluation
- Quality of Diagnoses
- Interventions and Outcomes (Q-DIO)

Studienintervention: „Geführte klinische Entscheidungsfindung“

Die Intervention bestand in monatlichen Sitzungen mit GCR auf drei Stationen und belief sich bei 1,5 Stunden pro Monat über 5 Monate auf insgesamt 22,5 Stunden. Ein auf GCR und Pflegediagnosen spezialisierter Pflegewissenschaftler leitete die Sitzungen in der Interventionsgruppe. Um kritisches Denken und Reflexion zu erleichtern, wurden reale Fälle stationär behandelter Patienten eingesetzt. Die Methode beinhaltet Strategien des Fragenstellens: Die Pflegenden werden gebeten, bei aktuellen Patienten diagnostische Daten zu erheben. Sie werden zu Zeichen/Symptomen, die sie beim Patienten wahrnehmen sowie über mögliche Ätiologien und Verknüpfungen der Pflegediagnosen mit wirksamen Pflegeinterventionen befragt. Unter Anwendung eines Lehrbuchs (Doenges, Moorhouse, Geissler-Murr, 2003; Doenges, Moorhouse, Murr, 2008) und der NANDA-I NIC-NOC Klassifikation (NANDA International, 2005) sowie anhand geführter Schritte erwarben die Pflegenden spezifisches Wissen über Pflegediagnosen, über die Wahl kohärenter, wirksamer Pflegeinterventionen und über wünschbare Patientenergebnisse, die Verbesserungen bei den Patienten beschreiben (Lunney, 2006a; Odenbreit, 2002d). Die Pflegenden sollten lernen, Verbesserungen der Symptomatik, des Wissensstandes, der Copingstrategien, der Selbstversorgungsfähigkeiten und des funktionellen Status von Patienten zu erzielen (Moorhead, Johnson, Maas, 2003; 2004; Odenbreit, 2002a; b; c). Diese Verbesserungen sollten messbar sein und in der Pflegedokumentation festgehalten werden (Doenges et al., 2008).

Die Kontrollgruppe erhielt *klassische Fallbesprechungen* zur Unterstützung der Anwendung von NANDA-I-Pflegediagnosen und den entsprechenden Interventionen und Patientenergebnissen. Die Dauer entsprach der der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe wurden jedoch Fähigkeiten des kritischen Denkens nicht speziell gefördert und die Methode der iterativen Hypothesentestung wurde nicht angewandt. Stattdessen wurde klassische Wissensvermittlung eingesetzt. Wissensmittlung bedeutet Verbreitung von Wissen durch Informationsabgabe statt durch Befragen Lernender (Siebert, 1997; Staub, 2004). Eine Pflegeexpertin leitete die Gruppe. Tabelle 1 verdeutlicht die in beiden Gruppen angewandten Methoden.

Methode	„Geführte klinische Entscheidungsfindung“ (GCR) Interventionsgruppe	Klassische Fallbesprechungen Kontrollgruppe
Dauer	1,5 Stunden pro Monat in einem Zeitraum von 5 Monaten auf 3 Stationen = 22,5 Stunden	1,5 Stunden pro Monat in einem Zeitraum von 5 Monaten auf 3 Stationen = 22,5 Stunden
Spezifikation der Methode	Besprechung realer Fälle hospitalisierter Patienten	Besprechung realer Fälle hospitalisierter Patienten
Ziel der Methode	Förderung des kritischen Denkens und der Reflexion, um genaue NANDA-I-Pflegediagnosen mit entsprechenden Interventionen durchzuführen, um verbesserte Patientenergebnisse zu erreichen.	Unterstützung der Anwendung von NANDA-I-Pflegediagnosen mit entsprechenden Interventionen und Patientenergebnissen.
Pädagogischer Ansatz	Interaktive Methode unter Anwendung der iterativen Hypothesentestung durch das Stellen von Fragen. Um diagnostische Daten zu gewinnen, wurden die Pflegenden nach am Patienten beobachteten Zeichen/Symptomen und möglichen Ätiologien gefragt und gebeten, diese mit wirksamen Pflegeinterventionen zu verknüpfen. Pflegende wurden darin unterstützt, Pflegeergebnisse zu formulieren, die sich mit den Pflegeinterventionen und den genannten Ätiologien decken. Die Genauigkeit wurde durch Fragen und durch Anwendung der Theorie der Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse verifiziert.	Wissensvermittlung ohne iterative Hypothesentestung. Wissen über Interventionen und Ergebnisse wurde präsentiert.
Pädagogischer Ansatz	Die <i>innere Kohärenz</i> zwischen den Ätiologien von Pflegediagnosen und wirksamen Pflegeinterventionen zur Erzielung besserer Patientenergebnisse wurde <i>gestärkt durch Reflexion und Verifikation</i> .	Wissen wurde verbreitet durch Informieren über Beziehungen zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen.
Qualifikation der Leitung	Pflegewissenschaftlerin mit Abschluss in Pflegewissenschaft (Master of Nursing Science) und in Pflegepädagogik, spezialisiert auf „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ sowie auf NANDA-I, Pflegeinterventions- und -ergebnis-Klassifikationen (NNN).	Pflegewirt mit Weiterbildung in Pflegemanagement, geschult in NNN.

