

Theorie ins Erfahrungswissen integrieren



von Dr. Silvia Käppeli,
Leiterin der Stabstelle
für Entwicklung und Forschung in der Pflege
am UniversitätsSpital Zürich

Der Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis (Theorie-Praxis-Transfer) ist in der Krankenpflege komplex. In diesem Beitrag werden Eigenheiten und Ziele des Transfers beschrieben, und es wird aufgezeigt, warum dieser Transfer schwierig ist.

In der Krankenpflege ist das Spannungsfeld zwischen Forschung, Theorie und Praxis immer wieder Diskussionsgegenstand. Dies hat damit zu tun, dass die Pflege und Begleitung Kranker und Leidender weder als Profession noch als Wissenschaft konzipiert wurde, sondern seit ihren Ursprüngen auf einer praktischen Notwendigkeit beruhte und deshalb ursprünglich eine Laientätigkeit war.

«Theoriegestützte Pflege erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Ziel erreicht wird.»

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die Krankenpflege verberuflicht und der Medizin unterstellt. Die nachfolgende Bestimmung der Krankenpflege durch das bio-medizinische Modell machten naturwissenschaftliche und medizinische Kenntnisse für Krankenschwestern unerlässlich. Zusätzliche prägende Bezugswissenschaft der Pflege war zuerst die Theologie, die später von den Sozialwissenschaften und der Philosophie abgelöst wurde.

Mitte der Fünfzigerjahre wurde die Forderung, dass die Pflegepraxis auf spezifisches Pflegefachwissen und nicht ausschliesslich auf Theorie aus den Bezugswissenschaften abgestützt werden soll, unüberhörbar. Spuren spezifischen Pflegefachwissens finden sich heute in der Praxis in Instrumenten, welche die Pflege strukturieren, wie dem Pflegeprozess, in Klassifikationssystemen der Pflege, in Praxisstandards oder in Qualitätsentwicklungsprogrammen [1, 2].

Die genannten Instrumente sind Ergebnis einer erfolgreichen Übertragung von Wissen aus der Forschung in die Praxis (so genannter Theorie-Praxis-Transfer). Im Folgenden werden zuerst Ei-

genheiten und Ziele dieses Transfers beschrieben, und anschliessend wird aufgezeigt, warum dieser Transfer manchmal schwierig ist.

Eigenheiten und Ziele des Theorie-Praxis-Transfers

Der Transfer von Theorie in die Praxis ist kein abstraktes Geschehen, sondern eine praktische und persönliche Angelegenheit. Wenn neues objektives Gedankengut aus der Pflegewissenschaft oder aus den Bezugswissenschaften der Pflege übernommen wird, betrifft dies berufliche und persönliche Auffassungen, welche Pflege sich als sinnvolle Grundlagen ihrer Tätigkeit angeeignet haben.

Theorie-Praxis-Transfer bedeutet, dass Pflegenden als Erstes aus einer unüberschaubaren Menge von teilweise widersprüchlichen oder – infolge des Pluralismus in der Pflege – gleichwertigen Theorien auswählen müssen. Dies ist anspruchsvoll. Danach müssen sie die erlernte Theorie in ihr Erfahrungswissen integrieren. Eine nutzbringende Synthese bedingt einen definierten pflegewissenschaftlichen Rahmen, der es den Pflegenden ermöglicht, Erfahrungen aus pflegerischer Perspektive zu reflektieren und einen Sinn darin zu erkennen.

Ein Merkmal einer Praxisdisziplin wie der Pflegewissenschaft ist ihre Zielgerichtetheit. Theoriegestützte Pflege erhöht – sofern die Theorie mit dem grundsätzlichen Wertesystem der Pflege übereinstimmt – die Wahrscheinlichkeit, dass das Ziel erreicht wird, und verbessert die Ergebnisse und die Kontrolle über sie. Wenn Erkenntnisse aus der Pflegeforschung oder aus anderen Wissenschaften übernommen werden, sollte dies mit dem Ziel geschehen, die Erfüllung des Auftrages der Pflege zu optimieren.

Was macht den Theorie-Praxis-Transfer schwierig ?

Theorie als begriffliches Wissen und Praxis als Erfahrungswissen operieren aufgrund unterschiedlicher Annahmen [3, 4]. Dass der Theorie-Praxis-Transfer schwierig ist, liegt einerseits daran, dass unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, welche Bedeutung die Theorie für die Praxis hat. Andererseits birgt die Sache selbst Schwierigkeiten.

