

Genauigkeit ist nicht Dichotom

Interview mit Margaret Lunney

Maria Müller Staub, Jürgen Georg

Pflegediagnosen, diagnostisches Denken und die Genauigkeit von Pflegediagnosen sind zentrale Themen Ihrer Laufbahn. Seit wann arbeiten Sie damit, und warum haben Sie beschlossen, dies sind meine Themen?

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 etwas beigebracht, von dem sie dachten, sie wüssten es bereits. Oder sie habe Dinge gesagt, die im Widerspruch zu ihren eigenen Vorstellungen bezüglich ihres Pflegebedarfs 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 für den Bachelor 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, weder als Thematik noch als Problem, bezogen.

In den Achtzigerjahren hatte ich im Zuge meiner Promotion in Pflege an der New York University bedeutsame Gelegenheiten, mein Interesse an Genauigkeit zu stärken. Zwei sehr bekannte ExpertInnen in Psychometrie, Carol Noll Hoskins, eine Pflegeforscherin, und Philip Merryfield, ein von J. P. Guilford protegierter Schulpsychologe, waren bereit, mir beim Entwickeln von Begrifflichkeiten und Instrumenten in Verbindung mit dem Messen von Genauigkeit zu helfen. Gleichzeitig empfahl mich mein Dekan am Hunter College für ein zweijähriges Fortbildungsprogramm zum Thema «Messen», das von der American Nurses Association und der University of Maryland angeboten wurde. Beides lieferte mir die für diese Arbeit benötigten Kenntnisse und wissenschaftliche Unterstützung.

Diagnostisches und kritisches Denken als Schwerpunkte waren eine natürliche Folge des ursprünglichen Interesses an Genauigkeit. Auch hatte Philip Merryfield, mein Mentor, ausführliche Untersuchungen zum Denken in Bezug auf das Guilford's-Structure-of-Intellect-Modell (SOI-Modell) durchgeführt. Ich nutzte das SOI-Modell für meine Promotionsforschung. Auch wenn es heute nicht mehr so verbreitet ist wie in den Achtzigern, beeinflusst das Wissen um dieses Modell mein Denken nach wie vor.

Sie haben große Erfahrung mit der Begrifflichkeit von «Genauigkeit». Was ist damit gemeint, und warum ist die Genauigkeit von Pflegediagnosen und das Erheben genauer Diagnosen so wichtig?

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

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 Variable. Zur Messung der Genauigkeit steht eine begleitende siebenpunktige Skala mit spezifischen Kriterien für jeden Punkt auf der Skala zur Verfügung. Die bislang zum Einsatz dieser Skala durchgeführten Studien haben die Validität von Genauigkeit als kontinuierliche Variable untermauert.

Skala und Bewertungsmethode werden in dem Buch *Critical Thinking and nursing diagnosis: Case studies and analyses*, Lunney, 2001, beschrieben (Deutsche, überarbeitete Herausgabe: *Arbeitsbuch Pflegediagnosen*, Bern, Huber 2006).

Welches sind die Begleitfaktoren von Genauigkeit?

Die Begleitfaktoren von Genauigkeit wurden von zwei Pflege-theoretikerinnen, Doris Carnevali und Marjory Gordon, herausgearbeitet. Sie identifizierten drei Hauptkategorien von Faktoren: die diagnostische Aufgabe, den situationsbezogenen Kontext und die diagnostizierende Person. Es wurde gezeigt, dass Faktoren in jeder Kategorie die Genauigkeit beeinflussen. So erhöht beispielsweise eine Menge wenig relevanter Daten in der Kategorie «Diagnostische Aufgabe» die Komplexität der diagnostischen Aufgabe und senkt die Genauigkeit.

Welche kognitiven Fähigkeiten Pflegendender sind für die Erhebung genauer Pflegediagnosen wichtig?



Margaret Lunney, RN, PhD
College of Staten Island/CUNY
Department of Nursing
2800 Victory Blvd., Bldg 5S
718-982-3845, 3823 (o)
lunney@mail.csi.cuny.edu
margell@si.rr.com

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 Winter 2006/07 beim Huber Verlag. Es trägt den Titel „Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess“.

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.

Angesichts der Komplexität von Diagnosen in der Pflege sind beim Diagnostizieren wahrscheinlich alle diese kognitiven Fähigkeiten von Bedeutung. Ausgehend von der bisherigen Forschung wissen wir von keiner speziellen Fertigkeit, von der sich sagen ließe, sie sei wichtiger als andere. Unter Anwendung des SOI-Modells untersuchte ich divergentes produktives Denken, weil ich dachte, es wäre wichtig für die Genauigkeit, um aus den Daten vielfältige Möglichkeiten generieren zu können. Die Ergebnisse schriftlicher Fallstudien waren nicht schlüssig, es ist jedoch ein wichtiges Feld für weitere Untersuchungen, vor allem, weil meine Studie zeigte, dass Pflegenden sich in dieser grundlegenden Fähigkeit ganz erheblich voneinander unterscheiden.