Tab. 1: Die Studienintervention

Anmerkung

¹ Kohärenz = Innere Übereinstimmung, Wirkungszusammenhang

Literatur

- Allen, D.: Record-keeping and routine nursing-practice: The view from the wards. *Journal of Advanced Nursing* 27, 1998, 1223-1230.
- Bortz, J.: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Heidelberg, 2005.
- Bundesamt für Gesundheit: Schweizerisches Krankenversicherungsgesetz (KVG). Art. 58, Absatz 1 und Verordnung, Artikel 77. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1995.
- Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft: Obligationenrecht, Art. 394 ff + Art. 400 Abs. 1: Dokumentationspflicht als Nebenpflicht eines Auftrages. Bundesbehörden, Bern, 1911.
- Chau, J.P.C.; Chang, A.M.; Lee, I.F.K.; Ip, W.Y.; Lee, D.T.F.; Wootton, Y.: Effects of using videotaped vignettes on enhancing students' critical thinking abilities in a baccalaureate nursing programme. *Issues and Innovations in Nursing Education* 36, 2001, 1: 112-119.
- Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F.; Geissler-Murr, A.C.: Pflegediagnosen und Maßnahmen. Huber, Bern, 2003.
- Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F.; Murr, A.C.: Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. F. A. Davis, Philadelphia, 2008.
- Exchaquet, N.; Paillard, L.: Der Pflegeprozess – eine Herausforderung für den Beruf. Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Bern, 1986.
- Fiechter, V.; Meier, M.: Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. Rocom, Zürich, 1981.
- Giro, E.A.: Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing* 31, 2000, 2: 288-297.
- Heartfield, M.: Nursing documentation and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1996, 98-103.
- Institute of Medicine: Keeping Patients Safe. National Academy Press, Washington, DC, 2004.
- Lee, T.T.: Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing* 14, 2005, 5: 640-647.

Messinstrument

Das Instrument „Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes“ (Q-DIO) wurde zur Qualitätsmessung eingesetzt. Dieses wurde in vorangegangenen Studien (Müller-Staub, Lunney, Lavin, Needham, Odenbreit, van Achterberg, 2008a; Müller-Staub, Needham, Lunney, Odenbreit, Lavin, van Achterberg, 2008b) getestet und umfasst 4 Konzepte mit 29 Items: „Pflegediagnosen als Prozess“, „Pflegediagnosen als Produkt“, „Pflegeinterventionen“ und „pflegesensible Pflegeergebnisse“. Für die vorliegende Studie verwendeten wir die 18 Items der Konzepte Pflegediagnosen als Produkt, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse, anhand derer die Qualität mittels 0 bis 4-Punkte-Skalen evaluiert wird (höchster Mittelwert = 4). Pflegediagnosen-Items messen, wie genau die Pflegediagnose gestellt wird, ob beispielsweise die Pflegediagnose „Übelkeit“ entsprechend der Fachsprache dokumentiert wird, ob *ätiologische Faktoren* wie Medikamente (z. B. Acetylsalicylsäure, Opioide), Magenreizung (z. B. durch nichtsteroidale Antiphlogistika, Drogen, Alkohol) oder Magenüberdehnung dokumentiert werden (NANDA International, 2009). Mit dem Q-DIO lässt sich auch die Qualität dokumentierter *Zeichen und Symptome* anhand des Items „Zeichen/Symptome werden korrekt zur Pflegediagnose in Beziehung gesetzt“ beurteilen. Um ein Beispiel für dieses Item zu geben: Die Zeichen/Symptome „Patient gibt Unwohlsein an“, „Patient zeigt Abneigung gegen Nahrung“ und/oder „verstärkter Speichelfluss und saurer Geschmack im Mund“ sind für die Pflegediagnose Übelkeit korrekt (NANDA International, 2009). Pflegeinterventions-Items messen, ob die Pflegeinterventionen spezifisch und wirksam sind. Bei diesen Items geht es auch darum, ob Pflegeinterventionen sich kohärent¹ auf die Ätiologien der Pflegediagnose beziehen. So werden beispielsweise Pflegeinterventionen beurteilt anhand des Items „Die Pflegeinterventionen wirken auf die Ätiologie der Pflegediagnose“. Interventionen in Zusammenhang mit Übelkeit sind: „Erfragen des Vorliegens von Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts“ (z. B. Ulkus, Cholezystitis, Gastritis, Aufnahme „problematischer Nahrungsmittel“), „Verabreichen von Antiemetika bevor/während Chemotherapie, um Nebenwirkungen vorzubeugen“, „Anleiten des Patienten über Nebenwirkungen von Medikamenten“ (Doenges, et al., 2008). Interventions-Items messen auch, ob Interventionen nicht nur geplant, sondern nach ihrer Durchführung auch dokumentiert wurden. Pflegeergebnis-Items messen, ob die dokumentierten Patientenergebnisse das Erreichen von Pflegezielen und einen verbesserten Zustand des Patienten ausweisen. Das Instrument Q-DIO wies in vorgängigen Studien gute testtheoretische Gütekriterien aus (Müller-Staub et al., 2008a).