Die Lehre geht davon aus, dass zur professionellen Praxis Theorie nötig sei. Dagegen wissen alle Pflegenden, dass sich die Praxis auch ohne Theorie entwickeln kann und dass es nicht immer eine Garantie für gute Praxis ist, eine Theorie zu kennen. Viel Pflegepraxis kann nicht theoretisch erklärt und das komplexe Praxiswissen der Pflegenden kann nicht immer auf das (vereinfachte) Niveau von theoretischen Erklärungen reduziert werden. Verstehen ist nicht gleichzusetzen mit Wissen, und es stimmt auch nicht immer, dass Theorie dem Verstehen einer Sache vorausgehen muss. Ebenso ist klinische Entscheidungsfindung nicht immer gleichzusetzen mit deduktivem Denken (d.h. Ableiten aus Theorie). So verstehen Pflegenden im Bereich der

Berufsethik, ob etwas richtig ist, bevor sie es theoretisch erklären können. Und wenn eine Pflegeperson zu einem trauernden Angehörigen sagt: «Ich weiss, wie Sie sich fühlen», sagt sie dies nicht notwendigerweise aufgrund einer Theorie, sondern aufgrund eigener Erfahrung. Neue Pflegemethoden entwickeln sich in der Regel vor dem Hintergrund von durch Forschung gewonnenen theoretischen Erkenntnissen, aber man kann kaum sagen, Forschungs-

«Alle Pflegenden wissen, dass es nicht immer eine Garantie für gute Praxis ist, eine Theorie zu kennen.»

ergebnisse würden praktiziert. Trotzdem sensibilisieren sie Pflegepersonen gegenüber gewissen Phänomenen, die sie sonst nicht beachten würden [5, 6].

Ein weiterer Hinweis auf die Schwierigkeit des Theorie-Praxis-Transfers ist der so genannte «theory-practice gap» (der Graben zwischen Theorie und Praxis in der Pflege): Es besteht oft wenig konzeptioneller Konsens zwischen den Bildungsstätten, die aufgrund einer eher idealtypischen Wahrnehmung der Pflege lehren, und der Praxis, wo Pflege so wahrgenommen wird, wie sie sich zeigt, und wo es beträchtliche Abweichungen von den Idealen gibt.

Zudem basieren Lehre und Forschung auf einem Wissenschafts-, die Pflegepraxis auf einem

Welche Forschung und welche Theorie ist nützlich für die Praxis?

Ob Erkenntnisse der Pflegewissenschaft von der Praxis aufgenommen werden, hängt auch vom zugrunde liegenden Forschungsansatz ab:

Die Grundlagenforschung zielt darauf ab, Theorie in Form von Modellen oder Typologien und so weiter zu generieren und zu testen. Sie erhebt keinen Anspruch auf unmittelbare Anwendung in der Praxis.

Im Unterschied dazu sollte die klinische Forschung eine Grundlage für pflegerische Entscheidungen und pflegendes Handeln liefern [14]. Eine Wissenschaft, welcher Menschen mit Anspruch auf individuelle Pflege anvertraut sind und von deren Entscheidungen Leben abhängig ist, benötigt einerseits situationsbezogenes Wissen. Dieses wird durch qualitativ-interpretative Forschung gewonnen. Andererseits braucht sie verallgemeinerbare Erkenntnisse aus epidemiologischen Studien (quantitative Forschung). Beide Forschungsansätze haben ihr Potenzial und ihre Grenzen. Die qualitativ-interpretative Forschung studiert eine Patientensituation 1000 Stunden lang. Die epidemiologische Forschung untersucht statistisch eine Gruppe von 1000 Patienten während einer Stunde. Ergebnisse, die auf einem statistischen Forschungsparadigma basieren, sind alleine oft ungenügend, weil die Pflege individueller Patienten nicht ausschliesslich auf dem beruhen kann, was Patienten gemeinsam haben.

Dienstleistungsparadigma. Dieser Dissens äussert sich in Annahmen über Patienten, über das zur Pflege notwendige Fachwissen, über Arbeitsabläufe und so weiter.

Pflegepraxis besteht aus Entscheiden und Handeln, weshalb Pflegenden auf schlüssiges Wissen angewiesen sind. Die Wissenschaft hingegen lebt von der vorübergehenden Natur des Fachwissens.

Abschliessende Bemerkungen

Es leuchtet ein, dass pflegerische Entscheidungen und pflegendes Handeln auf möglichst schlüssige Evidenz aufbauen müssen. Bezüglich der Verwendung von Forschungsergebnissen können Pflegenden jedoch keinen konservativen Standpunkt einnehmen, sondern sie müssen handeln, auch wenn noch keine schlüssigen Ergebnisse vorhanden sind. Die heutige Situation der Pflegepraxis legt nahe, dass Pflegenden über viel Theorie verfügen und mit praxisrelevanten Forschungsergebnissen vertraut sind.

