

**Q** Wann wird das neue System einsatzbereit sein? Wie sieht der Rollout-Prozess aus?

**A** Die Pilotphase beginnt im ersten Quartal 2026; ein kontinuierlicher iterativer Prozess wird mit diesen Standorten fortgesetzt, und wir rechnen mit der kommerziellen Einführung der vollständigen Klassifizierung bis zum Ende des ersten Quartals 2027. Wir geben dies jetzt bekannt, da die Pilotversuche bald beginnen werden und wir möchten, dass die Menschen wissen, dass dies geschieht und wir diese Bemühungen jetzt in die Praxis umsetzen, um Feedback zu erhalten. Gleichzeitig werden wir die NANDA 360-Klassifizierung weiter ergänzen und verfeinern. Zu diesem Zeitpunkt werden den Inhabern einer digitalen Lizenz Schulungsressourcen, Einführungsmaterialien sowie umfassende technische Dokumentationen und Implementierungsleitfäden zur Verfügung gestellt.

**Q** Wer wird NANDA 360 ausführlich erklären? Welche Unterstützung wird angeboten?

**A** NANDA-I entwickelt derzeit eine Reihe von Bildungsprogrammen, die verschiedene Bildungs- und Schulungsmodalitäten sowie Beratungen für Lehrkräfte an Universitäten und im Gesundheitswesen, Krankenschwestern und Krankenpfleger in der klinischen Praxis sowie für Personen aus den Bereichen Forschung und Informatik umfassen werden. Weitere Informationen zu diesen Programmen, die alle darauf abzielen, mehr Klarheit in die Lehre zu bringen, folgen in Kürze.

**Q** Welche Beweise sprechen für diesen Schritt hin zu einer integrierten Klassifizierung mit einer einheitlichen Taxonomie?

**A** Das Fehlen systematischer Verknüpfungen zwischen Bewertungsdaten und Diagnose sowie das Fehlen evidenzbasierter Verknüpfungen zwischen Diagnose, Ergebnis und pflegerischen Maßnahmen weisen auf die Notwendigkeit einer integrierten Klassifizierung hin.

**Q** Wird dies die bestehenden NANDA-I-Diagnosen ersetzen oder in diese integriert werden?

**A** Das neue Rahmenwerk wird in die bestehenden NANDA-I-Diagnosen integriert.

**Q** Wie wird NANDA-I die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Normungsgremien fortsetzen?

**A** NANDA-I wird natürlich weiterhin sicherstellen, dass unsere Klassifizierung mit den Standards von Normungsgremien und Organisationen übereinstimmt.

**Q** Welche begutachteten Forschungsarbeiten oder Expertengremien haben zu diesen Änderungen geführt?

**A** Wir haben gezielte Recherchen in der wissenschaftlichen Literatur durchgeführt, um Studien zu identifizieren, die den höchsten GRADE-Evidenzgrad für Maßnahmen bieten, die auf jeden einzelnen Faktor im Zusammenhang mit der spezifischen Pflegediagnose zugeschnitten sind. Die meisten Quellen waren systematische Übersichtsarbeiten; wenn andere Designs besser geeignet oder aktueller waren (z. B. randomisierte Studien, Kohortenstudien, qualitative Synthesen), haben wir diese ebenfalls herangezogen. Für jede Maßnahme haben wir den Evidenzgrad auf der Grundlage der höchsten GRADE-Bewertung aus den Studien zugewiesen, die diese Maßnahme direkt stützten. Vorrang hatten systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, aber wir haben auch randomisierte kontrollierte Studien, quasi-experimentelle und Beobachtungsstudien sowie, wenn dies für die Kontextualisierung angemessen war, qualitative Evidenzsynthesen einbezogen – insbesondere, wenn sie Aufschluss über Mechanismen, Akzeptanz oder Umsetzung gaben. Für jeden relevanten Faktor haben wir Maßnahmen nur Studien zugeordnet, die sich explizit auf diesen Faktor (oder ein eindeutig gleichwertiges Konstrukt) im Diagnosekontext bezogen. Maßnahmen, die nicht durch factorspezifische Evidenz gestützt wurden, wurden ausgeschlossen oder herabgestuft.