Datenerhebung

Die Pflegedokumentationen wurden zum Ausgangszeitpunkt und 3–7 Monate nach der Studienintervention beurteilt. Um eine ausgewogene Stichprobe zu garantieren wurden zu beiden Messzeitpunkten von jeder Station 37 Pflegediagnosen sowie ihre entsprechenden Pflegeinterventionen und Ergebnisse analysiert. Die Summe von 3 x 37 Untersuchungseinheiten ergab je 111 für die Prä- und die Postinterventionsgruppe, d. h. 222 für jede Gruppe und damit eine Gesamtstichprobe von N = 444 Pflegediagnosen mit dazugehörigen Interventionen und Ergebnissen. Um 37 Untersuchungseinheiten pro Station aufzunehmen, analysierten wir insgesamt 225 Pflegedokumentationen. Aus jeder Pflegedokumentation wurden die erste Pflegediagnose (wenn nur eine formuliert worden war) oder die ersten beiden Diagnosen (wenn mehr als zwei dokumentiert waren) in die Stichprobe aufgenommen. Die Pflegedokumentationen wurden unter Einsatz einer Zufallszahlentabelle ausgewählt, die auf eine von der Spitalverwaltung zur Verfügung gestellte Liste mit Patienten-Codes angewandt wurde. Einschlusskriterien für Pflegedokumentationen waren die Aufenthaltsdauer von mindestens 4 Tagen und das Vorliegen eines individuellen Pflegeplans.

Das Personal aller 18 Spitalstationen wurde über die laufende Studie zur Qualitätsevaluation von Pflegediagnosen informiert. Niemand unter den Mitarbeitenden wusste über die Gruppenzuweisung Bescheid. Um das Verblinden zu garantieren, wurden die Pflegedokumentationen aus den Archiven entnommen und nicht von Station. Die Pflegedokumente wurden dann anonymisiert, kopiert, codiert und für die Studie an die Erstautorin geleitet. Die zuständige Ethikkommission genehmigte die Studie und die Pflegenden gaben ihr informiertes Einverständnis zur Teilnahme.

Datenanalyse

Der Effekt von GCR wurde beurteilt, indem die Mittelwerte der dokumentierten Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen zum Ausgangszeitpunkt und nach der Studienintervention mittels t-Tests miteinander verglichen wurden. Die Beurteilung der Postinterventionsdaten begann 3 Monate nach der Studienintervention, um zu vermeiden, dass Pflegedokumentationen analysiert wurden, die während der Interventionsphase erstellt worden waren. Weil sich in den vorangegangenen Studien, in denen Q-DIO eingesetzt worden war, Normalverteilungen gefunden hatten, wurden die Likert-Skalen-Werte durch parametrische Tests analysiert.

Da die Studie auf 6 (2 x 3) Stationen durchgeführt wurde, wurden die Daten als Cluster auf Stationsebene (n = 37 Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse) betrachtet und zusätzlich

Lunney, M.: Critical thinking & nursing diagnoses: Case studies & analyses. NANDA International, Philadelphia, 2001.

Lunney, M.: Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 14, 2003, 3: 96-107.

Lunney, M.: Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC. Jona 36, 2006a, 3: 118-125.

Lunney, M.: NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. Journal of School Nursing 22, 2006b, 2: 94-101.

zu den t-Tests „Mixed Model Effects“ Analysen durchgeführt. Diese Analysen ermöglichen, einen oder mehrere fixe und einen oder mehrere zufällige Effekte zu beurteilen. Da das Interzept gewöhnlich als fixer Effekt behandelt wird, werden Modelle, welche das Interzept und einen oder mehrere Zufallsfaktoren enthalten, als „Mixed Model Effects“ bezeichnet (SPSS, 2005). Wir verwendeten fixe Effekte für die Interaktion zwischen Zeitpunkt und Gruppe und Zufallseffekte für die Interaktion zwischen Station und Zeitpunkt. Dieses Modell diente zur Analyse, ob mögliche Confounders (Störvariablen) in Verbindung mit den Stationen (Berufsjahre der Pflegeperson seit Diplom, effektive Jahre der Berufserfahrung, Personaldurchsatz oder Weiterbildungen) die Wirkung von GCR auf die Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen beeinflussten (Polit, Beck Tatano, 2005).

Ergebnisse Stichprobe

Die Patientenmerkmale hinsichtlich Geschlecht, Alter und Erkrankung zeigten in Bezug auf die Gruppenzuweisungen keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tabelle 2).

