

## **Interview mit Dr. Marjory Gordon**

Im Herbst 2004 fand ein Workshop mit M. Gordon statt unter dem Titel: Pflegediagnostik – Klinische Urteilsbildung. Dieser Anlass wurde in Bern (Schweiz) durch Pflege PBS, Maria Müller Staub, angeboten. Bei dieser Gelegenheit wurde ein Interview durchgeführt, welches nun übersetzt vorliegt.

Dr. M. Gordon, Prof. Emerit., ist Begründerin der Pflegediagnostik, war die erste Präsidentin von NANDA und Professorin in Pflegewissenschaft am Boston College. Sie ist Autorin von Grundlagenliteratur zu Pflegediagnostik und beteiligt sich an Forschungsprojekten zu Klinischer Urteilsbildung.

Die Interviewerin

Maria Müller Staub, MNS, ist Pflegefachfrau, -lehrerin und -wissenschaftlerin. Sie arbeitet selbständig unter Pflege PBS (Projekte, Beratung, Schulungen); ihre Schwerpunkte sind: Einführung in Forschung Pflegediagnostik, Qualitäts- und Curriculumsentwicklung.

Der Interviewer

Jürgen Georg ist Pflegefachmann, -lehrer und -wissenschaftler. Er arbeitet als Lektor beim Verlag Hans Huber und als Dozent für Pflegediagnosen. Er hat Gordons Handbuch Pflegediagnosen erstmals ins Deutsche übersetzt.

## **Was ist der aktuelle Stand der Entwicklung von Pflegeklassifikationen?**

**Gordon:** Mittlerweile sind die Klassifikationen von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen soweit entwickelt, dass Sie in der praktischen Arbeit genutzt werden können. Das ist der einzige Weg, um festzustellen wo zukünftig Ergänzungen und Veränderungen notwendig sind. Die Entwicklung der Klassifikationen der Pflegediagnosen (NANDA), Pflegeinterventionen (NIC) und Pflegeergebnisse (NOC) ist so weit fortgeschritten, dass sie in die Standardnomenklatur der Medizin (SNOMED) aufgenommen wurden. SNOMED ist ein computerisiertes System, das bereits in vielen Ländern angewendet wird.

Die Entwicklung von Pflegeklassifikationen kann auf zwei Wegen erfolgen. Zum einen über die Struktur und den Aufbau der Klassifikation, die die Einordnung eines Phänomens in die Klassifikation beeinflusst. Die Struktur der Klassifikation beeinflusst ferner was eine Pflegediagnose ist und was nicht. Zum anderen sind es die Elemente einer Klassifikation, die klassifiziert werden, sprich die einzelnen Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse.

Was ist nun der Stand der Entwicklung? In Nordamerika wurde es notwendig, Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse miteinander zu verknüpfen. In Europa tat man dies bereits, als man sich auf das Thema Pflegefachsprache und ihre Klassifikation zu konzentrieren begann. Das ist jetzt in Nordamerika möglich mit der NANDA-NIC-NOC-Taxonomie (NNN). Die Entwicklung der Elemente dieser Taxonomie geht mit der Weiterentwicklung der NANDA Diagnosen einher. Zurzeit prüft das Taxonomie-Komitee der NANDA, wie die NANDA-Pflegediagnosen in die vier taxonomischen Bereiche der NNN: Lebensstil, physiologischer Bereich, psychosozialer Bereich und Umgebung integriert werden können. Damit wäre eine Struktur vorgegeben auf deren Grundlage, Beziehungen zwischen Diagnosen, Interventionen und Ergebnissen entwickelt werden können [und gegenwärtig entwickelt werden. Anm. d. Interviewer].

Einige der diagnostischen Konzepte der NANDA sind zu breit, wie z.B. «*beeinträchtigte elterliche Fürsorge*» und «*beeinträchtigter Hautzustand*». Die Art der «Beeinträchtigung» muss näher identifiziert werden, bzw. der zu allgemeine Begriff «Beeinträchtigung» sollte genauer definiert werden. Einige Pflegende meinten, dass es nicht genügend Pflegediagnosen im Bereich der gesundheitsbezogenen oder Wellness-Diagnosen gäbe. Mit den neuerlichen Ergänzungen wurde dieses Defizit ausgeglichen. Andere meinen, dass die Zahl der Pflegediagnosen, die Pflegephänomene in der Pflege von Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern beschreiben, nicht ausreicht. Das Problem könnte dabei auch sein, dass die jetzigen Pflegediagnosen keine spezifischen Merkmale für diese Population beschreiben. Weitergehende Pflegeforschung ist daher notwendig, um die Variationen von Merkmalen bestimmter Pflegediagnosen in bestimmten Altersgruppen [und Entwicklungsstufen, Anm. d. Interviewer] zu erkennen.