Welchen Nutzen hat der Patient von genauen Pflegediagnosen, und welches sind die Gefahren ungenauer Pflegediagnosen?

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass Diagnosen stets Gefahr laufen, von geringer Genauigkeit zu sein, ganz gleich, ob Pflegenden sie nun formell als Pflegediagnosen benennen oder nicht. Alle Pflegenden müssen Patientendaten interpretieren, um zu intervenieren. Der Vorteil, 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. 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 zutreffendsten 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. Wissen über pflegediagnostische Begrifflichkeiten zu gewinnen ist notwendig, aber nicht ausreichend. 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 relevante 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, um sie zu stützen.

Wie sollte eine Pflegeperson den diagnostischen Prozess fortsetzen, wenn ein Patient eine Diagnose zeigt, die nicht in der NANDA-Taxonomie enthalten ist?

Pflegenden sollten nicht versuchen, Erfahrungen eines Patienten in Kategorien hineinzuzwängen, wie sie durch NANDA International (I) zur Verfügung stehen. Diese Klassifikation ist unvollständig. Wenn also das jeweilige Phänomen in NANDA I nicht verfügbar ist, sollte die Pflegeperson es benennen und darüber nachdenken, ob sie diesen Begriff bei NANDA I

einreicht, um ihn auf eine Zulassung als offizielle Diagnose prüfen zu lassen. So habe ich beispielsweise eine Diagnose – «Stressüberlastung» – verwandt, die nicht in der NANDA-Liste enthalten ist. Noch habe ich sie nicht bei NANDA I eingereicht, plane dies jedoch für dieses Jahr. In Brasilien sah ich, dass Pflegenden die Diagnosen «Blutung» und «Blutungsgefahr» verwenden. Auch sie planen die Einreichung dieser Diagnosen bei NANDA I.

PflegemanagerInnen sollten von Pflegenden nicht fordern, ausschließlich die NANDA-I-Liste zu verwenden. Wenn Pflegenden Diagnosen erkennen, die nicht auf der NANDA-I-Liste stehen, können PflegemanagerInnen Aufzeichnungen über solche Diagnosen führen und auswerten, um zu schauen, ob man an ihrer Stelle besser zugelassene NANDA-Diagnosen verwandt hätte oder ob diese neuen Diagnosen bei der NANDA I eingereicht werden sollten. Eignen sich die von den Pflegenden verwandten Diagnosen für eine Einreichung bei NANDA I, können Pflegenden in der Einrichtung die neuen Diagnosen für die Aufnahme in die NANDA-I-Liste ausarbeiten oder die Bezeichnungen an NANDA I weitergeben, damit PflegeforscherInnen zur Untersuchung dieser neuen Diagnosen angestellt werden.

Implikationen für die Pflegeausbildung

Wie können PflegelehrerInnen ihren Studierenden helfen, genaue Pflegediagnosen zu erheben und die neue Rolle der Diagnostikerin beziehungsweise des Diagnostikers zu entwickeln?

Ich verbinde hier meine Antworten auf die Fragen 21 und 22, weil Frage 22 vor Frage 21 beantwortet werden muss.

Welche Voraussetzungen und Qualifikationen sollten Auszubildende in der Pflege haben oder erwerben, um Pflegediagnosen zu unterrichten?

Auszubildende können Studierende nicht im Erlernen der Anwendung von Pflegediagnosen unterstützen, bevor sie sie nicht selbst gelernt haben. Viele Auszubildende sind so alt, dass sie noch keine Pflegediagnosen verwandten, als sie selbst in der Pflege tätig waren. Regelmäßig glauben Auszubildende, zu ihrer Zeit gute Pflege geleistet zu haben und sehen von daher nicht die Notwendigkeit dieser Änderung beruflichen Handelns. In den USA beispielsweise implementieren viele Auszubildende Pflegediagnosen, ohne die Beziehung zwischen diagnostischem Denken und Genauigkeit zu verstehen. Sie gehen dabei vor, wie bei einer Übung im Anwenden von Worten aus der Pflege. So wird beispielsweise «Emphysem» zum «beeinträchtigten Gasaustausch». Diagnosen menschlicher Reaktionen sollten zum Wissen über Patientenerfahrungen beitragen, statt Neuformulierungen medizinischer Diagnosen darzustellen.

Auszubildende müssen sich selbst schulen, oder das Führungspersonal in der Ausbildung muss Workshops für den Lehrkörper organisieren, um die tatsächliche Bedeutung von Pflegediagnosen, diagnostischem Denken und Genauigkeit anzusprechen. Rogers Theorie der Verbreitung von Neuerungen (2003) kann dazu dienen, standardisierte Pflegesprachen in Ausbildungsprogrammen zu implementieren. So kann sich beispielsweise der für die Ausbildung Verantwortliche zum Vorreiter dieser Veränderungen machen und eine einflussreiche Führungsperson finden, welche die Übernahme dieser neuen Ideen fördern kann. Die Aufgaben des Unterrichtens von Pflegediagnosen lassen sich weniger komplex gestalten, wenn beschlossen wird, welche Diagnosen im Laufe des Unterrichtsprogramms gelehrt werden sollen und diese dann bestimmten Kursen zugeordnet werden, damit die einzelnen Angehörigen des Lehrkörpers nicht das Gefühl haben, alle Verantwortung allein zu tragen.