	Geschlecht		Alter			Erkrankungen	
	weibl.	männl.	18-42 Jahre	43-69 Jahre	>69 Jahre	Nichtoperativ (Herz- und Lungenkrankheiten/ Innere Medizin)	Operativ (Allgemeinchirurgie/ Orthopädie)
Patientenstichprobe zum Ausgangszeitpunkt							
Interventionsgruppe	37 (66,07 %)	19 (33,93 %)	8 (14,29 %)	15 (26,78 %)	33 (58,93 %)	43 (76,79 %)	13 (23,21 %)
Kontrollgruppe	34 (58,62 %)	24 (41,38 %)	3 (5,17 %)	19 (32,76 %)	36 (62,07 %)	44 (75,86 %)	14 (24,14 %)
Patientenstichprobe nach der Studienintervention							
Interventionsgruppe	33 (55,94 %)	26 (44,06 %)	3 (5,08 %)	18 (30,52 %)	38 (64,40 %)	39 (66,10%)	20 (33,90%)
Kontrollgruppe	26 (50 %)	26 (50 %)	2 (3,85 %)	18 (34,61 %)	32 (61,54 %)	33 (63,46%)	19 (36,54)
	130 (57,77 %)	95 (42,23 %)					
	N = 225 (100 %)		N = 225 (100 %)			N = 225 (100 %)	

Tab. 2: Merkmale der Patienten

Lunney, M.: Genauigkeit durch Selbstkontrolle mit einem integrativen Modell des diagnostischen Prozesses. In: Lunney, M.; Georg, J.; Müller Staub, M. (Hrsg.): Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess - Fallstudien und-analysen. Huber, Bern, 2007, 297-308.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.: Measuring the outcomes of nursing care using the Nursing Outcomes Classification: Results and revisions based on 4 years of study. In: Oud, N. (Hrsg.): ACENDIO 2003. Huber, Bern, 2003, 294-295.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.: Nursing Outcomes Classification. Mosby, St. Louis, 2004.

Morolong, B.C.; Chabel, M.M.: Competence of newly qualified registered nurses from a nursing college. Curationis 28, 2005, 2: 38-50.

Individuelle Pflegepläne

Der Prozentsatz individueller Pflegepläne (mit Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen) in Pflegedokumentationen betrug 60,9 % zum Ausgangszeitpunkt und 63,06 % nach der Studienintervention. Auf den als Kontrollen dienenden Stationen betrug die Rate 51,48 % zum Ausgangszeitpunkt und 56,83 % nach der Intervention. Keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant.

Pflegediagnosen

Vor der „Geführten klinischen Entscheidungsfindung“ betrug der Durchschnittswert auf der Skala „Pflegediagnose-als-Produkt“ in der Interventionsgruppe 2,69 (SD = 0,90) gegenüber 3,70 (SD = 0,54, t-Test $p < 0,0001$) nach der Studienintervention (Tabelle 3). Vor GCR fanden sich in beiden Gruppen Defizite im Dokumentieren korrekter Zeichen/Symptome und Ätiologien. Ein Beispiel war die Pflegediagnose funktionelle Urininkontinenz mit Zeichen einer Stressurininkontinenz „Angaben über Harträufeln bei erhöhtem intraabdominellem Druck (Husten, Niesen, Heben)“ und fehlenden ätiologischen Faktoren. Nach GCR zeigten die meisten Pflegedokumentationen genaue und mit der Pflegediagnose korrekt verbundene Ätiologien. So wurden beispielsweise die Inkontinenz-Diagnosen mit korrekten Zeichen/Symptomen und entsprechenden Ätiologien dokumentiert. „Funktionelle Urininkontinenz“ fand sich einschließlich der ätiologischen Faktoren „neuromuskuläre Einschränkungen“ und „geschwächte Beckenbodenmuskulatur“ mit den Zeichen/Symptomen „Abgang von Urin vor Erreichen der Toilette“. Die Diagnose „Stressurininkontinenz“ fand sich mit den Zeichen/Symptomen „Angaben über Harträufeln bei erhöhtem intraabdominellem Druck“ einschließlich entsprechender ätiologischer Faktoren wie „insuffizienter Blasenaustritt“, „hoher intraabdomineller Druck (z. B. Adipositas, gravidier Uterus)“ (Doenges, et al., 2003;

Müller-Staub, M.: Evaluation of the implementation of nursing diagnostics. Radboud University, Medical Sciences, Department of Quality Care Research, Nijmegen, 2007

Müller-Staub, M.; Lavin, M.A.; Needham, I.; van Achterberg, T.: Nursing diagnoses, interventions and outcomes – Application and impact on nursing practice: A systematic literature review. Journal of Advanced Nursing 56, 2006, 5: 514-531.

Müller-Staub, M.; Lunney, M.; Lavin, M.A.; Needham, I.; Odenbreit, M.; van Achterberg, T.: Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 19, 2008a, 1: 20-27.