Das Pflegeklassifikationszentrum in Iowa arbeitet weiter an der Entwicklung von Pflegeinterventionen und -ergebnissen. Einige Pflegepraktikerinnen schlagen vor, dass die Interventionen spezifischer werden müssten. Die Entwicklung der Klassifikationen in diesen drei Bereichen wird mit neuen Forschungsergebnissen voranschreiten, die es notwendig machen, Veränderungen und Präzisierungen vorzunehmen und neue von Pflegenden identifizierte aktuelle und Risikopflegediagnosen werden hinzukommen.

**Auf der jetzigen NANDA-Liste sind rund 166 Pflegediagnosen – was entgegenn Sie Pflegenden, die fragen ob sie diese alle kennen müssen?**

**Gordon:** Nein! Pflegende müssen wissen wie sie Gesundheitsprobleme *erkennen und behandeln*, in ihrer Praxis vorkommen. Wie können Pflegende erfahren, welche das sind? Prüfen Sie die Begriffe und Definitionen der 166 NANDA-Pflegediagnosen, um zu erkennen, welche der dort genannten Gesundheitsprobleme in Ihrer Praxis vorkommen. Es können zehn sein. Versuchen Sie dann die am *häufigsten* vorkommenden Pflegediagnosen zu lernen oder in Ihr bestehendes Wissen zu integrieren. Auszubildenden oder Pflegestudenten werden im Rahmen ihrer Ausbildung oder ihres Studiums möglicherweise mit allen 166 Diagnosen in ihrem Curriculum konfrontiert. Pflegepraktiker werden allmählich alle Pflegediagnosen lernen, denen sie in ihrer Praxis begegnen.

**In welchen Ländern werden die «Funktionellen Verhaltensmuster» und NANDA-Pflegediagnosen angewendet und in wie viele Sprachen wurden Ihre Bücher übersetzt?**

**Gordon:** Meines Wissens werden die Funktionellen Verhaltensmuster teilweise in der Ausbildung und Praxis der folgende Länder eingesetzt: Aruba, Australien, China, Brasilien, Deutschland, Frankreich, Japan, Kanada, Mexiko, Niederlande, Österreich, Saudi Arabien, Schweiz, Slowenien, Spanien und den USA. – Meine Bücher wurden in folgende Sprachen übersetzt: Chinesisch, Deutsch, Französisch, Japanisch, Italienisch, Niederländisch, Schwedisch, Slowenisch, Spanisch.

**Wie kann eine qualitativ gute Einschätzung der Gesundheitsbedürfnisse und -probleme von Patienten sichergestellt werden, obwohl dafür standardisierte Pflegediagnosen genutzt werden?**

**Gordon:** Menschliche Wesen decken ihre Bedürfnisse bezüglich Gesundheit und Gesundheitsmanagement, indem sie bestimmte Verhaltensmuster entwickeln. So entwickelt z.B. jeder von uns ein eigenes Muster des Ernährungsverhaltens, um seine Nahrungs- und Flüssigkeitsbedürfnisse zu decken. Obwohl uns Grundbedürfnisse gemein sind, so wird doch das gesundheitsbezogene Verhaltensmuster, das wir zur Deckung dieser Grundbedürfnisse entwickeln, von persönlichen entwicklungs- umgebungsbezogenen und kulturellen Faktoren beeinflusst.

Wir verwenden diagnostische Begriffe, sprich Pflegediagnosen, um Verhaltensmuster zu bezeichnen, die nicht funktionell sind. Die Qualität des Assessments hängt davon ab, dass gültige, valide Informationen gesammelt und analysiert werden und diagnostische Begriffe richtig und akkurat benutzt werden. Obwohl Pflegediagnosen bei vielen Patienten dieselben sein können, so sind die entsprechenden Pflegeinterventionen nicht standardisiert, sondern für den jeweiligen Patienten individuell zu wählen

**Wie sollte eine Pflegende vorgehen, wenn sich beim Patienten Merkmale oder Symptome zeigen wie Schwindel, Juckreiz oder Desynchronisation, sie diese «Diagnosen» aber nicht auf der Liste der NANDA findet?**

