Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Themenausgabe 2/2017

Heute studieren,
was morgen gefragt ist.

PFLEGEWISSENSCHAFT

Pflege.
Studium.
Zukunft.

Pflegewissenschaft für diplomierte Pflegepersonen
als Bachelor-, Master- oder Doktorat-Studium
am modernen Uni-Campus in Hall in Tirol.

Kontakt: lehre@umit.at I www.umit.at

NEU ab Herbst 2017: Universitätslehrgang
Health Information Management
Infos: www.umit.at/him

UMIT
the health & life sciences university

BILDUNG & MANAGEMENT

05 Akademisierung der Pflegegrundausbildung und ihr Beitrag zur Professionalisierung der Pflege in Österreich

09 Fehlermanagement in der Pflege

15 Das Modell der Salutogenese nach A. Antonovsky – Tagebuch im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

23 Pflege - ein Job mit Imageproblem?

27 Wandel der Pflege

29 Die Methode Problem Based Learning (PBL) und deren Wirkung auf Praxis und Lehre

FACHWISSEN

33 Den Weg von Evidence Based Nursing zu Evidence Based Practice gehen

37 Onkologische Pflege: Evidenzbasierte Interventionen bei Patientinnen/Patienten mit chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen

45 Der Sterbeprozess im Krankenhaus aus Sicht der Angehörigen von Palliativpatienten

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) fotogestoeber

(C) 2017 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

Matthias Drossel, BA MScN
Schulleitung an der Bamberger Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

ich freue mich, dass ich die neue Ausgabe von Pflege Professionell eröffnen darf. Mit dieser Fachzeitschrift wird nicht nur über Ländergrenzen hinweg gedacht, sondern auch in der Berufsgruppe der Pflegenden künstlich geschaffene Trennungen ignoriert. Im Zentrum steht dabei die Pflegewissenschaft. Pflegepraxis, -pädagogik, -management, -politik vereint in einer Fachzeitschrift. Viele verschiedene Themen. Irgendwas findet man dann doch immer interessant. Gut zu lesen und doch meistens mit entsprechendem professionellem Duktus. Auch in der neuen Ausgabe ist es Markus Golla gelungen diese Themenvielfalt anzubieten: Ethik, Berufspolitik, gesellschaftspolitische Aspekte, Pädagogik, Versorgungsforschung, Geschichte. Schlägt man das Inhaltsverzeichnis auf, stellt man fest, dass viele prominente langjährig aktive, wichtige Personen der Pflegewissenschaft vertreten sind. Genau diese Personen leisten die Beiträge für eine Weiterentwicklung und kritische Reflexion in den unterschiedlichen Handlungsfeldern. Mit genau diesen Worten möchte ich das Vorwort auch beenden: Vielen Dank an alle Personen, die einerseits in dieser Ausgabe mitwirken, andererseits durch Ihr langjähriges Engagement beweisen, dass Wissenschaft sich endlich auch im deutschen Sprachraum mehr und mehr durchsetzt. Ihr

Matthias Drossel

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Unsere SchülerInnen und StudentInnen im Gesundheitswesen sind die Fachkräfte von morgen. Ein Grund für Pflege Professionell der Zukunft eine komplette Themeausgabe zu widmen. Gemeinsam mit ihren Lehrpersonen haben sie uns neun Fachartikel zur Verfügung gestellt, die sich absolut sehen lassen können. Hierbei war das Spannende, dass die AutorInnen unterschiedliche Ausbildungsstände hatten.

Das Team der Bamberger Akademien schrieb den Artikel in ihrem zweiten Semester, andere waren am Ende der Ausbildung. Es war eine absolute Freude zu sehen, wie bemüht und visionär der Nachwuchs ist.

Das österreichische und deutsche Gesundheitswesen kann auf den Nachwuchs stolz sein!

Es war ein langer Weg bis zur Veröffentlichung dieser Ausgabe. Rund ein Jahr haben wir an dieser Themenzeitschrift gearbeitet. Die nächste Themenausgabe „SchülerInnen & StudentInnen“ ist bereits im Entstehen. Doch nun ist es Zeit ihnen dieses Werk zu präsentieren.

Danke für Ihr Interesse und willkommen bei der neuen Ausgabe von Pflege Professionell

Markus Golla

Herausgeber

Markus Golla, BScN

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

(C) Chris Titze Imaging

Akademisierung der Pflegegrundausbildung und ihr Beitrag zur Professionalisierung der Pflege in Österreich

In den 1970er Jahren plädierten nationale PflegeexpertInnen bereits für eine Akademisierung der Pflegegrundausbildung (vgl. Seidl, Schaeffer & Heller, 1995, 32) und begannen eine seit nun mehr bereits über 40 Jahre bestehende Diskussion über die Notwendigkeit der Akademisierung. In den Praktika während dem Studium lässt sich allerdings beobachten, dass die Pflegepraxis diese Notwendigkeit mitunter nicht nachvollziehen kann und eine negative Haltung gegenüber der Akademisierung hat. Betrachtet man die Thematik im EU-Kontext muss erwähnt werden, dass Österreich gemeinsam mit Luxemburg, Deutschland und Frankreich eines der wenigen Ländern in der EU ist, in denen die Pflegegrundausbildung nicht auf tertiärer Bildungsebene angesiedelt ist (vgl. Gruber & Kastner, 2005, 7; Hagauer, 2015).

In den USA gab es bereits im Jahr 1907 den ersten Lehrstuhl für Krankenpflege an der Columbia Universität in New York. 1910 gab es bereits das erste fünfjährige Studium der Krankenpflege an der Universität Minnesota(Bischoff-Wanner, 2000, 30). In der Tschechoslowakei konnte bereits ab 1960 und in Belgien ab 1975 ein derartiges Studium absolviert werden (vgl. Seidl & Walter, 1988, 104-108).

Die Gesetzesnovellierung hebt die Pflegegrundausbildung nun endlich auf die tertiäre Bildungsebene und die Akademisierung schreitet voran. Mit der Gesetzesnovelle vom 1. August 2016 des GuKG wurde nun die Grundlage zur Integration des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gelegt. Die speziellen Grundausbildungen des gehobenen Dienstes (Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) wurden zugunsten einer stärker generalisierten Ausbildung aufgehoben und die Aktualisierung der Tätigkeitsbereiche mit der Möglichkeit zur Kompetenzvertiefung und -erweiterung vorgenommen (vgl. Bundeskanzleramt, 2016).

Doch welchen Benefit hat die Ausbildungsreform für die nationale Pflege und welche Meinungen haben Bachelorstudierende der Gesundheits- und Krankenpflege dazu, die sich gerade in dieser Zeit des Umbruchs für das Studium entschieden haben?

Dieser Artikel gibt Auskunft darüber.

Benefit der Akademisierung
Von der Semiprofession zur Profession

Die Forderung nach einer Akademisierung der Pflegegrundausbildung in Österreich beruht auf diversen nationalen Veränderungen in verschiedenen Bereichen und einem bereits begonnenen und längst überfälligem Paradigmenwechsel bzgl. der Pflege als Anerkennung einer Profession. Als mögliche Indikatoren für eine Profession können exemplarisch eine wissenschaftlich fundierte Argumentationsbasis, Autonomie und ein angemessener gesellschaftlicher Status genannt werden.

Für Gruber & Kastner (2005, 13) und Krämer (2005, 162) geht die Akademisierung der Pflege mit der Etablierung der Pflege als wissenschaftliche und evidenzbasierte Disziplin einher, mit dem primären Ziel die Pflege zu professionalisieren.

Die AkademikerInnenquote korreliert zudem mit dem gesellschaftlichen Ansehen in Österreich, sodass die Akademisierung der Pflegegrundausbildung eine Statussteigerung der gesamten Pflege mit sich bringt, den interdisziplinären Austausch zwischen den Gesundheitsberufen auf Augenhöhe fördert und durch Schaffung einer eigenen evidenzbasierten wissenschaftlichen Basis die Autonomie des Pflegeberufes und somit die Abgrenzung zu anderen Disziplinen transparent macht (vgl. Hagauer, 2012, 17).

Die Pflegewissenschaft ist in Österreich eine sehr junge Disziplin. Deshalb gibt es im Bereich des Theorie-Praxis Transfers noch diverse Herausforderungen, denen sich die Pflegewissenschaft und Pflegepraxis im gemeinsamen Tun stellen müssen. Zentral dabei ist es nicht nur stets den aktuellen Stand der Forschung und Neues in die Pflegepraxis zu integrieren, sondern auch Altes und Bewährtes kritisch zu reflektieren, um bedarfsorientierte Weiterentwicklung zu ermöglichen (Boggatz, Bauregger & Grabner, 2011, 40-41).

Benefit der Akademisierung
Antwort auf soziodemographische und -ökonomische Herausforderungen und Entwicklungen

Soziodemographische Veränderungen wie etwa eine alternde Gesellschaft oder der medizinisch-technische Fortschritt führen zu neuen Anforderungen an das österreichische Gesundheits-, Sozial- und Pflegesystem, denen bereits in der Pflegegrundausbildung begegnet werden muss (vgl. Wild, 2008, 197).

Ca. 80% der pflegebedürftigen Menschen in Österreich werden zu Hause, großteils durch pflegende Angehörige, gepflegt und betreut. Durch die zunehmenden Veränderungen bei den Familienkonstellationen (z.B. vermehrte Berufstätigkeit der Frau, Single-Haushalte, Geburtenrückgänge, Anstieg der Scheidungsrate, etc.) werden pflegebedürftige Menschen zukünftig immer seltener von ihren Angehörigen gepflegt und betreut werden, was zu einem Bedarfsanstieg bei Pflege- und Betreuungseinrichtungen führt und professionelle Pflegekräfte erfordert (vgl. Chorherr, 2007, 6-9).

Es kommt zu einer vermehrten Differenzierung von stationärem und ambulanten Bereich, mit dem Ziel, Leistungen vom stationären Sektor in den finanziell günstigeren ambulanten Sektor zu verlagern (vgl. Reuter, 2003, 5), bei einer gleichzeitig noch vorherrschenden Ausbildungsfokussierung auf das stationäre Setting und mit der daraus logischen Konsequenz eines ExpertInnenmangels im ambulanten Pflege- und Betreuungsbereich (vgl. Ludwig-Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2005, 6). Es braucht zukünftig gut ausgebildete Pflegekräfte mit einer Expertise für das ambulante Setting, die im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung die pflegerischen Leistungen qualitativ hochwertig und bedarfsorientiert erbringen können.

Neue Herausforderungen am Arbeitsmarkt, primär aufgrund des stetig steigenden Effizienzdruckes bei gleichzeitig reduzierten Ressourcen, brauchen innovative und lösungsorientiert denkende Pflegepersonen, die diesen Herausforderungen gewachsen sind (vgl. Wild, 2008, 198). HochschulabsolventInnen bekommen, nicht zuletzt auch aufgrund der Hochschulsozialisation, fachliche Inhalte vermittelt und erlangen Schlüsselkompetenzen wie Reflexionsvermögen, Problemlösungsorientierungskompetenzen und sozialkommunikative Kompetenzen, die auf die oben genannten Herausforderungen am Arbeitsmarkt vorbereiten (vgl. Deutmeyer & Thiekötter, 2007, 28).

Benefit der Akademisierung
Förderung der Internationalität, Berufsattraktivität und beruflichen Perspektiven

Österreichische Pflegebildungseinrichtungen stehen vermehrt unter dem Druck, die nationalen Ausbildungsstandards an den internationalen Vorgaben der EU anzupassen und sich somit in die europäische Akademisierungslandschaft einzugliedern (vgl. Gruber & Kastner, 2005, 15).

(C) ktsdesign

Gleichzeitig bedarf es einer Steigerung der Berufsattraktivität für die Pflege, die durch ein Pflegestudium erreicht werden kann und gleichzeitig dem Personalmangel entgegen wirkt. Diesen Aspekt belegt auch die Studie von Peter et al. (2010) über die Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich. Es wurden MaturantInnen zur Attraktivität der Pflegeausbildung befragt, mit dem Ergebnis, dass die Ausbildung für MaturantInnen de facto nicht attraktiv ist, weil sie nicht auf tertiärer Ebene verankert ist und somit bildungstechnisch ein Rückschritt wäre. Joeres, Hanuschke & Mischker (2004) haben bei ihrer Untersuchung zu den Motiven für eine Pflegeausbildung mehr als 3000 Auszubildende in der Pflege befragt und fanden heraus, dass berufliche Perspektiven durch Weiterbildung und Studium einen wesentlichen Anreiz darstellen.

Weitere Motive für eine Pflegeausbildung wurden in Vorarbeit für diesen Artikel bei der Befragung von Bachelorstudierenden der Gesundheits- und Krankenpflege am gespag Pflegeausbildungszentrum am Landeskrankenhaus Steyr gesammelt. Die Motive decken sich weitgehend mit den oben genannten Studienergebnissen, ergänzt um die Möglichkeit international den Pflegeberuf ausüben zu können:

- Bereits vorhandene Matura und die damit verbundene Möglichkeit eines darauffolgenden akademischen Abschlusses
- Möglichkeit mit einem Bachelorabschluss im Ausland arbeiten zu können

Zudem ist zu bedenken, dass auch diverse andere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich wie Physiotherapie, Ergotherapie, Biomedizinische Analytik und Radiologietechnologie seit Jahren mit Bakkalaureat abschließen und bildungsstrategisch der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bereits vor Ausbildungsbeginn potentiell zukünftige Pflegekräfte wegnehmen (vgl. Mazik, 2008, 154).

Conclusio

Persönliche Reflexion der AutorenInnen

Für uns war der Entschluss, sich für das Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege zu entscheiden der Richtige. Anfangs waren wir uns den Vorteilen des Studiums nicht bewusst, doch während des Studiums zeigt sich nun, welche Möglichkeiten wir nach dem Abschluss haben, wie etwa die Spezialisierung in einem Fachbereich der Pflege oder in der Pflegeforschung, jeweils auf Masterebene und in weiterer Folge auf PHD-Ebene.

Das Studium dient dazu, Phänomene, Probleme und Herausforderungen der Pflegepraxis aus wissenschaftlicher Perspektive zu hinterfragen und dafür Antworten zu finden. So ist es uns möglich, systematisch nach qualitativ hochwertiger Literatur zu recherchieren, um in weiterer Folge wissenschaftlich fundierte Lösungen gemeinsam mit den FachexpertInnen aus der Praxis in die Pflegepraxis zu transferieren. Die logische Folge daraus ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflege.

Wenn wir im Praktikum sind, werden uns viele Fragen zum Studium und zu den Unterschieden zur derzeitigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf sekundärer Bildungsebene gestellt und oftmals wird uns mit Vorurteilen begegnet. Der Grund dafür ist Unwissenheit. Nach einer Aufklärung unserer Seite über das Studium und den Sinn dahinter, haben die meisten KollegInnen ihre Vorurteile verworfen. Die Aufklärungsarbeit darf allerdings nicht auf die Studierenden und Bildungseinrichtungen abgegeben werden, sondern ist zentrale Aufgabe der jeweiligen Organisationen, für die Pflegekräfte arbeiten.

Ein weiterer Benefit unseres Studiums ist die Möglichkeit eines Auslandspraktikums. Dadurch können wir weltweit Erfahrungen und Wissen über andere

Gesundheits-, Sozial- und Pflegesysteme sammeln und dieses Wissen mit zurück nach Hause nehmen - im Sinne einer globalisierten und vernetzten Welt essentiell, um den Pflegefokus nicht nur auf Österreich zu legen.

Die Akademisierung der Pflegegrundausbildung führt langfristig zu einer Qualitätssteigerung in der Pflegeausbildung und -praxis. In der Gesamtdiskussion geht es um Professionalisierung - ein Weg, den alle Berufsgruppen/-branchen gegenwärtig und zukünftig aufgrund der Schnelllebigkeit, des technischen Fortschritts, der demographischen Entwicklung und nicht zuletzt aufgrund des Wettbewerbs kontinuierlich beschreiten müssen. An der zentralen Frage „Was ist uns die Pflege unserer Mitmenschen wert?“ wird in Österreich oftmals vorbei diskutiert. Ein Wert definiert sich über das Angebot und das Angebot definiert sich sehr stark über die Ausbildung. Diese Ausbildung gilt es bedarfsorientiert zu verbessern, um Professionalisierung voranzutreiben. Demzufolge ist für uns die Akademisierung der Pflege ein wichtiger und richtiger Schritt, den wir begrüßen und aus Überzeugung mitgehen.

Autorinnen

Christine Arthofer, Sophie Landgraf, Viviane Oppeneder, Julia Carbonari, Simone Kettenhuber, Jennifer Helm, Sarah Schimpelsberger, Julia Großauer

Studierende im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft 2in1-Modell an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege in Steyr und an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg.

UnterstützerInnen

Mag.a Annemarie Strobl, Mag. Stefan Hagauer - Lehrende an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Steyr

Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Steyr

Eine Ausbildungseinrichtung der gespag

Literatur

Bischoff-Wanner, C. (2000). Pflege im historischen Vergleich. In: Rennen-Allhoff, B. & Schaeffer, D. (Hg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim-München: Juventa Verlag, 17-34.

Boggatz, T., Bauregger, H. & Grabner, B. (2011). Ein neuer Weg in der Pflegeausbildung. Gesundheits- und Krankenpflege an der Fachhochschule Salzburg. Pro Care, 16 (8), 40-41.

Bundeskanzleramt (2016). GuKG Novelle 2016. Erläuterungen. Verfügbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_01194/fnameorig_538959.html [27.10.2016].

Chorherr, T. (2007). Hilfe, wer pflegt mich? Fakten, Standpunkte, Perspektiven. Wien: Carl Ueberreuter-Verlag.

Deutmeyer, M. & Thiekötter, A. (2007). Studienführer Pflege und Gesundheit in Österreich. Wien: Facultas-Verlag.

Joeres, S., Hanuschke, I. & Mischker, A. (2004). Zukunftsorientierte Pflegeausbildung. Studie des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V. (DEVK) zur Qualität der Ausbildung an evangelischen Pflegeschulen. Hannover: Schlütersche.

Ludwig-Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2005). Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Verfügbar unter: http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf [27.09.2016].

Gruber, E. & Kastner, M. (2005). Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule? Wien: Facultas-Verlag.

Hagauer, S. (2012). From Nowhere to Somewhere. Erfahrungsbericht eines Pflegewissenschafters als Gesundheits- und Krankenpflegeschüler. Österreichische Pflegezeitschrift, 65 (5), 16-19.

Hagauer, S. (2015). Pflegegrundausbildungen in der Europäischen Union. Gegenüberstellung erstellt im Rahmen der Curriculumsentwicklung für den Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege der FH Gesundheitsberufe Oberösterreich.

Krämer, U. (2005). Professionalisierung der Pflege - Chance oder Dilemma? Printernet, 3, 159-163.

Mazick, S. (Hg.) (2008). Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. München: Juventa-Verlag.

Peter, M., Kemetmüller, E., Fürstler, G., Kozon, V., Gschwandtner, G., Koller, F. & Stummvoll, D. (2010). Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Begründungszusammenhänge für eine Einordnung der Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege auf der tertiären Ebene eines Fachhochschullehrganges. In Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum Wachau.

Reuter, U. (2003). Zukunft der Altenpflege. Bremen: ESI-Verlag.

Seidl, E., Schaeffer, D. & Heller, A. (1995). Akademisierung von Pflege und Public Health. Wien: Wilhelm Maudrich-Verlag.

Wild, M. (2008). Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung: ein Relikt aus der Kaiserzeit? In: Raski, E. (Hg.). Gesundheitsprofi(L) für die Pflege. Wien: Facultas-Verlag, 196-209.

Edward A. Murphey (1918-1990), Offizier und Ingenieur der US-Luftwaffe, beschreibt in dem später oftmals zitierten und nach ihm benannten „Murphey´s Law“ sinngemäß, dass, wenn zwei oder mehr Möglichkeiten bestehen etwas zu tun, und eine dieser Möglichkeiten zu einer Katastrophe führt, sich irgendjemand für genau diese Möglichkeit entscheiden wird. Dieser etwas pessimistische Gedanke spiegelt sich, wenn auch nicht immer gleich in einer Katastrophe endend, in diversen Erhebungen bezüglich aufgetretener medizinischer oder pflegerischer Behandlungsfehler wider (vgl. Roterring, 2015, 9-10).

Eine begriffliche Annäherung

Die Sicherheit von DienstleistungsempfängerInnen der professionellen Pflege hat einen hohen Stellenwert. Personenschäden, verzögerter Genesungsverlauf oder psychosoziale Belastungen als Folge von Behandlungs- oder Pflegefehlern für PatientInnen belaufen sich auf wenige Prozent der Gesamtbehandlungen. Im Anlassfall sind sie jedoch mit einem unvermeidlichen Vertrauensverlust gegenüber der Versorgungseinrichtung und mit hohen Kosten für Träger und Versicherungen verbunden. Die in der professionellen Pflege identifizierbare Fehlerkultur lässt mitunter annehmen, dass das Melden von Zwischenfällen in ihrem Tätigkeitsbereich bislang durch eine vordergründig verurteilende Haltung gegenüber den vermeintlichen VerursacherInnen unterbleibt.

Viele Menschen sind von risikobehafteten Branchen der Arbeitswelt abhängig. Sei es das Personentransportwesen zu Lande, Wasser oder Luft, oder die Energiegewinnung, um nur einige davon zu nennen. All diese Sparten beinhalten eine Gemeinsamkeit. Sie sind zweifellos mit einem unvermeidbaren Restrisiko verbunden und bei Ausfällen oder Unglücken sind betroffene Menschen in ihrem Wohlbefinden, ihrer Gesundheit oder sogar ihres Lebens bedroht. Diese Erkenntnis führte dazu, dass gerade in diesen Bereichen ein hohes Maß an Sicherheitsvorkehrungen eingeführt und durch aktive Fehleranalysen eine signifikante Risikominimierung erreicht wurde (vgl. Roterring, 2015, 9-10).