Lehrende können Studierende unterstützen, indem sie sie als DiagnostikerInnen behandeln. Das heißt, PflegeschülerInnen sind als denkende Erwachsene und nicht als Kinder zu behandeln. Aktives Lernen muss ermutigt werden, bei dem von Lernenden erwartet wird, dass sie valide und reliable Daten zusammentragen, interpretieren und anhand von Dateninterpretationen in organisierter Weise handeln. Das Kollegium sollte ernsthaft darüber nachdenken, den Frontalunterricht in Form von Vorlesungen aufzugeben und zu Seminaren und problembasierten Lernstrategien überzugehen, bei denen Auszubildende mehr Verantwortung für ihr eigenes Lernen tragen. AusbilderInnen sollten für Lernende Ressource sein und nicht eine Autorität, die alle Antworten parat hat.

Welche Methoden haben sich beim Unterrichten von diagnostischem und kritischem Denken jeweils als nützlich erwiesen?

Ich beantworte diese drei Fragen zusammen:

Welche Rolle spielt eine klinische Unterrichts- bzw. Lehrperson beim Unterricht in Pflegediagnosen?

Gibt es eine Verbindung zwischen kritischem Denken, problemorientiertem Lernen und Pflegediagnosen?

Der erste Schritt, den LehrerInnen tun können, um Lernenden beim Erkennen und Verbessern von Denkfähigkeiten zu helfen, besteht darin, ihnen Wissen zu dem Thema Denkprozesse zu liefern. Ich verwende die Definitionen und Kategorien von Scheffer und Rudenfeld (2000), die auch im Buch über kritisches Denken zu finden sind.

Klinisch tätige Pflegepersonen können auf das Verbessern eigener Denkprozesse fokussieren, wenn sie

- a) die verschiedenen Denkprozesse, die für die Pflege wichtig sind, kennen und
- b) befähigt sind, diese Aspekte des Denkens zu erkennen, wenn sie diese beobachten.

Alle sieben kognitiven Fähigkeiten und die zehn Geisteshaltungen/Denkeinstellungen müssen entwickelt werden. Für manche klinischen Fälle mag eine größere Fähigkeit in einer Art des Denkens erforderlich sein, während in anderen Fällen unter Umständen eine größere Fähigkeit in anderen Formen des Denkens nötig ist. Bislang wurde noch nicht genügend geforscht, als dass man wüsste, welche Formen des Denkens für welche klinischen Fälle erforderlich sind. Aber eine Lehrperson, die etwas über Denkprozesse weiß und außerdem die klinischen Fälle der Lernenden kennt, kann diesen beim Entwickeln der benötigten Denkweisen helfen. So können Lehrende beispielsweise in Fällen, für die alle zur Diagnose erforderlichen Informationen vorliegen, Lernende im Gebrauch logischen Denkens unterstützen, um die beste Diagnose zu benennen. In Fällen, in denen die Informationen für eine Diagnose nicht ausreichen, können Lehrende die Lernenden bei der Informationssuche, beim Treffen von Vorhersagen, in Flexibilität usw. unterstützen.

Die Fähigkeit, Denkprozesse zu erkennen, zu analysieren und zu erörtern, wird Metakognition genannt. Sie entwickelt sich dann, wenn sich jemand auf Denkprozesse konzentriert. Da Metakognition als Instrument zur Verbesserung der eigenen Person von dauerhaftem Nutzen ist, schafft die Entwicklung dieser Fähigkeiten eine Grundlage für das Wachstum als denkende Fachperson.

Die Entwicklung diagnostischer Fertigkeiten schreitet mit der Zeit fort. Ein systematischer Plan der Curricula ermöglicht es Lernenden, sich vom Anfänger zum kompetenten Nutzer von Pflegediagnosen zu entwickeln. Bei Abschluss des Ausbildungsprogramms sollten Lernende zu Folgendem in der Lage sein:

1. Konsistentes Herausarbeiten valider und reliabler Daten

2. Wahrnehmen verfügbarer Daten und deren Verknüpfen mit möglichen Pflegediagnosen
3. Entwickeln eines umfassenden Gedächtnisses für Diagnosen, die in der klinischen Praxis wichtig sind
4. Generieren vieler möglicher Erklärungen für Daten
5. Evaluation der Wichtigkeit von Hinweisen und der Genauigkeit von Pflegediagnosen
6. Auswählen der genauesten Pflegediagnosen, wenn entsprechende Daten zur Verfügung stehen.