Müller-Staub, M.; Needham, I.; Lunney, M.; Odenbreit, M.; Lavin, M.A.; van Achterberg, T.: Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Meßinstruments Q-DIO. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 21, 2008b, 5: 327-338.

Doenges et al., 2008). Die Verbesserungen beim korrekten Formulieren von Pflegediagnosen einschließlich von Verbesserungen beim Zuweisen von Zeichen/Symptomen und korrekten Ätiologien waren statistisch hochsignifikant und klinisch relevant. Auch fand sich mehr Kohärenz zwischen diagnostischen Ätiologien und entsprechenden Pflegezielen zur Erreichung besserer Patientenergebnisse. In der Kontrollgruppe wurde keine wirkliche Veränderung der Qualität beobachtet und obwohl wir eine Abnahme der Durchschnittswerte fanden, war diese statistisch nicht signifikant. Der Durchschnittswert für Pflegediagnosen betrug zum Ausgangszeitpunkt 3,13 (SD = 0,89), verglichen mit 2,97 (SD = 0,80, $p = 0,17$) bei der 2. Messung.

Pflegeinterventionen

Vor der „Geführten klinischen Entscheidungsfindung“ zu Diagnosen, Interventionen und Ergebnissen betrug der Mittelwert in der Interventionsgruppe 2,33 (SD = 0,93), verglichen mit 3,88 (SD = 0,35, $p < 0,0001$) bei der zweiten Messung (Tabelle 3). Diese Resultate offenbaren eine statistisch signifikante Verbesserung passender und wirksamer Pflegeinterventionen. So fanden wir beispielsweise für die Diagnose „Funktionelle Urininkontinenz“ die Pflegeinterventionen „Unterstützen des Patienten beim Führen eines Miktionsstagebuchs“, „Feststellen der Häufigkeit und des Zeitpunkts kontinenter/inkontinenter Miktionen“, sowie „Blasenentleerungsanregung“ (Doenges, et al., 2008). Die Pflegeinterventionen waren nach GCR spezifischer auf die Ätiologien der Pflegediagnosen bezogen; zugleich wurden die Interventionen nach Durchführung in den Pflegedokumentationen häufiger und genauer bestätigt. In der Kontrollgruppe betrug der Mittelwert zum Ausgangszeitpunkt 2,70 (SD = 0,88), verglichen mit 2,46 (SD = 0,95, $p = 0,05$) bei der zweiten Messung.

Pflegeergebnisse

Vor der „Geführten klinischen Entscheidungsfindung“ betrug der Mittelwert der Interventionsgruppe in Pflegeergebnissen 1,52 (SD = 1,08), verglichen mit 3,77 (SD = 0,53, $p < 0,0001$) nach der Studienintervention (Tabelle 3). Diese Resultate zeigten signifikant bessere Patientenergebnisse und Verbesserungen im Dokumentieren beobacht- und messbar formulierter Pflegeergebnisse. Die Pflegedokumentationen zeigten signifikant stärkere Verbesserungen von Symptomen, Wissensstand, Copingstrategien, Selbstversorgungsfähigkeiten und des funktionellen Status' der Patienten. So fanden wir beispielsweise für die Diagnose „Funktionelle Urininkontinenz“ die Ergebnisse „Patient äußert, dass er die Krankheit [...] versteht. Er benennt Interventionen zur Verhinderung seiner Inkontinenz“ (z. B. „beherrscht den Harndrang und sucht zur kontrollierten Miktions eine Toilette auf“) (Doenges, et al., 2008). Die dokumentierten Patientenergebnisse waren signifikant besser als in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe war auch die innere Kohärenz (Übereinstimmung/Wirksamkeit) zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen besser als in der Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe betrug der Mittelwert zum Ausgangszeitpunkt 2,02 (SD = 1,27), verglichen mit 1,94 (SD = 1,06, $p = 0,62$) bei der zweiten Messung.

des funktionellen Status' der Patienten. So fanden wir beispielsweise für die Diagnose „Funktionelle Urininkontinenz“ die Ergebnisse „Patient äußert, dass er die Krankheit [...] versteht. Er benennt Interventionen zur Verhinderung seiner Inkontinenz“ (z. B. „beherrscht den Harndrang und sucht zur kontrollierten Miktions eine Toilette auf“) (Doenges, et al., 2008). Die dokumentierten Patientenergebnisse waren signifikant besser als in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe war auch die innere Kohärenz (Übereinstimmung/Wirksamkeit) zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen besser als in der Kontrollgruppe. In der Kontrollgruppe betrug der Mittelwert zum Ausgangszeitpunkt 2,02 (SD = 1,27), verglichen mit 1,94 (SD = 1,06, $p = 0,62$) bei der zweiten Messung.

