



TH. SCHOBER

Eine wachsende Herausforderung

Die Bedeutung der Pflegefachkraft beim Leben mit chronischen Erkrankungen



MERCARE NURSING AUSTRIA

THERESIA SCHOBER BSC

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin

Stationsleitung der interdisziplinären Endoskopie, der Ambulanz und der zentralen AEMP für Endoskope im Klinikum Ottakring, Wien

Vizepräsidentin der IVEPA (Interessenverband Endoskopie-Personal Austria)
Mitglied der ESGENA (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates) abgeschlossenes Studium BSc in Nursing

Das Wissen um chronisch Kranke ist in den vergangenen Jahrzehnten aus unterschiedlichen Gründen zunehmend bedeutsam geworden. So ist die Gruppe der Patientinnen und Patienten über 90 Jahren mit großer Geschwindigkeit angewachsen, wobei nicht nur das Alter entscheidend ist. Alte Menschen haben andere Krankheiten. Die meisten von ihnen leiden nicht nur an einer Erkrankung, sondern an mehreren. Diese Multimorbidität ist für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe, aber vor allem für die Pflege eine große Herausforderung. Ein Medikament ist beispielsweise für eine Krankheit gut, hat aber eventuell beträchtliche Nebenwirkungen für eine andere Erkrankung. Für die Pflege gilt es auch, die physischen und psycho-sozialen Pflege-Aufgaben auf die Multimorbidität des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin individuell abzustimmen.

Die Nähe der Pflege zum chronisch Kranken

Ärztliches Personal sowie Therapeutinnen und Therapeuten sind bei den einzelnen Patientinnen und Patienten viel weniger präsent als das Pflegepersonal. Die Pflege ist 24 Stunden vor Ort. Dadurch ist es nur zu verständlich, dass zwischen Patientinnen und Patienten und Pflegepersonal eine gewisse Vertrauensbasis aufgebaut wird (vgl. Abt-Zegelin 2002).

Außerdem kennt das Pflegepersonal dadurch viele Vorlieben, Eigenheiten, Ängste, Gewohnheiten und Verhaltensmuster von Patientinnen und Patienten auf Grund der täglichen Begleitung und Kommunikation.

Aufgaben der Pflege bei chronisch Kranken

Die Aufgaben der Pflege beziehen sich sowohl auf Prävention als auch auf Therapie. Die Primärprävention setzt beim gesunden Menschen an und hat zum Ziel, jene mit Hilfe von Beratung und Aufklärung zu einem gesunden Lebensstil und zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken hinzuführen – also Krankheit zu vermeiden. Die demographischen Veränderungen führen jedoch dazu, dass es nicht mehr ausschließlich darum geht völlig gesund zu bleiben, sondern trotz Krankheit die verbleibende Gesundheit zu wahren und Selbstständigkeit sowie „Quality of Life“ (QOL) bestmöglich zu erhalten (Tertiärprävention), (vgl. Neubart 2012, S. 11). Wenn Patientinnen und Patienten nur als Krankheitsfälle gesehen, danach betreut und behandelt werden, werden sich diese auch einfach nur krank fühlen und nur die negativen Auswirkungen dieser Krankheit auf ihr Leben sehen. Wenn eine Patientin und ein Patient jedoch in erster Linie als Mensch wahr-



Photo © Robert Kneschke / stock.adobe.com

genommen werden und ihnen gezeigt wird, wie sie das tägliche Leben und den Alltag trotz der Erkrankung selbstständig bewältigen können, dass trotz der chronischen Erkrankung ein ausgefülltes, selbstbewusstes und gemeinschaftsorientiertes Leben möglich ist, werden sie eher Mut fassen, aktiv werden, positiv denken und mitarbeiten (Empowerment). Es bedarf nur der nötigen Ressourcen-Anpassung (vgl. Huck 2004, S. 6). Durch die chronische Erkrankung und ihre Symptome und Schübe kommt es bei den Patientinnen und Patienten immer wieder zu Beeinträchtigungen auf physischer sowie auch auf psychischer und sozialer Ebene. Die Aufgabe der Pflege ist, dazu beizutragen, diese Beeinträchtigungen zu beseitigen bzw. zumindest zu lindern (vgl. Klingler et al. 2015, S. 535).

