

## Wie bedeutet klinische Entscheidungsfindung in der Pflege?

*Der berufliche Alltag verlangt von Pflegefachfrauen komplexe Denk- und Handlungsprozesse. Hingegen wird der klinischen Entscheidungsfindung in der deutschsprachigen Literatur und in Pflegeausbildungen bisher zu wenig Beachtung geschenkt<sup>(1, 2)</sup>.*

Pflegediagnosen werden definiert als *klinische Urteilsbildung* bezüglich *menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme/Lebensprozesse*<sup>(3)</sup>. Menschliche Reaktionen sind komplexe Prozesse, in deren Verlauf menschliches Verhalten mit Blick auf die Gesundheit interpretiert wird<sup>(4)</sup>. Das heisst, Pflegediagnosen umfassen menschliche Reaktionen und sind daher nicht einfach mit pathophysiologischen Zuständen oder medizinischen Diagnosen gleichzusetzen. Der Grund für die Komplexität von Pflegediagnosen liegt darin, dass Pflegenden den Menschen und seine Gesundheit ganzheitlich betrachten (Webster, 1984). Der pflegediagnostische Prozess und die Wahl von Pflegeinterventionen, für welche die Pflegefachpersonen die Verantwortung tragen, beruhen auf klinischer Entscheidungsfindung<sup>(5-7)</sup>. Bei diplomierten Pflegenden wurde mehrfach ein großer Schulungsbedarf in klinischer Entscheidungsfindung nachgewiesen<sup>(8-12)</sup>.

### Klinische Entscheidungsfindung am Beispiel einer verzweifelten Patientin

Ein Patientinnenbeispiel soll die klinische Urteilsbildung bezüglich menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme/Lebensprozesse verdeutlichen. Das Beispiel wurde so verändert, dass die Anonymität gewährt wird und kein Nachvollziehen auf mögliche ähnliche Situationen stattfinden kann.

Eine 18-jährige Jugendliche wurde von der Sanität in ein Schweizer Notfallzentrum eingeliefert, nachdem sie als Beifahrerin auf einem Motorrad in einen Unfall verwickelt war. Lenkerin des Motorrads war ihre Mutter. Diese war lebensbedrohlich verletzt und ebenfalls ins Spital eingeliefert worden. Die junge Frau wies eine Unterschenkelverletzung auf und war beim Eintritt stark erregt. Sie war in einem Schock ähnlichen Zustand und hatte Heul- und Hyperventilationsanfälle. Die medizinischen Eintrittsdiagnosen für ihre Notfalleinweisung lauteten akute Suizidalität und Unterschenkelverletzung. Anamnestisch wurden bei der jungen Frau eine sehr enge Beziehung zur Mutter und eine vorbestehende psychische Problematik aufgenommen. Die Tochter machte sich Vorwürfe, den Unfall durch Ablenkung der Mutter/Fahrerin verursacht zu haben. Sie machte sich Sorgen um die familiäre Zukunft und sagte, die Mutter sei ihr ganzer Lebenssinn, und ohne die Mutter wolle sie nicht weiterleben. Sobald die Pflegenden erste Einweisungs-Informationen hatte, stellte sie hypothetische Überlegungen an, um den Pflegebedarf der jungen Frau einzuschätzen. Im Prozess der klinischen Entscheidungsfindung machte sie sich folgende Gedanken:

- a) Was ist das Hauptproblem der Patientin? Steht für die Patientin ihr eigenes, momentanes Ergehen oder der lebensbedrohliche Zustand der Mutter im Vordergrund? Hat sie Schmerzen? Liegen möglicherweise andere Verletzungen vor (Knochenbrüche, innere Verletzungen, Hirnschütterung etc)? Wieweit kann die Patientin adäquat über ihr jetziges, körperliches und seelisches Ergehen Auskunft geben?
- b) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem momentan Ergehen der Patientin, ihrem körperlichen Zustand, dem Unfallgeschehen und der vorgängigen, psychischen Problematik?

- c) Wie wurden weitere Angehörige bisher informiert und einbezogen? Welche Informationen sollen der Patientin bezüglich des Zustandes der Mutter gegeben werden? Wie weit soll und kann sie bei den familiären Abklärungen und der pflegerischen Begleitung gehen?

Die Patientin wurde von einer erfahrenen Pflegenden betreut, die über einen Abschluss HöFa I (Höhere Ausbildung in Pflege, Stufe 1) verfügt. Zudem wurde diese bei der Einführung der Pflegediagnosen während über einem Jahr vertieft in klinischer Entscheidungsfindung und der Anwendung der NANDA-Pflegediagnosen geschult.