**Gordon:** Merkmale und Symptome müssen im ganzen Zusammenhang betrachtet, aber nicht ignoriert werden. Das Denken sollte darauf gerichtet werden, was dieses Kennzeichen bedeutet. Schwindel z.B. kann von vielen Dingen verursacht werden, von denen einige sehr schwerwiegend sind und ärztlich beurteilt werden müssen. Anhaltender Schwindel bedeutet, dass der Patient sturzgefährdet ist, was mit der Pflegediagnose «Sturzgefahr» bezeichnet werden könnte. Die Fragen sind: Ist das Merkmal Ausdruck einer Pflegediagnose? Ist das Symptom etwas, das von Medizinern behandelt werden sollte? Ist es ein Merkmal eines Zustandes, den Pflegende erkennen, benennen und behandeln können, der bislang aber nicht von der NANDA beschrieben wurde? Besteht die Notwendigkeit, eine neue Pflegediagnose zu entwickeln? – Das kürzlich eingeführte Konzept des Symptommanagements kann die Anwendung von Pflegediagnosen ergänzen, aber es sollte nicht dazu führen, dass die durch das Symptom hervorgerufenen Reaktionen oder die dem Symptom zugrundeliegenden Ursachen (pflegerische oder medizinische Diagnosen) vernachlässigt werden.

**Was sind nach Ihrer Ansicht die 10–15 wichtigsten Pflegediagnosen in der Langzeitpflege?**

**Gordon:** Einige dieser Diagnosen stehen miteinander in Wechselbeziehung und einige fungieren als Risikofaktoren für andere. Die wichtigsten Pflegediagnosen in der stationären und häuslichen Langzeitpflege sind aus meiner Sicht: (1) Sturzgefahr (mit Risikofaktoren wie kognitive Beeinträchtigung oder Mobilität), (2) beeinträchtigte Mobilität (Grad spezifizieren), (3) Selbstversorgungsdefizit (Körperpflege, Ernährung, sich kleiden, Pflege der äußeren Erscheinung, Toilettenbenutzung), (4) soziale Isolation/Vereinsamungsgefahr, (5) Angst oder Furcht (vor Abhängigkeit, zu spezifizieren bei Angst/Furcht einer Familie), (6) Aktivitätsintoleranz (Grad spezifizieren), (7) beeinträchtigte Haushaltsführung, (8) Obstipation (b/d) Mangelernährung, (9) Stressurininkontinenz, (10) Stuhlinkontinenz, (11) Schlafstörung (z.B: Einschlafstörung, Schlaf-Wach-Umkehr), (12) Rollenbelastung pflegender Angehöriger, (13) unwirksames Unterstützungssystem, (14) Gedächtnisstörung, (15) auditive/visuelle Wahr-

nehmungsstörung, (16) Machtlosigkeit (bei institutionalisierten alten Menschen), (16) reaktive situative Depression (Situation spezifizieren).

**Wie sollte eine Pflegende Prioritäten setzen, wenn bei einem Patienten mehrere Pflegediagnosen zutreffen?**

**Gordon:** Erstens lebensbedrohliche oder behindernde Zustände, zweitens Schweregrad des Zustandes und vorhersehbare Konsequenzen, drittens Prioritäten des Patienten, d.h. welche Probleme möchte der Patient vorrangig behandelt wissen, viertens Ressourcen.

**DRGs werden immer häufiger zur Kostenerstattung im deutschsprachigen Gesundheitswesen genutzt. Sind Pflegediagnosen hilfreich im Umgang mit DRGs ?**

**Gordon:** In der amerikanischen Version der hospitalbezogenen Diagnoses Related Groups (DRGs) werden Pflegediagnosen innerhalb des Tagessatzes als sogenannte „Hotelleriekosten“ erstattet. Obwohl es Pflegediagnosen gibt, die gleichzeitig mit medizinischen Diagnosen auftreten, sind sie stärker person- als krankheitsorientiert. Personen reagieren unterschiedlich auf Erkrankungen im Rahmen der DRG, daher ist es nicht möglich, eingeschränkte Funktionen in *allen* funktionellen Verhaltensmustern vorherzusagen. Daher müssen wir für die Erstattung der Pflegediagnosen kämpfen. Untersuchungen von Halloren haben gezeigt, dass bei «Ausreißern» (= statistischer Begriff für extreme Einzelfälle), d.h. in den Fällen, die mehr Ressourcen benötigen als von der DRG vorgeschrieben, gewöhnlich Pflegediagnosen vorliegen, die die Verweildauer verlängern. Daher scheinen Pflegediagnosen ein Hauptfaktor zu sein, um dieses Phänomen zu erklären.