Physiologische Unterstützung

Diese unterscheidet sich natürlich je nach Art der chronischen Erkrankung. Wichtig ist jedoch immer, dass wir als Pflegenden den Patientinnen und Patienten nicht alles abnehmen – zum Beispiel bei der Körperpflege. Auch wenn die Patientinnen und Patienten für Tätigkeiten mehr Zeit benötigen, wenn sie diese selbst durchführen, so helfen wir ihnen nicht damit, wenn wir es selbst und dafür schneller machen. Genau hier liegen Frustration, Verlust der Würde, Verlust des Selbstwertes oder aber Erfolgserlebnis, Mut und Zuversicht, Selbstvertrauen, Motivation und Lebensinhalt eng beieinander (vgl. Huck 2004, S. 8).

Hier gehört aber auch die Krankenbeobachtung dazu. Dies kann sein: Vitalzeichenkontrolle, Blutzuckerbestimmung, Schluckstörungen erkennen, Lähmungen und Spasmen als Bewegungseinschränkung, genaue Art und Intensität der Spasmen und viele andere. Wichtig ist die nachvollziehbare, vollständige und kontinuierliche Dokumentation der Beobachtungen. Nur auf

Basis guter Beobachtung und Dokumentation kann für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten die bestmögliche Therapie gefunden und angewandt werden.

Auch prophylaktische Maßnahmen sind gerade bei chronischen Krankheiten essenziell, um zusätzliche Einschränkungen zu vermeiden und Abstände zwischen Schüben eventuell zu vergrößern. Hierzu zählen zum Beispiel Prophylaxen betreffend Decubiti, Thrombosen, Kontrakturen und Sturz. Je nach Erkrankung können auch beruhigende oder belebende Einreibungen oder Kinesthetic unterstützend und wohltuend wirken. Auch „Bobath“ ist ein Konzept, das gerade bei neurologischen Erkrankungen wie z.B. bei hemiplegischen Patientinnen und Patienten nach Insulten zur Anwendung kommt. Dabei sollen Spasmen bzw. Schmerzen gemildert, mehr Körpergefühl geschaffen (Körpermittelpunkt, Haltung) und in Folge mehr Selbstständigkeit erreicht bzw. erarbeitet werden.

Ein sehr wichtiger Faktor – und Aufgabe der Pflege – ist die Medikamenteneinnahme. Manche Medikamente müssen gerade bei chronischen Erkrankungen zu genauen Zeiten bzw. mit exaktem Abstand zur Nahrungsaufnahme eingenommen bzw. verabreicht werden, wie zum Beispiel bei M. Parkinson oder bei Diabetes. Die Pflege hat dafür Sorge zu tragen, dass diese wichtigen Richtlinien eingehalten werden.

Ein sehr umfangreicher und oft ungeliebter Punkt bei der Pflege ist die Einbeziehung von Angehörigen. Aber die Angehörigen übernehmen die unterstützende Pflege nach der Entlassung in vielen Fällen. Daher ist es essenziell, diesen Menschen die Angst zu nehmen, sie über die Erkrankung aufzuklären, zu schulen, zu beraten. Auch hier gilt es, eine individuelle Betreuung anzubieten (vgl. Döhner et al. 2006, S. 588).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist für die Pflege unumgänglich. Die Patientinnen

und Patienten profitieren am meisten von der Behandlung, wenn dabei ein Rädchen ins andere greift und die Therapien sich gegenseitig unterstützen und aufeinander abgestimmt sind (vgl. Ochse 2013, S. 11-12).

Zuletzt gehört natürlich eine vorausschauende Planung in Richtung Entlassung und Pflege zu Hause zu einer wichtigen Aufgabe der Pflege. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Entlassungsmanagements (Pflegepersonen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,..) sind für die Schnittstellenverbindung zwischen Krankenhaus und ambulanter Weiter-Betreuung zuständig (vgl. Döhner et al. 2006, S. 590). In Österreich steht Casemanagement im ambulanten Bereich noch sehr spärlich zur Verfügung (Czypionka et al. 2008, S. 4). Umso wichtiger ist die ausreichende Information von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen bei der Entlassung und die optimale Organisation von ambulanten Pflege- und Versorgungs-Diensten, die an den Bedarf der Patientin bzw. des Patienten angepasst sind.