Pflegediagnosen	Mittelwerte Präintervention (SD)	Mittelwerte Postintervention (SD)	t-Test (equal variances not assumed) Signifikanz (2-seitig)
Interventionsgruppe	2,69 (0,90)	3,70 (0,54)	$p = 0,0001$
Kontrollgruppe	3,13 (0,89)	2,97 (0,80)	$p = 0,17$
Pflegeinterventionen			
Interventionsgruppe	2,33 (0,93)	3,88 (0,35)	$p = 0,0001$
Kontrollgruppe	2,70 (0,88)	2,46 (0,95)	$p = 0,05$
Pflegeergebnisse			
Interventionsgruppe	1,53 (1,08)	3,77 (0,53)	$p = 0,0001$
Kontrollgruppe	2,02 (1,27)	1,94 (1,06)	$p = 0,62$

Tab. 3: Mittelwerte der Prä- und Postinterventions-Scores für Q-DIO-Skalen zu Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen in der Interventions- und Kontrollgruppe

Müller-Staub, M.; Stucker-Studer, U.: Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 19, 2006, 5: 281-286.

NANDA International: NANDA-Pflegediagnosen: Definition und Klassifikation 2005-2006. Huber, Bern, 2005.

NANDA International: Nursing diagnosis: Definitions and classification, 2009-2011. Oxford, 2009.

Needham, I.: Ansichten und Meinungen zum Pflegeprozess: Eine

Effekte des Clusters auf Stationsebene und Relevanz potenzieller Confounders

Die „Mixed Effect Models“ mit Zufallseffekten für die Interaktion zwischen Stationsmerkmalen und Zeit bestätigen die in den t-Tests gefundenen Effekte. Die fixen Effekte für die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe waren statistisch hochsignifikant für Pflegediagnosen ($F = 102,64$, $df = 218$, $p < 0,001$), Pflegeinterventionen ($F = 278,11$, $df = 218$, $p < 0,001$) und Pflegeergebnisse ($F = 392,23$, $df = 218$, $p < 0,001$). Keiner der getesteten Confounders hatte einen Einfluss auf die Zielvariablen.

Diskussion

In dieser Studie untersuchten wir, inwieweit „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ die Fähigkeiten Pflegenden verbessert, genaue Pflegediagnosen zu formulieren und zu dokumentieren, diese mit wirksamen Pflegeinterventionen zu verknüpfen und bessere Patienten-

	Station	Kontrolle 1	Intervention 1	Kontrolle 2	Intervention 2	Kontrolle 3	Intervention 3
Stationsmerkmale							
Anzahl Pflegende und Diplomjahre in Kategorien	1960-1982	3	5		1	4	7
	1983-2005	12	13	14	13	10	11
	Summe	15	18	14	14	14	18
Berufserfahrung	0-5 Jahre	9	9		10	8	10
	6-10 Jahre	1	4	12	2	2	4
	11-15 Jahre	2	3	1	2	1	2
	16-20 Jahre		1	1		1	2
	21 Jahre	3	1			2	
	Summe	15	18	14	14	14	18
Anzahl Pflegender mit Weiterbildung	HöFa 1 (Höhere Fachausbildung Stufe 1)	1	1	1	1	1	1
	Management	1	1	1	1	1	1
	Andere	1					
	Summe	3	2	2	2	2	2
Personaldurchsatz [%]	Januar bis August 2005	7,5 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %

Tab. 4: Stationsmerkmale

hermeneutische Untersuchung von Aussagen in Fachschriftenartikeln. *Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe* 3, 1990, 1: 59-67.

O'Neill, E.S.; Dluhy, N.M.: A longitudinal framework for fostering critical thinking and diagnostic reasoning. *Journal of Advanced Nursing* 26, 1997, 825-832.

Odenbreit, M.: *Pflegediagnosen: Schulungsunterlagen*. Bürgerspital, Solothurn, 2002a.

Odenbreit, M.: *Pflegediagnostik: Grundlagen und Theorie*. Weiterbildungszentrum Gesundheitsberufe, Aarau, 2002b.

Odenbreit, M.: *Pflegediagnostik: Implementation*. Bürgerspital, Solothurn, 2002c.

Odenbreit, M.: *Richtlinie Fallbesprechungen*. Bürgerspital, Solothurn, 2002d.

Polit, D.F.; Beck Tatano, C.: *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.

Reinmann-Rothmeier, G.; Mandel, H.: *Lehren im Erwachsenenalter*. In: Weinert, F.E.; Mandel, H. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Pädagogische Psychologie*. Hogrefe, Göttingen, 1997, 355-403.

Siebert, H.: *Wissenserwerb aus konstruktivistischer Sicht*. *GdWZ* 6, 1997, 276-278.

Smith-Higuchi, K.A.; Dulberg, C.; Duff, V.: *Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada*. *Nursing Diagnosis* 10, 1999, 4: 137-147.