Auch in der Medizin und der Pflege sind PatientInnen von ihren BehandlerInnen gewissermaßen abhängig und die Eingriffe im Rahmen der jeweiligen Tätigkeiten bedeuten oftmals einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der DienstleistungsempfängerInnen. Manipulative Pflegetätigkeiten an PatientInnen resultieren bei entsprechender Fehlerbehaftung in akuten oder langfristig negativen Folgen (vgl. Borgwart & Kolpatzig, 2010, 5).

Doch selbst bei sorgfältigster Beachtung aller Umstände ist ein Restrisiko nicht auszuschließen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, XI).

So stellt Roterring (2015, 12) fest, dass sowohl Medizin als auch Pflege aufgrund der oben genannten Aspekte und nicht zuletzt durch die mittlerweile hohen Leistungsansprüche unter die Sparte der Hochrisikobereiche einzustufen sind.

Pflege – ein Hochrisikobereich für Fehler?

Viele verschiedene Literaturquellen beschreiben die Definition des Fehlers im Kontext der professionellen Pflege als schwierig beziehungsweise oftmals als zu ungenau. Es reicht nicht lediglich von Verwechslung oder Irrtum zu sprechen (vgl. Roterring, 2015, 19).

Fehlermanagement in der Pflege

© magele-picture

Das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit (2013, XI-XII) definiert einen Fehler in diesem Kontext als ursprünglich richtiges Vorhaben, welches jedoch nicht wie geplant durchgeführt wurde, oder auch einen, dem Vorhaben zugrunde liegenden falschen Plan.

Roterring (2015, 41, 82) schreibt allgemein im Zusammenhang mit aktiv an DienstleistungsempfängerInnen tätigen Personen vom sogenannten „sharp end“. Der Autor erwähnt in diesem Kontext auch Berufsgruppen wie PilotInnen, FluglotsInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonen, welche die vorderste Front der Arbeitsverrichtung bilden und oftmals die letzte Instanz in der Fehlerkette darstellen.

Borgwart & Kolpatzig (2010, 5-6) weisen auf die mögliche Beteiligung mehrerer AkteurInnen und die Verknüpfung multipler Umstände hin und schließen zusätzlich die Begriffe der Unterlassung und Unwissenheit mit ein. Ebenso ist das Nichterkennen eines Pflegebedarfs oder die Durchführung ungeeigneter Pflegehandlungen als Fehler anzusehen. Ob eine Person dadurch tatsächlich zu Schaden kommt, gilt in diesem Zusammenhang als unerheblich.

So wurden beispielsweise in der Vergangenheit noch Kälte- und Wärmebehandlungen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt, was mittlerweile als potentiell schädlich zu bezeichnen ist (vgl. Menche, 2011, 368). Doch nicht nur PatientInnen sind von den Auswirkungen begangener Fehler seitens des Betreuungspersonals betroffen. Als sogenannte „second victims“ werden in diesem Kontext handelnde Personen am „sharp end“ bezeichnet, denen vorerst die alleinige fehlerverursachende Rolle zugesprochen wird (vgl. Roterring, 2015, 60).

Als Folgen für das vermeintlich fehlerverursachende Pflegepersonal konnten Cramer, Foraita & Habermann (2012, 245-249) in ihrer Studie unter anderem Schlafstörungen, Angst vor Wiederholung des Fehlers sowie nachhaltig empfundene Unsicherheit feststellen. Zudem gaben nur knapp über die Hälfte der 1.100 befragten Pflegepersonen an, aus vorangegangenen Fehlern etwas für ihr weiteres Berufsleben gelernt zu haben.

Fehler und ihre Folgen in Zahlen

Die Prozentsätze für vermeidbare unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit PatientInnenbehandlungen gibt Roterring (2015, 11) für das Jahr 2011 in Deutschland mit 2-4% an, was einer Zahl von 360.000 – 720.000 Betroffenen entspricht.

Weitere Daten liefert die Oberösterreichische Patienten- und Pflegevertretung (2015, 18) für das Jahr 2014. Demnach wurden allein in diesem Bundesland für 50, sich tatsächlich als Fehlbehandlung erwiesene Fälle, über 880.000 Euro an außergerichtlichen Schadenersatzleistungen ausbezahlt.

Auch wenn in diesen Angaben nicht zwischen medizinischen und pflegerischen Behandlungsfehlern unterschieden wird, so merkt Roterring (2015, 12) an, dass die entsprechende Dunkelziffer nicht erkannter Fehlleistungen in der Realität zusätzlich hinzuzurechnen ist.

Fehlerquellen in der Pflege

Die Erkenntnis, dass unerwünschte Ereignisse untrennbar mit der menschlichen Kognition verbunden sind, wird von St.Pierre, Hofinger & Buerscharper (2011, 7) als grundlegend angenommen. Darüber hinaus verdeutlichen jedoch die AutorInnen, dass nicht nur die in Systemen handelnden Personen, sondern auch die EntwicklerInnen dieser Systeme maßgeblichen Anteil an der Entstehung von Zwischenfällen tragen.

Humanfaktoriell begründbare Fehlleistungen

Bezogen auf die allseits vorausgesetzten Fähigkeiten für Tätigkeiten in der Pflege hält Roterring (2015, 30) ergänzend fest, dass eine Vielzahl von Faktoren die jeweiligen Pflegesituationen begleiten. Es bedarf zusätzlicher Skills, welche nicht ausschließlich theorie- und schemageleitet zu begründen sind. Den Komponenten der Erfahrung und Berufspraxis ist eine besondere Bedeutung beizumessen.

Die mittlerweile für professionelle Pflegepersonen vorausgesetzte „Multitaskingfähigkeit“ kostet jedoch bei entsprechender Ausreizung kognitive Kapazität. Der Mensch kann die eingehenden Informationen letztlich nicht parallel verarbeiten sondern wechselt alternierend zwischen ihnen (vgl. Roterring, 2015, 36-40).

Das simple „Vergessen“ aufgrund einer Überlast an Aufgaben, Informationen und daraus resultierenden Folgeaufgaben, die innerhalb kürzester Zeit für Pflegekräfte auftreten, ist eine einfach rekonstruierbare menschliche Fehlerquelle. Dies wird auch im Abschlussbericht des Zentrums für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen belegt. Demnach nennen die befragten TeilnehmerInnen die hohe Arbeitsdichte, resultierend aus Personalmangel und damit korrelierender Überarbeitung, zu 69,5% als Hauptursache für fehlerhafte Pflegehandlungen

(vgl. Habermann & Cramer, 2013, 23).

Institutionell begründbare Fehlleistungen

In Betrachtung der institutionellen Fehlerquellen erkennt Roterring (2015, 40-41) mehrere Ebenen. Diese Variante des Fehlermodells beschreibt verschiedene Instanzen, in denen sich Fehlerquellen verbergen, beginnend mit den gesetzgebenden Behörden. Es folgen die Managementebenen der jeweiligen Gesundheitsversorgungsinstitutionen, die Arbeitsteams in der Pflege und letztendlich die einzelne Pflegeperson am „sharp end". Fehlerbegünstigende Umstände im Bereich der manipulativen Ebene finden ihren Ursprung oftmals in übergeordneten Instanzen dieser Kaskade. Dort sind sie jedoch deutlich schwerer zu identifizieren, begünstigen aber in komplexen Systemen, wie jenem des Gesundheitswesens, eine quantitative Steigerung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen.

Als Fehler im Kontext der institutionellen Kaskade erscheinen meist widersprüchliche Ziele, welche die VersorgungsanbieterInnen zu erreichen haben. Gleichbleibend hohe, oder besser noch steigende PatientInnenzufriedenheit und -sicherheit versus geringerer Ausgaben zwingen die jeweiligen Instanzen oftmals zu Veränderungen in Strukturen, Prozessen, Ausstattung und Einrichtung sowie letztlich auch zu Kürzungen in der Personalwirtschaft (vgl. St.Pierre et al., 2011, 9).

Auch Borgwart & Kolpatzig (2010, 17-21) belegen einen Personalabbau in deutschen Krankenhäusern zwischen 1996 und 2008 von 50.000 Vollbeschäftigungsstellen. Dieser Tatsache steht ein Plus von 12,1% der betreuten PatientInnen im Vergleich der Jahre 2008 zu 1995 gegenüber. Daraus folgt eine erhöhte Belastung für das Pflegepersonal, dem die Unmöglichkeit des zeitnahen Freizeitausgleichs gegenüber steht. Eine Gefährdung der PatientInnensicherheit und Zunahme der Fehlerhäufigkeit ist laut den AutorInnen eine feststellbare Folge dieser Entwicklung.

Fehlerkultur – ein „must have" in Hochrisikobereichen

Bei der Betrachtung innerbetrieblicher Fehlerkulturen erkennt Löber (2012, 195), dass der Anspruch auf völlige Fehlerfreiheit innerhalb menschlich gesteuerter und interagierender Systeme irreal ist. Eine zukünftig möglichst hohe Fehlervermeidungsrate durch die erworbenen Erkenntnisse ist dabei das zentrale Anliegen einer konstruktiven Fehlerkultur.

So wurden beispielsweise in der Berufsluftfahrt gefährliche Ereignisse hierarchieungebunden analysiert und entsprechende Richtlinien zum Risikomanagement erstellt, was für vergleichbare Branchen einen Vorbildcharakter darstellt (vgl. Roterring, 2015, 9-10).

Die strategischen Konsequenzen in dieser Branche reichen von Fehlerursachenbehebung, Sicherheitsprioritätensetzung, laufender Adaptierung der Personalausbildung, immer wiederkehrender Befähigungsfeststellung, bis hin zur Novellierung gesetzlicher Grundlagen (vgl. Roterring, 2015, 93).

Fehlermanagement und mögliche Instrumente

Im Kontext Fehlermanagement und Pflege gilt es nicht nur den Bereich der Fehlerbehebung zu forcieren sondern auch nachhaltig das Bewusstsein des Personals über die möglichen Fehlerquellen zu stärken.

Der Nutzen des „negativen Wissens"

Das Erkennen der Ursachen unerwünschter Ereignisse sowie der negativen Folgen wird laut Kestel (2011) auch „negatives Wissen" genannt. Es handelt sich dabei um die Nutzung der Erkenntnisse aus Fehlern beziehungsweise deren Entstehung. Das betreffende Personal ist darüber zu informieren und kann somit diese Erinnerungen in Evidenz halten. Dabei wird nicht das Falsche akzeptiert, sondern aus dem Falschen nachhaltig das Richtige generiert.

Gepaart mit der individuellen Erfahrung der AkteurInnen bildet diese Art von Informationsweitergabe ein flexibles Instrument des Fehlermanagements (vgl. St.Pierre et al., 2011, 269-270).

Critical-Incident-Reporting-Systems „CIRS"

Basierend auf Erkenntnissen der Berufsluftfahrt halten auch in der Medizin sowie in der professionellen Pflege Zwischenfallsberichtsysteme immer mehr Einzug. Diese „CIRS" werden auch von Meldungen über fehlerhafte Ereignisse gespeist, welche letztendlich keinen Personenschaden zur Folge haben (vgl. Paula, 2007, 89).

Es ist, so konkretisiert Paula (2007, 81) weiter davon auszugehen, dass einem Ereignis mit unerwünschten Folgen mehrere hundert fehlerhafte Situationen im Bereich der PatientInnenversorgung vorangegangen sind, bei denen sich keine negativen Auswirkungen auf DienstleistungsempfängerInnen ergaben. Der Autor vergleicht diese Erkenntnis mit dem „berühmten" Blick auf die Spitze eines Eisbergs, dessen Basis

für die allgemeinen BetrachterInnen zwar unsichtbar bleibt jedoch enorme Ausmaße annehmen kann. In der österreichweitweit zugängigen Form eines „CIRS“ für Pflege und Medizin „CIRSMedical“ fanden sich seit 2009 rund 390 Meldungen. 45% davon wurden in Krankenanstalten abgegeben wovon wiederum 21% von Pflegepersonen ergingen (vgl. Österreichische Ärztekammer, 2015).

Sommerfeld (2014, 510) erhob in einer Studie, dass über 75% der teilnehmenden Pflegepersonen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung, das ihnen zur Verfügung stehende Zwischenfallsmeldesystem nicht nutzten. Etwa 40% der Befragten nutzten diese Option bisher selten oder noch nie.

Debriefing – „die gute Nachrede“

Lernen, zum Zweck der kontinuierlichen Verbesserung, ist laut St.Pierre et al. (2011, 263-264) nicht auf Einzelpersonen beschränkt. Die AutorInnen stellen die Existenz von Parallelitäten zwischen Arbeitsteams in der Luftfahrt und jenen in der Gesundheitsversorgung fest. Ein, aus der Branche der Berufsluftfahrt kommendes routinemäßiges Abschlussgespräch ist das sogenannte „Debriefing“. Es gilt als optimal geeignetes Verfahren den wesentlichen Aspekt des ständigen Lernens nicht auf Individuen zu beschränken, sondern auf ganze Arbeitsteams auszuweiten. Die retrospektive Besprechung der Arbeitsaufgaben, einzelner Tätigkeiten aber auch fehlerhafter Ereignisse oder psychisch belastender Situationen am Ende eines Einsatzes oder einer Schicht erfolgt in geschütztem Rahmen. Im Sinne der wertfreien und hierarchiefreien Reflexion aller Tätigkeiten eines Teams werden positive wie negative Erfahrungen innerhalb des betroffenen Personenkreises verknüpft. Durch Rekapitulation der Handlungen und ihrer Auswirkungen ist die persönliche Verarbeitung kritischer Situationen erleichtert, aber auch eine Stärkung der Teamarbeit erreicht. Seitens der Stations- oder Bereichsleitung ist ein hohes Maß an organisatorischer, hierarchischer und kommunikativer Flexibilität zur Implementierung und Beibehaltung dieses Fehlermanagementinstrumentes von Nöten.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis

Die berechtigte Frage nach der „Gesundheit“ der Fehlerkultur in der professionellen Pflege trägt eine gewisse Ironie in sich. Einerseits sind die negativen Folgen für vermeintliche FehlerverursacherInnen offensichtlich. Andererseits scheint das Pflegepersonal nur spärlich der Verteilung von „negativem Wissen“ und dem daraus resultierenden Benefit gegenüber aufgeschlossen zu sein. Es benötigt eine Enttabuisierung von Fehlern in der Pflege um einen, nur allzu wünschenswerten Paradigmenwechsel zu erreichen. Die Stigmatisierung vermeintlicher Individualfehler, bestärkt durch öffentliche Ansprüche und der tradierten Haltung der Pflege sich selbst gegenüber, steht dem entgegen. Ein strategisch analytisches Vorgehen zur „Entzauberung“ von fehlerhaften Ereignissen durch die konstruktive Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppen und Hierarchien bilden die Grundlage einer „gesunden“ Fehlerkultur. Eine Adaptierung aufbau- und ablauforganisatorischer Strukturen ist davon sinngemäß nicht ausgeschlossen.

Es stehen bereits valide Fehlermanagementsysteme zur Verfügung, welche in der Praxis „lediglich“ mehr Anwendung finden müssen. Die Information des Personals über die Relevanz dieser „neuen Fehlerphilosophie“ sowie der Zugang zu den jeweils implementierten Formen der Fehlermanagementinstrumente scheinen dabei als besonders wichtig.

Bereits in der Ausbildung des Pflegepersonals werden laut Borgwart & Kolpatzig (2010, 118) die Grundsteine für das Bewusstsein über die Tatsache der Fehlermöglichkeit gelegt. Es gilt jedoch noch einen weiteren Schritt, nämlich den des konstruktiven Umgangs mit fehlerhaften Ereignissen, zu gehen.

Zusätzlich zu den bewährten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegepersonen beschreibt Rall (2010, 349-350) weitere Möglichkeiten in diesem Kontext. Ein besonderes Augenmerk ist zukünftig den Simulationstrainings und „Crisis Resource

(C) fotomek

Management“-Lehrgängen zu schenken. In diesen werden vor allem die Bereiche Fehlervermeidung, effektive Kommunikation sowie optimales Teamwork in komplexen Situationen unter möglichst realistischen Umständen geschult.

Autor & Begleitung

Pühringer Gunther hat seine Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger an der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kirchdorf/Krems absolviert und am 30.08.2016 diplomiert.

Begleitung: Haunschmid Christa, Lehrerin an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Kirchdorf/Krems. E-Mail: christa.haunschmid@gespag.at

Literaturverzeichnis

Borgwart, J. & Kolpatzik, K. (2010). Aus Fehlern lernen. Fehlermanagement in Gesundheitsberufen. Verfügbar unter: http://www.springer.com/us/book/9783642126222 [08.07.2015].

Bundesministerium für Gesundheit (2013). Patientensicherheit Österreichweite Strategie 2013-2016. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheitsstrategie.pdf [22.09.2015].

Cramer, H., Foraita, R. & Habermann, M. (2012). Pflegefehler und die Folgen. Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden in stationären Versorgungseinrichtungen. Pflege, 25 (4), 245-259. Verfügbar unter: DOI: 10.1024/1012-5302/a000213.

Habermann, M. & Cramer, H. (2013). Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen. Abschlussbericht. Zentrum für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen. Verfügbar unter: http://www.hs-bremen.de/internet/de/forschung/projekte/detail/index_15025.html [05.12.2015].

Kestel, C. (2011). Negatives Wissen? Was ist… Harvard Businessmanager, 06. Verfügbar unter: http://www.harvardbusinessmanager.de/heft/artikel/a-764490.html [29.12.2015].

Löber, N. (2012). Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung (1. Auflage). Verfügbar unter: http://www.amazon.de/Fehler-Fehlerkultur-Krankenhaus-German-Edition/dp/3834931144 [06.07.2015].

Menche, N. (Hg.). (2011). Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe (5., vollständig überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer.

Oberösterreichische Patienten- und Pflegevertretung (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Verfügbar unter: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/Ges_Patientenvertretung_Taetigkeitsbericht_2014.pdf [17.09.2015].

Österreichische Ärztekammer (2015). CIRSMedical Statistik. Verfügbar unter: http://www.cirsmedical.at/index.php?id=83 [25.11.2015].

Paula, H. (2007). Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag. Verfügbar unter: https://books.google.at/books?id=np1h4S0D9NYC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=patientensicherheit+im+krankenhaus&source=bl&ots=7WcEZFkxoo&sig=3hlNZtka-E_46-tRdmoAXsSCWcI&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwjWxvHy2LDKAhVLVRQKHT6PD7g4ChDoAQgaMAA#v=onepage&q=patientensicherheit%20im%20krankenhaus&f=false [06.01.2016].

Rall, M. (2010). Crisis Resource Management (CRM). Der Faktor Mensch in der Akutmedizin. Notfall und Rettungsmedizin, 13 (5), 349-356. Verfügbar unter: http://www.medsimlinz.com/wp/wp-content/uploads/2012/12/faktor_mensch_notfallmedizin.pdf [15.03.2016].

Roterring, A. (2015). Fehlerkultur in der professionellen Pflege. Implikationen für die Ausbildung. Hamburg: dissetra Verlag.
Sommerfeld, F. (2014). Der Umgang mit Fehlern in der Pflege. Pflegewissenschaft, 16 (9), 506-514. Verfügbar unter: http://www.pflege-wissenschaft.info/pflegewissenschaft/2014/september/1664-DHFKMLUWYGCNTVESJXZRBP [22.09.2015].

St.Pierre, M., Hofinger, G. & Buerscharper, C. (2011). Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin (2. aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Schule für allgemeine
Gesundheits- und Krankenpflege
Kirchdorf

Eine Ausbildungseinrichtung der gespag

St. Pölten University of Applied Sciences

Gesundheits- und Krankenpflege Bachelorstudium

Schwerpunkte

- Dimensionen des pflegerischen Handelns
- Gesundheits- und Krankenpflege in speziellen Settings
- Präklinische Versorgung & Pflege
- Medizinische Grundlagen

Bewerbung bis **29.06.2017** möglich

fhstp.ac.at/bgk

© Rauchecker Photography

Gesundheits- und Krankenpflege studieren

Gesundheits- und Pflegeberufe müssen der fortschreitenden Technisierung und den wachsenden ökonomischen Anforderungen gerecht werden. Deshalb setzt die Fachhochschule St. Pölten auf eine zukunftsorientierte Hochschulausbildung im Gesundheitsbereich.

Das wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Bachelorstudium „Gesundheits- und Krankenpflege“ bereitet Studierende auf die komplexen Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vor. Der modular aufgebaute Studiengang basiert auf pflegewissenschaftlichen Kenntnissen und umfasst diagnostische, rehabilitative und therapeutische Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit und Verhütung von Krankheit. Dabei wird großer Wert auf berufspraktische Ausbildungselemente gelegt – die Studierenden absolvieren in jedem Semester praktische Ausbildungsphasen in unterschiedlichen Fachbereichen und Feldern. Neben praktischen Fertigkeiten werden sowohl fachlich-methodische, sozial-kommunikative als auch wissenschaftliche Kompetenzen vermittelt, um Studierende bestmöglich auf die Anforderungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Berufsfeldern vorzubereiten. Nach sechs Semestern schließen die Studierenden mit dem Titel „Bachelor of Science in Health Studies“ (BSc) ab.

Schwerpunkt „Präklinische Versorgung und Pflege“
Ergänzend zum Studium können Studierende im Rahmen eines akademischen Lehrgangs die Ausbildung zum Rettungs-/Notfallsanitäterin bzw. zur Rettungs-/Notfallsanitäter „Modul 1 und Modul 2 gemäß Sanitätergesetz“ absolvieren. Ziel dieses Lehrgangs ist es, den Fachbereich der präklinischen Versorgung und Pflege zu vertiefen und neben der Berufsberechtigung für Gesundheits- und Krankenpflege auch die Berufs- und Tätigkeitsberechtigung als Sanitäterin bzw. Sanitäter zu erlangen.

/gesundheit

/fh/// st.pölten

Komm besser studieren

Das Modell der Salutogenese nach A. Antonovsky – Tagebuch im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Anna Schneiderbanger, Amelie Lippmann & Ann-Sophie von Castell
LV-Leiter: Matthias Drossel, MSc.

