

Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege

M. Grypdonck

■ **Der Hauptvortrag der Heidelberger Fachtagung des DV Pflegewissenschaft im September 2003 beginnt mit einer Kritik der schematischen Anwendung von Prinzipien der evidenzbasierten Praxis, insbesondere der absoluten Priorität randomisierter, kontrollierter Studien. Gründe für die Anwendung von evidenzinformierter Praxis werden vorgebracht. Anschließend wird das Utrechter Modell zur Entwicklung, Testung und Einführung von Pflegeinterventionen vorgestellt.**

■ The key-lecture of the Heidelberg-congress of DV Pflegewissenschaft in september 2003 starts with a critique of dogmatic use of the principles of Evidence Based Practice, especially the absolute priority of randomized, controlled trials. Reasons for the use of Evidence Informed Practice are discussed. Finally, the Utrecht Model for developing, testing and implementing nursing interventions is presented.

Auf Evidenz basierende Praxis (EBP) stammt von EBM (auf Evidenz basierender Medizin) ab und wurde von Epidemiologen entwickelt. Sackett wird im allgemeinen als der Vater von EBM angesehen, obwohl – nicht unerwartet – die Briten Anspruch auf ihren eigenen Vorreiter erheben. Sackett et al. definieren EBM als »die bewußte, explizite und vernünftige Anwendung der augenblicklich besten Evidenz bei der Entscheidung über die Pflege und Behandlung individueller Patienten. Die Praxis auf Evidenz basierender Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten vorhandenen externen klinischen Evidenz aus systematischer Forschung« (Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M. & Richardson, W.S., 1996). Diese Definition ersetzte eine frühere, häufig kritisierte Fassung.

Die Definition bezieht sich auf externe Evidenz. Mit externer Evidenz meint Sackett das, was im allgemeinen als wissenschaftliche Evidenz bezeichnet wird. Es gibt eine umfangreiche Diskussion in der Literatur darüber, was man als Evidenz anerkennen sollte, obwohl dies in den Augen von EBM-Anhängern ziemlich klar ist. In der EBM gibt es Stufen von Evidenz (Harbor, R. & Miller, J., 2001). Es gibt Evidenz, die wirklich zählt. Das ist diejenige, die durch randomisierte kontrollierte Versuchsarrangements (RCTs) gewonnen

wurde. Diese Evidenz wird als überragend angesehen, letztlich als die einzige vertrauenswürdige, da sie kausale Beziehungen zwischen Behandlungen und Wirkungen herstellt. Dadurch, dass die Möglichkeit von Befangenheit bzw. Vorurteilen ausgeschlossen wird, können RCTs die meisten anderen Erklärungsansätze für die Schlußfolgerung, dass eine Behandlung eine nützliche Wirkung hat, oder dass diese fehlt, ausschließen. Es gibt andere Evidenzquellen, aber diese reichen nicht an das Ideal heran oder verfehlen es beträchtlich. Sie können darum nur beim Fehlen von RCT-Evidenz benutzt werden. Die Stufen gehen von (oben nach unten): Evidenz von RCTs, nicht randomisierten Untersuchungen, beschreibenden Studien, Fallstudien, qualitativer Forschung, Expertenmeinung. Die Eingruppierung dieser verschiedenen Arten von Evidenz ist von Autor zu Autor unterschiedlich. Es gibt jedoch unter den EBP-Anhängern einen hohen Grad der Übereinstimmung bezüglich der richtigen Reihenfolge.

Die Prinzipien und Regeln der EBM sind von der Pflege und anderen Gesundheitsberufen weitgehend übernommen worden. Daher der Begriff »auf Evidenz basierende Pflege (EBN)«, oder umfassender »auf Evidenz basierende Praxis (EBP)«. Zunächst gab es Widerstände gegen die Einführung von EBP. Das hat dazu geführt, dass andere Quellen der Evidenz oder andere Arten von

Wissen einbezogen wurden, wie es in der Definition von Cullum (2000) deutlich wird, der EBN als den Prozess definiert, in dem Pflegenden klinische Entscheidungen treffen auf der Basis der besten vorliegenden Forschungsergebnisse sowie ihrer eigenen klinischen Erfahrung, der Vorlieben der Patienten und den vorhandenen Mitteln. Im Gegensatz dazu, was diese Definition bedeuten könnte, nämlich, dass die unterschiedlichen Quellen des Wissens oder der Evidenz gleichberechtigt nebeneinander stehen, wird die ursprüngliche Hierarchie zweifellos von denjenigen, die EBP propagieren, aufrechterhalten. Das bedeutet, dass andere Erkenntnisquellen unzuverlässig von niedrigerem Rang sind und von wissenschaftlicher Evidenz, falls vorhanden, verdrängt werden.

RCTs als Quelle von Wissen: einige kritische Anmerkungen

EBP-Anhänger sehen RCTs als die einzige wirklich valide Quelle der Erkenntnis an. Es wird gesagt, dass RCTs Informationen über kausale Beziehungen zwischen Behandlungen und ihren Wirkungen liefern und die einzige Forschungsart sind, die dies bietet. Für viele Autoren, die Anhänger von EBP sind, ist die Information aus gut durchgeführten RCTs gleichzeitig zwingend. Das heißt: Es wäre, von Ausnahmen abgesehen, nicht vernünftig und

schlechte Praxis, nicht in Übereinstimmung mit der Evidenz zu handeln. Das bezieht sich sowohl auf die professionell Tätigen als auch auf die Patienten. Eine wissenschaftlich ausgebildete Pflegenden (nurse practitioner) in einem Krankenhaus, in welchem EBP als vorherrschende Praxis propagiert wird, wurde gefragt, was passieren würde, wenn ein Patient eine Behandlung verlangte, die den Erkenntnissen von RCTs widerspräche. Sie antwortete, dass in diesem Fall der Patient im Hinblick auf seine Autonomie diese Behandlung haben könnte. Er müsste jedoch selbst dafür sorgen. Die Pflegenden würden sie nicht durchführen.