Psychologische bzw. emotionale Unterstützung

Weil Pflegepersonen die Patientinnen und Patienten mehr oder weniger den ganzen Tag begleiten, sind sie in der besten Ausgangsposition, um diese zu motivieren, sie zu ermutigen, auch kleine Erfolge zu erkennen, sich mit den Patientinnen und Patienten über Erfolge zu freuen. Aber es dürfen auch die Misserfolge nicht außer Acht gelassen werden. Als Vertrauenspersonen bzw. „Verbündete“ kommen Pflegepersonen gut zu Patientinnen und Patienten durch, um Ihnen Zuspruch und Trost zu spenden (vgl. Huck 2004, S. 8). Wichtig ist oft, einfach nur aufmerksam (aktiv) zuzuhören. Es tut manchmal gut, einfach allen Frust, Zorn, Schmerz, alle Angst und Wut abzuladen. Das Pflegepersonal fungiert also auch als aktive „Klagemauer“. Manche Dinge sind einfach nicht zu ändern. Aber

„Durch die chronische Erkrankung und ihre Symptome und Schübe kommt es bei den Patientinnen und Patienten immer wieder zu Beeinträchtigungen auf physischer sowie auch auf psychischer und sozialer Ebene.“

IVEPA**Fortbildung in der Endoskopie**

Der IVEPA – Interessensverband Endoskopiepersonal Austria unterstützt die Förderung und berufliche Weiterentwicklung von Gesundheitsmitarbeitern, die in Endoskopie-Bereichen tätig sind oder besonderes Interesse daran haben.

Informationen: www.ivepa.at



es tut gut, es einfach einmal „rauszulassen“. Angehörige sind oft nicht die richtigen Ansprechpartnerinnen und -partner, da diese möglicherweise schockiert reagieren könnten. Bei einer Pflegeperson als Gesprächspartner brauchen Patientinnen und Patienten keine Sorge zu haben, diese zu ängstigen, zu verletzen oder zu verunsichern, wenn sie über ihre Sorgen sprechen.

Die Krankheit erkennbar und verstehbar machen

Bei der Pflegeberatung oder Edukation geht es darum, das Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) der Patientinnen und Patienten zu stärken (Antonovsky 1996, S. 15). Das Wissen um die jeweilige chronische Erkrankung ist die Basis. Nur wenn die Patientin bzw. der Patient weiß, was auf sie bzw. ihn zukommt, kann sie bzw. er sich damit auseinandersetzen und damit umgehen lernen und bleibt handlungsfähig. Alles, was uns nicht einfach überrascht oder überrollt, sondern mit dem wir rechnen, wirft uns nicht so leicht aus der Bahn (vgl. Huck 2004, S. 9). Das Schwierige, aber grundlegend Wichtige daran ist jedoch, als Pflegeperson nicht einfach eine einmal einstudierte Liste für diese Erkrankung herunter zu „predigen“, sondern vielmehr gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten zu überlegen, was für sie bzw. ihn wichtig ist, um den Alltag zu bewältigen und auch, um Wohlbefinden, Zufriedenheit, Sinn, kurz gesagt um Lebensqualität zu erhalten (vgl. Hüper et al. 2009, S. 193). Diese gesundheitsfördernden Beratungsgespräche sind immer individuell verschieden. Sie unterscheiden sich zum einen natürlich je nach chronischer Erkrankung und dem jeweiligen Stadium. Sie unterscheiden

sich aber auch auf Grund der verschiedenen Einstellungen sowie psychischer und kognitiver Verfassung der Patientinnen und Patienten. Jede Patientin bzw. jeder Patient ist als Individuum anzusehen. Und wieder ist es die Pflege, die auf Grund von Biographie-Arbeit und dem umfangreichen täglichen Kontakt, für diese Beratung, Hinführung und Gesprächsführung am besten geeignet ist.

Gute Pflege

Gute Pflege bedeutet, die Patientinnen und Patienten als ganzes Individuum wahrzunehmen und nicht als anonymen Krankheitsfall. Gute Pflege bedeutet aber auch, umfassendes Wissen, die verschiedenen Krankheiten und deren Symptome und Verläufe zu kennen. Die derzeitigen Zahlen der Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten zeigen nur zu gut, wie wichtig eine Wissenserweiterung der Pflege, auch auf Grund der vielen neuen Pflegeansätze und Aufgaben auf diesem Gebiet ist bzw. wäre (vgl. Ochse 2013, S. 11; vgl. Haberstroh et al. 2009, S. 109). Das Ziel guter Pflege ist, dass zum Zeitpunkt der Entlassung Patientinnen und Patienten trotz Beeinträchtigungen durch ihre Erkrankung größtmögliche Autonomie und somit auch Lebensqualität für zu Hause erlangt haben (vgl. Neubart 2012, S. 11).