Problemstellung

In der nachfolgenden Problemstellung wird in erster Linie das Thema beschrieben und das Ziel der darauffolgenden monographischen Arbeit erklärt. Zudem wird der aktuelle Hintergrund zum rahmengebenden Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention genauer dargelegt. Vordergründlich betrachtet wird hier besonders die Thematik rund um Fitnesstrends, die in den sozialen Netzwerken momentan stark präsent sind.

Beschreibung des Themas

Im Rahmen des Moduls F 2-2 ‚Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention' sollten die Studierenden des 2in1 Bachelorstudiengang Pflegewissenschaften in Kooperation mit der Paracelsus Medizinischen Universität Salzburg im Folgenden eine monographische Arbeit erstellen. Diese Arbeit repräsentiert die persönliche und individuelle Prävention und Förderung der eigenen ‚Gesundheit'. Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sollte ein Tagebuch geführt werden, welches die jeweiligen Stressoren aufzeigt, die sich auf den persönlichen Alltag auswirken. Im Folgenden wird primär der Theorie und Methodik Aufmerksamkeit geschenkt, da aufgrund der Privatsphäre und Intimität der persönliche Teil vernachlässigt wird. Somit erfolgt eine Verallgemeinerung des Ergebnisteils. Im methodischen – theoretischen Teil dieser Arbeit

werden vorrangig Begrifflichkeiten, die für dieses Thema relevant sind, erklärt und verschiedene Modelle zur Prävention und Förderung der Gesundheit angeführt. In der anschließenden Analyse wird das erarbeitete und geführte Tagebuch differenziert betrachtet, ausgewertet und die Forschungsfrage formuliert. Nachfolgend kommt es zur Generalisierung des Ergebnisteils mittels einer Beschreibung und Anführung der daraus resultierenden Maßnahmen. Im letzten Teil der Arbeit erfolgt zunächst die Limitation der angewandten Methodik und Diskussion der gewonnen Resultate. Abschließend wird ein Ausblick in die Zukunft gewagt.

Aktueller Hintergrund: Fitnesstrends in den sozialen Netzwerken, egal ob Facebook, Instagram oder Twitter kommt es zur Konfrontation des Users mit den neuesten Fitnesstrends. Ein durchtrainierter Bauch, schmale Beine, eine ausgeprägte Taille, gesunde und kalorienarme Ernährung, Eiweißshakes, Fitnessübungen und vieles mehr wird durch Bilder und Videos in den sozialen Netzwerken vermittelt. Immer mehr Konsumenten streben nach diesem vermeintlich perfekten Körper, der als Ideal dargestellt wird. Jedoch fragt man sich hierbei, ob dieser Fitnesswahn nicht schon eine zu enorme Ausprägung angenommen hat. Ebenso die Frage nach der Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention steht im Vordergrund. Fälschlicherweise kommt es häufig zum Vergleich mit Personen, welche täglich Sport und Fitness betreiben/ausüben und sich hauptsächlich dieser Tätigkeit widmen. Dazu lässt sich allerdings sagen, dass jeder Mensch von Grund auf verschieden ist und einen individuellen Körper besitzt, auf den er Acht geben und die ‚Gesundheit' fördern und Krankheiten vorbeugen sollte. Jeder Körper und jeder Mensch hat verschiedene Stressoren, die sich darauf auswirken und die es zu bewältigen gibt. Weshalb man ein für sich individuell angepasstes Gesundheitsförderungsprogramm anwenden und sich nicht von der breiten Masse beeinflussen und mitziehen lassen sollte. Allerdings hat dieser Fitnesstrend in den sozialen Netzwerken nicht nur negative Aspekte, sondern bewirkte auch Lebenswandel, wie beispielsweise bei der -inzwischen erfolgreichen- Fitnessyoutuberin Sophia Thiel. Viel mehr Menschen achten jetzt auf ihre Ernährung und auf ihre körperliche Fitness. Sport, Fitness und gesunde Ernährung hat in der heutigen Gesellschaft enorm an Bedeutung zugenommen.

Theoretischer Teil

Im nachkommenden theoretischen Teil dieser Arbeit folgt nun die genauere Erläuterung und Definition verschiedener themenrelevanter Begriffe anhand unterschiedlicher Literatur. Ebenfalls werden das Salutogenese Modell nach Antonovsky und ein weiteres Gesundheitsförderungsmodell, das medizinische Risikofaktorenmodell nach der Framinghamstudie, beschrieben.

Differenzierung zentraler Begrifflichkeiten

Unter Gesundheitsförderung sind alle Maßnahmen, welche die Gesundheit, individuelle sowie soziale Ressourcen eines Menschen, einer Gruppe oder der Allgemeinheit verbessern und stärken können, zu verstehen. Dadurch erhält das Individuum mehr Autonomie über ihre persönliche Gesundheit und kann diese maßnahmenbedingt verbessern (Prümel-Philippsen, 2013).

Das Schaffen passender Strukturen und Rahmenbedingungen, die das Eintreten der eigenen Gesundheit zulassen, zählen ebenso zur Gesundheitsförderung (Prümel-Philippsen, 2013). Im Rahmen der Gesundheitsförderung kommt dem Begriff „Gesundheit" eine zentrale Rolle zu, der alltäglich von den „sozialen, ökologischen, ökonomischen, psychologischen, kulturellen und politischen Lebensbedingungen eines Menschen beeinflusst" wird (Prümel-Philippsen, 2013, S. 3). Zudem trägt die Gesundheit nach Prümel – Philippsen (2013), mit dem bedeutsamen Aspekt der Wichtigkeit, für das Alltagsleben zu der damit einhergehenden Lebensqualität bei (Prümel-Philippsen, 2013).

Gesundheitsförderung unterliegt den folgenden sieben Prinzipien: der Autonomie und dem Empowerment, der Partizipation, dem Lebenswelt- und Lebensstilbezug, der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Konzeptbasierung, der Evaluation und der Nachhaltigkeit (Prümel-Philippsen, 2013).

Zum Verständnis von Autonomie und Empowerment gehört die grundlegende Akzeptanz jedes Individuums. Weshalb die Maßnahmen eine „informationsbasierte, selbstbestimmte Entscheidung in allen Bereichen" (Prümel-Philippsen, 2013, S. 2), welche relevant für die eigene Gesundheit sind, fördern sollen. Bei diesem Prinzip soll jeder Mensch sein Leben und seine Gesundheit selbst gestalten und sich nicht von anderen Personen (-gruppen) beeinflussen lassen. Dabei sollen sowohl die „psychischen, physischen und sozialen Ressourcen" (Prümel-Philippsen, 2013, S. 2) verbessert, als auch Gefahren für Erkrankungen und Unfälle minimiert werden (Prümel-Philippsen, 2013). Bei der Partizipation soll jede Teilnehmerin oder Teilnehmer das Recht der Mitbestimmung an der „Bedarfsanalyse, Planung, Durchführung und Bewertung" (Prümel-Philippsen, 2013, S. 2) besitzen und somit aktiv mitzuwirken. Somit wird ein positiver Effekt der Maßnahme erhöht und individueller auf die Zielgruppe angepasst (Prümel-Philippsen, 2013).

Die „soziale Lage, die ökonomische, ökologischen Lebensbedingungen, die individuellen, kulturellen

Lebensstile und die politischen Rahmenbedingungen“ (Prümel-Philippsen, 2013, S. 2) beeinflussen die menschliche Gesundheit. Dies zählt zu dem Prinzip des Lebenswelt- und Lebensstilbezugs. Hierbei sollen besonders auf die familiäre Lage und die soziale Infrastruktur, wie etwa Kindergärten und Altenheime eingegangen werden. Aufgrund dieser Lebenswelten und Lebensstilen soll es zum festen Verbund von Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit der Lebenswelt der Adressaten kommen (Prümel-Philippsen, 2013).

Die gesundheitliche Chancengleichheit bringt zum Ausdruck, dass jeder Mensch das gleiche Recht auf Gesundheit oder auf ein gesundes Leben ohne Diskriminierung haben sollte. Dabei sollte besonders auf sozial Schwächere Rücksicht genommen werden, denn diese Personen haben dementsprechend eine erhöhte gesundheitliche Benachteiligung (Prümel-Philippsen, 2013).

Um Gesundheitsförderung umsetzten zu können, muss ein übertragbares Konzept vorliegen, welches im Prinzip der Konzeptbasierung beschrieben wird. In diesem Konzept sollten folgende Punkte enthalten sein. Man sollte auf die Aktualität wissenschaftlicher Forschung achten, sowie auf eine ausreichende Ausstattung mit Ressourcen. Dieses Konzept sollte auch eine Analyse des Bestands und Bedarfs, ebenfalls die Beschreibung des Wirkungsmodells enthalten. Smarte (spezifische, messbare, angemessene, realistische, zeitlich terminierte und ethische) Ziele sollen vereinbart und die Zielgruppe benannt werden. Die Dokumentation spielt ebenso wie der Ablauf der Maßnahme eine zentrale Rolle (Prümel-Philippsen, 2013).

Die regelmäßige Evaluation ist ein weiteres zu nennendes Prinzip der Gesundheitsförderung. Hierbei soll die Qualität von bereits bestehenden oder neuen Interventionen verbessert werden. Im Anschluss an die Evaluationsergebnisse kommt es zur Publikation, damit auch andere Gruppen davon Profit erlangen (Prümel-Philippsen, 2013).

Das letzte Prinzip ist die Nachhaltigkeit. Die Maßnahmen sollen auf Nachhaltigkeit basieren, damit man negative Folgen und Wirkungen rechtzeitig erkennen und beseitigen kann. Andererseits möchte man aber auch eine sehr langandauernde Wirkung durch die Nachhaltigkeit erreichen (Prümel-Philippsen, 2013).

Aus der vorhergehenden Sozialmedizin entwickelte sich im 19. Jahrhundert die Prävention. Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, welche auf die Stärkung der Gesundheit abzielt, handelt die Prävention von dem Vorbeugen oder Verhindern des Eintritts oder der Verschlechterung einer Krankheit. Aber auch die Verringerung der Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts (Prümel-Philippsen, 2013).

Man teilt die Prävention in die Zeitphasen, der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ein (Allhoff, 1997). Die Prävention unterliegt genau denselben oben genannten Prinzipien wie die Gesundheitsförderung. Primärprävention wird der Zeitpunkt genannt, in dem eine Krankheit verhindert wird, bevor es zum Ausbruch dieser kommt. Beispiele hierfür sind die Schutzimpfung oder die Beseitigung von Arbeitseinflüssen, welche sich negativ auf die menschliche Gesundheit auswirken. Bei der Sekundärprävention sind bereits krankmachende Einflüsse vorhanden. Diese Beeinflussungen sollen in dieser Phase der Prävention frühestmöglich erkannt und im Anschluss daran verhütet und bekämpft werden, bevor es zum vollständigen Ausbruch der Krankheit kommt. Aufgrund dessen sollte man regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Die letzte Phase spezialisiert sich auf die Verschlechterung der Krankheit, welche bereits ausgebrochen ist, zu verhindern, damit Rückfälle ausbleiben. Dies sind meist stationäre durchgeführte Maßnahmen (Allhoff, 1997).

Man kann die Prävention nicht nur nach dem zeitlichen Aspekt unterscheiden, welcher schwer voneinander abgrenzbar ist. Ein weiterer Unterschied ist innerhalb der Zielgruppen möglich, auf die sich die Maßnahme spezialisiert. Hierbei unterscheidet man die universelle, selektive und indizierte Prävention. Die universelle Prävention orientiert sich an Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel die Einwohner einer Stadt. Im Gegensatz dazu, bezieht sich die selektive Prävention auf die Risikogruppen verschiedener Krankheiten, beispielsweise Kinder von suchtkranken Eltern. Wenn jedoch die Maßnahme speziell auf eine Person gerichtet ist, dann bezeichnet man es indizierte Prävention (Allhoff, 1997).

Zum Schluss folgt ergänzend die Gliederung nach den drei Ansatzpunkten: die medizinische, die Verhaltens- und die Verhältnisprävention. Bei der medizinischen Prävention stehen primär die Diagnose und die Intervention im Mittelpunkt, ein Beispiel hierfür ist wiederum die Schutzimpfung. Möchte man Risikofaktoren, etwa das Rauchen, beeinflussen oder das gesundheitsfördernde Verhalten verbessern, dann geht es um die Verhaltensprävention. Jedoch wird diese Art der Prävention auch von „positiven (Lustgewinn) oder negativen Verstärkungen (Spannungsreduktion)“ (Allhoff, 1997, S. 2) eingeschränkt.

Die Verhältnisprävention beschreibt die Maßnahmen, die vorzugsweise „gesellschaftliche Strukturen“ (Allhoff, 1997, S. 2) verwandeln oder verbessern wollen. Die bestmöglichste Prävention in diesem Bereich ist eine Kombination aus der Verhaltens- und Verhältnis-

prävention (Allhoff, 1997).

Gesetzesgrundlage

Das zugrunde liegende Gesetz, auf dem die Gesundheitsförderung und Prävention basiert, unterliegt dem Namen: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG). Dieses Gesetz wurde vom Bundestag beschlossen und am 17. Juli 2015 veröffentlicht. Darin ist niedergeschrieben, dass die Krankenkassen dazu verpflichtet sind gesundheitsfördernde und krankheitshindernde Leistungen zur Verfügung zu stellen (Bundesministerium, 2015). Jedoch müssen Gesundheitsziele, wie die Reduktion der Mortalitätsrate bei Brustkrebspatienten oder die Vermeidung von depressiven Erkrankungen, besonders beachtet werden. Zudem werden laut diesem Gesetz auch „Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für der in gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben“ (Bundesministerium, 2015, S. 1369) betrachtet. Jedoch muss zuvor ein schriftliches Einverständnis stattfinden (Bundesministerium, 2015).

Eine Besonderheit liegt bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres vor. Denn diese haben den „Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (Bundesministerium, 2015, S. 1373) Dabei kommt es ebenfalls zur Kontrolle des Impfstatus und der Risikofaktoren. Im Anschluss kann bei Bedarf eine Beratung folgen (Bundesministerium, 2015).

Ausgewählte Konzepte

Für die nachfolgende Arbeit und das resultierende Ergebnis sollten zwei Modelle zur Gesundheitsförderung und Prävention ausgewählt werden. Hierbei ist die Wahl auf das Salutogenese Modell nach Aaron Antonovsky und auf das medizinische Risikofaktorenmodell nach der Framinghamstudie gefallen.

Salutogenese Modell nach Antonovsky

Der amerikanische – israelische Soziologe Aaron Antonovsky entwickelte in den 1970er Jahren das salutogenetische Modell, welches auf die Frage nach dem Erhalt und der Entstehung der individuellen Gesundheit Antwort gibt. Die Forschungsfragen, auf welche er eine Antwort suchte, lauteten:

„Warum bleiben manche Menschen trotz hoher psychischer und physischer Belastung, bspw. in der langjährigen Pflege eines chronisch Kranken, nach Verlust eines geliebten Menschen gesund? Wie können Menschen unausweichliche und scheinbar unkontrollierbare Situationen erfolgreich meistern? Wie schaffen sie es, von körperlichen oder seelischen Leiden wieder zu genesen?“
(Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322)

Danach definierte Antonovsky die Salutogenese einerseits als „Entstehung und Erhalt der Gesundheit“ (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322) und andererseits auch als „Aufhebung einer Gesundheits – Krankheits – Dichotomie“ (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322). Angrenzend daran geht es um zukünftige Zunahme der Gesundheit und Abnahme der Krankheit. Jedoch spezialisiert sich das salutogenetische Modell auf die Einzelperson und deren individuelle Geschichte. Hierbei definiert Antonovsky den Begriff Gesundheit nicht, sondern legt den Fokus auf die Entstehungsgeschichte der Gesundheit, welche für das Salutogenese Modell eine große Rolle spielt (Mesenholl-Strehler, 2012).

Von Bedeutung sind im Modell der Salutogenese ebenso Stressoren und Spannungszustände, welche sich auf die individuelle Gesundheit eines Menschen auswirken. Hierfür entwickelt er ein Konzept, das sogenannte Stresskonzept. Antonovsky ist der Meinung, dass Stress nicht immer zur Auslösung einer Krankheit oder eines Krankheitsgefühls führt, sondern er sieht Stress als einen Stimulus. Dabei ist für ihn Stress „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus“ (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322).

Nachfolgend kommt es zu einem Spannungszustand im Inneren des Körpers. Jedoch werden Reize laut Antonovsky erst zu Stressoren, wenn es dadurch zu Stressreaktionen kommt. Denn hierbei baut der Körper keine Verhaltensmaxime auf und resultiert anschließend eine Stresssituation. Ob es zu einer Stressreaktion bzw. zum Auslösen einer Stresssituation kommt, ist unteranderem abhängig von der Individualität der Bewertungsraster und den persönlichen Widerstandsressourcen. Generalisierende Widerstandsressourcen lassen sich in innere und äußere einteilen. Zu den inneren Widerstandsressourcen zählen die „physische Konstitution, Intelligenz, Ich-Stärke, Introspektionsfähigkeit, die Fähigkeit zum Entspannen, Bewältigungsstrategien und Wissen“ (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322). „Soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, politische Faktoren, finanzielle Möglichkeiten und religiöse Einstellungen und Praktiken“ (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 322)

zählen zu den äußeren Wiederstandressourcen. Dadurch lassen sich Diskrepanzen im Leben besser meistern und somit bleibt das Auslösen einer Stresssituation aus (Mesenholl-Strehler, 2012).

Ein weiterer wichtiger Begriff, neben den Stressoren und Spannungsgegenständen, ist das Kohärenzgefühl auch englischsprachig ‚sense of coherence' bezeichnet. Das Kohärenzgefühl gibt Auskunft darüber, „wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen" (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 323). Dabei heißt es bei einer stärkeren Ausprägung des Kohärenzgefühls, dass man sein Leben und die daraus resultierenden Zusammenhänge besser versteht und wahrnimmt. Zudem definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl auch als Befähigung einer Person, besser auf stressige Situationen zu reagieren (Mesenholl -Strehler, 2012). Das Kohärenzgefühl lässt sich in drei Gefühle bzw. Komponenten aufteilen. Die erste Komponente ist das „Gefühl der Verstehbarkeit" (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 323), dies bedeutet, dass man die Welt nicht als chaotisch, willkürlich und unerklärlich wahrnehmen soll, sondern als geordnet und strukturiert. Diese Komponente beschreibt ein „kognitives Verhaltensmuster" (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 323), zum Verständnis eines vorliegenden Problems. Als zweite Komponente wird das „Gefühl der Handhabbarkeit" (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 323) genannt. Damit ist die Lösbarkeit von menschlichen Schwierigkeiten gemeint. Zudem stehen einer Person hierfür Ressourcen zur Verfügung, um diese Belastungen zu bewältigen. Dieses Gefühl wird auch als „kognitiv – emotionales Verarbeitungsmuster" (Mesenholl-Strehler, 2012, S. 323) bezeichnet. Zuletzt nennt Antonovsky das Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit. Man soll hierbei das Leben als sinnreich ansehen und in Problemen, welche einem im Leben gestellt werden, Energie in die Lösung investieren (Mesenholl-Strehler, 2012).

Im Allgemeinen lässt sich resultieren, dass je höher das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, desto besser gelingt es einer Person gesund zu bleiben. Das Kohärenzgefühl wird im Laufe der Kindheit und Jugend ausgebildet und erst im Alter von ca. 30 Jahren folgt eine Stagnation. Die gesellschaftliche Gegebenheiten und die familiäre Situation sind ein ausschlaggebender Punkt für die Entwicklung des Kohärenzgefühls. Wobei man jedoch festgestellt hat, dass das Kohärenzgefühl von Männern stärker ausgebildet ist, als das von Frauen (Mesenholl-Strehler, 2012).

Medizinische Risikofaktorenmodell nach der Framinghamstudie

Das medizinische Risikofaktorenmodell ist eine Unterform des salutogenetischen Modells. Jedoch sind beide Modelle zur Bestimmung der Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention anwendbar. Die Entwicklung dieses Modells basierte auf der epidemiologischen Langzeitstudie, der Framinghamstudie (Weineck und Weineck, 2010). Grundlegend befasst sich das medizinische Risikofaktorenmodell mit den Risikofaktoren, welche sich auf die Entwicklung degenerativen Herz – Kreislauf – Erkrankungen auswirken. Dabei werden Risikofaktoren als „Verhaltensweisen, Umwelteinflüsse und Körpermerkmale, die krankmachend auf den menschlichen Organismus einwirken" (Weineck und Weineck, 2010, S. 278) definiert. Diese Faktoren treten kontinuierlich in Kombination mit einem weiteren Faktor auf. Zudem lässt sich sagen, je mehr Risikofaktoren kombiniert werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit an Arteriosklerose zu erkranken. Die definierten Risikofaktoren lassen sich in zwei Ordnungen aufteilen, einerseits die primären Risikofaktoren und andererseits die sekundären Risikofaktoren. Die primären Risikofaktoren können ohne Einfluss anderer Faktoren, also alleine, enorme Schäden auslösen. Dazu gehören ‚Bluthochdruck (Hypertonie), erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipoproteinämie), Übergewicht, Bewegungsmangel und Nikotinabusus (Rauchen)' (Weineck und Weineck, 2010, S. 278). Im Gegensatz zu den primären kommt es bei den sekundären Risikofaktoren nur zu schädlichen Auswirkungen, die sich krankmachend auf unseren Organismus auswirken, wenn diese in Kombination wirken. Die „Zuckerkrankheit' (Diabetes mellitus), Gicht (Hyperurikämie) und Disstress" (Weineck und Weineck, 2010, S. 278) zählen zu dieser Gruppe der Risikofaktoren (Weineck und Weineck, 2010).