**Q** Wie wird sich diese Änderung auf Einrichtungen auswirken, die NANDA-Diagnosen bereits in Lehrplänen, elektronischen Patientenakten oder in der Praxis verwenden?

**A** Dadurch werden diese Einrichtungen in die Lage versetzt, eine Klassifizierung anzubieten, die den gesamten Pflegeprozess umfasst. Dies führt zu einfacheren Lehrmethoden – einer einheitlichen Taxonomie mit drei Terminologien, die in eine erweiterte Klassifizierung integriert sind –, einer Lizenz und für diejenigen mit elektronischen Patientenakten die Möglichkeit, Pflegekräfte mit einem computergestützten Entscheidungshilfetooll in Form unseres klinischen Entscheidungsfindungsrahmens zu unterstützen.

**Q** Wie werden Ziele und Ergebnisse in der neuen Klassifizierung definiert?

**A** Ein Pflegeziel ist die gewünschte und erreichbare Reaktion einer Person, einer Familie oder einer Gemeinschaft, die als Leitlinie für den Pflegeprozess festgelegt wird. Es stellt einen angestrebten zukünftigen Zustand dar, der die klinische Entscheidungsfindung leitet und als Leitfaden für Pflegehandlungen dient, die innerhalb eines definierten Zeitrahmens zielgerichtet und bewusst durchgeführt werden. Darüber hinaus dient es als Bezugspunkt für die Bewertung des Fortschritts der Person und der Kohärenz der während des gesamten Therapieprozesses ergriffenen Maßnahmen. Ziele sollten realistische, individuelle Zielsetzungen widerspiegeln, die mit dem klinischen Zustand und den persönlichen Werten der gepflegten Person vereinbar sind. Ein Pflegeergebnis ist die beobachtete menschliche Reaktion einer Person, einer Familie oder einer Gemeinschaft, die sich aus der Interaktion zwischen der bewussten Maßnahme der Pflegekraft und dem klinischen Kontext der Person ergibt. Es spiegelt die erwarteten oder erzielten Veränderungen des Gesundheitszustands im Verhältnis zum zuvor festgelegten Ziel wider und zeigt die Wirkung der geleisteten Pflege auf. Das Pflegeergebnis ermöglicht die Bewertung, ob die Ziele erreicht werden, zeigt die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen auf und dient als Grundlage für die Fortsetzung, Änderung oder Neuplanung der Pflege entsprechend den Fortschritten der Person.

**Q** Passt der neue Rahmen zur Europäischen Gesundheitsdateninitiative?

**A** NANDA-I analysiert derzeit die Anforderungen, die für die Angleichung an die Europäische Gesundheitsdateninitiative erforderlich sind.

**Q** Wie wird das neue System die Konsistenz in unterschiedlichen klinischen Umgebungen und Ländern gewährleisten?

**A** Die Möglichkeit, Verknüpfungen herzustellen, die der Pflegekraft klare Evidenzgrade liefern, unterstützt das klinische Denken. Durch die vollständige Kodierung der Klassifizierung können Systeme nicht nur standardisierte Begriffe bereitstellen, sondern diese Begriffe auch für Forschungszwecke nutzen, um beispielsweise zu zeigen, wie Pflegekräfte die Ergebnisse für Patienten und Organisationen beeinflussen.

**Q** Wie verändert dies die Position von NANDA-I im Vergleich zu anderen globalen Terminologien wie SNOMED CT oder ICNP?

**A** Der neue Rahmen wird die Konvergenz mit anderen Pflege-Terminologien weiter angleichen und sogar verbessern. Derzeit wird ein SNOMED CT-zu-NANDA-I-Referenzsatz erstellt, damit SNOMED-Mitgliedsländer den NANDA-I-Rahmen in ihren SNOMED-fähigen elektronischen Gesundheitsakten nutzen können. Dieser Referenzsatz wird es NANDA-I weiterhin ermöglichen, sich an HL7-Nachrichten und andere regulatorische Standards anzupassen.

**Q** Werden die Ergebnisse von NANDA 360 mit den LOINC-Beobachtungen übereinstimmen?

**A** In Ländern, in denen LOINC verwendet wird, stimmen die NANDA 360-Ergebnisse mit den LOINC-Beobachtungen überein.