Es gibt schwere Fehler in dieser Sichtweise. Ich will drei davon diskutieren. Der erste bezieht sich auf die Art der Vorhersage, welche RCTs ermöglichen. Der zweite bezieht sich auf die kausalen Schlußfolgerungen, welche RCTs angeblich unterstützen und der dritte Fehler, der mit dem zweiten in Beziehung steht, betrifft die Generalisierbarkeit, von der man in der vorher erwähnten Überzeugung ausgeht.

Die Art von Vorhersagen

Was können wir über zukünftige Ergebnisse auf der Grundlage von Ergebnissen einer RCT vorhersagen? Ich möchte ein konkretes Beispiel vorstellen, um diesen Punkt zu verdeutlichen. RCTs haben gezeigt, und sogar wiederholt gezeigt, dass es Kindern besser geht, wenn die Eltern bei unangenehmen Untersuchungen anwesend sind. In verschiedenen RCTs fand man heraus, dass es einen statistisch relevanten Unterschied gibt zwischen der Gruppe, bei denen die Eltern anwesend sind und denen, wo das nicht der Fall ist. Im allgemeinen würden wir sagen, dass es sich gezeigt hat, dass Kinder von der Anwesenheit der Eltern profitieren. Genauer gesagt, das bedeutet, dass *im Schnitt* die Gruppe, in der die Eltern anwesend waren, bessere Werte hatte als die andere. Oder, wenn eine andere Art der Statistik benutzt wird, dass mehr Kinder in der Gruppe, deren Eltern anwesend waren, bessere Ergebnisse erzielten als die andere Gruppe. Es bedeutet durchaus nicht, dass jedes Kind besser abschnitt oder abschnitten würde. Wenn die erste Berechnungsmethode benutzt wird, hieße das noch nicht einmal, dass mehr Kinder besser abschnitten würden. Die Er-

wartung, dass es Kindern bei Anwesenheit der Eltern besser gehen würde, ist eine statistische Verallgemeinerung. Sie erlaubt keine Vorhersage für ein individuelles Kind. Wenn das Kind z.B. Mißhandlungen erlebt hat, wenn die Pflegenden beobachtet hat, dass die Eltern-Kind Interaktion vorwurfsvoll ist, ist es wahrscheinlicher, dass das Kind von der Anwesenheit nicht profitiert als dass es profitiert. In der klassischen Wissenschaftsphilosophie wurden solche Verallgemeinerungen Wahrscheinlichkeitsgesetze genannt (Brunswick, E., 1955; Nagel, E., 1961). Andere bezeichnen dies als statistische Vorhersagen (Feinstein, A.R. & Horowitz, R.L., 1997; Rolfe, G., 1999). Genau so wie man ertrinken kann, wenn man sich darauf verläßt, dass ein Fluss im Durchschnitt 1,50m tief ist, kann man auch falsche Entscheidungen über einzelne Menschen treffen, wenn man auf das vertraut, was im allgemeinen der Fall ist.

RCTs werden für wichtig angesehen, weil sie, und nur sie, kausale Schlußfolgerungen erlauben. Wenn bei einem Kind ein Problem im Rechnen beobachtet wird und dieses Kind erhält Nachhilfeunterricht und erbringt danach bessere Leistungen, kann man nicht behaupten, dass diese Verbesserung dem Nachhilfeunterricht zuzuschreiben ist. Viele andere Faktoren könnten eine Rolle spielen, z.B. die Reifung des Kindes, die zu diesem Zeitpunkt stattfindet. Wenn RCTs ordentlich durchgeführt werden, sollten sie solche kausalen Schlußfolgerungen erlauben. Falls, und das sollte bei einem RCT der Fall sein, zwei Gruppen von Patienten genau gleich behandelt werden unter denselben Bedingungen außer, dass die eine Gruppe ein Cholesterolsenkendes Medikament erhält und die andere nicht, kann man sicher annehmen, dass Unterschiede in den Cholesterolverwerten dem Medikament zuzuschreiben sind. In der Pflegeforschung, wie in vielen anderen Arten der Forschung über Pflege und Behandlung, sind die Dinge jedoch nicht so klar und einfach. Wenn zwei Gruppen von Herzinfarktpatienten verglichen werden und die eine Gruppe eine Beratung über gesunde Lebensweise erhält und die andere nicht und wir sehen einen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen, ist es nicht einfach, einen kausalen Zusammenhang festzustellen. Häufig sind die beiden Situationen nicht so identisch, wie sie sein sollten. Es könnte Unterschiede geben, die als unerheblich angesehen werden, die aber

doch etwas ausmachen. Es könnte zum Beispiel schwierig sein, die selbe Pflegenden in der Experimental- und der Kontrollgruppe einzusetzen. Brunswick, ein wichtiger Wahrnehmungspsychologe, zeigte schon in den frühen fünfziger Jahren auf, dass schon die Länge der Nase der Pflegenden, welche die Behandlung durchführt, für diese Wirkung verantwortlich sein könnte (Brunswick, E., 1955). So lächerlich wie das Beispiel erscheinen mag, es trifft den Punkt. Noch wichtiger ist die Tatsache, dass es vollkommen unklar ist, welches Behandlungselement etwas ausmacht. Ist die positive Wirkung (oder ihr Fehlen) auf die Art der Ausbildung der Pflegenden zurückzuführen, ist die Länge der Behandlung ein wichtiger Faktor, sind einige Elemente förderlich und andere nicht? Es ist praktisch unmöglich diese Fragen aufgrund des Forschungsdesigns zu beantworten. Die Antworten beruhen auf Annahmen und machen dadurch die Behauptung kausaler Zusammenhänge aufgrund empirischer Evidenz unlogisch (Grypdonck, M., Van Meijel, B., van Swieten-Duijffes, B., & Gamel, C., 2001).