Im Folgenden wird jeder einzelne Risikofaktor nochmals kurz definiert und erklärt. Bewegungsmangel zählt zu den häufigsten Verhaltensweisen, die eine Auswirkung auf unser Herz – Kreislauf – System haben. Hierzu zählt die Beanspruchung der Muskeln, die jedoch über einer bestimmten Reizschwelle im Ausdauerbereich liegen muss, damit das funktionelle Fassungsvermögen entweder vergrößert oder erhalten wird. Ursächlich hierfür ist die große Bedeutung an Bewegung für den Organismus, weshalb trainierte Menschen bzw. Sportler leistungsfähiger sind als untrainierte. Ein weiterer Risikofaktor ist das Übergewicht bzw. auch die Fettleibigkeit, im Fachjargon Adipositas genannt. Hierbei spielt die körperliche Individualität eine wichtige Rolle. Jedoch unterscheidet man in vier verschiedene Typen: „Normalgewicht, Idealgewicht, Übergewicht und Fettleibigkeit (= Adipositas = Extremform von Übergewicht)" (Weineck und Weineck, 2010, S. 280). Am einfachsten berechnen lässt sich das Gewicht des Menschen mittels zwei Verfahren, den Broca – Index und dem Body – Massen – Index (BMI). Bluthochdruck, auch im fachsprachlichen Hypertonie genannt, ist der wichtigsten Risikofaktoren zur Entwicklung von Arteriosklerose und deren Folgeerkrankungen. Unterschieden wird in

den systolischen und den diastolischen Wert. Normalwerte sind laut der WHO 130/90 mmHg. „Genetische Veranlagungen, erhöhter Kochsalzverbrauch, Zigarettenrauchen, chronischer Disstress, Übergewicht, Alkoholmissbrauch und Bewegungsmangel“ (Weineck und Weineck, 2010, S. 284) sind Auslöser für eine Hypertonie. Das Rauchen zählt ebenfalls zu den Risikofaktoren, die arterielle Verschlusskrankheiten oder Herz – Kreislauf – Erkrankungen hervorrufen können. Einen wichtigen und aussagestarken Satz der WHO, der dieses Risiko kurz und prägnant zusammenfasst lautet: „Durch keinen andere Einzelmaßnahme könnten mehr Menschenleben gerettet werden und mehr Krankheiten verhindert werden als durch Nicht – Raucher“ (Weineck und Weineck, 2010, S. 285).

Hierzu zählt nicht nur aktives Rauchen, sondern auch passives Rauchen spielt eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Herz – Kreislauf – Erkrankungen. Dadurch wird auch das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden deutlich größer und dies schon in jüngeren Jahren. Als letzter Risikofaktor sind die erhöhten Blutfettwerte, auch in der Fachsprache Hyperlipoproteinämie genannt, zu erwähnen. Hier handelt es sich um die Fettstoffwechselströmungen, wodurch die Lipoproteine im Blutplasma erhöht werden und somit ist das das Risiko eine Krankheit zu erleiden vom Blutfettspiegel abhängig. Man unterscheidet zwischen dem gutartigen HDL – Cholesterin, was als Schutz für die Gefäße dient und dem bösartige LDL – Cholesterin, welches ein Risiko für die Gefäße darstellt (Weineck und Weineck, 2010).

Eine weitere Einteilung der Faktoren ist die Beinflussbarkeit. Hier gibt es die nicht beeinflussbaren, wie „Alter, Geschlecht, Rasse, Konstitution, etc.“ (Weineck & Weineck, 2010, S. 278) und die Beeinflussbaren Risikofaktoren, dazu zählen die primären und die sekundären Faktoren (Weineck und Weineck, 2010).

Zur Vermeidung oder Entgegenwirkung von Arteriosklerose oder degenerativen Herz - Kreislauf - Erkrankungen sollte sportliches Training betrieben werden. Eine besondere Bedeutung wird hier dem moderaten Ausdauertraining von ca. 30 min mit geringer Intensität geschenkt, um die Fettverbrennung zu fördern. Hier dominiert das Motto „lang und langsam“ (Weineck und Weineck, 2010, S. 287).

Analyse des salutogenetischen Selbstkonzeptes anhand eines Tagebuchs

Das oben aufgeführte Modell der Salutogenese wurde im Zeitraum von zwei Monaten selbst angewendet, indem ein Tagebuch zur Erforschung der eigenen Widerstandsressourcen, der positiven wie negativen Einflüsse erstellt wurde. Unteranderem werden auch die Stressoren und die Wirksamkeit der Maßnahmen in täglichem Abstand untersucht. Ziel der Tagebucherstellung und Inhaltsanalyse: Die Anwendung eines Tagebuchs als Instrument zur Selbstreflexion unter Aspekten des salutogenetschen Ansatzes nach Antonovsky. Das Tagebuch kommt somit dem quantitativen Forschungsansatz (Lamnek, 1995 ; Atteslander, 2011) gleich, welcher sich durch das prozesshafte Erstellen einer Forschungshypothese während des Forschungsprozesses auszeichnet. Charakteristisch ist ebenfalls, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Studien oder Ergebnisse zur thematisierten Forschungsfrage vorliegen. Im Vorhinein kann also keine Aussage oder Vermutung zur Beantwortung der folgenden Forschungsfrage getroffen werden. Die Forschungsproblematik und Forschungsfrage befasst sich mit dem Ausmaß der Wirkungen von positiven wie negativen Stressoren auf die menschliche Gesundheit. Die Hypothesengenerierung wie auch der gesamte Forschungsprozess sind durch den Bezug der Inhalte und Auswertungen auf die eigene Person subjektiv geprägt. Somit stellt die qualitative Methodik eine induktive, deskriptive und hypothesengenerierende Art der Forschung dar.

Tagebucherstellung

Ein Tagebuch zeichnet sich durch eine Niederschrift der Erlebnisse und Erfahrungen, die derjenige selbst verfasst, aus. Die zeitliche Regelmäßigkeit und das Ziel der Verfassung sind variabel, jedoch sind meist Motive wie (Selbst-)Reflexion der eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen enthalten.

Zur Reflexion des salutogenetischen Selbstkonzeptes wurde ebenfalls ein Tagebuch in zeitlicher Begrenzung von zwei Monaten, vom 1. November bis 31. Dezember, 2015 geführt. Die Verfassung der Einträge erfolgte täglich und nach einer zuvor in neun Kategorien unterteilten Struktur, die meist stichpunktartig beschrieben wurden. Die Anordnung erfolgte tabellarisch in Microsoft Office und mit Hilfe eines Online Mediums. Zu den Kategorien gehörten, neben der Einteilung in Wochentage, der Einsatzbereich in Praxisphase auf der Station, Schule und Privat als Synonym für einen in der Freizeit gewählten Aufenthaltsort. Der physische und psychische Gesundheitszustand sowie die physischen und psychischen Stressoren, die als Auslöser des jeweiligen Gesundheitszustandes zu verstehen sind, folgten in der Tabelle. Bei den Stressoren erfolgte nur während der täglichen Beschreibung eine Unterteilung in positive und negative Einflüsse. Folglich wurde die Kategorie Maßnahmen angeführt, in welcher die ergriffene Handlung zur möglichen Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit erläutert wurde. Zuletzt erfolgte die Beschreibung des Zustandes nach der Durchführung der Maßnahme, wie auch eine Bewertung der Wirksamkeit mittels Schulnoten von 1 bis 6.

Ergebnisbeschreibung

Die Auswertung des Tagebuchs orientiert sich an den

bereits genannten Kategorien und wird durch weitere Einteilung der Stressoren ergänzt. Zunächst lässt sich sagen, dass die Strategie und Art, den Eintrag vorzunehmen, bereits nach kurzer Zeit an Effizienz und Präzision zugenommen hat, besonders in Bezug auf die Tiefe und Details des Beschriebenen. Auch die Identifikation von Stressor und Gegenmaßnahme konnte mit fortschreitender Erfahrung schneller erkannt werden. Da bereits bei der Konzepterstellung der Tagebuchgestaltung auf eine klare Struktur im Aufbau geachtet wurde, musste die Struktur im Laufe der Zeit nicht weiter verändert werden.

Insgesamt konnten die Stressoren in psychische, körperliche, sozial-familiäre, selbstverwirklichende und zielführende Stressoren gegliedert werden, die sowohl negativ als auch positiv gewirkt haben. Eine klare Abgrenzung der Stressorenarten und deren Auswirkungsbereichen scheint zum Einen, durch die fließenden Übergänge und mehrfachen Zuordnungen der Stressoren, zu den jeweiligen Kategorien und zum Anderen, durch die variable Deutung der subjektiven Empfindung eines Stressors nicht möglich.

Die psychischen Stressoren wurden durch alle Einflüsse, die sich auf das eigene Denk- und Gefühlsvermögen auswirken, definiert. Hierzu zählen beispielsweise Stressoren des Zeitdrucks und der Prüfungssituation, die wiederum Empfindungen von Stress hervorbringen. Die Maßnahmen der psychischen Stressoren zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes, waren am schwierigsten zu finden und konnten meist nur eine leichte Besserung bewirken. So konnte der Stressor Einsamkeit durch wenig Kontakt zu Freunden mittels anderweitiger Beschäftigung verdrängt, aber nicht ganz behoben werden. Allerdings konnte besonders in der Kategorie der psychischen Stressoren festgestellt werden, dass Maßnahmen oft keine sofortige Besserung brachten, aber zur Entwicklung einer neuen Strategie zur zukünftigen Vorbeugung anregten.

In die Untergliederung der körperlichen oder physischen Stressoren, ließen sich allgemein auf den Körper wirkende Einflüsse zusammenfassen. Der größte Teil dieser Kategorie machten hierbei die körperlich-sportliche Aktivität und den Körper beeinflussende Erkrankungen aus. Als Beispiel ist der tägliche Sport als positiv wirkender Einflussfaktor oder der negative Stressor Schmerz zu nennen. Die Maßnahmen waren in der vollständigen und teilweise wirkenden Besserung ausgeglichen und waren abhängig von der Art des Stressors. Demnach spielte auch der zeitliche Aspekt der Wirkung eine Rolle. So brachte ‚Schlafen' als Maßnahme gegen Erschöpfung schnelleren Erfolg, als die Behandlung eines grippalen Infektes. Daher entwickelten sich im Laufe des Tagebuches in dieser Untergliederung vermehrt präventive Maßnahmen.

Eine weitere Ordnung der Stressoren beinhaltet Einflüsse des sozialen und familiären Netzwerkes. Hier stellten sich die positiven Stressoren, beispielsweise durch den familiären Rückhalt und das Gefühl der Integration, als klar überwiegend heraus. Allerdings wurden negative Faktoren, wie fehlende Zuneigung und Einsamkeit umgekehrt als besonders schwierig zu beheben empfunden.

Zuletzt wurden die Faktoren, die Einfluss auf die eigene Person und Ziele genommen haben, in selbstverwirklichende und zielführende Stressoren gegliedert. Hierbei spielen etwa Hobbys oder für ein bestimmtes Ziel zu lernen eine Rolle. Es konnte festgestellt werden, dass diese Stressoren meist positiv auf die eigene Gesundheit wirken.

Resultierend lässt sich zusammenfassen, dass einigen negativ empfundenen Stressoren zukünftig durch Nichtbeachtung bzw. Vermeidung einer Minderung des Wohlbefindens vorgebeugt werden kann. Dies scheint mit zunehmender Erfahrung vermehrt möglich. Der Schwerpunkt der Maßnahmen gegen relevante Stressoren sollte primär präventiver Art sein. Dies stärkt das Kohärenzgefühl subjektiv mehr, als eine akute Maßnahmenergreifung bei bereits eingetretenem, negativem Stressor. Die Selbstreflexion durch das tägliche Verfassen eines Tagebucheintrags konnte als gute Kontrolle und Lernmethode für sich selbst positiv genutzt werden und wäre für einen weiteren Selbstversuch mit anschließendem Vergleich zur ersten Fassung sinnvoll. So könnte die Entwicklung des eigenen Kohärenzgefühls mit der von Antonovsky beschriebenen Entwicklung verglichen und mit Hilfe der deduktiven Forschungsmethode überprüft werden.

Anregungen zur weiteren Verwendung der Tagebucherstellung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Führen eines Tagebuches von der Autorenschaft als durchaus positive Erfahrung, die sich förderlich für das eigene Selbstkonzept auswirkt, angesehen wird. Alleine der Prozess Stressoren zu erkennen und die ausgewählten Maßnahmen zu reflektieren, diente dem Erfassen von eigenen Verhaltensmustern sowie Verfahrensweisen, die bei der Bewältigung von Spannungszuständen als positiv angesehen wurden. Allerdings muss beachtet werden, dass die gewählten Lösungswege stets durch das Empfundene unrationell konnotiert werden und somit keine objektive Beurteilung entsteht. Auch kann ein Stressor eine multiple Wirkungsweise auf verschiedene Kategorien bewirken. Somit gestaltet sich die Lösungsfindung oftmals diffizil, da Ursache und Wirkung nicht immer eindeutig benannt werden können. Es wird

angestrebt das Tagebuch in Zukunft nochmals über einen längeren Zeitraum zu führen, um einerseits ein breiteres Betrachtungsspektrum zu haben und andererseits einen Vergleich zwischen dem ersten Tagebuch, welches weitestgehend ohne Kenntnisse über Gesundheitsförderung und Prävention verfasst wurde und einem zweiten Tagebuch, welches nach der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik angefertigt wird zu haben. Ebenso muss festgehalten werden, dass die Erkenntnisse resultierend aus dem Tagebuch rein subjektiver Natur sind und nicht auf die Allgemeinheit übertragen werden können. Hier wäre für die Zukunft eine Forschung hinsichtlich Tagebücher verschiedener Personen als Ziel zu setzten. Hinsichtlich des Nutzens für die Praxis kann das Führen eines Tagebuches durchaus für Patienten und Patientinnen empfohlen werden, um eigene Stressoren zu identifizieren und diese somit durch adäquate Widerstandsressourcen einzudämmen und zu verhindern. Hier erscheinen besonders Menschen mit langfristigen Heilungsprozessen als besonders geeignet um im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention Risiken für Folgeerkrankungen und ähnliche Problemfelder zu minimieren.

Bamberger Akademien
für Gesundheits- und Pflegeberufe

Literaturverzeichnis

Allhoff, P., Flatten, G. & Laaser, U. (1997). Krankheitsverhütung und Früherkennung: Handbuch der Prävention. (2., neu bearb. Und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

Atteslander, P. (2011). Methoden der empirischen Sozialforschung. (13., neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Bundesministerium (2015). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015Teil I Nr. 31. Bonn

Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Mesenholl – Strehler, E. (2012). Antonovskys Salutogenese als dynamisches Konzept.

Prümel – Philippsen, U. (2013). Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), verabschiedet am 09.04. 2013 auf der Mitgliederversammlung in Berlin. Bonn: BVPG

Weineck, A. & Weineck, J. (2010). Leistungskurs Sport, Band 2. Sportbiologische und trainingswissenschaftliche Grundlagen (8. unveränderte Auflage). Waldkirchen: Südost Verlag.

Im Rahmen unserer Pflegeausbildung im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft 2in1-Modell in Steyr werden wir als Auszubildende in der Pflegepraxis und im Unterricht immer wieder mit dem Thema ‚Image der Pflege' konfrontiert.

Pflege - ein Job mit Imageproblem?

Doch was versteht man eigentlich unter Image, und was heißt das im Speziellen für die Pflege? Image ist laut Duden (2014) eine „Vorstellung, ein Bild, das ein Einzelner oder eine Gruppe von einer anderen Person, Gruppe oder Sache hat." Image wird auch mit dem Begriff Stimmungsbild in Verbindung gebracht. Hierbei ist zu beachten, dass die emotionale Ebene mitschwingt und ihre Wirkung zeigt, denn das Image ist meinungsbildend und im optimalen Fall auch löschungsresistent (vgl. Reuschenbach, 2009, 2).

Zur Imageentwicklung und -förderung stehen uns im Allgemeinen eine große Bandbreite an Möglichkeiten und Ideen zur Verfügung: Grundlegende Maßnahmen sind eine einheitliche Imageauslegung und Einigkeit auf allen Ebenen des Systems, sprich gesellschaftspolitischer, institutioneller und individueller Ebene, auch bekannt als Makro- Meso- und Mikroebene.

Zudem sollte das Image verschiedene Zielgruppen erreichen und z.B. altersgerecht gestaltet werden. Hierbei ist es essentiell, dass verschiedene Medien genutzt werden, um möglichst viele Personen anzusprechen. Viele Medien wie Facebook, Twitter oder Youtube können speziell den Kontakt zu Jugendlichen ermöglichen (vgl. Reuschenbach, 2009, 11ff).

Die Gedanken drehen sich dabei sowohl um die Stellung der Pflegepersonen in der Gesellschaft als auch um die eigenen Einschätzungen zum Berufsbild und den Kompetenzbereichen. Besonders die gesellschaftliche Meinung, was diese vom Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege hält bzw. wie diese den Pflegeberuf erlebt, scheint sehr zwiegespalten zu sein und gefährdet die Wertschätzung, Anerkennung und Motivation aller Pflegekräfte. Zumeist basieren negative Aussagen von Seiten der Gesellschaft auf

(C) lenets_tan

fehlendem Wissen über den Pflegeberuf z.B. durch fehlenden Kontakt zur Pflege. Ebenso schlechte persönliche Erfahrungen mit diesem Beruf als auch negative Schlagzeilen, die regelmäßig in den Medien aufgegriffen werden, sind ein möglicher Grund für die Imageproblematik. Es ist schon längst an der Zeit, das Pflegeimage funktions- und organisationsübergreifend aktiv zu gestalten und gemeinsam zu leben, deren gegenwärtige und zukünftige Kompetenzbereiche aufzuzeigen und die Notwendigkeit für ein gelingendes gesellschaftliches Zusammenleben darzulegen. Nicht nur die Öffentlichkeit gehört über diesen wertvollen Beruf belehrt, auch die Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte selbst müssen endlich erkennen, welcher hoch professionellen Arbeit sie täglich nachgehen.

Das Image der Pflege aus unterschiedlichen Blickwinkeln

Im Folgenden sollen aktuelle Meinungen verschiedener Personen zum Image der Pflege vorgestellt werden. Um Personen aus der Mikroebene zu befragen, wurde eine Auszubildende im 4. Semester des Bachelorstudiengangs Pflegewissenschaft 2in1-Modell befragt.

Studentin in Pflegeausbildung, 4.Semester:
„Der Gesamteindruck der Pflege in der Gesellschaft scheint sehr differenziert zu sein. Denn in so manchen Haushalten wird die Arbeit des diplomierten Personals als sehr wertvoll und kompetent angesehen, auf der anderen Seite begegnet man immer wieder alten Klischees, wie z.B. dass Gesundheits- und KrankenpflegerInnen nur unter Aufsicht und Anordnung der Ärztinnen und Ärzte arbeiten, was sich allerdings aufgrund des gesetzlich geregelten eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches schon lange nicht mehr beobachten lässt. Aus meiner persönlichen Erfahrung zeichnet sich folgendes Bild ab: Jene Menschen, die bereits engen Kontakt mit unserem Gesundheitssystem hatten, stehen meist auf der Seite, die den Pflegekräften Anerkennung und Wohlwollen entgegenbringen. Wohingegen diejenigen, welchen deren professionelles Handeln bisher vorenthalten blieb, sich eher im Land der Vorurteile bewegen. Meine Kolleginnen, Kollegen und ich, als zukünftiger Teil aktiver Mitwirkender im Gesundheitssystem, sind der Überzeugung, dass die Pflege ein wichtiges Puzzlestück in der funktionierenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen darstellt. Da die Pflegekräfte die meiste Zeit an den Betten der Patientinnen und Patienten verbringen und ihnen mit professionellem Handeln zur Seite stehen, sowie stets ein offenes Ohr für sie haben, bilden sie die Basis einer guten und umfassenden medizinischen Versorgung. Wir sind zuversichtlich, dass sich das Image in Zukunft immer mehr in Richtung „Wahrheit“ und weg von den Klischees bewegen wird, da es der jetzigen und zukünftigen Generation der Pflegekräfte bewusster ist, ein positives Image nach außen zu tragen.“

Um eine gesellschaftliche Meinung mit einzubauen, wurden auch Personen befragt, welche nicht im Pflegebereich tätig sind:

Selbstständig, männlich, 50 Jahre alt:
„Der Beruf der Pflege gilt aus meiner Sicht als ein Beruf mit sicheren Arbeitsplätzen, da der Bedarf an kompetenten Pflegekräften in den nächsten Jahren noch weiter steigen wird. Hinzu kommt der zurzeit herrschende Ärztemangel, der dazu führen kann, die Handlungsbreite von Pflegekräften zu weiten und deren Ansehen in der Öffentlichkeit aufzuwerten. Die ohnehin sehr wertgeschätzte Arbeit von ÄrztInnen könnte sich durch die Verschiebung der Tätigkeitsfelder auch auf das Image der Pflege übertragen“.

Schülerin, 18 Jahre alt:
„Viele Jugendliche in meinem Alter denken über ihren zukünftigen Berufsweg nach. Vor allem bei Schulabgängerinnen drehen sich die Gedanken unter anderem um eine Karriere in einem Gesundheitsberuf, wo hingegen die männlichen Klassenkollegen eher die Technik versierten Berufe bevorzugen, was sich auch im reellen frauendominierenden Beruf der Pflege wiederspiegelt“.

Anmerkungen zu den Stellungnahmen

In Bezug auf die Stellungnahme der Schülerin, 18 Jahre alt, sei auf Kemetmüller, Fürstler und Kozon (2010, 72ff) verwiesen. Darin wird erörtert, warum MaturantInnen einen bestimmten Beruf wählen. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben drei Viertel aller TeilnehmerInnen an, dass ein Einstieg in die Pflegeausbildung nicht in Frage kommt, da z.B. der Aufgabenbereich für Außenstehende zu wenig transparent ist, sodass für viele Jugendliche der Pflegeberuf eine unentdeckte Möglichkeit bleibt. Zudem sind anhaltende Klischees Grund dafür, diesem Berufsbild als EinsteigerIn ins Berufsleben auszuweichen. Allerdings wird dem Beruf der Pflege dennoch eine sehr hohe Wichtigkeit zugeschrieben (vgl. Kemetmüller, Fürstler & Kozon, 2010, 72ff).