Der Einsatz von Pflegediagnosen fordert von Lernenden das Entwickeln von Toleranz gegenüber Mehrdeutigkeit sowie von drei Arten von Fähigkeiten, nämlich solche von intellektueller, zwischenmenschlicher und technischer Art. Da viele klinische Fälle mehrdeutig und komplex sind, hilft Toleranz gegenüber Mehrdeutigkeit den Lernenden beim Vermeiden einer häufigen Fehlerquelle: dem vorzeitigen Abschluss des Verfahrens. Bei einem vorzeitigen Abschluss werden Diagnosen ausgewählt, bevor es dazu hinreichende Daten gibt. Dies geschieht, wenn Pflegenden sich angesichts der Mehrdeutigkeit von Situationen unwohl fühlen und diese Mehrdeutigkeit durch das Fällen rascher Entscheidungen über die Bedeutung von Daten zu mindern suchen.

Die Sorge um Genauigkeit und die Verwendung des Begriffs «Diagnose» können Lernenden, die noch am Anfang der Ausbildung stehen, Angst machen. Es ist eine Verantwortung, die sie zu Beginn eines Ausbildungsprogramms in Pflege nicht erwarten. Um der diagnostischen Entscheidungsfindung ihren bedrohlichen Charakter möglichst zu nehmen, können Lehrende den AusbildungsanfängerInnen zeigen, dass das Interpretieren von Daten ein normales und übliches Verhalten ist. Ich tue dies, indem ich die Studierenden bitte, eine einfache Alltagssituation zu interpretieren. Die Alltagssituation, die ich dazu verwende, lautet: «Im Restaurant warten Sie seit einer Viertelstunde darauf, dass der Kellner Ihre Bestellung aufnimmt.» In New York sind 15 Minuten eine lange Zeit, um auf eine Bedienung zu warten. Ich frage die Klasse: «Welche Erklärungen gibt es Ihrer Meinung nach für das Verhalten der Bedienung?» Es werden zwanzig oder mehr Erklärungen benannt, die tendenziell negativ sind, zum Beispiel: «Die Bedienung ist unhöflich», «Sie kümmert sich nicht um ihre Arbeit» oder «Sie ist schlecht gelaunt». Ich weise darauf hin, es gebe andere, positivere Erklärungen, etwa, dass die für diesen Tisch zuständige Person krank nach Hause gegangen sei und diese Bedienung einfach nur gebeten wurde, sich um den Tisch zu kümmern. Bei dieser Unterrichtsmethode erkennen Lernende, dass sie im Alltag menschliches Verhalten oft interpretieren. Mit Ermutigung durch die Lehrperson können sie erkennen, dass die vorgenommenen Interpretationen als zutreffend angenommen wurden.

Das Ungenauigkeitspotenzial wird den Lernenden deutlich, wenn ich sie bitte, unter den vielen genannten Erklärungen die genaueste auszuwählen. Dann erkennen sie, dass es für die genaueste Erklärung dafür, dass die Bedienung nicht an den Tisch gekommen ist, nicht genügend Daten gibt. An dieser Stelle kann die Begrifflichkeit «Assessment» zum Zwecke genauer Diagnosen erörtert werden.

Mit dieser Unterrichtsmethode können Lernende auch dazu ermutigt werden, die Verzerrungen herauszuarbeiten, welche die von ihnen erwogenen Möglichkeiten beeinflusst haben. So neigen Lernende, die schon einmal als Bedienung gearbeitet haben, in ihren Erklärungen zu mehr Großzügigkeit und Verständnis als andere Lernende. Dies wird den Lernenden als Bias oder Verzerrung erläutert. Verzerrungen können diagnostische Genauigkeit fördern oder von ihr ablenken. Man sollte Lernenden sagen, dass Verzerrungen weder richtig noch falsch, sondern *einfach vorhanden sind*. Die Herausforderung für die diagnostizierende Person besteht darin,

Verzerrungen herauszuarbeiten, um mögliche Auswirkungen auf die Genauigkeit aufzudecken.

Schulung zur Entwicklung diagnostischer Fertigkeiten bedeutet, dass Studierende erlernen, unabhängige Denker zu sein. Ziel ist, dass Lernende zu denkenden Fachpersonen werden, die für diagnostische und interventionelle Entscheidungen verantwortlich sind. Dazu müssen sie Vertrauen in ihre eigenen Denkfähigkeiten fassen und während des gesamten Programms kontinuierlich Denkfähigkeiten entwickeln.

Traditionelle Unterrichtsmethoden erreichen das Ziel, dass Studierende diagnostisch denken lernen, unter Umständen nicht. Zwar liefern die herkömmlichen Methoden des Frontalunterrichts und der häuslichen Pflichtlektüre nützliche Informationen für Pflegepersonen, reichen aber nicht aus, um Denkfähigkeiten von Studierenden weiter zu entwickeln. Diese «alten» Unterrichtsmethoden beruhen auf zwei möglicherweise falschen Annahmen:

- 1) Die Lehrperson ist Experte und Autorität und gibt den Lernenden, was sie wissen müssen.
- 2) Lernende sind wie leere Gefäße, die darauf warten, mit Pflegewissen gefüllt zu werden.