Ebenso bedenklich in der EBP ist das außer acht lassen der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse einer RCT. Aus dem Gesagten wird klar, dass die Erwartung, die auf positiven Ergebnissen einer RCT beruhen, eine Behandlung habe eine günstige Wirkung, nur dann erfüllt werden kann, wenn genau die selbe Behandlung in der exakt gleichen Situation gegeben wird. Das ist genau das, was ein RCT gezeigt hat. Ein Student, der Leitlinien für die präoperative Vorbereitung von Patienten vor einer Herzkatheteruntersuchung aufstellte, schrieb (unter anderem): »benutze die folgenden Worte« und führte dann Ausdrücke auf, die bei der Information des Patienten benutzt werden sollten (Mons, P. & Ruttens, Y., 1996). Es scheint lächerlich, aber er lag damit richtig. Nur bezüglich dieser Ausdrücke (die in der entsprechenden Forschung durchgehend benutzt wurden) wissen wir, dass sie eine günstige Wirkung haben. Bezüglich anderer Ausdrücke können wir dies höchstens annehmen, aber wir haben keine empirische Evidenz. Es ist klar, dass dieses Problem von den Befürwortern von EBM und EBP grob vernachlässigt wird. Die meisten Forschungsberichte enthalten nicht die Informationen, die benötigt würden, um auch nur eine ähnliche Behandlung durchzuführen, ganz zu schwei-

gen von einer exakten Wiederholung. In einem Überblick über Untersuchungen bezüglich der Förderung von Selbstpflege bei chronisch kranken Jugendlichen fanden wir eine Studie, in der ein Umsetzungsleitfaden entwickelt worden war, der es ermöglichte, die Intervention genau so durchzuführen, wie es die Forscher getan hatten. In allen anderen Studien war die Information lückenhaft (Gryphonck, M. et al., zur Veröffentlichung vorgelegt).

Die Pflege hat eine lange Geschichte des Beharrens auf Theorieentwicklung und Theorieüberprüfung. In den letzten Jahren hat sich der Schwerpunkt verschoben von globalen Theorien, die ein Konzept der Pflege ausdrücken, zu wissenschaftlichen Theorien, die sich auf Phänomene beziehen, auf welche die Pflege einwirken muss. Solche Theorien sind von großem Wert für EBP. Sie sind notwendig, um die Ergebnisse von RCTs in der Praxis anzuwenden. Tatsächlich sind Theorien über das Verhalten von Klienten notwendig, um relevante von irrelevanten Aspekten einer Intervention unterscheiden zu können. Selbständigkeit ist ein wichtiger Faktor bezüglich des Ausmaßes, in dem ein Patient fähig ist, sein Gesundheitsverhalten in die gewünschte Richtung zu ändern, wie es wiederholt durch Forschung gezeigt wurde, die auf Banduras oder Azjen und Fishbeins Theorie beruhte. Dies zu wissen, ermöglicht es mir, die Wortwahl in einer Broschüre über Diabetes Fußpflege als relevant zu berücksichtigen, während die Farbe der Broschüre irrelevant ist. Darüber hinaus gibt es mir Hinweise darüber, was gesagt und was nicht gesagt werden sollte, nicht nur bei Interventionen, die sich explizit auf die Verbesserung der Compliance mit der Fußpflege beziehen, sondern auch in zwanglosen Unterhaltungen mit den Klienten. Dadurch kann verhindert werden, dass in anderen Interaktionen etwas zerstört wird, was in expliziten Interventionen aufgebaut wurde. Es ermöglicht mir auch in anderen Situationen, in denen Eigenständigkeit ein Thema ist, das nie untersucht wurde, zu wählen, was zu tun ist. Ich muss sagen, dass ich zwar erklären kann, jedoch nicht verstehe, oder vielleicht nicht verstehen will, wie die Pflege mit solch einer langen Geschichte des Insistierens auf dem Wert der Theorie - Pflege hat in dieser Beziehung mehr geleistet als die Medizin - dies in wenigen als drei Jahren fast vollständig vergessen konnte, als sie EBP annahm.

Erkenntnisse in der Pflege

Ich habe dargestellt, dass die Theorie eine bedeutende Erkenntnisquelle der Pflege ist. Die richtige Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis hängt von der Theorie ab, die hilft, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Um dies zu verdeutlichen, möchte ich ein weiteres Beispiel geben. Vor einiger Zeit wurde viel Aufhebens über einen Artikel ein RCT betreffend gemacht, der im *British Medical Journal* erschien. In diesem RCT hatte der Forscher Personen gebeten, nachträglich für die Patienten der Experimentalgruppe zu beten, das heißt, nachdem diese das Krankenhaus verlassen hatten (Leibovici, L., 2001). Die Patienten in der Kontrollgruppe bekamen diese »Behandlung« nicht. Die RCT zeigte, dass die Patienten, für die gebetet worden war, einen signifikant kürzeren Krankenhausaufenthalt hatten. Die Veröffentlichung hat natürlich viele Diskussionen ausgelöst. Aber warum? Nur weil die Ergebnisse der RCT im Lichte der vorhandenen Theorie schwer zu interpretieren waren.