Zusammenfassung

Insgesamt wird ersichtlich, dass die Pflege sowohl in der Diagnostik, der Therapie aber auch bei der vorausschauenden weiterführenden Pflege zu Hause nach Entlassung eine sehr bedeutsame, wichtige Funktion hat. Der salutogenetische Ansatz von Antonovsky gewinnt im Zuge der jetzigen

und der zukünftigen demographischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung. Derzeit sind jedoch punkto Gesundheitsberatung chronisch kranker Patientinnen und Patienten durch Pflegepersonal (zumindest in den Pflegeeinrichtungen in Österreich) noch keine umfangreichen Zeitressourcen, welche sich im Personalstand der Pflege widerspiegeln müssten, eingeräumt worden (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 8). Es ist ethisch nicht vertretbar und würde ein Gespräch auf Augenhöhe unmöglich machen, solche Art Beratungsgespräche während Pflegetätigkeiten mit der Patientin bzw. dem Patienten durchzuführen.

Stellungnahme und Ausblick

Aufgrund der zukünftigen Altersverteilung und des damit zu erwartenden Anstiegs chronischer Erkrankungen wird in vielen Wohlstandsländern Europas die Berufsgruppe der Pflege immer mehr an Bedeutung gewinnen. Dem gegenüber steht eine Situation, in der es schon jetzt einen enormen Mangel an Pflegepersonal gibt. Das Pflegepersonal der „Baby-Boomer-Generation“ geht demnächst in Pension und der Nachwuchs lässt auf sich warten. Die Fachhochschulen zur Pflegeausbildung auf Bachelor-Niveau in Wien erfreuen sich zwar größter Beliebtheit und sind laut Stadtpolitik immer voll ausgelastet. Die Attraktivität von allgemeinen Bereichen, wie z.B. Normalpflegestationen in Schwerpunktspitälern, scheint jedoch aktuell für FH-Absolventinnen und -Absolventen nicht gegeben zu sein. Gerade hier benötigen wir aber dringend Verstärkung.

Umfragen zeigen, dass – zumindest im Großraum Wien – kaum FH-Absolventinnen und -Absolventen auf internen Bettenstationen arbeiten wollen. Meist werden Intensivstationen, OP, Anästhesie oder andere Spezialbereiche als Wunsch-Arbeitsort genannt. Interne Bettenstationen werden von vielen Kolleginnen und Kollegen für eine Art Pflegeheim gehalten und mehr oder weniger auf Inkontinenzversorgung und Nahrungsverabreichung reduziert. Ich möchte hier und jetzt eine Lanze für die „Interne Pflege“ brechen. Kaum eine Abteilung bietet ein derart breites Spektrum an unterschiedlichen Erkrankungen und Schwerpunkten. Auf nahezu jeder Internen Bettenstation liegen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichsten Er-

„Nur wenn wir selbst damit beginnen, können wir das Ansehen und den Status der Pflege heben und nach außen tragen und sichtbar machen.“

„Kaum eine Abteilung bietet ein derart breites Spektrum an unterschiedlichen Erkrankungen und Schwerpunkten wie die Interne Abteilung.“

krankungen wie zum Beispiel: kardialen, pulmonalen, renalen, gastrointestinalen, neurologischen, onkologischen, diabetologischen, gerontologischen, dermatologischen, psychiatrischen, suchterkrankungsbezogenen Diagnosen – um nur einige zu nennen. Das Pflegepersonal auf diesen Stationen benötigt ein enorm hohes und breites Fachwissen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Auf kaum einer anderen Abteilung kann soviel Fachwissen unterschiedlichster Erkrankungen erworben werden wie auf einer Internen Station. Sehr viele der oben genannten Erkrankungen sind chronischer Art. Dies bedeutet, dass die Pflege gerade auf Internen Stationen sehr viel für und vor allem mit den Patientinnen und Patienten im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich bewirken kann. Empowerment, Resilienzstärkung, physiologische und psychologische Unterstützung sowie Edukation sind nur einige pflegerische Aufgaben, mit denen wir sehr viel bewirken können – sowohl bei den Patientinnen und Patienten selbst als auch bei deren Angehörigen. Und es gibt wahrscheinlich kaum mehr Motivation als die Worte: „Danke, Sie haben mir sehr geholfen“ oder „jetzt geht es mir

gleich besser“ aus dem Mund einer Patientin bzw. eines Patienten. Ich habe meine Laufbahn selbst auf einer Internen Bettenstation begonnen und mir dort ein breites Fachwissen sowie den Mut und die Freude am selbstständigen Arbeiten erarbeitet bzw. angeeignet. Fachwissen, Selbstbewusstsein und Erfahrung braucht es, um auf Augenhöhe im interdisziplinären Team anerkannt zu werden und Gehör zu finden – „Wissen ist Macht“!