Nun wissen wir, dass die Welt sehr komplex ist, sodass sich unmöglich Informationen über alles liefern lassen, was Lernende wissen müssen. Zweitens gibt es eine Wissensexplosion, die bedeutet, dass Wissen nahezu ebenso rasch überholt ist, wie es erworben wird. Drittens wurde anhand von Forschungsergebnissen nachgewiesen, dass die Denkfähigkeiten Erwachsener in Kollegprogrammen nicht so gut sind, wie zu erwarten stünde. Denkfähigkeiten schwanken zwischen sehr gering und sehr hoch und werden durch das Erlernen von mehr Inhalten nicht besser.

Vor einiger Zeit haben Lehrpersonen in vielen Disziplinen – nicht nur in der Pflege – erkannt, dass Frontalunterricht und häusliche Pflichtlektüre nicht ausreichen, um Lernenden Denken beizubringen. Um diese Lücke zu schließen, werden Ausbildungsmethoden entwickelt. Eine dieser Methoden, die in Kanada, den USA und anderen Ländern zur Anwendung kommt, ist das problemorientierte Lernen (Barrows, 1988; Hafler, 1991). Diese Methode wird in Disziplinen wie der Medizin, in der Geschäftswelt, in der Pflege und auf anderen Gebieten genutzt. Beim problemorientierten Lernen gilt die Lehrperson als Tutor. Fallstudien helfen den Lernenden herauszufinden, über welches Wissen sie bereits verfügen, um die Probleme in den Fallstudien zu lösen, und welches zusätzliche Wissen noch benötigt wird, oder welcher weiteren Fertigkeiten es bedarf usw. Unabhängig erwerben Lernende das erforderliche Wissen und die Fertigkeiten, Lehrende wirken als Tutoren. Fallstudien werden genutzt, um Lernenden Denkprozesse zur Problemlösung beizubringen. Diese Arten von Unterrichtsmethoden geben Lernenden Gelegenheit, aktive DenkerInnen zu werden.

Die beim problemorientierten Lernen angewandten Methoden gleichen den in einer Studie über Wege des Wissens bei Frauen (Belenky et al., 1986) dargelegten. Die AutorInnen dieser Studie berichteten, dass Frauen sich in ihrer Denkfähigkeit verbesserten, wenn Lehrpersonen sich ähnlich wie Hebammen verhielten, indem sie Wissen und Denkprozesse ans Tageslicht holen. Diese Studie zeigte, dass dieses Zutage-Fördern sowie das Coaching von Frauen diesen half, Situationen selbst zu durchdenken und Denkfähigkeiten zu verbessern.

Erfahrung oder Praxis im Einsatz von Denkprozessen verbessert die Fähigkeit zu deren Anwendung. Methoden zur Unterstützung Lernender beim Nachdenken über klinische Fälle umfassen:

- 1) das Befragen Lernender, um sie zum Nachdenken über Daten und Diagnosen anzuregen
- 2) den Einsatz schriftlicher oder auf Video aufgezeichneter Fallstudien zur Anregung des klinischen Denkens
- 3) das Führen von Lerntagebüchern durch die Lernenden und andere Methoden der Überwachung der eigenen Arbeit.

Ausbildende können Studierende nicht im Erlernen der Anwendung von Pflegediagnosen unterstützen, bevor sie sie nicht selbst gelernt haben.

Der Einsatz von Fragen

Fragen seitens der Lehrpersonen sind wichtig, damit Lernende akzeptieren, dass es in ihrer Verantwortung liegt, die für das Diagnostizieren erforderlichen intellektuellen Fähigkeiten zu entwickeln; Lehrpersonen werden ihnen nicht die eine «richtige» Antwort liefern. Selbst in Anfängerkursen können Lernende zu ihrer Wahrnehmung und ihren Interpretationen von Daten befragt werden. Jede Woche kann die Lehrperson den Studierenden im Unterricht drei oder vier Hinweise zu Diagnosen auf der NANDA-I-Liste geben und sie bitten, die beste Diagnose herauszusuchen. Auch ohne vollständiges **Verständnis** dieser Diagnosen fördert die Praxis des Abgleichs von Hinweisen mit Diagnosen diagnostische Fertigkeiten.