Wissenschaftliche Theorie ist die erste Erkenntnisquelle, die in der EBP wichtig ist. Wissenschaftliche Theorie heißt, dass wissenschaftliche Forschung angewandt wurde, um die Theorie zu testen. Mit Hilfe wissenschaftlicher Forschung wurde festgestellt, ob die Ansprüche, welche die Theorie erhebt, aufrecht erhalten werden können, wenn man systematische Anstrengungen macht, um das Gegenteil zu entdecken. Grounded Theory oder induktive Theorie, eine andere Art von Theorie, wird durch qualitative Untersuchungen entwickelt. Grounded Theory hilft die Prozesse zu verstehen, die in bestimmten Situationen ablaufen. Sie werden mit empirischen Daten auf ihre Plausibilität getestet. Phänomenologische Beschreibungen sind weitere Erkenntnisquellen, die für die Pflegepraxis sehr relevant sind. Phänomenologische Beschreibungen rekonstruieren die Welt, wie sie von den Subjekten erfahren wird, von den Patienten, Angehörigen oder den Pflegenden. Sie basieren auf Geschichten der Subjekte selbst, interpretiert mit Hilfe eines systematischen und disziplinierten Prozesses, den ein Forscher durchführt - es gibt viele Schulen und viele Methoden - je nach der eingenommenen Perspektive.

Interventionen, die durch RCTs im Rahmen von EBP getestet werden, können auf Theorien basieren oder auch nicht. Falls sie auf Theorien gründen, werden die RCTs zu einer Verfeinerung der Theorie beitragen. Sie werden verdeutlichen, wo die Theorie Anwendung findet und wo nicht. Viele RCTs werden jedoch nicht in einem theoretischen Rahmen durchgeführt. Sie vermitteln Wissen über den Wert spezifischer Interventionen in spezifischen Situationen. Die Ergebnisse können aus einer theoretischen Perspektive analysiert werden. Aber häufig passiert dies nicht, und manchmal ist es auch nicht möglich. Solche RCTs führen darum zu sogenannten (Wright Mills) Empirizismen: eine Sammlung empirischer Fakten, die nicht zusammengebracht werden können (Wright Mills, C., 1977). Auch Metaanalysen ändern diese Situation nicht. Wie schon gesagt, liefern sie nur begrenzte Informationen für notwendige Entscheidungen in der Praxis.

In der Pflege als einer Praxisdisziplin gibt es andere wichtige Erkenntnisquellen. Mehrere Philosophen und Wissenschaftler (Polanyi, M., 1958; Rolfe, G., 1999; Schön, D., 1983; Van Strien, P.J., 1986) haben auf die Existenz und den Wert von Wissen in Praxisdisziplinen wie Medizin, Psychiatrie, klinische Psychologie oder Pflege hingewiesen, das nicht einem Lehrsatz entspricht. Benner bezeichnet dies als Intuition (Benner, P., 1984; Benner, P., 1987; Benner, P., 1994; Tanner, C.A., Benner, P., Chesla, C. & Gordon, D.R., 1993), ein Begriff, den ich in diesem Zusammenhang lieber nicht benutzen würde. Dieses Wissen ist zunächst einmal von Natur aus persönlich und entsteht aus dem praktischen Engagement in der Welt. Die Praktiker wissen häufig, was sie tun, ohne deutlich zu machen, warum sie es tun. Während eines meiner Urlaube arbeitete ich auf einer geriatrischen Station. Ich pflegte eine Dame, die bei einer Temperatur von 25 Grad mit Pullover und Socken im Bett lag. Sie klagte darüber, dass das Wasser zu kalt und das Handtuch zu naß war usw. Als ich sie nach der Ganzwaschung fragte, ob sie lieber in ihrem Zimmer bleiben oder in den Wohnraum gehen wollte, sah sie mich mit einem seltsamen Blick in den Augen an, der mich veranlaßte zu sagen »es muss sehr schwierig für Sie sein, ständig Ängste zu haben«. Sie sah mich mit Dankbarkeit in den Augen an, die zeigte, dass sie sich wirklich verstanden fühlte. Die übrigen Interaktionen mit

ihr während meines Urlaubs zeigten, dass dies die richtige Interpretation gewesen war. Als ich das obige zu der Patientin sagte, hatte ich noch keine bewußte Analyse der Situation durchgeführt. Später konnte ich sehr gut erklären, warum ich es gesagt hatte, und ich konnte sogar andere über diese Interaktion informieren. Aber zunächst einmal war es persönliches Wissen, nicht gesichertes Erkenntnis. Die reibungslose Pflegepraxis und die angemessene Beziehung zwischen Pflegenden und Klienten besteht zum großen Teil aus dieser Art nicht wissenschaftlich gesicherter Erkenntnis.

Alle diese Erkenntnisquellen zusammen ermöglichen mir als Praktiker, dass ich nicht jede Situation angehen muss als ob sie neu wäre. Sie erlauben mir, vernünftige Erwartungen darüber zu haben, was passieren könnte, was der Fall wäre und was die Folgen meines Handelns sein könnten. Es gibt jedoch keine Garantie, dass meine Erwartungen erfüllt werden. Für jede der Erkenntnisquellen gilt, dass sie nur Vorhersagen darüber erlauben, was wahr sein könnte, nicht, was wahr sein wird. Jeder Patient, jeder Klient kann in diese Erwartungen, die darauf beruhen, was im allgemeinen der Fall ist, passen oder auch nicht. Ich kann noch einmal auf das Beispiel mit dem mißhandelten Kind hinweisen. Dies gilt sowohl für phänomenologische Beschreibungen oder Grounded Theory als auch für wissenschaftliche Theorie oder Ergebnisse von RCTs. Darum ist eine weitere Erkenntnisquelle notwendig für die Pflege (und letztlich für jede andere Praxisdisziplin): das Wissen über den Klienten. Es ist ein Wissen, das in der spezifischen Situation erworben wird und gilt nur in dieser spezifischen Situation. In der Pflege hat es mehrere Forschungen gegeben, welche die Bedeutung dieser Art des Wissens für die Pflegepraxis beschreiben. Es ist eine notwendige Ergänzung zu allen anderen Erkenntnisquellen, wenigstens wenn die Pflege in den Situationen, in denen spezifische Klienten gepflegt werden, die Effektivität optimieren will.