Jene anonymisierte Person, Selbstständig, männlich, 50 Jahre alt, die nicht in der Pflege arbeitet, spiegelt jene gesellschaftliche Meinung wieder, dass sich die Pflege weiterhin als sicherer Beruf entwickeln wird, dies allerdings in Abhängigkeit von den Arztinnen und Ärzten. Die geforderte Verschiebung von Kompetenzen mag vielen durch einen internationalen Vergleich der Gesundheitsorganisationen und -systeme, vor allem gegenüber skandinavischen Ländern, bekannt sein. Dies stimmt die österreichische Bevölkerung, trotz des gut ausgebauten Gesundheitsnetzes, zunehmend mürrisch, was sicherlich auch durch die mediale Aufbereitung beeinflusst wird. Aber die Leidtragenden des Ärgers über lange Wartezeiten, Spitalskosten und Personalmangels sind zumeist die Pflegekräfte selbst. Professionelles, komplexes Fachwissen, Einfühlungsvermögen, Durchhaltekraft, Schichtarbeit, objektive Konfliktbegegnung und interkulturelle Kompetenzen sind nur ein paar Eigenschaften, die in diesem Beruf verlangt werden. Verglichen mit der Entlohnung wird die Leistung, die diese Menschen täglich erbringen, zu wenig hochgeschätzt und somit auch der Beruf insgesamt unattraktiver.

Image der Pflege aufwerten

Die Meinung der Gesellschaft, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal über den Pflegeberuf ist ein wichtiger Ansatz, das Image der Pflege aufzubessern, und genau hier gilt es anzusetzen. Auf gesellschaftlicher Ebene ist sehr wohl erkennbar, dass der Pflegeberuf einen hohen Stellenwert genießt. Die Unterstützung bezüglich geeigneter Rahmenbedingungen für dieses Berufsfeld aus politischer Sicht hält sich jedoch in Grenzen. Hier wäre ein Ansatzpunkt zur Verbesserung gegeben, welcher die gesellschaftliche Ebene betrifft. Pflegeeinrichtungen sollten als Bindeglied bzw. Schnittstelle zwischen Gesellschaft und Pflegepersonal fungieren. Institutionen sollten eine Vorbildwirkung gegenüber dem Pflegepersonal haben um das gemeinsame Ziel der Imageförderung zu erreichen. Wenn man die individuelle Ebene, also die Pflegeberufe selbst betrachtet, erkennt man klar, dass auch innerhalb dieser Berufsgruppe europaweit negative Meinungsbilder überwiegen. Hier gilt es negative Äußerungen durch das Pflegepersonal selbst zu verhindern und die Schaffung eines positiven Images innerhalb der Berufsgruppe zu forcieren. Deshalb ist es nötig, dass das Berufsbild Pflege intern gut organisiert ist (vgl. Hagauer & Ragl, 2015, 4ff).

Die demografische Entwicklung zeigt uns, dass der Anteil an älteren Menschen und die Lebenserwartung steigen werden, umso wichtiger ist eine adäquate Betreuung durch Pflegepersonen. Um dieser Veränderung in der Bevölkerungspyramide gerecht zu werden, muss auch ein positives Pflegeimage zur

(C) Alexander Raths

Unterstützung präsent sein, um genügend potentielle Personen für den Pflegeberuf begeistern zu können. Hierzu müssen sowohl jene Personen an einem Strang ziehen, die bereits in einem Pflegeberuf tätig sind als auch alle Hebel in Gang gesetzt werden, um die Offenheit für Neues (z.B. neue Ausbildung formen, erweiterte Kompetenzbereiche,…) und die Begeisterung zur Pflege in der Gesellschaft vora zutreiben.

Oberste Priorität hat die Beseitigung inkompetenter Reaktionen auf negative Schlagzeilen in den Medien. Im Gegenzug dazu sollten Fehlleistungen der Pflege in den Medien von der eigenen Berufsgruppe diskutiert und mit professionellen Stellungnahmen bereinigt werden. Jede Institution sollte auf solche Situationen angemessen durch ausgebildete Pressesprecher reagieren können. Außerdem sei es ebenso unprofessionell, wenn negative Auffälligkeiten von den eigenen Reihen der Berufsgruppen in der Gesellschaft hochemotional ausgetragen werden. Nur eine aktive Zusammenarbeit aller Angehörigen der Pflege kann bewirken, dass das momentan eher negativ behaftete Image aufgebessert wird und zu einer generellen Verbesserung des gesellschaftlichen Bildes beiträgt. Leider ist zu verzeichnen, dass negative Ereignisse besser im Gedächtnis haften bleiben als die positiven. Über Negatives wird gesprochen, Positives wird vergessen. Wie anfangs erwähnt, ist es daher entscheidend an einem professionellen Pflegeimage zu arbeiten, das löschungsresistent ist. Aufgrund dessen sind Kampagnen, die sich um eine Imageaufbesserung bemühen von großer Bedeutung und essentiell für die weitere Entwicklung aller Pflegeberufe. Um das Image der Pflege zu verbessern, sind bereits diverse Einzelaktionen am Laufen. Leider sind auch viele Kampagnen gestartet worden, die keinen Erfolg bzw. keine Wirkung auf längere Sicht zeigten. Es resultiert, dass erfolgreiche Aktionen sehr rar sind (vgl. Reuschenbach, 2009, 6ff).

Dies ist wahrscheinlich der Fall, da nur fragmentierte Einzelaktionen stattfinden und keine einheitlichen Linien oder gesamtheitlichen und systematischen Ziele angestrebt werden. Sinnvoll wäre es daher eine funktions- und organisationsübergreifende Herangehensweise zu entwickeln und zu etablieren (vgl. Hagauer & Ragl, 2015, 10).

Ziel der daraus folgenden Imagepflege sollte nicht nur die allgemeine Verbesserung des Berufsimages sein, sondern auch das Aufzeigen eines realistischen Abbilds der Wirklichkeit, das mit einer nachhaltigen Wirkung auf die Bevölkerung einhergeht. Dieses realistische Abbild würde auch eine Transparenz der Kompetenzbereiche bewirken, um somit auch die Scheu vor oftmals „unangenehm geglaubten“ Arbeiten zu nehmen (vgl. Reuschenbach, 2009, 8ff).

Beispiel für eine Imagekampagne

Eine Imagekampagne gehört gut geplant, sollte langfristig angelegt werden und vor allem authentisch ausgelegt sein. Ein beeindruckendes Beispiel für eine Imagekampagne in der Pflege ist jenes von der Volkshilfe Oberösterreich im Jahr 2014, die in Zusammenarbeit mit der Linzer Werbeagentur Artgroup entwickelt wurde. Die Tatsachen werden für Außenstehende nicht nur näher, sondern auf den Punkt gebracht. Mit dem Slogan: „Ich bin verloren. Wer hat mich zuletzt gesehen?“, gelang der Volkshilfe Oberösterreich eine sehr erfolgreiche und nachhaltige Kampagne zum Thema Demenz (vgl. Volkshilfe Oberösterreich, 2014).

Das Autorenteam

Franziska Bramauer, Sarah Forstenlehner, Raphael Hörmann, Petra Krendl, Janine Roidner, Lukas Schodermayr, Anna Maria Übelacker, Sarah Zeilinger sind Studierende im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft 2in1-Modell an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege in Steyr und an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg.

Mag.a Annemarie Strobl, Mag. Stefan Hagauer sind Lehrende an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Steyr.

Literaturverzeichnis

Duden-Redaktion (2014). Begriffserläuterung Image. Verfügbar unter: http://www.duden.de/rechtschreibung/Image [Stand: 03.10.2016].

Hagauer, S. & Ragl, M. (23.04.2015). Image der Pflege. 6. Nationaler SchülerInnen und Studierenden Pflegekongress. Unveröffentlichte Powerpoint-Präsentation. Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Steyr.

Kemetmüller, E., Fürstler, G. & Kozon, V. (2010). Der Pflegeberuf aus Sicht der MaturantInnen in der Schulstadt Krems an der Donau. In: Peter, M. et al. (Hg.). Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Begründungszusammenhänge für eine Einordnung der Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege auf der tertiären Ebene eines Fachhochschullehrgangs. Verfügbar unter: http://bag.braintrust.at/download.php?id=27 [Stand: 23.10.2016].

Pogatscher, P. (2011). Standortbestimmung: Die Pflegeausbildung in Österreich. Welche Problemfelder sind im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflegeausbildung zu erkennen? Unveröffentlichte Masterarbeit an der Medizinischen Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Reuschenbach, B. (2009). Image der Pflege und Betreuung - Was wir von anderenkernen können. Universität Heidelberg. Verfügbar unter: http://paedpsych.jku.at/PPP-News/wp-content/uploads/2009/07/Reuschenbach_Folien.pdf [Stand: 22.10.2016].

Volkshilfe Oberösterreich. (2014). Volkshilfe Oberösterreich. Verfügbar unter: https://www.volkshilfe-ooe.at/demenzkampagne/ [23.10.2016].

„Wandel der Pflege“

Die GuKG Novelle als Chance, die Pflege endlich als eigenständige Profession zu etablieren

Noderer Dominik, Gehringer Julia, Klas Karin

Im September 2016 wurde die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes beschlossen. Änderungen betreffend der Ausbildung(en) und der Kompetenzbereiche, sowie die Festlegung neuer Berufsbezeichnungen resultieren daraus. Die ersten Stürme im Gesundheitssektor, sowohl der Entrüstung, als auch der Begeisterung, haben bereits an Intensität abgenommen. Dennoch bleiben die Diskussionen spannend. Wir sehen diese Gesetzesnovelle als Grundlage für vertieftes wissenschaftlich-professionelles Handeln der Profession Pflege. Insbesondere für den gehobenen Dienst bietet sich nun die Chance, sich als gleichberechtigte Partner im multiprofessionellen Feld der Gesundheits- und Krankenversorgung zu etablieren und im gesetzlich geregelten Rahmen eigenständig in multiprofessionellen Teams zu agieren.

Der Pflegeprozess wird dabei als essentieller Part eigenständigen pflegerischen Handelns bestätigt und muss folglich flächendeckend in die pflegerische Versorgung der Bevölkerung etabliert und umgesetzt werden. Essentiell dafür ist, adäquate Pflegediagnostik einzusetzen. Für uns ist wichtig, in Anbetracht der gesetzlichen Grundlagen, das sture Abarbeiten z.B. eines Standardanamnesebogens mit bereits vorformulierten Pflegediagnosen und vorformulierten Maßnahmen welche noch dazu häufig nicht in den alleinigen Wirkungsbereich der Profession fällt, zu hinterfragen. Erstens handelt es sich dabei nicht wirklich um die Umsetzung des Pflegeprozesses und zweitens werden dadurch komplexe pflegerische Herausforderungen nicht identifiziert und folglich auch nicht bearbeitet. Es wird zukünftig immer wichtiger, sich nicht vor komplexen Pflegesituationen zu scheuen, denn intangible, nicht oder nur begrenzt messbare Pflegephänomene, wie z.B. Hilflosigkeit, Angst oder Furcht sind in unserem täglichen Handeln allgegenwärtig, nehmen zu und beeinflussen den Genesungs- bzw. Heilungsprozess der uns anvertrauten Personen.

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten, auch aus dem deutschsprachigen Raum, befassten sich bereits vor dreißig Jahren mit dem Erleben und der Bedeutung von Krankheiten und Gesundheit für Betroffene, fassten ihre Forschungsergebnisse dazu in Form von Pflegephänomenen bzw. Pflegekonzepten zusammen und publizierten dies. In der Praxis

in Österreich haben sich diese Erkenntnisse relativ wenig etabliert, d.h. Pflegekonzepte/psychosoziale Pflegephänomene werden in der Pflegediagnostik nur wenig bis kaum berücksichtigt.

In den Kernkompetenzen des Gehobenen Dienstes ist aber auch die psychosoziale Betreuung von Patientinnen und Patienten in Gesundheits- und Krankheitsbelangen definiert. Diese Kompetenz, gepaart mit Beratung, Anleitung und Schulung, muss aus unserer Sicht in der Praxis stärker fokussiert werden. Soll dies künftig, wie gesetzlich gefordert auch tatsächlich um- und eingesetzt werden, so ist es essentiell sich mit diesen Pflegephänomenen/ Pflegekonzepten kritisch zu befassen. Für das Verständnis, die Erfassung und die Interpretation hochkomplexer Zusammenhänge in solchen Pflegekonzepten/Pflegephänomenen, und um daraus Diagnosen und Interventionen ableiten zu können, bedarf es einem grundsätzlichen Verständnis der Pflege(-wissenschaftlichen) Bezugswissenschaften wie z.B. der Philosophie, der Psychologie und der Medizin. Dieser Umstand wiederrum bekräftigt unsere Überzeugung und lässt den logischen Schluss zu, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, zukünftig in Form eines Studiums an Hochschulen ausgebildet werden muss, damit die vorab beschriebenen erforderlichen Kompetenzen auch tatsächlich erworben werden können.

Andererseits ist die Diskussion, ob Pflegeassistenzberufe aufgrund der erweiterten Kompetenzen eins zu eins den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ersetzen werden, folglich obsolet. Die Hauptaufgabenbereiche des gehobenen Dienstes werden sich vom derzeitig hauptsächlich praktizierten „Pflegehandeln“ (z.B. reine Versorgungsaufgaben wie Bettenaufbereitung, Assistenz bei der Körperpflege, Essen austeilen, reine Assistenzhandlungen für den ärztlichen Dienst, usw.) in andere Pflegeprofessionsbezogen Bereiche verlagern. Beratung, Information und Schulung in Gesundheits- und Krankheitsfragen, die Betreuung und Begleitung von chronisch Erkrankten mit zum Teil hochkomplexen Fallszenarien, aber auch Prävention in allen drei Stufen und natürlich komplexe pflegerisch-medizinische Tätigkeiten im multiprofessionellen Team werden die Tätigkeitsfelder der akademisch ausgebildeten Pflegepersonen im Gehobenen Dienst ausmachen. Die Herausforderungen der immer älter und multimorbider werdenden Gesellschaft und die damit einhergehenden gesundheitlichen Probleme auch für das System um die Betroffenen stellen uns vor große Herausforderungen. Menschen möchten so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden wohnen, leben aber immer häufiger alleine. Genau in diesen Fällen ist professionelle Pflege gefragt, um zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt die Versorgung zu Hause mit zu organisieren und damit einen möglichen Heimeintritt abzuwenden.

Der aus unserer Sicht wichtigste Punkt ist, dass die Profession Pflege in den Kernkompetenzen eigenverantwortlich agieren kann und daher keinerlei Anordnungen bedarf. Die GuKG Novelle bietet also erneut einen Anstoß zur Definition neuer Aufgabenbereiche nach dem Vorbild anderer Länder. Tätigkeitsfelder wie Public Health, Community Health Nursing, School Nursing, Familiengesundheitspflege und viele weitere Arbeitsbereiche sollen in Zukunft für Pflegepersonen geschaffen werden. Die derzeit praktizierte Versorgung von Menschen in allen Settings durch unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen, extramurale Pflege, praktische Ärztinnen und Ärzte sowie 24 Stunden Betreuung soll anhand dieser neuen Felder optimiert werden. Es wird dadurch, im Sinne des „Gate openings“, ein Versorgungs- und Betreuungszusammenhang über institutionelle Grenzen hinweg geschaffen und der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege muss hier eine gleichberechtigte Rolle innehaben.

Wenn sich die Profession Pflege für ihre gesetzlich geregelten Kompetenzen aktiv und mit Selbstvertrauen einsetzt, wird sich auch das gesellschaftliche Verständnis von professioneller Pflege verändern. Eine Erreichung dieses Ziels benötigt die Partizipation der gesamten Kollegenschaft in der Pflege. Dazu zählen sowohl die bereits langjährig arbeitenden Kolleginnen und Kollegen mit ihrer unbezahlbaren Erfahrung, genauso wie die Jungen, die sich diesen Erfahrungsschatz erst erwerben müssen, dafür aber mit frischem Wissen, Elan und wissenschaftlicher Kompetenz ausgestattet sind.

Wenn die Profession Pflege es schafft, all diese Aspekte zu vereinen und zu verknüpfen, kann die bestmögliche Pflege und Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team für die uns anvertrauten Menschen geboten werden.

Die Methode Problem Based Learning (PBL) und deren Wirkung auf Praxis und Lehre

Cornelia Feichtinger, BSc.; Marion Wagner
mit Unterstützung von Mag.a Bettina Hojdelewicz und Mag.a Daniela Durchschlag, BSc., MSc

Problembasiertes Lernen (PBL) entstand bereits in den 1960er Jahren in Kanada. Diese Lernmethode verspricht den Anwenderinnen und Anwendern einen allumfassenden und vernetzenden Lernerfolg, da bereits Erlerntes durch Praxisbeispiele gefestigt, erweitert und mit neuen Inhalten verknüpft werden kann. Problembasiertes Lernen erfordert selbstständiges Erarbeiten von Fachinhalten, Teamwork und fortgeschrittene Problemlösungsfähigkeiten, damit der Transfer aus dem theoretischen Umfeld in die Praxis gelingen kann.

Klingt nach einem erfolgreichen Konzept. Doch wie kann evaluiert werden, dass PBL hält, was es verspricht?

Der Lehransatz des problembasierten Lernens (problem based learning, PBL) kann dazu beitragen die Herausforderungen, die sich im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege ergeben, zu reduzieren. Dies erfolgt indem die Problemlösungskompetenzen der einzelnen Personen gestärkt werden. Die Fähigkeit zum kritischen Denken sowie die Fähigkeit zur gelebten Kreativität werden hierbei als Voraussetzung genannt. Kreativität ist unabdingbar um unterschiedliche Lösungsansätze finden und umsetzen zu können. Kreatives und problemorientiertes Lernen fördert ebenso die kritische Reflexion der Studentinnen und Studenten. Durch Rollenspiele beispielsweise, können sich Studierende besser in Emotionen und Gedanken von Patientinnen und Patienten hineinversetzen. Kritisches Denken wird seit Jahrzehnten als Fundament der pflegerischen Ausbildung betrachtet. Theoretisches Wissen kritisch zu hinterfragen und kreativ um zu setzen, ist ein wesentliches Element um das Wissen optimal im Arbeitsalltag einsetzen zu können. Eine zentrale Aufgabe ist es daher, nicht nur kritisch zu hinterfragen, sondern gegebenenfalls fallbezogen Besprechungen im interprofessionellen Rahmen einzufordern (vgl. Chan, 2013, S. 2298-2307). Kurtz und Starbird (2016) heben hervor, dass besonders die interprofessionelle Zusammenarbeit bezüglich der klinischen Entscheidungsfindung einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie beziehen sich dabei auf eine Pilotstudie von Lin et al. (2013) in welcher die Vorteile der interprofessionellen

(C) Cacaroot

Zusammenarbeit, anhand des Beispiels ethischer Entscheidungsfindung im klinischen Setting, deutlich werden. Zentral ist, dass diese Zusammenarbeit nicht erst im Setting selbst gelebt werden sollte, sondern bereits während der Ausbildung. Lin et al. (2013) verzeichnen in der Selbstevaluierung der Studierenden einen positiven signifikanten Unterschied in der Bewertung von interprofessioneller Zusammenarbeit und Kommunikation, sofern bereits interprofessionelles Lernen anhand der Methode PBL in die Ausbildung als Schwerpunkt integriert wurde (vgl. Kurtz & Starbird, 2016, S. 917 – 918).

PBL wurde bereits 1969 an der MC Master Universität in Kanada angewandt. Somit ist diese Lehr- und Lernmethode bereits seit einiger Zeit etabliert. Schon 1969 wurden Studierende dazu angehalten und motiviert ihre Lernziele selbst zu definieren und wurden im selbstständigen Lernen gefördert. Bereits damals wurde bestätigt, dass durch PBL die Studierenden weitaus mehr Wissensinhalte verinnerlichen, das Selbstbewusstsein der Studierenden gestärkt wurde, die Teamfähigkeit verbessert wurde und auch der Problemlösungsprozess der Betroffenen weitaus kreativer und effektiver stattfand. Allerdings ist auch die Rolle der Moderatorin/ des Moderators bei PBL entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung. Nur wenn diese/r die Inhalte angemessen vermitteln, die Teamarbeit untereinander optimal fördern und individuell anleiten kann, gelingt das erfolgreiche Lernen.

Hung und Lin (2015) beziehen sich auf Novak und Gowin, welche 1984 die Evaluationsmethode „Concept Mapping“ entwickelten. AnwenderInnen von PBL werden dabei aufgefordert, ein klinisches Fallbeispiel mit all seinen Aspekten schematisch und graphisch darzustellen. Dies gelingt durch Herausfiltern der Hauptgesichtspunkte und das Verlinken dieser mit Untergruppen. Der Zugewinn durch eine gezielte Visualisierung wird auch von Hung und Lin (2015) benannt. Sie beschreiben dies wie folgt: „(...) concept mapping can help with visualization of the thinking process.“ (vgl. Hung & Lin, 2015, S.2).

Ebenso beschreibt Chan (2017) in ihrer Studie “A qualitative study on using concept maps in problem-based learning. In: Nurse Education in Practice,“ dass Gelerntes soweit vernetzt werden soll, dass ein gesamtes klinisches Fallbeispiel in einer bildlichen Darstellung verwirklicht werden kann.

Studentinnen und Studenten, welche durch Lehreinheiten mittels PBL unterrichtet wurden können anfänglich von einem erhöhten Stresslevel berichten, da diese Methode im Gegensatz zu Frontalvorträgen, neu und ungewohnt ist. Durch den Austausch von didaktischen Lernmethoden mit PBL wird das eigenmotivierte lernen ebenso gefördert, wie kritisches Denken, Kreativität und eigenständige Problemlösung. Diese Fähigkeiten bereiten Studierende auf den unvorhersehbaren Alltag im Setting der Gesundheits- und Krankenpflege vor, denn die Erwartungen an Pflegepersonen steigen an (vgl. Chan, 2013, S. 2298-2307).

Mit dem Einstieg in den europäischen Hochschulkonvergenzprozess (Bologna-Prozessbedeutet eine europaweite Harmonisierung von Studiengängen und Studienabschlüssen) hatte dies auch eine Überarbeitung der Bildungsparadigmen zur Folge. Die Veränderungen der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, dass der Erwerb von Kompetenzen und die Relevanz des Lernens weit über das spezifische Fachwissen hinausgehen. Somit muss sich auch die Vermittlung von Lehrinhalten verändern. Die reine (theoretische) Übermittlung von Wissen reicht nicht mehr aus um Studierende dazu zu bewegen Neugierde, kritisches Denken, Teamwork und kommunikative Fähigkeiten zu entwickeln.