Eine sehr wichtige Unterrichtsstrategie für den ersten Kurs besteht darin, Lernenden beim Unterscheiden zwischen Hinweisen und Schlussfolgerungen zu helfen. Hinweise sind Dateneinheiten, die durch die Sinne bestimmt werden. Schlussfolgerungen sind Erklärungen, die der Mensch den Hinweisen mental zuordnet. Wenn Lernende den Unterschied zwischen Hinweisen und Schlussfolgerungen nicht verstehen, sind sie außer Stande, die Genauigkeit von Schlussfolgerungen zu bestimmen. Eine einfache Frage, die ich SchülerInnen des ersten Kurses stelle, lautet: «Wie viele Männer und Frauen befinden sich hier im Raum?» Nachdem sie geantwortet haben, frage ich sie: «Ist diese Zahl ein Hinweis oder eine Schlussfolgerung?»

Im Allgemeinen glauben Lernende, die Anzahl Männer und Frauen im Raum sei ein Hinweis. Wenn ich ihnen dann aufzeige, dass sie viele Hinweise, wie etwa die Art der Kleidung, Körperform und Frisur, den Namen und die Körpersprache als Daten nutzen, um daraus zu schließen, eine Person sei männlich oder weiblich, verstehen sie die Begrifflichkeit. Anhand eines Beispiels wie diesem kann eine Lehrperson über die Genauigkeit verschiedener Schlussfolgerungen sprechen. Folgerungen, ob eine Person männlich oder weiblich ist, sind mit höherer Wahrscheinlichkeit korrekt als Schlussfolgerungen, ob jemand unterernährt ist oder Angst hat.

Erscheint das Denken eines Lernenden nicht hinreichend, um ein Problem zu lösen, können an Stelle von Kritik Fragen eingesetzt werden. Fragen können zur Selbstevaluation ermutigen. Die Lehrperson stellt Fragen, damit die oder der Lernende über die Situation nachdenkt und alternative Lösungen erwägt. Im Gegensatz dazu wird Kritik von Lernenden interpretiert als: «Ich mache es falsch, es muss **einen** richtigen Weg geben, es zu tun.» Kritik hält von Selbstevaluation ab. Diese ist eine lebenslange Fertigkeit und essenziell für DiagnostikerInnen.

Fragen können eingesetzt werden, um Lernenden beim Abwägen der besten Diagnose zu helfen. Wenn Lernende Diagnosen auswählen, kann die Lehrperson sie beispielsweise bitten, zu erläutern, warum dies die beste Diagnose ist.

Welche Hinweise stützen die Diagnose? Stimmt der Patient der Diagnose zu? Welche Interventionen haben Sie für diese Diagnose zu bieten? Welche Ergebnisse erwarten Sie nach Ihrer Intervention?

Der Einsatz von Fallstudien

Lernende müssen Denkenprozesse üben, wie man übt, ein Musikinstrument zu spielen oder wie PflegestudentInnen das Messen des Blutdrucks üben. Der Einsatz schriftlicher oder auf Video aufgezeichneter Fallstudien regt Denkprozesse an und dient als Denkübung für die reale Welt der Pflege. Fallstudien geben Lernenden Gelegenheit zum Problemlösen. Diese wiederum verbessern die Fähigkeit zum Problemlösen. Fallstudien helfen Lernenden auch beim Entwickeln von **Toleranz** gegenüber Mehrdeutigkeit.

Die in Zusammenhang mit der Genauigkeit von Pflegediagnosen auftretenden Denkprozesse lassen sich durch den Einsatz von Fallstudien demonstrieren. Das Buch über kritisches Denken enthält viele Fallstudien, die ohne Genehmigung genutzt werden können, um Pflegenden das Diagnostizieren beizubringen. Ein ähnlicher Ansatz kann auch genutzt werden, um neue Fallstudien zu entwickeln. Methoden zur Entwicklung valider und reliabler Fallstudien werden im Anhang des Buches beschrieben. Diskussionsseminare, bei denen Fallstudien eingehend analysiert und Denkfähigkeiten angewandt werden, helfen Lernenden beim Verstehen der Komplexität einer Diagnose und der Strategien für den Umgang mit dieser Komplexität.

Fallstudien können auch dazu dienen, die Denk- und Diagnosefähigkeit Lernender zu testen. In jedem Kurs können Lernende aufgefordert werden, Pflegediagnosen für Fallstudien herauszuarbeiten. Die Fälle lassen sich in vielfältiger Weise konzipieren, um verschiedene Ziele zu erreichen. So kann beispielsweise eine kurze Liste von Hinweisen vorgegeben werden, und man kann die Lernenden bitten, fünf mögliche Diagnosen aufzuschreiben. Dies wäre ein Test der kognitiven Fertigkeit der Vorhersage und der Geisteshaltung der Flexibilität. Man kann kurze Fallstudien entwickeln, die eine hoch akkurate Pflegediagnose beschreiben. Diese könnten dann ein Test für das Analysieren, Vorhersagen und andere kognitive Fertigkeiten sein.