«Pflegende müssen handeln, auch wenn noch keine schlüssigen wissenschaftlichen Ergebnisse vorhanden sind.»

Die Pflegewissenschaft muss aber nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch kognitive Dissonanzen und widersprüchliche Informationen assimilieren und die reflektive Analyse und das Denken in einer dialektischen Weise, das heisst einen bestimmten Umgang mit Wissen, fördern. Analyse und Denken verfeinern die Wahrnehmung der Pflegenden und fördern die Akzeptanz gegenüber der Tatsache, dass es meist mehrere Erklärungen für eine bestimmte Pflegesituation und mehrere Wege zur Lösung eines Pflegeproblems gibt.

Das Wohlergehen von Menschen, die der Pflege bedürfen, ist direkt, wenn auch nicht ausschliess-

«Analyse und Denken fördern die Akzeptanz gegenüber der Tatsache, dass es meist mehrere Erklärungen für bestimmte Pflegesituationen und mehrere Wege zur Lösung eines Pflegeproblems gibt.»

lich, vom theoretischen Fundament der Pflege abhängig. Die Menge und die Qualität systematischer Pflegeforschung hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Dies erweckt den Eindruck, dass sich auch die Wissenschaftsbasierung und die Pflegequalität entsprechend verbessert haben. Doch es liegen keine exakten Daten darüber vor, wie viele Forschungsergebnisse direkt in die Praxis umgesetzt werden und wie viel Forschung zu einem neuen Verständnis oder zur Erhellung

der Pflegepraxis führt [7–13].

Die Komplexität des Theorie-Praxis-Transfers in der Pflege zeigt, dass die Schwierigkeiten oft ausserhalb des Aktes des Transferierens liegen. Deshalb ist es nicht nützlich, den Theorietransfer in der Pflege als rein berufspädagogisches oder methodisch-didaktisches Problem zu bearbeiten.

Silvia Käppeli

E-Mail: silvia.kaeppli@pfl.usz.ch

Literatur:

1. Allmark P.: A classical view of the theory-practice gap in nursing, *JAN* 1995, 22(1995)18–23.
2. Lucas J.: The nature of nursing, *Health Care Analysis* 1(1993)23–25.
3. Cook S.H.: Mind the theory/practice gap in nursing, *JAN*, 16(1991)1462–69.
4. Scott H.: Why does nursing theory fail in practice? *British Journal of Nursing* 3(1993)235–262.
5. Käppeli S.: Advanced Clinical practice – how do we promote it? *J. Clinical Nursing*, 2(1993)205–21.
6. Menzies I.: The functioning of social systems as a de-

fence against anxiety, Tavistock, London.

7. Craig S.L.: Theory development and its relevance for nursing, *JAN*, 5(1980)349–355.
 8. Miller A.: The relationship between nursing theory and nursing practice, *JAN*, 10(1985)417–424.
 9. Clarke M.: Action and reflection: practice and theory in nursing, *JAN*, 11(1986)3–11.
 10. Lewis T.: Leaping the chasm between theory and practice, *JAN*, 13(1988)345–351.
 11. Phillipps B.N.: Role of the Practitioner in applying science of practice, *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1989)3–8.
 12. Rodgers S.: An exploratory study of research utilization by nurses in general medical and surgical wards, *JAN*, 20(1994)904–911.
 13. Armitage S.: Research utilisation in practice, *Nurse Education Today*, 10(1990)10–15.
 14. Rolfe G.: The theory-practice gap in nursing: from research-based practice to practitioner-based research, *JAN* 28(1998)672–679.
- Stenhouse; Clarke B.; James C.; Kelly J.: Reflective practice: reviewing the issues and refocusing the debate, *International Journal of Nursing Studies*, 33(1996)171–180.

NETZWERK CM

Case Management Schweiz



1. Schweizerische Case-Management-Tagung

Ein Impulstag für PraktikerInnen und Interessierte aus Gesundheits-, Sozial- und Versicherungswesen

Mittwoch,
17. September 2003

in **Küsnacht ZH**

Tagungsprogramm und Anmeldeunterlagen bei:

NETZWERK CM
Postfach 1491
8700 Küsnacht ZH
Tel. 043 277 91 91
Fax 043 277 94 94
info@netzwerk-cm.ch
www.netzwerk-cm.ch