Von der auf Evidenz basierenden zur durch Evidenz informierten Praxis

Von vielen wird EBP mit der Anwendung von Leitlinien (guidelines) gleichge-

setzt. Zu einem gewissen Grad, aber nur zu einem gewissen Grad, stimmt das. Es ist tatsächlich so, dass in vielen Veröffentlichungen über EBM und EBP die Anwendung von Leitlinien erwähnt wird und oft auch als wünschenswert propagiert wird. Meiner Ansicht nach stimmt es auch, dass die Anwendung von Evidenz in der Praxis durch Leitlinien gefördert wird. Tatsächlich gibt es in vielen Bereichen der Medizin und in manchen Bereichen der Pflege viel zu viel Forschung, als dass ein Praktiker noch übersehen könnte, was in einer bestimmten Situation aufgrund roher Forschungsberichte am wahrscheinlichsten effektiv sein könnte. Im Fall der Selbstpflege chronisch kranker Jugendlicher würde es zum Beispiel mehrere Wochen des Lesens erfordern. Wenn man davon ausgeht, dass die Praktiker mit einer Vielfalt von Problemen konfrontiert werden, würde solch ein Ansatz weder effizient noch möglich sein. Leitlinien fassen Forschungsergebnisse zusammen, geben klare Hinweise darauf, was der neueste Stand ist und oft – natürlich in durchschnittlichen Situationen – was die beste Entscheidung unter welchen Bedingungen ist. Im Fall von »Bevölkerungs-« Problemen wie Kampagnen zu sicherem Geschlechtsverkehr oder die Fluoridation von Trinkwasser, ist klar, dass Leitlinien dem Praktiker sagen können, was zu tun ist. In Situationen, in denen eine Entscheidung für einen bestimmten Patienten in einer direkten Klient-Dienstleister Interaktion gefällt werden muss, liegt die Sache schon anders. Tatsächlich haben wir gesehen, dass Leitlinien im besten Fall auf Statistik beruhen und keine individuellen Vorhersagen erlauben. Korrekte Entscheidungen können stark gefördert werden, wenn individuelle Faktoren berücksichtigt werden. Meiner Ansicht nach wird dies in EBP nicht regelmäßig berücksichtigt. Natürlich wird immer wieder gesagt, dass man von Leitlinien abweichen kann, aber gleichzeitig wird unterstellt, dass dies die Ausnahme sein sollte. Als ich einmal in dem Lehrkrankenhaus von Utrechter vorschlug, einen Preis für die notwendigste Abweichung von Leitlinien auszusetzen, sagte eine der Managerinnen, dass sie nicht wüßte, warum wir überhaupt Leitlinien hätten, wenn wir vorschlagen würden, davon abzuweichen. Wenn wir jedoch von der Art der Evidenz ausgehen, ist es in jedem Augenblick notwendig, herauszufinden, ob das Befolgen der Leitlinien die angemessene Entscheidung im vorliegenden Fall wäre. Die Ein-

schätzung der spezifischen Charakteristika der Patienten, welche solch eine Abweichung erforderlich machen würden, sollte Teil (der angemessenen Anwendung von) auf Evidenz basierender Praxis sein. Mehrere Autoren haben behauptet, dass der Begriff durch Evidenz informierte Praxis angemessener sei als EBP (McSherry, R., Simmons, M. & Abbot, P., 2002; van Achterberg, T., 2002). Durch Evidenz informierte Praxis kann die verschiedenen Arten des Wissens nutzen und in jeder speziellen Situation abwägen, um zu entscheiden, welche Vorgehensweise im vorliegenden Fall am ehesten zum gewünschten Ergebnis führt.

Forschungsmethoden: ihre diversen Vorzüge

Es gibt eine beachtliche Debatte unter Wissenschaftlern und Forschern über den Wert verschiedener Arten von Erkenntnissen und unterschiedlicher Arten von Forschungsansätzen. Qualitative Forscher sind besonders unzufrieden mit dem niedrigen Status, der Ergebnissen der qualitativen Forschung eingeräumt wird. In den Augen vieler EBP-Anhänger liefert qualitative Forschung nur Evidenz auf einem sehr niedrigen Niveau der Hierarchie und qualitative Forschung kann nur als Vorspiel zur wirklichen Forschung angesehen werden. Es ist augenscheinlich, dass Forscher, die ihr Leben der qualitativen Forschung gewidmet haben, Forscher, die versucht haben, zu verstehen, was es für Menschen bedeutet, mit einer chronischen Krankheit zu leben, mit dieser Situation unzufrieden sind. Rolfe hat Recht, wenn er darauf hinweist, dass das Einbeziehen qualitativer Forschung als Quelle von Evidenz nicht als Anerkennung des Wertes qualitativer Forschung sondern als ein Mangel an Akzeptanz gesehen werden muss. Es belegt die Unmöglichkeit, qualitative Forschung aufgrund ihrer eigenen Leistungen zu bewerten (Rolfe, G., 2002).

Ich glaube, die bisherigen Ausführungen zeigen, dass solch eine Diskussion nicht wirklich fruchtbar ist. Quantitative und qualitative Forschung, wobei letztere eine Zusammenfassung unterschiedlicher Forschungsstrategien ist, müssen ihre jeweils eigene Rolle spielen. Sie liefern notwendige Erkenntnisse für die Pflegepraxis. Wenn man die Bedeutung von einer der beiden

verneint, führt dies zu einer Verstümmelung wichtiger und vitaler Erkenntnisquellen für die Pflegepraxis. Die Frage ist also nicht: ob qualitative Forschung genutzt werden sollte oder wo sie in der Evidenz Hierarchie hineinpaßt, sondern wie beide Forschungsrichtungen sich ergänzend genutzt werden können, und mit welchem Effekt. Im letzten Teil meines Referats möchte ich beschreiben, wie wir verschiedene Arten von Forschung bei der Entwicklung von Pflegeinterventionen im Utrechter Modell für empirisch begründete Entwicklung von Interventionen anwenden.