Das Führen eines Tagebuches

Lernende können unterwiesen werden, die Genauigkeit ihrer eigenen Diagnosen durch das Führen eines Tagebuches zu überwachen. Durch Selbstkontrolle können Lernende mit ihrem eigenen Diagnosestil vertraut werden. Carnevali beschrieb es wie einen Vogel, der einem auf der Schulter **sitzt** und das eigene Handeln beobachtet. Erfahrenen Pflegenden fällt es indessen schwer, diese Verhaltensweisen zu übernehmen. Gewöhnlich gehen sie davon aus, ihre Interpretationen seien «richtig» und hinterfragen ihre Annahmen normalerweise nicht. Unter Umständen fällt es leichter, diesen Prozess Lernenden beizubringen, die noch am Anfang der Ausbildung stehen, da sie noch keine schlechten Gewohnheiten haben, mit denen sie brechen müssten.

Das Führen eines Tagebuchs hilft Lernenden, das in klinischen Situationen angewandte Denken zu untersuchen. Hier ein Beispiel aus dem Tagebuch einer Schülerin: «Ich erwog «fehlende Kooperationsbereitschaft» als Kerndiagnose für meinen Klienten. Dann erkannte ich, dass er sein Insulin regelmäßig zuführt, sich vernünftig ernährt, keinen Alkohol mehr zu sich nimmt, sich körperlich betätigt, sich mit Diabetes und Tuberkulose auskennt und regelmäßig in die Sprechstunde kommt. Durch das Führen dieses Tagebuches kam ich zu dem Schluss, dass «fehlende Kooperationsbereitschaft» nicht die genaue Diagnose ist.»

Ein Tagebuch gibt Lernenden Gelegenheit, selbst gesteuert zu lernen, an Selbstvertrauen zu gewinnen und Lernsituationen gegenüber offen zu sein. Lernende brauchen Selbstvertrauen, um ihre üblichen Denkweisen zu hinterfragen. So brauchte es beispielsweise Selbstvertrauen, als eine Lernende schrieb: «Ich nahm an, Frau Jones habe ein Problem mit der Sauerstoffversorgung. Die Daten hätten aber auch für einen Flüssigkeitsmangel oder eine neurologische Beeinträchtigung sprechen können. Ich erkenne jetzt, dass ich gewöhnlich über Oxygenierung statt über andere Möglichkeiten nachdenke. Darauf muss ich in Zukunft stärker achten.» Ein Beispiel für die Offenheit gegenüber Lernerfahrungen ist folgender Tagebucheintrag: «Heute habe ich einen Obdachlosen gefragt, wie er sich fühle. Der Mann begann zu schreien: «Na, wie sollte ich mich wohl fühlen!? Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie keinen Ort hätten, den Sie Ihr Eigen nennen könnten!?» Mir fiel darauf keine Antwort ein. Ich erkenne, dass ich versuchte, Antworten auf Fragen zu erzwingen, auf die es unter Umständen keine gibt.»

Beim Führen des Tagebuches rufen sich Lernende eine oder mehrere klinische Situationen nach dem Tag in der Klinik baldmöglichst wieder ins Gedächtnis. Die oder der Lernende wählt einen klinischen Vorfall aus und versucht, sich die dabei angewandten Denkstrategien wieder vor Augen zu führen. Einträge in einem Tagebuch sollten die Denkprozesse umfassen, die es zur Erklärung der Pflege bedurfte. Der Schwerpunkt liegt dabei stets auf dem Zusammenhang zwischen Pflege und Denkprozessen, nicht auf der Pflege selbst.

Die Lehrperson, welche sich dieser Methode des Tagebuchführens bedient, sollte auf verschiedenen Wegen für ein spezielles Feedback sorgen. Erstens sollte der Schwerpunkt auf Denkprozessen und nicht darauf liegen, was der oder die Lernende in der klinischen Situation tat. Zweitens sollten Reaktionen der Lehrperson auf das im Tagebuch Festgehaltene unterstützen und ermutigen, statt zu evaluieren. Drittens muss Vertraulichkeit gewährleistet sein, da das Untersuchen des eigenen Denkens seitens der Lernenden eine sehr persönliche Erfahrung darstellt; vertrauliche Mitteilungen müssen geschützt werden. Viertens sollten Lehrpersonen Lernende nicht wegen persönlicher, im Tagebuch mitgeteilter Schwächen strafen.

Ausbildende müssen sich selbst schulen, oder das Führungspersonal in der Ausbildung muss Workshops für den Lehrkörper organisieren, um die tatsächliche Bedeutung von Pflegediagnosen, diagnostischem Denken und Genauigkeit anzusprechen.

Fallstudien, Fragemethoden und Tagebücher können genutzt werden, um Lernenden Denkprozesse zur Problemlösung beizubringen. Diese Arten von Unterrichtsmethoden geben Lernenden Gelegenheit, aktive Denkerinnen zu werden und den diagnostischen Prozess zu üben.

Welche neuesten Forschungsergebnisse zur Evaluation der Implementierung von Pflegediagnosen in der Praxis liegen vor?