Unter Pflegekompetenz wird die Grundhaltung, das Wissen und das Meistern komplizierter Entscheidungsprozesse von Pflegepersonen verstanden. Diese Kompetenzen sind erforderlich um qualitätsvolle Pflege aufrecht zu erhalten und sichern zu können. Dies erfordert nicht nur theoretisches Wissen und Kenntnisse, sondern auch ein „Know-how“ bezüglich kritischem Denken, kreativer Entscheidungsfindung, Analyse und Formulierung von vorhandenen Problemen, zwischenmenschliche Dimensionen wie Werte und Einstellungen sowie technische und praktische Kompetenzen.

In diesem Kontext wurde der Ansatz des PBL als Lernmethode etabliert. Hier wird als Ausgangspunkt eine problematisierte Realitätssituation dargestellt, welche die Entwicklung von Erklärungshypothesen und die Identifizierung von Lernbedürfnissen der Studierenden ermöglicht. Darüber hinaus erlaubt es die Ermittlung der Grundsätze im Zusammenhang mit dem erworbenen Wissen und kann sich auf andere Situationen oder Probleme beziehen. Es ist eine Methode, die auf das Lernen ausgerichtet ist, in dem die Studierenden eine protagonistische Rolle einnehmen. Im Unterschied zu Vorträgen oder Frontalunterricht wird die Frage nach Hilfe im Rahmen des PBL als Wertschöpfung interpretiert. Zudem ist das gesellschaftliche Lernen, gegenseitiges Engagement

(C) Pictworks

und die Interaktion mit anderen Studierenden erforderlich, um die Lernziele zu erreichen. In der Pflegepraxis wird das Bitten um Hilfe, derzeit oft noch als Schwachpunkt dargestellt, weswegen viele Pflegepersonen es schwierig finden um Hilfe zu bitten. PBL fördert Teamarbeit, kooperatives Lernen und Zusammenhalt. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Qualität der Pflege aus, da es den Studierenden leichter fällt interprofessionell zu arbeiten, zu kommunizieren, und sich interprofessionell auszutauschen. Interdisziplinäre Arbeit erfordert Verantwortung, Dialogfähigkeiten, Integration, Anpassung an Veränderungen, Toleranz und die Fähigkeit unvorhersehbare Situationen zu bewältigen. Die kommunikativen Fähigkeiten sind Teil der Kernkompetenzen der Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten und sind der Schlüssel zur guten Versorgung der Allgemeinheit. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind wiederum die Basis, um die Menschen mit gesundheitlichen Problemen in ihren Momenten der Schwäche begleiten zu können. Auch kann PBL zum Aufbau von Pflegebeziehungen beitragen. Im Rahmen des PBL, indem Kommunikation auch mit durchaus unbekannten Menschen stattfinden muss, wird gelernt wie am besten auf unbekannte Menschen zugegangen werden kann. Oftmals wird es von Studierenden als schwierig beschrieben Pflegebeziehungen zu Patientinnen oder Patienten aufzubauen, da diese kommunikativen Fähigkeiten bei Vorträgen nicht gelehrt werden können. Die ebenfalls geforderte Autonomie von Studierenden, kann in der Pflegepraxis durchaus hilfreich sein. Pflegekräfte können an Situationen toleranter, gelassener und kreativer herantreten. Zudem fördert PBL das Verantwortungsbewusstsein. Nicht nur persönliche, sondern auch Gruppenziele müssen erreicht werden, die in Folge auch bewertet werden. Pflegekräfte, welche wie gewöhnlich gleich nach dem Studium zu arbeiten beginnen, geben oft an, dass sie das Gefühl haben, nicht über ausreichend Wissen zu verfügen und sich nicht ausreichend auf den beruflichen Alltag vorbereitet fühlen. Dieses gefühlt fehlende Wissen bezieht sich zumeist auf medizinische Inhalte der Ausbildung, wie Pharmakologie, Anatomie und Physiologie. Diese Lehrveranstaltungen stellen allerdings eine große Herausforderung in der Umsetzung mittels der Methode PBL dar. Gründe hierfür sind allerdings nicht ausschließlich auf die Lehrmethode zurückzuführen. Auch zu oberflächliches Lernen, ständig wachsende wissenschaftliche Fortschritte und die stets steigenden Anforderungen in der Pflegepraxis können weitere Gründe für die Unsicherheit als Berufseinsteigerin oder Berufseinsteiger sein. Abschließend kann gesagt werden, dass Pflegepersonen die im Rahmen ihrer Ausbildung PBL erfolgreich absolviert haben, weitaus höhere Kompetenzen bezüglich der Arbeit im Team und im Rahmen der interprofessionellen Kompetenzen haben (vgl. Cónsul-Giribet & Medina-Moya, 2014, S. 724-730).

Auch Rodriguez-Borrego et al. (2014) beschreiben PBL als Sozialisierung im gemeinsamen Prozess zur Wissensgenerierung. PBL dient zur aktiven Bildung von Strategien, forciert das sich Einfinden in neue Situationen und generiert neue Ideen. Fünf Kernkompetenzen sind maßgebend: (1) positive

interdependence, (2) constructive face-to-face-interaction, (3) individual and group responsibility, (4) verbal and non-verbal interpersonal communication techniques und (5) meacognitive control of the group. Anhand der Critical Incident Technique stellen Rodriguez-Borrego et al. (2014) die Erfahrungen von 86 Studierenden in Spanien dar. Deutlich wird, dass die Methode PBL die Einzelnen Studierenden in Gruppen zusammen führt. Kritisch kann festgehalten werden, dass die Studierenden den hohen zeitlichen Aufwand hinterfragen, sowie beanstanden, dass es zu keiner Zusammenführung mit realen Menschen (Cases) kommt.

Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Methode Problem Based Learning nicht nur Vorteile mit sich bringt. Neben einem hohen zeitlichen Aufwand ist negativ anzumerken, dass nicht alle Fallmöglichkeiten mit Auszubildenden erarbeitet werden können. In Begleitung von PBL ist in jedem Fall ein sogenanntes Skillslab anzudenken, damit die Darstellung einer “Echtsituation” gelingt und Studierende sich in diesem Setting erproben können.

Zukünftig kann es vermehrt von Interesse sein die facettenreichen Auswirkungen von problembasiertem Lernen in Kombination mit einem interprofessionellen Ansatz in der Lehre auf die Praxis zu erheben.

Literatur

CHAN, CY Zenobia: Exploring creativity and critical thinking in traditional and innovative problem-based learning groups. In: Journal of Clinical Nursing, (22) 2013, S. 2298 – 2307

CHAN, CY Zenobia: A qualitative study on using concept maps in problem-based learning. In: Nurse Education in Practice, (24) 2017, S. 70-76

CONSUL-GIRIBET, Maria; MEDINA-MOYA, Jose Luis: Strengths and weaknesses of Problem Based Learning from the professional perspective of registered nurses. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(5), 2014, S. 724-730

HUNG, Chia-Hui; LIN, Chen-Yung: Using concept mapping to evaluate knowledge structure in problem-based learning. In: BMC Medical Education, 2015, S. 2-9

KURTZ, Melissa J.; STARBIRD, Laura E.: Interprofessional Clinical Ethics Education: The Promise of Cross-Disciplinary Problem-Based Learning. In: AMA Journal of Ethics, 18(9), 2016, S. 917-924

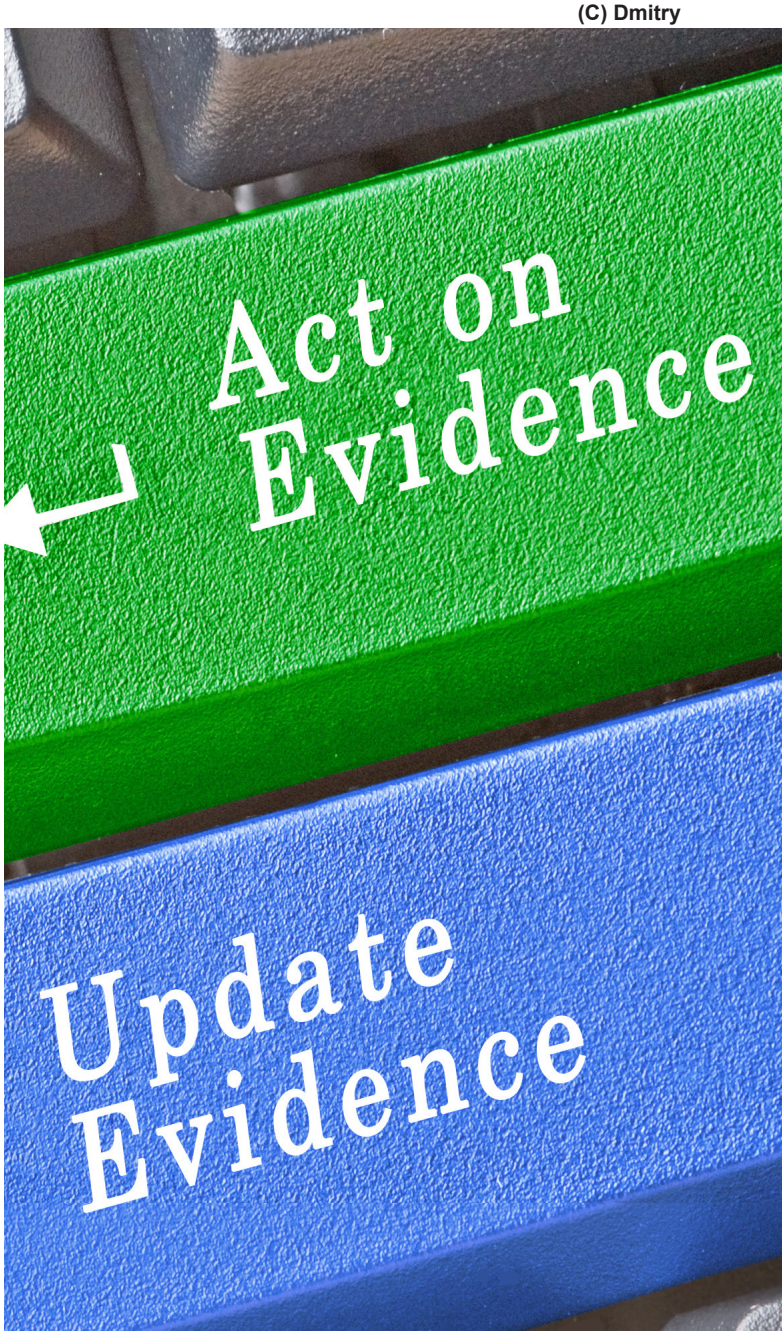
RODRIGUEZ-BORREGO, Maria-Aurora; GONCALVES NITSCHKE, Rosane; LENISE DO PRADO, Marta; GUE MARTINI, Jussara; GUERRA-MARTIN, Maria-Dolores; GONZALEZ-GALAN, Carmen: Theoretical assumptions of Maffesoli’s sensitivity and Problem-Based-Learning in Nursing Education. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(3), 2014, S. 504-510

FH CAMPUS WIEN
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Den Weg von Evidence Based Nursing zu Evidence Based Practice gehen

von Marlies Stubenrauch & Jennifer Pleil
mit Unterstützung von Mag.a Bettina Hojdelewicz & Mag.a Daniela Durchschlag, BSc MSc

(C) Dmitry



Die tertiäre Ausbildung zur/zum Gesundheits- und KrankenpflegerIn wird seit 2008 in Österreich als Bachelor-Studium angeboten. Evidence Based Nursing (EBN) ist zentraler Bestandteil der Lehre des Studiums „Gesundheits- und Krankenpflege“ und stellt eine Möglichkeit dar die Profession als Profession zu gestalten und im Praxisfeld als diese zu leben. Hierfür gilt es Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft und deren Bezugsdisziplinen meist aus dem Englischen zu übersetzen, kritisch zu bewerten und im Anschluss in die Pflegepraxis einzubringen.

Es stellt sich die Frage welches Setting im Praxisfeld für einen gelungenen Wissenstransfer benötigt wird. Camargo et al. (2016) hält fest, dass eine der Hauptschwierigkeiten darin liegt, dass das methodische Vorgehen im Rahmen von Forschungsarbeiten nicht nachvollzogen werden kann. Hinzu kommt das unzureichende Vermögen Studien und deren Publikationen kritisch zu hinterfragen.“The integration of quality scientific evidence with healthcare practice, and associating evidence with professional expertise and the preferences of users, their families, and communities, is a complex issue for Contemporary Nursing, and represents a cornerstone for the practice of Evidence-Based Nursing (EBN).“ (Camargo, et al. 2016,S. 2)

Evidence based Practice (EBP) bezieht sich auf komplexe Informationen, welche diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen nutzen, um im Klinikalltag Entscheidungen zu treffen. Diesbezüglich wird auf verschiedene Arten von Wissen, wie zum Beispiel Wissen aus der Forschung, klinisches Fachwissen, das Wissen von individuellen PatientInnenbedürfnissen und Werten, Erfahrungen, sowie ExpertInnenwissen aus dem Praxisumfeld zurückgegriffen. „Higher education in general, and nursing education in particular, have been called upon to facilitate deep knowing, moving beyond the accumulation of knowledge.” (Landeen et al., 2016, S. 52) Dieses evidenzbasiertes Wissen gilt es in den Pflegealltag integrieren zu lernen.

Die Studie „The impact of curricular changes on BSCN students‘ clinical learning outcomes“ erhob, dass das Kaleidoskop-Curriculum einen Unterschied in den klinischen Lernergebnissen der Studierenden im letzten Jahr bewirkt. Das Kaleidoskop-Curriculum ist ein 2008 neu entwickeltes Curriculum in Nord Amerika welches den Fokus auf das klinische

Denken und Urteilen, die Anpassung des problemorientierten Lernens und die gezielte Integration von Pathophysiologie und evidenzbezogener Entscheidungskonzepte, setzt (vgl. Landeen et al., 2016, S. 52). „Key features of the renewal included: 1) a focus on clinical reasoning and judgement, 2) an adaptation of problem-based learning, and 3) the purposeful integration of pathophysiology and evidence-informed decision-making concepts into core nursing courses." (Landeen et al., 2016, S. 52)

Landeen et al. (2016) beschreiben, dass zum Beispiel jene AbsolventInnen des Kaleidoskop-Curriculums es verstehen sich in der Praxis zu präsentieren und die zu Pflegenden ganzheitlich zu betrachten sowie ganzheitlich zu betreuen. Die multiprofessionelle Arbeit wird aufgrund ihrer essenziellen Bedeutung vertieft. Klinische Entscheidungen werden ebenfalls aufgrund von anderen Wissensaspekten getroffen.
Die Ergebnisse behandeln die wahrgenommenen positiven Entwicklungen der Studierenden, welche nach dem Kaleidoskop-Curriculum ausgebildet werden. Sie erhebt, dass das Kaleidoskop-Curriculum einen Unterschied in den klinischen Lernergebnissen erzielt. Die klinischen Leistungen, bezogen auf das ganzheitliche Wahrnehmen einer Person, das Verbinden des Erlernten und das Verwenden von Pflegefachsprache, haben sich positiv entwickelt. Die Studierenden weisen Unterschiede auf, da sie in der Lage sind ihr Wissen über die Pathophysiologie bzw. der evidenz-bezogenen Entscheidungsfindung anzuwenden und zu integrieren (vgl. Landeen et al., 2016, S. 54-55).

In Norwegen wurde durch Berland et al. (2012) untersucht, aus welchen Quellen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen auf Bachelorniveau ihr Wissen für klinische Entscheidungen beziehen. Dabei wurde festgestellt, dass die Verwendung von Evidence based Practice (EBP), also forschungsbasiertem Wissen, bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Bachelorabschluss ebenso eher gering ist. Sie verlassen sich bei Entscheidungen in der klinischen Praxis auf ihr erworbenes Wissen während der Ausbildung und greifen lieber auf Pflegezeitschriften oder Pflegebücher zurück, um sich Informationen zu beschaffen. Es gibt einige Vermutungen, warum EBP in der Praxis wenig Anwendung findet. Es wird zum Beispiel die Möglichkeit genannt, dass EBP theoretisch zwar leicht zu verstehen, aber praktisch schwer umsetzbar ist. Auch verschiedene Hindernisse in Bezug auf die Anwendung, wie zum Beispiel Zeitmangel, Ressourcenmangel oder die klinische und organisatorische Struktur werden genannt. Es gab zwar diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die von Erfahrungen mit der Datenbanksuche berichtet haben, aber häufig wurde die Literaturrecherche zur Lösung von Problemen aufgrund dieser Hindernisse zu Hause durchgeführt (vgl. Berland et al., 2012, S. 363).

Wichtige Faktoren in der Entscheidungsfindung stellen vor allem das Teilen von Erfahrungen, Diskussionen in Teammeetings und mündliche Berichte dar. Reflexionen und Diskussionen werden in der Gruppe als besonders wichtig erachtet. Generell war es den Studienteilnehmerinnen wichtig, sich mit ihren KollegInnen abzusprechen, wenn sie sich bei einer Entscheidung nicht sicher waren. Eine wichtige Rolle nehmen im Klinikalltag ebenfalls die Bedürfnisse und Vorlieben der PatientInnen ein, welche bei der Planung Berücksichtigung finden.

Die Erneuerung des Curriculums ist eine Möglichkeit um die Qualitätsverbesserung der Pflegeausbildung zu fördern. Beogo et al. (2015) bekräftigen in Ihrer Studie ebenso die Notwendigkeit die Curricula regelmäßig zu überarbeiten um einerseits die Ausbildung an neue Herausforderungen der Gesellschaft anzupassen und andererseits Optimierungen an den individuellen Ausbildungsmöglichkeiten vorzunehmen (vgl. Beogo et al., 2015, S. 2-3)

Zusammenfassend eröffnet EBP die Möglichkeiten die klinische Praxis weiter zu entwickeln, gezielte Interventionen zu verbessern und ebenso die Ausbildung von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen um ein fundiertes Wissenschaftsverständnis zu erweitern. Es gilt einerseits, das eigene Vermögen der Interpretation von wissenschaftlichen Studien auszubauen und andererseits die klinische Praxis kritisch zu hinterfragen, um ihren theoretischen und wissenschaftlichen Hintergrund zu verbessern. Von besonderer Bedeutsamkeit ist es allerdings einen Weg zu finden wie EBP tatsächlich vermehrt in der Praxis angewendet werden kann und Barrieren bei allen Teilnehmenden und Organisationsstrukturen abgebaut werden können. Durch die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sind die Rahmenbedingungen geschaffen, den begonnenen Weg – mag er auch steinig sein- kraftvoll fortzusetzen.

FH CAMPUS WIEN
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Literatur:

BEOGO, Idrissa; LIU, Chieh-Yu; DLAMINI, Colile P.; GAGNON, Marie-Pierre: Registered Nurse to Bachelor of Science in Nursing: nesting a fast-track to traditional generic program, teachings from nursing education in Burkina Faso. In: BMC Nursing, 2015, S. 2-10

BERLAND, Astrid; GUNDERSEN, Doris; BENTSEN, Signe Berit: Evidence-based practice in primary care – An explorative study of nurse practitioners in Norway. In: Nurse Education in Practice, (12)2012, S. 361-365

CAMARGO, Fernanda Carolina; IWAMOTO, Helena Hemiko; MONTEIRO, Damlana Aparecida Trindade; LORENA, Lourraine Tavares; PEREIRA, Gilberto de Araujo: Assessment of an intervention for the diffusion of evidence-based nursing in a teaching hospital. Revista Gaucha de Enfermagem, (37)2016, S.1-9

FRIESEN-STORMS, Jolanda HHM; MOSER, Albine; VAN DER LOO, Sandra; BERUSKENS, Anna JHM; BOURS, Gerrie JJW: Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. In: Journal of Clinical Nursing, (24)2014, S.57-68

LANDEEN, Janet; CARR, Donna; CULVER, Kirsten; MARTIN, Lynn; MATTHEW-MAICH, Nancy; NOESGAARD, Charlotte; BENEY-GADSBY, Larissa: The impact of curricular changes on BSCN students' clinical learning outcomes. In: Nurse Education in Practice, (21)2016, S. 51-58

sinn*en*voll leben
inklusive Demenz

Themenwoche | 7. – 14. Oktober 2017

Aus dem Programm: Angehörigenschulung Validation * Sinnvoll leben im Vergessen * Kurzsymposium Polypharmazie * Wartezimmer 1x1 für Ordinationsassistenzen * Seminar Musiktherapie * Infoabend Demenz & Kunst * Führungswerkstatt Sexualität * Singnachmittag * Demenz & Glaube * Recht auf Sinnlichkeit * Was Sie schon immer über Validation fragen wollten *

Mit: Prof. Andreas Kruse * Helga Rohra * Detlef Rüsing * Vicki de Klerk * Thomas Frühwald * Gunvor Sramek * Brigitta Schröder * Maria Hoppe * Simone Willig * und vielen anderen ...

Infos und Anmeldung: **www.kardinal-koenig-haus.at/themenwoche-demenz.php**

Kardinal König Haus

Nursing FLAVER

Pflegeliteratur für Ausbildung und Praxis

Ausbildung leicht gemacht – mit exklusiven Event-Einladungen, Angeboten, Gewinnspielen, Geburtstags-Goodies u.v.m.

Jetzt Mitglied werden und gewinnen!

Wir verlosen fünf Pflege-Packages mit jeweils zwei Büchern und weiteren Goodies für deine Ausbildung.*

Einfach kostenlos auf club.facultas.at anmelden!