Entwickeln und Überprüfen von Pflegeinterventionen: das Utrechter Modell

Das Utrechter Modell wurde mit Hilfe mehrerer Forschungsstudien entwickelt, die im Forschungsprogramm der Abteilung für Pflegewissenschaft an der Universität von Utrecht und der Universität Gent durchgeführt wurden und noch durchgeführt werden. Die meisten Untersuchungen beschäftigen sich damit, wie Pflegenden den Patienten helfen können, mit einer chronischen Krankheit zu leben oder angemessen selbständig zu sein. Um hier nur drei zu nennen: Eine Untersuchung handelt von Sexualunterricht für Frauen nach einer Operation von gynäkologischem Krebs (Gamel, C., Grypdonck, M., Hengeveld, M. & Davis, B., 2001), eine andere Studie beschäftigt sich mit der Beachtung früher Warnzeichen, um Rückfälle von Psychosen bei Patienten mit Schizophrenie zu verhindern (Van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M., 2002), wieder eine andere Studie untersucht den Bedarf an Unterstützung für Angehörige komatöser Patienten (S.Verhaeghe, Studie noch in Arbeit).

Das Modell wurde so angelegt, dass empirische Daten sowohl aus quantitativer als auch aus qualitativer Forschung bei der Entwicklung von Pflegeinterventionen genutzt werden können (Grypdonck, M., Van Meijel, B., van Suijten-Duijffjes, B. & Gaaiel, C., 2001; Van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck, M., 2003a; Van Meijel, B., Gamel, C., van Suijten-Duijffjes, B. & Grypdonck, M., vorgelegt). Wie schon ausgeführt wurde, ist eines der Hauptprobleme beim Testen von Interventionen in

RCTs tatsächlich, dass man nicht weiß, noch nicht einmal nach dem Test, welcher Teil einer komplexen Intervention zum Erreichen der gewünschten Situation beiträgt, welche Anteile unnötig sind und welche eher eine negative als eine positive Wirkung haben. Es ist so, falls eine Intervention aus einer Reihe von Einzelschritten besteht, dass es nicht möglich ist, ein schrittweises Vorgehen durchzuführen, in dem der Beitrag jeden einzelnen Elements ausgewertet werden kann.

Darüber hinaus werden die Chancen für eine erfolgreiche Intervention erhöht, wenn Evidenz und Einsicht durch qualitative Forschung erlangt werden, welche die Entscheidung über den genauen Inhalt der Intervention bestimmen. Tatsächlich gibt es bei jeder Intervention eine Menge, manchmal schwierig zu treffende Entscheidungen. In einer Untersuchung über die Unterstützung gynäkologischer Krebspatientinnen in einer Pflegeveranstaltung hatten wir zum Beispiel zu entscheiden, ob die Partner gemeinsam mit den Patientinnen eingeladen werden sollten oder nicht. Es war eine Entscheidung, für die es in der Literatur keine Evidenz gab.

Das Utrechter Modell besteht aus sechs Phasen. Jede dieser Phasen trägt zum Endergebnis bei. Sie können jedoch gekürzt oder ausgelassen werden, wenn die erforderlichen Informationen schon vorliegen, z.B. durch (Forschungs-)Literatur. Die Phasen sind:

- Definition und Analyse des Problems und der Bedürfnisseinschätzung
- Die Überprüfung der bestehenden Praxis
- Die Entwicklung des Konzeptes der Intervention
- Feldversuch und Verfeinerung der Intervention
- RCT
- Einführungsstudie

Ich möchte kurz auf Inhalt und Funktion jeder Phase eingehen.

Die erste Phase, die Definition und Analyse des Problems und die Einschätzung der Bedürfnisse, beginnt mit einer Literaturstudie. Diese sammelt, was über den Gegenstand schon bekannt ist. Wenn das Problem nur unzureichend klar ist oder die Bedürfnisse nicht gut definiert sind, wird qualitative Forschung angewandt, um das Problem zu untersuchen, besonders aus der

Perspektive der Klienten. Es ist tatsächlich unsere Erfahrung, dass es noch immer einen großen Mangel an Forschung gibt, die beleuchtet, was es für die Klienten bedeutet, mit einem bestimmten Problem umzugehen, was das Problem für sie bedeutet, wie dieses Problem ihr Leben beeinflusst und wie die Klienten versuchen, das Problem zu meistern. Eine breit angelegte Untersuchung von Problemen und Bedürfnissen bringt zu Tage, bei welchen Problemen die Klienten Hilfe brauchen und die Prozesse, welche diesen Hilfebedarf hervorrufen. Die Situation aus dem Blickwinkel der Klienten zu betrachten, ist notwendig, um zu verstehen, welchen Beitrag professionelle Pflege leisten könnte. In diesen qualitativen Studien benutzen wir (im allgemeinen) Interviews mit den Klienten, vorzugsweise verbunden mit Beobachtungen. Beobachtungen können tatsächlich ein besseres Verständnis der Situation erbringen und Bedürfnisse zu Tage bringen, welche die Klienten nicht aussprechen oder deren sie sich nicht bewußt sind. Es kann auch darauf hinweisen, dass es sinnvoll wäre, die Pflegenden zu interviewen und/oder zu beobachten. Ihr Erfahrungswissen kann ans Licht gebracht werden, und dies kann helfen, mögliche Quellen von Problemen oder Bedürfnissen, welche die Klienten nicht erkennen oder ausdrücken, aufzudecken. Die qualitative Studie sollte am besten so angelegt werden, dass sie es ermöglicht, theoretische Einsichten in das Problem aus der Sicht der Klienten und der Pflegenden zu entwickeln. Die Bedeutung solcher Theorieentwicklung wurde schon dargelegt.