Lassen Sie mich zunächst sagen, dass zu diesem Thema nicht genügend geforscht wird. Die jüngsten Studien sind meines Wissens nach die von Müller-Staub (Müller-Staub, 2005). Mit Implementierungsstudien bin ich nicht sonderlich vertraut und daher nicht die beste Quelle zu diesem Thema.

Auf welche Themen sollte sich die Pflegediagnosenforschung im kommenden Jahrzehnt konzentrieren?

Am wichtigsten für die zukünftige Forschung ist die Untersuchung der Auswirkungen genauer Diagnosen auf die Qualität der Pflege. Pflegende müssen Diagnosen mit Interventionen und Ergebnissen verknüpfen, damit sich die Qualität von Pflege beschreiben, erklären und vorhersagen lässt. Wir müssen in der Lage sein, die Qualität von Pflege setting- und ortsübergreifend zu vergleichen, um die besten Praktiken als Richtschnur zukünftiger Entscheidungen herauszuarbeiten. Wir müssen Genauigkeit der Pflegediagnosen in ihrem Auftreten in klinischen Settings sowie die Faktoren, welche sie möglicherweise beeinträchtigen, untersuchen.

Wir müssen die Komplexität des Einsatzes diagnostischer Sprache reduzieren, indem wir sehr häufig vorkommende Diagnosen für spezielle Stationen identifizieren, damit Pflegende die für ihre jeweilige Patientenpopulation wichtigsten Diagnosen lernen können.

Woran arbeiten Sie zurzeit? Planen Sie die Veröffentlichung neuer Bücher oder neuer Ausgaben Ihres Werkes über Pflegediagnosen und kritisches Denken?

Zurzeit plane ich keine neue Ausgabe meines Buches, da es mir so schwer fällt, im Berufsalltag stehende Pflegende dazu zu bringen, Fallstudien für mich zu schreiben.

Gegenwärtig bin ich Leiterin dreier Forschungsstudien. Zwei davon sind Konsens-Validierungsstudien, die dazu dienen, die wichtigsten Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse für Populationen herauszufinden, die durch eine ländliche Klinik und eine Einrichtung der Langzeitpflege versorgt werden. Die Ergebnisse dieser Studien werden Pflegenden dieser Einheiten beim Entwickeln von Praxisstandards unter Verwendung der standardisierten Pflegesprachen helfen.

Außerdem bereite ich das Einreichen einer Reihe von Gesundheitsförderungsdiagnosen sowie der Problemdiagnose «Stressüberlastung» bei NANDA I vor.

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 Pflegender 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 Pflegende 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.

Dr. Lunney, wir danken Ihnen sehr für die Beantwortung dieser Fragen!

Die Interviewerin

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 Herausgeberin der deutschsprachigen Ausgabe von Lunney: Arbeitsbuch Pflegediagnosen und -diagnostik.

Der Interviewer

Jürgen Georg RGN, Cert. Ed., MScN, Editor. Ist Pflegefachmann, -lehrer und -wissenschaftler. Er arbeitet als Lektor beim Verlag Hans Huber und als Dozent für Pflegediagnosen. Er ist Herausgeber der deutschsprachigen Ausgabe von Lunney: Arbeitsbuch Pflegediagnosen und -diagnostik.

Literatur

- Barrett, E. A. M.: A measure of power as knowing participation in change. In: Strickland, O.; Waltz, C. (eds.): Measurement of nursing outcomes: Volume four, measuring client self care and coping skills. New York: Springer, 1990, pp. 159-180
- Barrett, E. A. M.; Caroselli, C.: Methodological ponderings related to the power as knowing participation in change tool. Nursing Science Quarterly 11(1) (1998): 17-22
- Barrows, H. S.: The tutorial process. Springfield, IL: Southern Illinois University School of Medicine, 1988
- Belenky, M. F.; Clinchy, B. M.; Goldberger, N. R.; Tarule, J. M.: Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind. London: Basic Books, Harper Collins, 1986
- Caroselli, C.; Barrett, E. A. M.: A review of the power as knowing participation in change literature. Nursing Science Quarterly 11(1) (1998): 9-16
- Cox, R. A.: Standardized nursing language in long term care. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 2001
- Gordon, M.: Nursing diagnosis: Process and application (3rd ed.). New York: McGraw Hill, 1994
- Hafler, J. P.: Case writing: Case writers' perspective. In: Bould, D.; Felitti, G.: The challenge of problem-based learning. London: Kogan Press, 1991
- 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
- Rogers, E. M.: Diffusion of innovations (5th ed.). New York: Free Press, 2003
- Scheffer, B. K.; Rubenfeld, M. G.: A consensus statement on critical thinking. Journal of Nursing Education, 39 (2000): 352-359
- Welton, J. M.; Halloran, E. J.: A comparison of nursing diagnosis to the DRG and APR-DRG in predicting hospital death and discharge to a nursing home. Paper presented at: Seventh IMIA International Conference on Nursing Use of Computers and Information Science; April 28th - May 3rd 2000. Auckland, New Zealand, 2000