*Anmeldeschluss: 31.07.2017

facultas in Favoriten
Buchhandlung für Pflege- und Gesundheitsberufe
Favoritenstraße 115, 1100 Wien

facultas.maudrich
Buchhandlung für Medizin, Pflege und Gesundheit
Spitalgasse 21A, 1090 Wien

facultas

(C) Monkey Buisness

Evidenzbasierte Interventionen zur Unterstützung und Linderung von chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen sind für die Pflegepraxis von hohem Interesse, um den Allgemeinzustand und somit auch die Lebensqualität der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft 2in1-Modell nutzte ich daher die Möglichkeit, anhand von nationaler und internationaler Literatur gezielt nach evidenzbasierten Interventionen zu recherchieren und kritisch für die Pflegepraxis zu analysieren.

Onkologische Pflege:

Evidenzbasierte Interventionen bei Patientinnen/Patienten mit chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen

Im Jahr 2013 wurden 117.105 Personen in Österreich mit einer Chemotherapie behandelt (Statistik Austria, 2014). Der Nutzen einer Chemotherapie zur kurativen Behandlung von Krebserkrankungen ist in den letzten Jahrzehnten signifikant gestiegen und führte zu einer höheren Überlebensrate (Kearney et al., 2008).

Durch die Applikation von Zytostatika wird versucht Krebszellen systematisch zu zerstören, jedoch hat diese Form der Behandlung auch Auswirkungen auf andere Bereiche des Körpers (Fathi, Nasrabadi & Valiee, 2014). Die Toxizität der Chemotherapie führt zu einer großen Belastung für Betroffene (Kearney et al., 2008). Beinahe 80% bekommen chemotherapie-bedingte Nebenwirkungen (Hawkins & Grunberg, 2009; Fathi et al., 2014). Da so viele Patientinnen/Patienten eine Chemotherapie erhalten, erfordert dies auch einen gesteigerten Bedarf an Behandlungs- und Bewältigungsmaßnahmen der Nebenwirkungen (Tipton et al., 2007). Übelkeit (lat. Nausea) und Erbrechen (lat. Emesis) nehmen hierbei eine bedeutende Rolle ein, da sie als die am meisten belastenden Nebenwirkungen genannt werden. Nausea und Emesis können zu einer Beeinträchtigung der körperlichen Funktionsfähigkeit, des Ernährungszustandes und der Lebensqualität führen und haben negative Auswirkungen auf die Einhaltung der Behandlung mittels Chemotherapie (Tipton et al., 2007; Warr, Chambers, Cusano, Cuthbert & Mah, 2015). Die Behandlung von CINE (chemotherapie-induzierte Nausea und Emesis) erfordert einen erhöhten Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen (Warr et al., 2015). Viele Vorbeugungs- und Behandlungsmaßnahmen wurden entwickelt um CINE zu lindern (Doll, 2008). Durch die Verbesserungen der antiemetischen Therapie sind Übelkeit und vor allem Erbrechen nicht mehr so schwerwiegend wie noch vor einigen Jahren (Doll, 2008). Laut Fathi et al. (2014) liegt das Vorkommen von Übelkeit und Erbrechen dennoch bei 60 bis 72%. Erbrechen kommt durch die Anwendung von Antiemetika deutlich seltener oft vor, doch die Dauer, an der Betroffene über Übelkeit klagen, nimmt zu (Doll, 2008). Schlecht kontrollierte oder unkontrollierte CINE kann zu zusätzlichen Krankenhausaufenthalten und medizinischen Kosten führen (Hawkins & Grundberg, 2009).

Problemstellung und Zielsetzung

Die Pflege nimmt in der Versorgung von CINE eine bedeutende Rolle ein (Krishnasamy et al., 2014). Werden die Nebenwirkungen der Chemotherapie nicht situationsgerecht erfasst und CINE unterschätzt, kann keine passende Begleittherapie durchgeführt

werden (Vidall et al., 2015). Häufigkeit und Intensität von Übelkeit und Erbrechen sind bedeutsame Indikatoren der medizinischen Versorgungsqualität (Tipton et al., 2007). Die Anwendung der geeigneten Assessments spielt daher eine bedeutende Rolle (Krupp et al., 2011). Neben den instrumentellen Handlungsfeldern gehören auch Information, Beratung und Anleitung zu den grundlegenden Aufgaben der Pflege (Kitzmantel et al., 2009). Die Aufklärung der Patientinnen/Patienten über chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen ist eine entscheidende Komponente in der Versorgungsstruktur (Johnson, Moore & Fortner, 2007). Wissensdefizite können den Therapie- und Krankheitsverlauf negativ beeinflussen (Dokken et al., 2005). Laut Chung et al. (2011) sollte der Umgang mit CINE durch eine systematische Herangehensweise von Pflegeinterventionen gehandhabt werden (Chung et al., 2011). In einer internationalen Umfrage stellte sich heraus, dass lediglich ein Viertel der Pflegepersonen Praxisleitlinien im Umgang mit CINE nutzen (Krishnasamy et al., 2014). Ein weiterer Aspekt von pflegerischen Interventionen ist die Vermittlung, Anleitung und Durchführung von Entspannungstechniken zusätzlich zu der Antiemetika-Therapie (Campos de Carvalho, Martins & dos Santos, 2007). Trotz vieler Vorzüge finden solche nicht-medikamentösen Interventionen in der Praxis kaum Anwendung (Miller & Kearney, 2004).

Ziel dieser Arbeit ist es daher, anhand nationaler und internationaler Literatur gezielt evidenz-basierte Interventionen der Pflege zu CINE aufzuzeigen. Dabei beziehen sich die Maßnahmen einerseits auf die präventive Ebene vor Eintreten von Übelkeit und Erbrechen und andererseits auf die Unterstützung während der Zytostatikagabe. Studienergebnisse sollen zeigen, wie effektiv die getätigten Interventionen bezüglich Linderung von CINE und Erhöhung der Lebensqualität sind.

Methodik

Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed®, CINAHL®, Google Scholar® sowie per Handsuche, Schneeballverfahren und in Fachzeitschriften durchgeführt. Der Zeitraum der Suche erstreckte sich von August bis November 2015. Ein- und Ausschlusskriterien stellten die Bereiche Publikationsform, Therapieform, Sprache, Alter, Form der Übelkeit, Interventionen und Setting dar. Nach Beendigung der Literaturrecherche und der endgültigen Auswahl der Publikationen anhand der Ein- und Ausschlusskriterien konnten insgesamt zwanzig Studien zur Beantwortung der Fragestellungen herangezogen werden.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Mit der wissenschaftlichen Literaturrecherche kristallisierten sich Interventionen in den Bereichen Assessmentinstrumente, Informationsinterventionen, strukturierte Interventionen sowie Interventionen zur Entspannung durch die Pflege heraus.

Assessmentinstrumente

In der wissenschaftlichen Literatur sind zahlreiche Assessmentinstrumente für CINE beschrieben. In dieser Arbeit werden zwei standardisierte Assessmentinstrumente vorgestellt und analysiert. Die zwei Assessmentinstrumente „Index of Nausea, Vomiting and Retching“ (INVR) und „Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) Antiemesis Tool“ (MAT) wurden ausgewählt, da diese vor allem chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen behandeln und in einigen der ausgewählten Studien dieser Arbeit Anwendung gefunden haben (Molassiotis et al., 2014b; Genc et al., 2013; Suh, 2012).

Der INVR hat acht Items und nutzt eine fünfstufige Likert-Skala, welche laut Wood, Chapman und Eilers (2011) für Patientinnen/Patienten leicht anzuwenden und zu verstehen ist. Häufigkeit, Umfang, Dauer und Leid von Übelkeit, Erbrechen und Würgen gibt das Instrument ebenfalls an. Durch verschiedenste Messparameter wurden in den verwendeten Studien die Gütekriterien Validität und Reliabilität des Instruments bestätigt (Fu et al., 2002; Saxby et al., 2007; Wood et al., 2011). Saxby et al. (2007) geben in ihrem Review an, dass der INVR zu den Instrumenten gehört, bei denen keine bedeutsamen Nachteile anzuführen sind, jedoch sollte die Validität des Instruments für Langzeitbeobachtungen bestimmt werden. Wood et al. (2011) geben an, dass die fünfstufige Likert-Skala sich als nicht so sensitiv gegenüber frühen Veränderungen zeigt als eine visuelle Analogskala.

Das MAT beinhaltet acht Items mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Das Instrument wird einmal während eines Therapiezyklus angewandt um eine wiederholte Einschätzung zu vermeiden und keine zusätzliche Last für das klinische Personal und Patientinnen/Patienten darzustellen (Molassiotis et al., 2007a). Die Studie von Molassiotis et al. (2007a) zeigt eine akzeptable interne Konsistenz der Reliabilität der Patientinnen/Patienten Stichprobe und der Stichprobe der Pflegekräfte. Die Items dieses Instruments korrelieren in einem akzeptablen bis guten Maß miteinander, somit messen alle Items dasselbe Konstrukt von CINE. Das MAT kann durch die Durchführung und Messung in zwei verschiedenen Ländern (Großbritannien und USA) im internationalen

Bereich als kulturell gleichwertig und deckungsgleich gesehen werden (Molassiotis et al., 2007a).

Informationsinterventionen

Mittels einer strukturierten Informationswiedergabe im Rahmen von Unterrichtseinheiten, konnte in der Studie von Mollaoglu und Erdogan (2014) die bessere Kontrolle von Nebenwirkungen einer Chemotherapie bewiesen werden. Diese Einheiten wurden wiederholt und es wurde auf die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen/ Patienten eingegangen. Beschwerdegrad sowie Stärke von Übelkeit und Erbrechen konnten signifikant gesenkt werden (Mollaoglu & Erdogan, 2014). Die Lehrmittel und Methoden der Informationsweitergabe variieren oftmals beträchtlich (Johnson et al., 2007). Dazu wurde in der Studie von Heba et al. (2012) herausgefunden, dass zusätzlich schriftliche Informationsunterlagen keine höheren Kenntnisse erbringen als bei Probandinnen/ Probanden, welche lediglich ein durch Pflegepersonen vermitteltes Schulungsprogramm durchlaufen haben. Kenntnisse zur Selbstpflege konnten durch das Schulungsprogramm jedoch gesteigert werden (Heba et al., 2012). Durch Schulungsinterventionen kann auch die Erwartungshaltung gegenüber chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen beeinflusst werden. In der Studie von Shelke et al. (2008) konnte eine signifikantere Reduktion der Erwartung von Übelkeit in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe verzeichnet werden. Obwohl die Intervention die Erwartung chemotherapie-induzierter Übelkeit verringert hat, hat sich das Auftreten von Übelkeit jedoch nicht reduziert (Shelke et al., 2008). Da der ambulante Bereich für die Gabe von Chemotherapeutika immer bedeutender wird, hat dies auch Auswirkungen auf das Pflegepersonal. Durch die ambulante Versorgung verkürzt sich die Zeit für die Aufklärung von Patientinnen/Patienten (Kinnane et al., 2008). In der Studie von Kinnane et al. (2008) wurde eine Informationsintervention speziell für den ambulanten Bereich getestet. Ziel dieser Studie war es, durch den Einsatz eines Schulungsvideos die Informationswiedergabe von Patientinnen/Patienten in Bezug auf Kenntnisse zu Selbstpflegemaßnahmen und Nebenwirkungen zu erhöhen. Anschließend wurden schriftliche Informationen ausgehändigt, eine Anweisung gegeben sich bei Bedarf telefonisch zu melden und zusätzlich in der Interventionsgruppe ein Video zur Selbstpflege gezeigt. Die Ergebnisse zeigten lediglich, dass über 80% der Personen der Interventionsgruppe die zusätzliche Maßnahme des Videos der geläufigen Informationsintervention vorziehen würden (Kinnane et al., 2008).

(C) ibreakstock

Strukturierte Interventionen

In der wissenschaftlichen Literatur konnten nur zwei Studien gefunden werden, die eine strukturierte pflegerische Intervention für das vollständige Management chemotherapie-bedingter Symptome untersuchen. Die Wirksamkeit einer strukturierten Intervention ist in einer prospektiven clusterrandomisierten Multicenterstudie überprüft worden (Jahn et al., 2009b). Hinsichtlich der Reduktion des ANE-Syndroms (Anorexia-Nausea-Emesis) zeigte die strukturierte Intervention bei moderat und hoch emetogener Chemotherapie im Vergleich zur kliniküblichen Pflege keine Auswirkung im stärkeren Maße. In Bezug auf Wissen zu chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen bewirkte die strukturierte evidenzbasierte Intervention in der Kontroll- und Interventionsgruppe keinen Unterschied. Jedoch wurde ein Wissenszuwachs zu Selbstpflegemöglichkeiten festgestellt (Jahn et al., 2009b). In der Studie von Kearney et al. (2008) wird der positive Effekt einer strukturierten Pflegeintervention, genannt WISECARE+ (Workflow Informational Systems for European Nursing Care) bei chemotherapie-induzierten Nebenwirkungen evaluiert. WISECARE+ konzertiert sich auf erwachsene Personen, die eine Chemotherapie erhalten und versucht zu zeigen, dass neue Informationstechnologien zusammen mit evidenzbasierter Pflege mit Fokus auf die strukturierte Dokumentation von Symptomen mittels Assessmentinstrument und Management von chemotherapie-induzierten Symptomen eine Verbesserung der Erfahrung mit Nebenwirkungen bewirken kann (Gibson, Miller & Kearney, 2007). Bei Patientinnen/Patienten wurde eine signifikant niedrigere

Erfahrung von Übelkeit und Erbrechen am Tag Null bis Vier verzeichnet. Werden Zeit und Gruppeneffekt gleichzeitig betrachtet, ergeben die Resultate keine signifikanten Ergebnisse des Interventionseffektes zur Verbesserung der Übelkeit, jedoch konnte eine signifikante Abnahme der Häufigkeit von Erbrechen festgestellt werden.

Entspannungstechniken

Es wurden Studien zu Progressiver Muskelrelaxation (PMR), Akupressur und Therapeutik Touch in der wissenschaftlichen Literatur gefunden. In allen diesen Studien wird die Entspannungstechnik zusätzlich zur herkömmlichen Antiemetika-Therapie angewendet.

Progressive Muskelrelaxation (PMR)

In der wissenschaftlichen Literatur konnten drei Studien gefunden werden, die den Effekt von PMR auf CINE untersuchen. Die Anwendung von PMR hat in zwei von drei verwendeten Studien einen signifikanten Effekt bei CINE erlangt (Arakawa, 1997; Campos de Carvalho et al., 2007; Seeling, 2011). In einer randomisiert kontrollierten Studie untersuchte bereits Arakawa (1997) mittels eines Erhebungsinstruments den Einfluss von PMR auf Übelkeit und Erbrechen. In der Interventionsgruppe zeigte sich ein statistisch niedrigerer Wert 36 Stunden nach Applikation der Chemotherapie, als in der Kontrollgruppe. In der Vorher-Nachher Studie von Campos de Carvalho et al. (2007) ergab sich durch den Wilcoxon-Test eine statistisch signifikante Reduktion der Ausprägung von Übelkeit und Erbrechen nach der Durchführung der PMR (Campos de Carvalho et al., 2007).

Akupressur

In dieser Arbeit zeigen fünf Studien den Einfluss der Intervention (Dibble et al., 2007; Genc et al., 2013; Molassiotis et al., 2014b; Suh, 2012; Taspinar & Sirin, 2010). In drei dieser Studien ergab sich ein signifikanter Effekt durch die Akupressur. Dibble et al. (2007) konnten in der multizentrischen, longitudinalen, randomisiert kontrollierten Studie eine niedrigere Häufigkeit von Erbrechen und Intensität von Übelkeit in der verzögerten Phase feststellen. In der prospektiven Vorher-Nachher Studie von Taspinar und Sirin (2010) ergab sich eine signifikante Verringerung der Übelkeit im Vergleich zu den Ergebnissen, bei welchen keine Akupressur angewendet wurde. Sowohl bei akuter als auch bei verzögerter Übelkeit konnte ein eindeutiger Rückgang verzeichnet werden (Taspinar & Sirin ,2010). In der Studie von Suh (2012) wurde der Effekt von Perikard 6 (P6) Akupressur und Beratung von Gesundheits-und Krankenpflegepersonal auf CINE untersucht. Der P6 ist ein Punkt am Handgelenk, der bei seiner Stimulierung Übelkeit und Erbrechen lindern soll. Es ergaben sich signifikante Unterschiede der Ausprägung von CINE in den Kontroll- und Interventionsgruppen.

Therapeutic Touch

In der wissenschaftlichen Literatur konnte nur eine Studie gefunden werden, die sich mit der Anwendung von Therapeutic Touch in Bezug auf chemotherapie-induzierte Übelkeit bei Frauen beschäftigt (Matourypour et al., 2015). Durch die Intervention stellte sich eine Verminderung der Dauer, an der Patientinnen an Übelkeit leiden, heraus.

Diskussion

Wie anhand einiger der verwendeten Studien ersichtlich ist, liegt die Prävalenz von CINE trotz der Behandlung mit Antiemetika meist bei über 50% (Dibble et al., 2007; Shelke et al., 2008; Suh, 2012; Warr et al., 2015). Aufgrund der damit verbundenen Belastung besteht Interesse an erweiterten evidenzbasierten Interventionen zur Linderung dieser Beschwerden und zur Verbesserung der Lebensqualität von betroffenen Personen.

Eine wesentliche Intervention ist die Anwendung von Assessmentinstrumenten (Johnson et al., 2007). Um die Erfahrungen von Betroffenen adäquat erfassen zu können, benötigt die Pflege zur Verfügung stehende Instrumente, welche Symptome zeitnah erfassen (Wood et al., 2011). Die beiden analysierten Instrumente INVR und MAT erweisen sich als reliable und valide Werkzeuge im Umgang mit CINE und sind für Patientinnen/Patienten leicht zu benutzen (Molassiotis et al., 2007; Saxby et al., 2007). Jedoch weisen auch diese Instrumente Schwächen auf. Laut Saxby et al. (2007) ist noch kein Assessmentinstrument entwickelt worden, dass CINE ideal misst. Valide und reliable Assessmentinstrumente sollten für den klinischen und auch für den ambulanten Bereich für Pflegepersonen zugänglich gemacht werden und dort innerhalb einer standardisierte Intervention für das Management von CINE Anwendung finden (Krishnasamy et al., 2014).

In der wissenschaftlichen Literatur sind hinsichtlich der Informationsinterventionen sehr unterschiedliche Studien gefunden worden. In der Studie von Mollaoglu und Erdogan (2014) stellt eine nicht randomisierte Stichprobenerhebung eine Limitation dar. Die Erhebung der Daten mittels C-SAS (Chemotherapy - Symptom Assessment Scale) wurde zehn Tage nach der dritten Chemotherapie einmalig durchgeführt. Durch eine Erhebung der Daten nach jeder Chemo-

therapie hätten die Ergebnisse detaillierter betrachtet werden können. In der Studie von Heba et al. (2012) zeigt die Population und Art der Erkrankung eine Einschränkung auf, da lediglich Probandinnen/Probanden in die Studie miteingeschlossen wurden, welche über 60 Jahre alt waren und an gastrointestinalen Krebs litten. In der randomisiert kontrollierten Studie von Kinnane et al. (2008) wurde das Video nur einmal nach der Standardaufklärung von der Interventionsgruppe gesehen, was auf eine zu schwache Manipulation hinweist. Auch in der Studie von Shelke et al. (2008) wird von den Autorinnen/Autoren darauf hingewiesen, dass die Manipulation der Erwartungshaltung zu schwach war und die Verwendung von audio- oder videobasierten Empfehlungen effektiver gewesen sein könnte.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass eine strukturierte Informationsgabe von Pflegenden einen durchaus positiven Effekt auf Patientinnen/Patienten bezüglich CINE ausübt (Mollaoglu & Erdogan, 2014; Heba et al., 2012). Hinsichtlich Interventionen zur Selbstpflege und Reduzierung der Erwartungshaltung erfordert es eine vermehrte Forschung in der Pflege.

Um eine optimale Versorgung von chemotherapie-induzierten Nebenwirkungen gewährleisten zu können, bedarf es laut Johnson et al. (2007) an evidenzbasierter Pflege. In der Studie von Jahn et al. (2009b) ergab sich keine Verminderung der Ausprägung des ANE-Syndroms. Erwähnt werden sollte jedoch, dass eine niedrige ANE-Ausprägung bereits vor Beginn des Studieneintritts bei den Patientinnen/Patienten bestanden hat (Jahn et al., 2009a). Dennoch kann diese evidenzbasierte Pflegeleitlinie aufgrund der Ergebnisse und einschränkenden Limitationen nicht weiter empfohlen werden. Die strukturierte Intervention WISECARE+ kann laut den Autorinnen/Autoren trotz heterogener Verteilung der verschiedenen Diagnosen und somit nicht ausschließbarer Stichprobenverzerrung weiter empfohlen werden (Kearney et al., 2008).

Strukturierte Interventionen bzw. pflegerische Leitlinien für CINE, welche in Studien auf ihren Effekt hin untersucht worden sind, sollten für Pflegepersonen in einem klinisch relevanten und leicht zugänglichen Format verfügbar gemacht und angewendet werden (Krishnasamy et al., 2014).

Da antiemetische Medikamente CINE nicht vollkommen kontrollieren können sind nicht-pharmakologische Interventionen zusätzlich zur Antiemese eine nützliche Alternative (Molassiotis et al., 2014b). Im Ergebnisteil dieser Arbeit ist ersichtlich, dass die Anwendung von PMR in zwei von drei verwendeten Studien einen signifikanten Effekt bei CINE erlangt hat (Arakawa, 1997; Campos de Carvalho et al., 2007; Seeling, 2011). Jedoch weisen auch diese beiden Studien Limitationen auf. Bei Arakawa (1997) wurden Anzahl, Art und Dosierung der Chemotherapeutika und Antiemetika nicht angegeben. Die Ergebnisse beschränken sich in Bezug auf eine Verallgemeinerung lediglich auf japanische Patientinnen/Patienten. Die Ergebnisse der Vorher-Nachher Studie von Campos de Carvalho et al. (2007) sind aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe in ihrer Qualität eingeschränkt. Weiters wurden Art und Dosierung der Chemotherapeutika und Antiemetika im Rahmen der Studie nicht erfasst (Campos de Carvalho et al., 2007).