SPSS: *SPSS 11.0*, SPSS Inc., 2005.

ergebnisse zu erzielen und zu dokumentieren. Es ist allgemein anerkannt, dass klinische ExpertInnen nicht nur psychomotorische und affektive Fähigkeiten, sondern auch Fähigkeiten in kritischem Denken benötigen (Chau, Chang, Lee, Ip, Lee, Wootton, 2001; Girot, 2000; Lunney, 2003; O'Neill, Dluhy, 1997). Die Ergebnisse in der Interventionsgruppe zeigten eine positive, der GCR zuordenbare Wirkung für ein gründliches Anwenden von NANDA-I-Diagnosen, verknüpft mit theoriegeleiteten Pflegeinterventionen und -ergebnissen, die auf klinischer Entscheidungsfindung beruhen.

Trotz Randomisierung der Stationen in Interventions- und Kontrollgruppe und trotz der Zufallsauswahl von Pflegedokumentationen sollte nicht automatisch Verallgemeinerbarkeit angenommen werden, da die GCR in einem Spital getestet wurde. Überdies wurde die Wirkung 3 bis 7 Monate nach der Studienintervention beurteilt, daher lassen sich keine Schlussfolgerungen hinsichtlich längerfristiger Effekte ziehen. Manche Autoren legen dar, dass Pflegende das Dokumentieren von Pflegediagnosen und erreichten Ergebnissen versäumen könnten (Allen, 1998; Heartfield, 1996). Die Möglichkeit unzureichender Dokumentation durch die Pflegenden in unserer Studie lässt sich nicht ausschließen. In der Schweiz ist das umfassende Dokumentieren des Pflege- und Behandlungsprozesses gesetzlich vorgeschrieben. Daher werden Pflegedokumentationen als valide Daten betrachtet (Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft). Es wurde nicht belegt, dass Pflegende Interventionen dokumentierten, die nicht durchgeführt wurden, oder verbesserte Patientenergebnisse aufzeichneten, ohne sie beim Patienten festgestellt zu haben.

In der Patientenchprobe waren die Erkrankungen über beide Gruppen und zu beiden Messzeitpunkten gleich verteilt. Die Forschung deutet darauf hin, dass Pflegediagnosen die Patientenergebnisse unabhängig von medizinischen Diagnosen vorhersagen. Zudem wird bestätigt, dass Pflegediagnosen einen unabhängigen Prädiktor der Spitalergebnisse von Patienten darstellen (Welton, Halloran, 1999; 2005). Da sich bei den Erkrankungen weder zwischen den Interventions- und Kontrollstationen noch vor bzw. nach der Intervention statistisch signifikante Unterschiede fanden, wurde angenommen, dass sich ein Bias ausschließen lässt. Eine mögliche Selektionsverzerrung durch Aufnahme von Patientenakten mit lediglich individuellen Pflegeplänen könnte erwogen werden. Die Veränderung von 2 % individueller Pflegepläne zwischen dem Ausgangszeitpunkt und nach der Intervention war indessen nicht signifikant und wurde daher ausgeschlossen. Das mehr als 17 Monate abdeckende Studiendesign und der Einsatz von Q-DIO als validiertes Instrument bestärkten die Studienergebnisse.

Pflegediagnosen

Vor der geführten klinischen Entscheidungsfindung fanden sich in beiden Gruppen Defizite beim Dokumentieren korrekter Zeichen/Symptome und Ätiologien. Nach der Studienintervention zeigten die meisten Pflegedokumentationen der Interventionsgruppe genau formulierte Pflegediagnosen inklusive Ätiologien, während sich in der Kontrollgruppe ein statistisch nicht signifikanter Rückgang fand. Die Ergebnisse in der Kontrollgruppe werden durch die Forschung gestützt: Oft waren Pflegende keine kompetenten DiagnostikerInnen und vor allem fehlte es ihnen an Fähigkeiten des kritischen Denkens und an Wissen über

- Staub, F.C.: Transforming educational theory into usable knowledge: A case of co-construction of tools for lesson design and reflection. In: Ralle, B.; Eilks, I. (Hrsg.): Quality of practice-oriented research in science education. Shaker, Aachen, 2004, 41-51.
- Thoroddsen, A.; Bragadóttir, G.; Erlendsdóttir, J.; Thorsteinsson, L.S.; Thorsteinsdóttir, L.: Putting policy into action – using standardized languages in clinical practice: pre and post test. In: Oud, N. (Hrsg.): ACENDIO 2005. Huber, Bern, 2005.
- Welton, J.M.; Halloran, E.J.: A comparison of nursing and medical diagnoses in predicting hospital outcomes. Proceedings AMIA Annual Symposium 1999, 171-175.
- Welton, J.M.; Halloran, E.J.: Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. Journal of Nursing Administration 35, 2005, 12: 541-549.

Danksagung

Wir danken Thomas K. Friedli, Institut für mathematische Statistik und Versicherungslehre der Universität Bern, für seine Unterstützung bei den statistischen Analysen.

Pflegediagnosen, um akkurat zu diagnostizieren (Lunney, 2006b; Morolong, Chabel, 2005; Smith-Higuchi et al., 1999).