In der zweiten Phase werden die schon bestehenden Praktiken untersucht. Die Entwicklung von Interventionen dient manchmal dazu, schon bestehende Praktiken zu verfeinern oder zu formalisieren. In einer Studie über die Pflege, die Herzinfarktpatienten vor Depressionen schützen soll, wird man auf ein breites Spektrum von Praktiken stoßen, die Pflegenden hierzu anwenden. In diesem Teil der Studie werden dieselben inventarisiert. Im allgemeinen gilt wiederum, dass qualitative Forschung für diesen Zweck am besten geeignet ist. In einer qualitativen Studie werden die Erfahrungen der Klienten und der Pflegenden untersucht und die verantwortlichen ablaufenden Prozesse für die förderliche Wirkung der Interventionen oder die Abwesenheit solcher werden identifiziert.

Nicht geklärte Praktiken können durch Beobachtung ans Licht gebracht werden. Die Ergebnisse der qualitativen Studie werden mit einem Überblick über die Literatur verglichen. Die Literatur kann eventuell auch Erklärungen für die Ergebnisse liefern.

In der dritten Phase wird ein Entwurf der Intervention geschrieben. Dies sollte als kreativer Prozeß angesehen werden, nicht als bloße Übersetzung der Forschungsergebnisse in Leitlinien für das Handeln. Die Ergebnisse der früheren Phasen liegen der Intervention zugrunde. Die Handlungsschritte, die vorgeschlagen werden beruhen auch auf Theorien oder theoretischen Annahmen, die relevant erscheinen, wenn man die Daten über die Art des Problems und die ablaufenden Prozesse betrachtet. Die Evidenz von RCTs wird, soweit anwendbar, berücksichtigt, aber man wird bewußt und mit Absicht weiter gehen als das, was aus der Evidenz geschlossen werden kann. Der Entwurf der Intervention wird anschließend Experten zur Begutachtung vorgelegt. Experten sind sowohl Klienten als auch Pflegenden. Sie ziehen sowohl den Inhalt und die Formulierung des Textes als auch die Anwendbarkeit der vorgeschlagenen Interventionen in Betracht. Der Entwurf wird auf der Grundlage der Analyse von den Kommentaren der Experten im Licht der bis dahin gesammelten Informationen angenommen. Das bedeutet, dass die Forscher nicht danach gehen, was die Experten sagen, sondern nach der Bedeutung, die ihren Bemerkungen gegeben werden kann, wenn man das gesamte Bild betrachtet.

In der nächsten Phase wird ein Feldversuch durchgeführt. Die Intervention wird in der Praxis angewandt. Vorzugsweise ist die Forscherin eine der Praktikerinnen, welche die Intervention durchführen. Dies ermöglicht ihr Erfahrung aus erster Hand über die Anwendung der Intervention und die Wirkungen, die sie auf Klienten und Pflegenden hat. Danach werden die Klienten interviewt. Sie werden gefragt, ob die Intervention ihnen geholfen hat, was wirklich half und welche Teile der Intervention störend oder unnötig waren, ob nach ihrer Erfahrung die Intervention nicht zu umfangreich ist und ob sie etwas vermißt haben. Die Pflegenden werden interviewt über ihre Erfahrungen mit der Intervention und über ihre Interpretation der Klientenreak-

tionen. Tagebücher oder Berichte und andere Methoden der Datensammlung können die bisher beschriebene Datensammlung ergänzen. Die Einführung der Intervention findet spiralförmig mit den Ergebnissen der Feldstudie statt. Die Reaktionen werden analysiert, interpretiert im Licht des vorher gesammelten Wissens, sowohl theoretisch als auch empirisch und es werden vorläufige Schlussfolgerungen gezogen. Diese Schlussfolgerungen können dazu führen, die Intervention unverändert zu lassen oder sie anzupassen. Die überarbeitete Version wird wiederum in einem Feldversuch angewandt, bis es keine weiteren Verbesserungen mehr gibt.

Falls es für notwendig und ethisch vertretbar angesehen wird, wird ein RCT durchgeführt, um die Wirkung der Intervention zu belegen. Das mag ein einleuchtender Schritt sein, und zu einem gewissen Grad ist es das auch. Aber unserer Ansicht sollte genügend Zweifel über die Effektivität dieser Intervention bestehen, um dies erforderlich und ethisch vertretbar zu machen. Wenn man Interventionen durchführt, zum Beispiel solche, welche die Klienten in schwierigen Erfahrungen unterstützen, ist die subjektive Einschätzung der Klienten bezüglich der Vorzüge der Intervention durchaus glaubwürdig. Wenn die Klienten glauben, dass die Intervention ihnen half, tat sie dies auch. Wenn sie meinen, dass sie wenig wertvoll war, dann ist das so. Im Fall der Untersuchung über die Vorbeugung einer Psychose ist die Situation anders. Weder der Klient noch der Pflegenden können mit bloßem Auge erkennen, ob die Intervention wirklich Rückfälle vermindert.