Darum wird es höchste Zeit, dass unsere Berufsgruppe – die Pflege – die immer noch vielfach vorhandene „Unterwürfigkeit“ gegenüber dem medizinischen Gesundheitspersonal ablegt und diesem stolz und selbstbewusst auf Augenhöhe begegnet. Wir wollen und sollen im Sinne unserer Patientinnen und Patienten unseren Beitrag leisten, mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten und nicht nur Befehlsempfängerinnen und -empfänger sein. Dazu braucht es ausreichend Evidenz basiertes Fachwissen, praktische Erfahrung, den Mut uns Gehör zu verschaffen, Selbstbewusstsein, Hartnäckigkeit und Ausdauer. Wir müssen von uns als Berufsgruppe überzeugt sein, ein interdisziplinäres Arbeiten auf Augenhöhe immer wieder einfordern, unsere Eigenverantwortung wahrnehmen und leben. Nur wenn wir selbst damit beginnen, können wir das Ansehen und den Status der Pflege heben und nach außen tragen und sichtbar machen.

KORRESPONDENZ

Theresa Schober BSc
E-Mail: theres.schober@gmail.com

LITERATUR

- Abt-Zegelin, A. (2002): Pflegewissenschaft, D. V. (2002) Das Originäre der Pflege entdecken, Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Sonderausgabe Fachtagung, Frankfurt am Main: Mabuse.
- Abt-Zegelin, A. (2009): CNE 3; 5-9.
- Antonovsky, A. (1996): Health promotion international, 11(1), 11-18
- Czypionka, T./ Kraus, et al. (2008): Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), Institut für höhere Studien IHS Health Econ, [online] http://irihs.ihs.ac.at/3163/1/hsw08_1d.pdf [22.04.2017].
- Döhner, H. et al. (2006): Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006; 49: 583-594
- Haberstroh, J. et al. (2009): Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42:108-116.
- Huck, G. (2004): Psych Pflege 2004; 10: 2-12
- Hüper, CH. et al. (2009): Pflege und Beratung. Psych Pflege 2009; 15: 188-195
- Klingler, C. et al. (2015): Gesundheitswesen 2015; 77: 533-539
- Neubart, R. (2012): Heilberufe / das Pflegemagazin 2012; 64 (3); 11-13.
- Ochse, M. (2013): Heilberufe / das Pflegemagazin 2013; 65 (10); 10-12.

BUCHEMPFEHLUNG

Pflege im Fokus

Vor dem Hintergrund der Covid 19-Pandemie entstand das eben erschienene Buch „Pflege im Fokus“: In der ersten Welle spendete man dem Pflegepersonal noch Applaus als Anerkennung ihrer besonderen Leistungen und kündigte an, diese zu honorieren. Der Applaus und die Versprechen sind verebbt. Stattdessen wurde von einem **Pflege**notstand gesprochen, als osteuropäische 24-Stunden-Betreuerinnen für Privathaushalte nicht mehr einreisen konnten. Diese verzerrte Wahrnehmung in Medien, Politik und Öffentlichkeit wollen die Autorinnen des Buchs geraderücken. Doris Pfabigan, Elisabeth Rappold, Berta Schrems und Gerda Sailer, Expertin-

nen aus Theorie und Praxis der Pflege, erzählen von den Leistungen und Bürden sowie den faszinierenden Facetten dieses Berufs.

Pflege im Fokus.

Herausforderungen und Perspektiven – warum Applaus allein nicht reicht.

Doris Gerda Sailer (Hrsg.)

Autorinnen: Doris Pfabigan, Elisabeth Rappold, Berta Schrems, Gerda Sailer

1. Aufl. 2021, 196 S. 6 Abb. Mit Online-Extras.

eBook: ISBN 978-3-662-62456-2; Preis: 16,99 €

Softcover: ISBN 978-3-662-62455-5, Preis: 23,63 €