Pflegeinterventionen

Die Daten vor der geführten klinischen Entscheidungsfindung zeigten oft mehr oder weniger spezifische Pflegeinterventionen. Nach GCR zeigte die Pflegedokumentation der Interventionsgruppe eine statistisch signifikante Verbesserung der Qualität (Genauigkeit, Wirksamkeit) geplanter und durchgeführter Interventionen. Die meisten Interventionen standen in einem korrekten Zusammenhang mit der formulierten Pflegediagnose und waren richtig mit pflegesensiblen Patientenergebnissen verknüpft.

Pflegeergebnisse

Pflegeergebnisse zeigten vor der Studienintervention niedrigere Mittelwerte als Pflegediagnosen und -interventionen. Obwohl der Pflegedokumentationsstandard des Spitals von Pflegenden fordert, ein Re-Assessment von Pflegediagnosen vorzunehmen, die Wirkungen von Pflegeinterventionen zu evaluieren und ein Assessment von Pflegeergebnissen durchzuführen, geschah dies häufig nicht. Nach GCR enthielt die Pflegedokumentation der Interventionsgruppe präzise Beschreibungen von Verbesserungen der Symptome, Wissensstand, Copingstrategien, Selbstversorgungsfähigkeiten und des funktionellen Status des Patienten. Die Patientenergebnisse waren signifikant besser als vor der Studienintervention und besser als in der Kontrollgruppe. Die Pflegedokumentationen der Interventionsgruppe enthielten Pflegemaßnahmen, die gezielter auf die Ursachen der Pflegediagnosen wirkten als die der Kontrollgruppe, und die Patientenergebnisse bezogen sich auf die gestellten Pflegediagnosen. Das Erreichen des gewünschten Pflegeergebnisses „Mobilität = Fähigkeit, sich zielgerichtet im eigenen Umfeld unabhängig zu bewegen“ wurde beispielsweise mit dem Indikator „3 = Patient geht mit Hilfsmittel geringe Entfernungen auf der Station“ dokumentiert. Dieses Ergebnis wurde korrekt mit den durchgeführten Pflegeinterventionen „Bewegungsförderung: Fortbewegungsfähigkeit“ und „Förderung der Körperbewegung und -haltung“, „Anleitung Gehen mit Stöcken“ dokumentiert. In der Kontrollgruppe wurden die Pflegeergebnisse nicht verbessert, der Mittelwert für Pflegeergebnisse nahm in der Kontrollgruppe ab.

Die Pflegediagnosendokumentation hing weder mit demografischen Faktoren noch mit Faktoren der Berufserfahrung wie Alter, Ausbildung oder vorheriger Schulungen in Pflegediagnosen zusammen. Auf Grund der Tatsache, dass an der Studie Stationen mit ähnlichen Merkmalen teilnahmen und dass ein Mischeffektmodell mit fixen Effekten für die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe und mit Zufallseffekten für die Interaktion zwischen Station und Zeit mit und ohne Einschluss der Variablen „Station“ zu ähnlichen Ergebnissen führte, kommen wir zu dem Schluss, dass mögliche Confounders kontrolliert waren (Bortz, 2005). Die Resultate beantworten unsere Forschungsfragen positiv: „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ führte zu einer statistisch signifikanten Qualitätsverbesserung in der Pflegedokumentation, ausgewiesen als a) korrekt formulierte, genaue Pflegediagnosen einschließlich der Zeichen/Symptome und der Ätiologie, b) kohärente, ätiologie-spezifische Pflegeinterventionen einschließlich Planung und Umsetzung und c) Pflegeergebnisse, welche die Verbesserung bei Patienten aufzeigen. Statistisch signifikante Verbesserungen fanden sich in der Interventionsgruppe, während sich in der Kontrollgruppe keine Veränderung zeigte.

Schlussfolgerungen

„Geführte klinische Entscheidungsfindung“ ist für klinisch tätige Pflegenden von Relevanz, um Fähigkeiten in kritischem Denken zu erwerben und im beruflichen Handeln umzusetzen. GCR ist auf den inneren Zusammenhang zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen ausgerichtet. Durch häufiges Evaluieren pflegesensibler Patientenergebnisse können klinisch tätige Pflegenden zu fortlaufender Überprüfung der Wirksamkeit von Pflegehandlungen angehalten werden.

Der aktuelle Trend konzentriert sich auf die elektronische Patientenakte. Die Studienergebnisse sprechen dafür, dass GCR nicht nur die Fähigkeit Pflegenden zur diagnostischen Entscheidungsfindung, sondern auch die Qualität der Pflegedokumentation fördert, indem genaue Pflegediagnosen, wirksame Interventionen und verbesserte Pflegeergebnisse dokumentiert werden. Wir empfehlen, handschriftliche Pflegepläne durch eine NNN-basierte Pflegedokumentation zu ersetzen. „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ kann Pflegenden dabei unterstützen, Pflege in der elektronischen Gesundheitsakte sichtbar und verrechenbar zu machen.

Printernet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

www.printernet.info/detail.asp?id=918