Um den Pflegebedarf der Patientin gezielt zu erfassen und hilfreiche Pflegemassnahmen zu treffen, wendete die Pflegenden Pflegediagnostik an. Sie setzte sich vertieft mit der Patientin und ihrem Ergehen auseinander. Ihr aktives Zuhören und ihr vertieftes Fachwissen erlaubten ihr, Pflegediagnosen zu suchen und wirksame Pflegemassnahmen zu ergreifen.

Während der ersten drei Stunden verweigerte die Patientin sämtliche Beruhigungsmedikamente. Nach dieser Zeit konnte sie ans Bett ihrer Mutter begleitet werden, welche auf der Intensivstation im Sterben lag und kurz darauf verstarb. Weitere Familienangehörige waren anwesend und wurden durch das Pflege- und Behandlungsteam unterstützt.

Die Tochter zeigte Zeichen der NANDA Pflegediagnose „existenzielle Verzweiflung“. Vorhandene Zeichen dieser Pflegediagnose waren: „Spricht über einen inneren Konflikt, über die Beziehung zu Gott, zeigt Zorn gegen Gott und sich selbst, hinterfragt ihr eigenes Dasein, Selbstbeschuldigungen“. Die Patientin war zornig, weinte, war von Sorgen eingenommen und voller Angst. Die Pflegenden wandte der Pflegediagnose entsprechende Pflegeinterventionen an, welche im Buch Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr (2002) beschrieben sind. Sie hörte auf Klagen der Patientin, damit sie ihre Ängste äussern konnte. Sie nahm deren Besorgnisse auf. Sie achtete auf Äusserungen der Unfähigkeit, einen Lebenssinn oder einen Grund zum Leben zu finden und ging darauf ein. Eine therapeutische Beziehung wurde aufgebaut und eine Atmosphäre geschaffen, die das Äussern von Gefühlen und Sorgen zuließ. Sie sorgte für eine ruhige und Sicherheit vermittelnde Umgebung. Destruktivem Verhalten der Patientin setzte sie Grenzen und sprach Unterschiede zwischen Trauer und Schuldgefühlen an.

Im interdisziplinären Behandlungsteam wurde die Situation mit einem Seelsorger besprochen und das gesamte Behandlungsteam stand der Patientin und ihren Angehörigen bei. Die Patientin war dann auch bereit, ein beruhigendes Medikament einzunehmen. Als die Mutter verstarb, wirkte sie traurig, aber gefasst. Die Patientin wurde dann in die häusliche Pflege entlassen. Ihr Vater wurde über die Medikation und das Verhalten bei weiteren Problemen instruiert. Für die Nachsorge und das weitere Behandlungsprozedere am nächsten Tag wurde eine Vereinbarung mit dem psychiatrischen Dienst getroffen.

In der Reflexion dieser Pflegesituation hielt die Pflegenden ihre pflegediagnostischen Überlegungen und ihre Pflegemassnahmen schriftlich fest und überprüfte ihr Denken und Handeln anhand der Theorie<sup>131</sup>. Ihre schriftliche Reflexion wurde für das Schreiben dieses Artikels beigezogen. Das obige Patientenbeispiel stammt aus einer Akutklinik. Jedoch kommen die Pflegediagnosen „existenzielle Verzweiflung“ und „Suizidgefahr“ im Langzeit- und Rehabilitationsbereich häufig vor. Der folgende Abschnitt beschreibt Komponenten des diagnostischen Prozesses und die Schritte der klinischen Entscheidungsfindung, welche für alle Fachbereiche gelten.

## **Komponenten des pflegediagnostischen Prozesses**

Patienten wollen von Pflegenden als Mensch und nicht bloß als Beispiel für eine bestimmte Krankheit wahrgenommen werden; und die Pflegenden haben die Aufgabe, die Gesundheit der Menschen im Kontext ihrer Lebensumstände zu fördern<sup>[14]</sup>. Gemäß Gordon (2004) beinhaltet klinische Entscheidungsfindung im Pflegealltag immer Aspekte der a) diagnostischen Urteilsbildung, b) therapeutischen Entscheidungsfindung und c) der ethischen Entscheidungsfindung. Das obige Beispiel beinhaltet diese drei Aspekte.

Der diagnostische Prozess setzt sich zusammen aus Informationssammlung, Analyse der Informationen, Synthese der Informationen und diagnostischer Urteilsbildung. Kontextuelle Faktoren wie Alter, Entwicklungsstand, Geschlecht, Kultur und bestehende Krankheiten individualisieren die pflegerische Einschätzung und Diagnostik<sup>[7]</sup>.