Bezüglich der Ethik tauchen zwei Fragen auf, wenn RCTs durchgeführt würden, weil EBP dies vorschreibt, oder weil es gerade modern ist, ohne dass wirklich Zweifel am Ergebnis bestehen. Zuerst einmal besteht das Problem, dass man den Klienten wertvolle Behandlungen vorenthält. Wenn es kaum Zweifel an der Effektivität der Behandlung gibt, würde das Durchführen einer RCT, um dies zu beweisen, dazu führen, dass ein Teil der Patienten über Monate oder sogar Jahre hinweg die Behandlung nicht erhalten können. Weitere ethische Bedenken beziehen sich auf die Finanzierung der Forschung. Forschungsgelder sind rar, und es gibt mannigfaltige Aufgaben für die Forschung. Warum wäre

es vertretbar, Geld in ein RCT zu investieren, um eine Intervention, über die es kaum Zweifel gibt, zu testen, statt ein RCT über eine Behandlung durchzuführen, bei der das Ergebnis des RCT die Unsicherheit beträchtlich reduzieren würde und damit wirklich einen Unterschied bezüglich angemessener Entscheidungen macht? Es wäre eine andere Frage, wie man sich entscheiden sollte, wenn die Zufriedenheit mit der Behandlung sehr hoch ist und es nicht bewiesen werden kann, dass die Ergebnisse der Intervention besser sind als bei regulärer Pflege. Wäre es vernünftig, die neue Intervention nicht einzuführen, vor allem wenn man bedenkt, dass die reguläre Pflege auch nicht getestet worden ist?

Die letzte Phase ist die Einführungsphase. Nachdem sich gezeigt hat, dass eine Intervention förderlich ist, entweder im Feldversuch oder in einem RCT, ist eine Einführungsstudie angebracht, um herauszufinden, wie die Intervention unter realen Bedingungen in der Praxis verankert werden kann.

Schlußfolgerung

Evidenz informierte Praxis (EIP) nutzt unterschiedliche Erkenntnisquellen und verlangt Beiträge von verschiedenen Forschungsarten. EIP verlangt nicht nur Forschung, um zu testen, ob die Interventionen effektiv sind oder nicht. Die Forschung erbringt auch einen bedeutenden Beitrag bei der Entwicklung von Interventionen und bei der Offenlegung der ablaufenden Prozesse und bei der Erklärung und nicht nur der Vorhersage von Phänomenen. Die Pflege benötigt eine Vielzahl von Forschungsstrategien, die aus den verschiedensten Gründen genutzt werden sollten. Nur dann kann das Interesse für Evidenz die Praxis bereichern anstatt sie zu verarmen.

Prof. Dr. M.H.F. Grypdonck

UMC

Academie voor Gezondheidszorg Utrecht

Divisie Verplegingswetenschap

Postbus 85060

NL-3508 AB Utrecht

Übersetzung: Elisabeth Drerup
für die Sektion »Übersetzung und
Veröffentlichung«

Literatuur:

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing*. Menlo Park: Addison Wesley.
- Benner, P. (1987). How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87, 23-31.
- Benner, P. (1994). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Expert clinical judgment in intensive care unit nursing*.
- Brunswik, E. (1955). Representative design and probalistic theory in a functional psychology. *Psychology Review*, 62, 193-217.
- Cullum, N. (2000). *Evidence Based Nursing: uitdagingen en mogelijkheden*. Anna Reynvaan Lezing 2000. Amsterdam: Verpleegkunde Nieuws.
- Feinstein, A. R. & Horwitz, R. I. (1997). Problems in the »evidence« of »evidence-based medicine«. *Am J Med*, 103, 529-535.
- Gamel, C., Grypdonck, M., Hengeveld, M., & Davis, B. (2001). A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 806-819.
- Gamel, C. J. (2000). *Sexual Health Care After Cancer Diagnosis*. Ph.D. University of Utrecht.
- Grypdonck, M., De Jonge, R., van der Bijl, J., Kappen, M., Duijnste, M., & van Vliet, M. (2000). *Zelfmanagement van adolescenten met een chronische ziekte: een kritische analyse van de literatuur*.
- Grypdonck, M., Van Meijel, B., van Swieten-Duijfjes, B., & Gamel, C. (2001). *De bijdrage van kwalitatief onderzoek aan de ontwikkeling van Evidence Based Practice*. Utrecht: Divisie Verplegingswetenschap.
- Harbour, R. & Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*, 323, 334-336.
- Leibovici, L. (2001). Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. *BMJ*, 323, 1450.
- McSherry, R., Simmons, M., & Abott, P. (2002). *Evidence-informed nursing. A guide for clinical nurses*. London: Routledge.
- Moons, P. & Ruttens, Y. (1996). *Richtlijnen voorbereidende sensorische informatie bij hartkatheterisatie*. Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg, 52, 169-172.
- Nagel, E. (1961). *The Structure of Science*. New York: Hartcourt.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge*. Chicago: University of Chicago University Press.
- Rolfe, G. (1999). Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Educ.Today*, 19, 433-442.
- Rolfe, G. (2002). Faking a difference: evidence-based nursing and the illusion of diversity. *Nurse Educ.Today*, 22, 3-12.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray J.A.M., & Richardson, W. S. (1996). *Evidence based medicine: What it is and what it isn't - It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence*. *BMJ*, 312, 71-72.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. London: Temple Smith.
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D. R. (1993). *The Phenomenology of Knowing the Patient*. *Image.Journal of Nursing Scholarship*, 25, 273-279.
- van Achterberg, T. (2002). *Where is my nurse. Over onderzoek en oorbare zorg*. Oratie. Nijmegen: Katholieke Unversiteit.
- Van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. (submitted). *The development of evidence based nursing interventions*. xxx.
- Van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2003a). *Relapse prevention in patients with schizophrenia: a nursing intervention study*. Ph.D. University of Utrecht.
- Van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2003b). *Relapse prevention in patients with schizophrenia: a nursing intervention study*. Ph.D. University of Utrecht.
- Van Meijel, B., van der, G. M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2002). *The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study*. Part 2. *J Psychiatr.Ment.Health Nurs*, 9, 357-363.
- Van Strien, P. J. (1986). *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*. Assen: Van Gorcum.
- Wright Mills, C. (1977). *The Sociological Imagination*. Harmondsworth: Penguin Books.