**Womit sollte eine Klinik/Institution beginnen, wenn sie Pflegediagnosen einführen möchte?**

**Gordon:** Elemente des Einführungsprojektes sind an erster Stelle und am wichtigsten überhaupt, die Überzeugung, dass Pflegende in ihrer professionellen Rolle a) diagnostische Urteile und Behandlungsentscheidungen innerhalb ihres pflegerischen Aufgabengebietes fällen und b) dass sie verantwortlich für bestimmte Behandlungsergebnisse sind, wie z.B. einen intakten Hautzustand bei der Entlassung. Zweitens, das Wissen um Begriffe und Konzepte der in ihrer Praxis häufigen Pflegediagnosen und Interventionen. Weitere Elemente des Einführungsprojektes sind, eine klare Vorstellung von Schwerpunkten pflegerischer Praxis und einen pflegerischen Bezugsrahmen für das Pflegeassessment zu entwickeln, damit zu üben und vertiefend Fallbeispiele und Praxisübungen einzusetzen. Drittens, ein klares Bewusstsein über den diagnostischen Prozess und die klinische Urteilsbildung. Viertens, ein klares Bewusstsein über (nationale und lokale) Standards und Handlungsrichtlinien für die Praxis, die Pflegediagnosen und Interventionen mit einschließen. Fünftens, (Trocken-)Übungsmöglichkeiten bevor die diagnostischen Urteile für alle sichtbar in das Dokumentationssystem geschrieben werden. Möglichkeiten für kollegiale Rückmeldungen, Beurteilungen und Beratungen. Sechstens, in machen Fällen ist es notwendig, Pflegende beim Übergang von einem medizinischen zu einem pflegerischen Praxismodell zu unterstützen.

**Was sind die Vorteile, NANDA-Pflegediagnosen als standardisierte Fachsprache für Pflegeprobleme im heutigen Gesundheitswesen zu nutzen?**

**Gordon:** Mit Einzug der elektronischen Patientenakte wächst der Bedarf für eine präzise Pflegedokumentation. Weitere Vorteile sind, die Klarheit der Kommunikation, die Tatsache, dass NANDA transparente Mechanismen etabliert hat, um Pflegediagnosen zu entwickeln zu überprüfen und zu verbessern, sowie die Möglichkeit, Pflegediagnosen mit NIC-Pflegeinterventionen und NOC-Pflegeergebnissen zu verknüpfen.

**Was sollte aus Ihrer Sicht die Aufgabe von Pflegeforscherinnen, -managerinnen und -lehrerinnen bezüglich Pflegediagnosen sein?**

**Gordon:** ForscherInnen, die Pflegeinterventionen untersuchen, sollten das Problem spezifizieren, auf dessen Lösung die Intervention ausgerichtet ist. Sie sollten eine standardisierte Fachsprache verwenden, um spätere Metaanalysen möglich zu machen. ManagerInnen sollten ihre MitarbeiterInnen beim Erlernen der Pflegediagnosen und -diagnostik unterstützen. Sie sollten von Ihren Mitarbeitern erwarten, dass sie eine standardisierte Fachsprache in Diskussionen und beim Dokumentieren verwenden und sie sollten die diagnostischen und pflegeplanerischen Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter bewerten. LehrerInnen sollten der Gesellschaft und den Arbeitgebern versichern, dass ihre Studenten und Auszubildenden kompetent sich die gängigen Pflegediagnosen zu erkennen, zu benennen und mit gängigen Pflegeinterventionen zu behandeln.

**Woran arbeiten Sie zur Zeit? Planen Sie neue Buchpublikationen oder Neuauflagen Ihrer Werke?**

**Gordon:** Ein zuerst in Japanisch erschienenenes Werk über Funktionelle Verhaltensmuster wird in Englisch erscheinen und ich bereite eine überarbeitete Neuauflage meines Handbuchs Pflegediagnosen vor. Mit der Universität von Sao Paulo in Brasilien arbeite ich an der Entwicklung eines Instrumentes zur Messung diagnostischer Urteilsbildung.

**Angenommen Sie könnten Ihre Karriere noch einmal beginnen – was würden Sie anders machen?**

**Gordon:** Ich würde mein Doktoranden-Forschungsprogramm zu einem früheren Zeitpunkt beginnen.

**Was würden Sie sich wünschen wie zukünftige Pflegegenerationen Ihre Arbeit beurteilen werden?**

**Gordon:** Dass sie meine Arbeit als hilfreich und nützlich bezeichnen.

Frau Dr. Gordon, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.