Klinische Urteilsbildung beinhaltet das Generieren von Möglichkeiten und Annahmen (Hypothesen). Sobald die Pflegenden Informationen über die Patientin hatte, begann ein Prozess von divergentem, vielfältig suchendem Denken. Während der Informationssammlung erhielt die Pflegenden Hinweise (wie Zeichen der Angst, Unruhe) und sie fragte nach entsprechenden, weiteren Hinweisen bis sich die Situation so darstellte, dass sie ein Urteil bilden und die Pflegediagnose „existenzielle Verzweiflung“ stellen konnte. Gordon (2004) hat diesen Vorgang mit einer „Formel“ beschrieben: Hinweis + Hinweis = Möglichkeiten zum Weitersuchen + Hinweis + Hinweis = pflegerische Urteilsbildung = Pflegediagnose. Die Pflegenden stellte zuerst folgende, hypothetische Pflegediagnosen bei der Patientin: a) Posttraumatisches Syndrom, b) Gefahr der Machtlosigkeit, c) unterbrochener Familienprozess und c) existenzielle Verzweiflung. Anhand der klinisch beobachteten Zeichen, Ursachen und der Problemdarstellung seitens der Patientin entschied sie sich für die Pflegediagnose „existenzielle Verzweiflung“. Die in der Theorie beschriebenen Pflegeziele und -massnahmen stimmten mit der aktuellen Patientinnensituation überein. In der schriftlich festgehaltenen Reflexion und unter Zuhilfenahme des Buches Pflegediagnosen und Massnahmen<sup>[13]</sup> bestätigte sich die Richtigkeit ihres Vorgehens.

Wertvolle Hinweise zur klinischen Entscheidungsfindung bietet auch die Autorin Margaret Lunney. Sie gilt weltweit als führende Expertin zur Lehre und Vermittlung von Pflegediagnosen und diagnostischen Fähigkeiten. 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 demnächst beim Huber Verlag. Es trägt den Titel „Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess“.

Dieser Artikel stellt dar, dass Pflegenden befähigt werden können, ihre klinische Urteilsbildung zu verbessern und gezielt Pflegediagnosen zu stellen, um hilfreiche Pflegeinterventionen einzusetzen.

*<I>Ein herzlicher Dank geht an Danielle Imboden Jaggy, Diplomierte Pflegefachfrau HöFa 1. Frau Imboden stellte ihre schriftlichen Reflexionen, in welchen sie ihr Vorgehen in der Pflegediagnostik festhielt, zur Verfügung und trug damit wesentlich für die Verfassung dieses Artikels bei.<P>*

## **Die Autorin**

**Maria Müller-Staub**, MNS, ist Pflegefachfrau, -lehrerin und -wissenschaftlerin. Sie arbeitet selbstständig unter dem Namen *Pflege PBS (Projekte, Beratung, Schulungen)*; ihre Schwerpunkte

sind: Einführungen und Forschungen bezüglich Pflegediagnostik, Qualitäts- und Curriculumentwicklung. E-mail: muellerstaub@bluewin.ch

## Literatur

- 1) Müller-Staub, M., *Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess*. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 2006. **5**(06): p. 275-279.
- 2) Müller-Staub, M. and U. Stuker-Studer, *Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen*. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 2006. **5**(06): p. 281-286.
- 3) NANDA International, *Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2005-2006*. 2005, Philadelphia: NANDA International.
- 4) Lunney, M., ed. *Critical Thinking & Nursing Diagnoses: Case Studies & Analyses*. 1998, Nursecom: Philadelphia.
- 5) Buckingham, C.D. and A. Adams, *Classifying clinical decision-making: Interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis*. Journal of Advanced Nursing, 2000. **32**(4): p. 990-998.
- 6) Buckingham, C.D. and A. Adams, *Classifying clinical decision making: a unifying approach*. Journal of Advanced Nursing, 2000. **32**(4): p. 981-989.
- 7) Gordon, M., *Nursing diagnoses - State of the art*, in *Pflegediagnostik - klinische Urteilsbildung*. 2004, Müller Staub, Pflege PBS, Bern.
- 8) Courtens, A.M. and H. Huijjer Abu-Saad, *Nursing diagnoses in patients with Leukemia*. Nursing Diagnosis, 1998. **9**(2): p. 49-60.
- 9) Delaney, C., et al., *Reliability of nursing diagnoses documented in a computerized nursing information system*. Nursing Diagnosis, 2000. **11**(3): p. 121-134.
- 10) Ehrenberg, A. and M. Ehnfors, *Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish nursing home records*. Nursing Diagnosis, 1999. **10**(2): p. 65-76.
- 11) Müller Staub, M., *Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit*. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 2002. **15**: p. 113-121.
- 12) Rivera, J.C. and K.M. Parris, *Use of nursing diagnoses and interventions in public health nursing practice*. Nursing Diagnosis, 2002. **13**(1): p. 15-23.
- 13) Doenges, M.E., M.F. Moorhouse, and A.C. Geissler-Murr, *Pflegediagnosen und Massnahmen*, ed. C. Abderhalden and R. Ricka. 2002, Bern: Huber.
- 14) Webster, G. *Nomenclature and classification system development*. in *Fifth national NANDA conference*. 1984. St. Louis: Mosby.