Hinsichtlich der Studien zu Akupressur ist auffällig, dass sich in den drei Studien, die einen positiven Effekt zeigten, die Population lediglich auf Frauen beschränkte (Dibble et al., 2007; Suh, 2012; Taspinar & Sirin, 2010). Die Ergebnisse können dadurch nicht auf die allgemeine Population übertragen werden, sondern der positive Effekt der Akupressur auf CINE lässt sich nur auf Frauen übertragen.

Durch die Anwendung von Therapeutic Touch stellten Matourypour et al. (2015) eine Verminderung der Dauer an der Patientinnen an Übelkeit leiden dar. Einschränkung der vorliegenden Studie ist, dass keine Intervention in einer späteren Phase der Studie vorgenommen wurde. Die Probandinnen kamen aus verschiedenen Städten, somit war die wiederholte Durchführung der Intervention laut den Autorinnen/Autoren nicht möglich. Weiters könnte eine Verallgemeinerung nur auf Frauen vorgenommen werden.

Insgesamt kann gesagt werden, dass ein Wirkungsnachweis für die Durchführung von PMR, Akupressur und TT beobachtet wurde. Aufgrund der harmlosen, kostengünstigen und nicht-invasiven Kennzeichen dieser Entspannungstechniken ist zu hoffen, dass eine Implementierung als ergänzende Behandlung zur Antiemetika-Therapie stattfindet. Zu beachten ist, dass diese Interventionen spezielle Kenntnisse und Weiterbildungsmaßnahmen der Pflege erfordern.

Nicht nur die beschriebenen Limitationen der verwendeten Literatur müssen kritisch betrachtet werden, sondern auch potentielle Einschränkungen dieser Bachelorarbeit. Aufgrund der Verwendung von zwei Datenbanken, der Handsuche in zwei Bibliotheken und dem Einschluss von nur deutscher und

englischer Literatur kann nicht gesagt werden, dass alle Interventionen, welche in der wissenschaftlichen Literatur existieren, gefunden wurden.

Fazit

Forschungsergebnisse bezüglich pflegerischer evidenzbasierter Interventionsmöglichkeiten für chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen sind vorhanden, jedoch müssen diese Ergebnisse äußerst kritisch betrachtet werden und erfordern weiteren Forschungsbedarf. Diese Bachelorarbeit ermöglicht es aber dennoch, Pflegepersonen einen ersten Überblick zu dieser Thematik zu verschaffen und sie zu sensibilisieren, vermehrt im eigenen Klinikalltag auf mögliche Interventionen zu achten.

Das Autorenteam:

Christina Schmid, BScN, LKH Vöcklabruck und Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Vöcklabruck; Mag.a Annemarie Strobl, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Vöcklabruck; Margret Kritzinger, BScN, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Vöcklabruck.

Christina Schmid, BScN, ist Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin am Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck. Sie absolvierte das Bachelorstudium Pflegewissenschaft 2in1-Modell an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege in Vöcklabruck in Kooperation mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg. Mail: christinaschmid82@yahoo.de

Literaturverzeichnis

Arakawa, S. (1997). Relaxation to reduce nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. Cancer Nursing, 20(5), 342-349.

Campos de Carvalho, E., Martins, F.T.M. & dos Santos, C.B. (2007). A pilot study of a relaxation technique for management of nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Cancer Nursing, 30(2), 163-167. doi:10.1097/01.NCC.0000265007.87311.d0

Chung, S.K., Ahn, M.J., Yoo, J.Y., Choi, M., Hyang, N., Woo, S.R.… Oh, E.G. (2011). Implementation of best practice for chemotherapy-induced nausea and vomiting in an acute care setting. International Journal of Evidence Based Healthcare, 9(1), 32-38. doi:10.1111/j.1744-1609.2010.00198.x.

Dibble, S.L., Luce, J., Cooper, B.A., Israel, J., Cohen, M., Nussey, B. & Rugo, H. (2007). Acupressure for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Randomized Clinical Trial. Oncology Nursing Forum, 34(4), 813-820. doi: 10.1188/07.ONF.813-820

Dokken, H., Stukenkemper, J., Huber, B. & Thoke-Colberg, A. (2005). Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie. PRInternet, 5, 289-295.

Doll, A. (2008). Übelkeit und Erbrechen. In R. Bäumer & A. Maiwald (Hrsg.), Onkologische Pflege. (S.161-169). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Fu, M. R., Rhodes, V. & Xu, B. (2002). The chinese translation of the index of nausea, vo-miting, and retching. Cancer Nursing, 25(2), 134 – 140.

Fathi, M., Nasrabadi, A.N. & Valiee, S. (2014). The Effects of Body Position on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. Iranian Red Crecsent Medical Journal, 16(6), 1-6. doi:10.5812/ircmj.17778

Genc, A., Can, G. & Aydiner, A. (2013). The efficiency of the acupressure in prevention of the chemotherapy-induced nausea and vomiting. Support Care Cancer, 21, 253-261. doi:10.1007/s00520-012-1519-3

Gibson, F., Miller, M. & Kearney, N. (2007). Technology into practice: young people's parents' and nurses' perceptions of WISECARE+. Pediatric Nursing, 19(10), 31-34.

Hawkins, R. & Grunberg, S. (2009). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Challenges and Opportunities for Improved Patients Outcomes. Clinical Journal of Oncology Nursing, 13(1), 54-64. doi: 10.1188/09.CJON

Heba, A.M., Khairia, A.B.E., Magdi, M.S. & Manal, M.M. (2012). Impact of Proposed Nursing Rehabilitation Program on Self management of Selected Side Effects of Chemotherapy for Elderly Patients with Gastrointestinal Cancer. Journal of American Science, 8(1), 705-714.

Jahn, P., Renz, P., Horn, I., Thoke-Colberg, A. & Landenberger, M. (2009a). Ist der Erfolg pflegefachlicher Patientenberatung messbar? Ergebnisse einer pflegewissenschaftlichen, multizentrischen Studie. Vortrag präsentiert auf der 4.Tagung der Forschungsverbünde Pflege und Gesundheit, Halle (Saale).

Jahn, P., Renz, P., Stukenkemper, J., Book, K., Kuss, O., Jordan, K., … Landenberger, M. (2009b). Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial. Support Care Cancer, 17, 1543–1552. doi:10.1007/s00520-009-0698-z

Johnson, G.D., Moore, K. & Fortner, B. (2007). Baseline Evaluation of the AIM Higher Initiative: Establishing the Mark From Which to Measure. Oncology Nursing Forum, 34(2), 729-734. doi:10.1188/07.ONF.729-734

Kearney, N., Miller, M., Maguire, R., Dolan, S., MacDonald, R., McLeod, J., … Wengström, Y. (2008). Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms. European Journal of Oncology Nursing, 12, 443-448. doi:10.1016/j.ejon.2008.07.005

Kinnane, N., Stuart, E., Thompson, L., Evans, K. & Schneider-Kolsky, M. (2008). Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. European Journal of Cancer Care, 17, 328–339.
doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00846.x

Kitzmantel, M., Book, K., Landenberger, M., Stukenkemper, J., Renz, P., Jahn, P., … Thoke-Colberg, A. (2009). Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen. Pflegewissenschaft, 11(9), 613-619.

Krishnasamy, M., Kwok-Wei So, W., Yates, P., de Calvo. L.E.A., Annab, R., Wisniewski, T. & Aranda, S. (2014). The nurse‘s role in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting: an international survey. Cancer Nursing, 37(4), E27-E35.
doi:10.1097/NCC.0b013e3182a3534a.

Krupp, E., Bickelhaupt, S., Fritz, E. & Reuschenbach, B. (2011). Assessment der chemotherapiebedingten Übelkeit. Relevanz des Übelkeitsassessments. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis (1 Aufl., S237-251). Bern: Hans Huber.

Matourypour, P., Zare, Z., Mehrzad, V., Musarezaie, A., Dehghan, M. & Vanaki, Z. (2015). An investigation of the effects of therapeutic touch plan on acute chemotherapy-induced nausea in women with breast cancer in Isfahan, Iran, 2012–2013. Journal of Education and Health Promotion, 4(61), 1-16. doi: 10.4103/2277-9531.162380

Miller, M. & Kearney N. (2004). Chemotherapy-related nausea and vomiting – past reflections, present practice and future management. European Journal of Cancer Care, 13(1), 71-81.

Molassiotis, A., Conventry, P.A., Stricker, C.T., Clements, C., Eaby, B., Velders, L., … Gralla, R.J. (2007a). Validation and Psychometric Assessment of a Short Clinical Scale to Measure Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: The MASCC Antiemesis Tool. Journal of Pain and Symptom Management, 34(2), 148-159. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.10.018

Molassiotis, A., Conventry, P.A., Stricker, C.T., Clements, C., Eaby, B., Velders, L., … Gralla, R.J. (2007a). Validation and Psychometric Assessment of a Short Clinical Scale to Measure Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: The MASCC Antiemesis Tool. Journal of Pain and Symptom Management, 34(2), 148-159. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.10.018

Molassiotis, A., Helin, A.M., Dabbour, R. & Hummerston, S. (2007b). The effects of P6 acupressure in the prophylaxis of chemotherapy-related nausea and vomiting in breast cancer patients. Complementary Therapies in Medicine, 15, 3-12. doi:10.1016/j.ctim.2006.07.005

Molassiotis, A., Russell, W., Highes, J., Breckons, M., Lloyd-Williams, M., Richardson, J., … Ryder, W.D. (2014b). The Effectiveness of Acupressure for the Control and Management of Chemotherapy-Related Acute and Delayed Nausea: A Randomized Controlled Trial. Journal of Pain and Symptom Management, 47(1), 12-25.

Mollaoglu, M. & Erdogan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing, 18, 78-84.

Saxby, C., Ackroyd, R., Callin, S., Mayland, C. & Kite, S. (2007). How should we measure emesis in palliative care?. Palliative Medicine, 21(5), 369 – 383. doi: 10.1177/0269216307080173

Seeling, S. (2011). PMR Anwendung bei Patienten mit hochemetogener Chemotherapie als Zusatzangebot unter der Antiemese und deren Integration in den Alltag. Pflegewissenschaft, 9, 480-488. doi: 10.3936/1104

Shelke, A.R., Roscoe, J.A., Morrow, G.R., Colman, L.K., Banerjee, T.K. & Kirshner, J.J. (2008). Effect of a Nausea Expectancy Manipulation on Chemotherapy-Induced Nausea: A University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program Study. Journal of Pain and Symptom Management, 35 (4), 381-387. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.05.008

Statistik Austria (2014). Medizinische Leistungen bei Spitalsentlassungen 2013 nach Unterkapiteln des Leistungskatalogs. Zugriff am 16.10.2015. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/medizinische_leistungen/index.html

Suh,E.E. (2012). The Effects of P6 Acupressure and Nurse-Provided Counseling on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Patients With Breast Cancer. Oncology Nursing Forum, 39(1), E1-E9. doi:10.1188/12.ONF.E1-E9

Taspinar, A. & Sirin, A. (2010). Effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing, 14, 49–54. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.00

Tipton, J.M., McDaniel, R.W., Barbour, L., Johnston, M.P., Kayne, M., LeRoy, P. & Ripple, M.L. (2007). Putting Evidence Into Practice: Evidence-based Interventions to Prevent, Manage, and Treat Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Clinicla Journal of Oncology Nurisng, 11 (1), 69-78. doi: 10.1188/07.CJON

Vidall, C., Fernándes-Ortega, P., Cortinovis, D., Jahn, P., Amlani, B. & Scotté, F. (2015). Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. Support Care Cancer, 23, 3297–3305. doi:10.1007/s00520-015-2750-5

Warr, J.C., Chambers, C.R., Cusano, F.L., Cuthbert, C.A. & Mah, M. S. (2015). Feasibility of using the Multinational Association of Supportive Care in Cancer Antiemesis Tool for assessment of chemotherapy-induced nausea and vomiting at the Tom Baker Cancer Centre. Journal Oncology Pharmacy Practice, 21(5), 348–357.
doi:10.1177/1078155214540317

Wood, J.M., Chapman, K. & Eilers, J. (2011). Tools for Assessing Nausea, Vomiting, and Retching. A Literature Review. Cancer Nursing, 34(1), E14-E24. doi:10.1097/NCC.0b013e3181e2cd79

Save the Date!
1. Bamberger Fachtagung
für
Gesundheits- und Pflegepädagogik

am

Mittwoch, 21.11.2018

(Buß- und Bettag)
mit Vorabendprogramm

Zielgruppe:

Lehrende in (Hoch-)Schulen für Pflegeberufe
Studenten der Pflege-, Berufs-, Medizinpädagogik
Praxisanleiter

Sie erwartet:

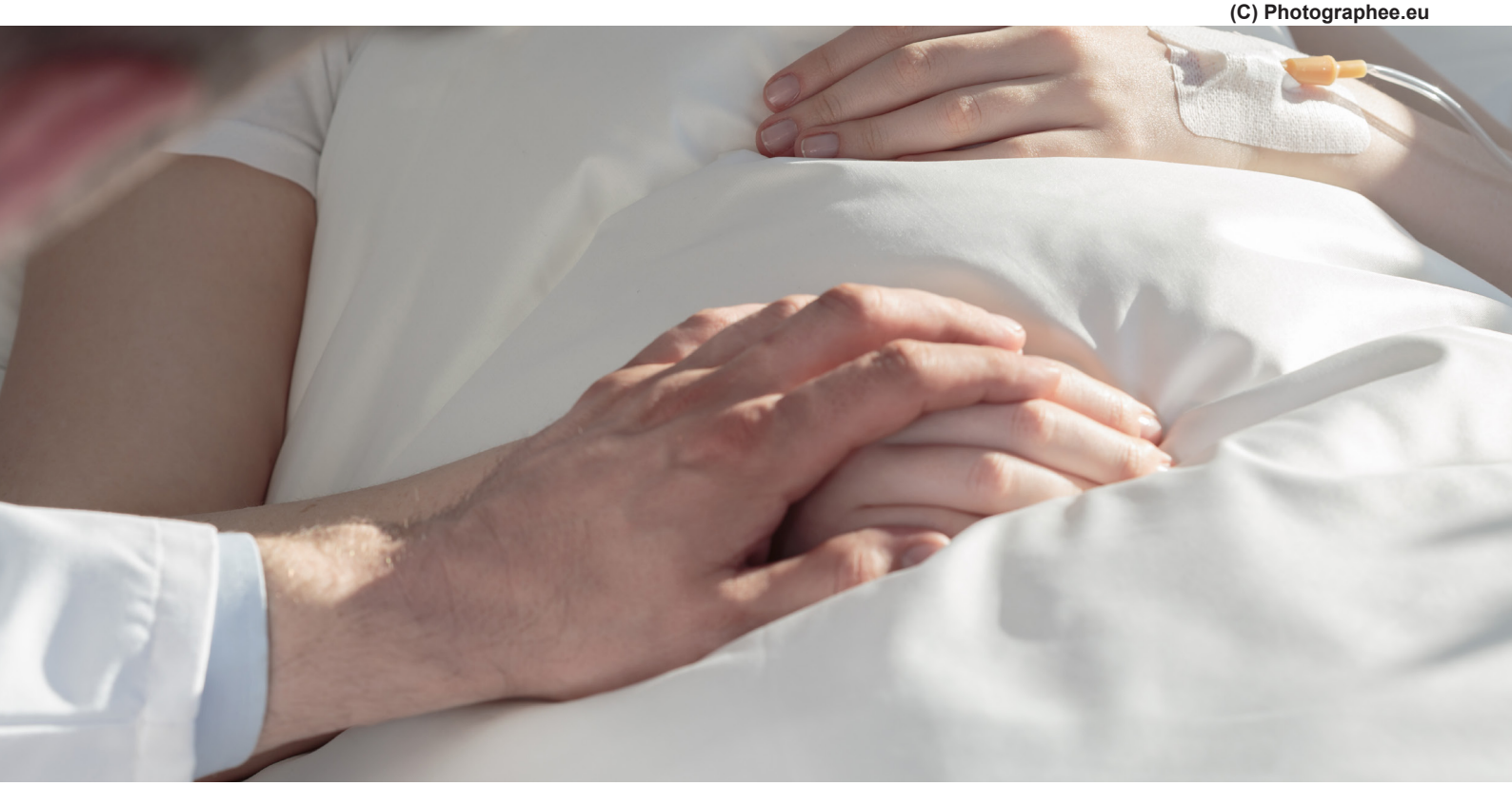
Themenvielfalt im Plenum (ganztags) und parallel Workshops, Seminare, Posterpräsentationen uvm.

Anmeldung (und Frühbucherrabatt) sowie weitere Infos demnächst unter
www.bamberger-akademien.de

Für Rückfragen steht Ihnen Matthias Drossel gerne zur Verfügung:
matthias.drossel@bamberger-akademien.de

Bamberger Akademien
für Gesundheits- und Pflegeberufe

(C) Photographee.eu



Der Sterbeprozess im Krankenhaus aus Sicht der Angehörigen von Palliativpatienten

Autorin: Anja Wagner, begleitende Lehrerin: Mag. Ursula Halbmayr-Kubicsek
Vinzentinum Linz

„Erst wenn wir wirklich begriffen haben, dass wir auf Erden nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung haben – und dass es keinerlei Möglichkeit gibt, zu wissen, wann diese Zeit vorüber ist –, erst dann werden wir damit beginnen, jeden Tag so vollständig zu leben, als wäre es der einzige, der uns zur Verfügung steht“
(Kübler-Ross 2014).

Einleitung

Das menschliche Dasein ist nach Bednarz (2013) von der Tatsache gekennzeichnet, dass Sein auch die Möglichkeit des Nicht-mehr-sein in sich birgt. Der Tod wird als radikale Form des Nicht-mehr-seins bezeichnet. Gemäß Nagele und Feichtner (2009) ist es wichtig, den Tod und das Sterben voneinander zu unterscheiden. Einerseits steht der Tod am Ende des Sterbeprozesses und ist abstrakt. Er ist das Ende des Lebens. Anderseits ist das Sterben Teil des Lebens.Es ist viel greifbarer, nicht so abstrakt wie der Tod. Laut Schwering und Roevekamp-Wattendorf (2012) ist der Prozess des Sterbens kein Vorgang, der nur die Patienten betrifft. Auch die Angehörigen erfahren angesichts der Sterbesituation Betroffenheit, Hilflosigkeit, Angst, Wut und Trauer. Es ist von Bedeutung, die Angehörigen in den Stationsalltag einzubeziehen, um den Sterbeprozess bewältigen zu können. Im Krankenhaus treten bei den Angehörigen Befürchtungen und Ängste auf. „Was passiert auf der Station, während der Sterbezeit und Zeit nach dem Tod? Hinzu kommt die Angst vor dem Leiden, vor unerträglichen Schmerzen“ (Schwering, Roevekamp-Wattendorf 2012). Das Ziel von Palliative Care ist es, die bestmögliche Lebensqualität für die Patienten und deren Familie zu erreichen“ (WHO 1996, zit. aus Saunders 2009).

Methode

Die folgenden Darstellungen sind das Ergebnis einer systematischen Literaturrecherche. Die Literaturrecherche beruht auf folgender Fragestellung: „Wie erleben Angehörige von Palliativpatienten deren Sterbeprozess im Krankenhaus?“ In Anlehnung an eine qualitative Inhaltsanalyse konnte ein Kategoriensystem für den vorliegenden Artikel gebildet werden. Innerhalb dieser Kategorien werden die Studienergebnisse dargestellt.

Ergebnisse

Erleben der Phase vor dem Tod

Ein zentrales Thema dieser Kategorie ist die Realisierung der Angehörigen, dass der Tod des Patienten bevorsteht. Den Zugehörigen wird zum ersten Mal bewusst, dass für den Patienten keine Heilungschancen mehr bestehen und dieser das Krankenhaus nicht mehr verlassen wird. Selbst wenn der Patient unter einer chronischen Krankheit leidet, ist diese Erkenntnis für die Angehörigen nur schwer zu verarbeiten (Dose et al. 2015).

Chan et al. (2013) geben an, dass die Bereitstellung von Informationen Sorgen und Ängste der Angehörigen vermindern können. Die Informationsbereitstellung kann ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Die Angehörigen haben auch Angst, dass sie vergessen, wichtige Dinge zu erfragen. Daher kann eine zusätzliche Bereitstellung von Informationsbroschüren für die Familienmitglieder sehr hilfreich sein (Lundberg et al. 2013). Durch eine verschleierte oder unklare Kommunikation seitens des ärztlichen Personals, wird laut Russ und Kaufmann (2005) Frustration und Verwirrtheit bei den Angehörigen erzeugt. Das zeigt auf, dass sich die Angehörigen eher eine klare und präzise Aufklärung über den Gesundheitszustand und die Prognose wünschen. In der Studie von Steinhauser et al. (2014) ist es für die Familien sehr wichtig, dass es bezüglich der Versorgung des Patienten klare Ziele gibt. Des Weiteren ist es von Bedeutung, dass alle Familienmitglieder die gleichen Informationen erlangen. Bei Lundberg et al. (2013) werden die vereinbarten Treffen mit dem Ärzte- und Pflegepersonal als angenehm empfunden. Die Angehörigen schätzen es sehr, dass sich das Ärzte- und Pflegepersonal Zeit nehmen und sehr empathisch agieren. Das Gefühl, auf der Station willkommen zu sein, wird positiv hervorgehoben (Spichiger 2009).

Es wird festgehalten, dass die Familienmitglieder über die Symptome der terminalen Phase Bescheid wissen möchten beziehungsweise eine Aufklärung erfolgen sollte. Zu den terminalen Symptomen gehören zum Beispiel Schmerz, Atemnot und Angst. Durch die Aufklärung über die Symptome sollen die Angehörigen die Scheu und Angst davor verlieren, wenn diese beim Patienten auftreten (Steinhauser et al. 2014).

Ein weiterer bedeutender Aspekt im Behandlungsverlauf ist laut Kelly et al. (2009) die spirituelle Betreuung. Die Seelsorge hat einen hohen Stellenwert bei betroffenen Patienten und bei deren Angehörigen.

Erleben der Phase bei Eintritt des Todes

Laut Aussagen der Familienmitglieder ist es ihnen sehr wichtig, beim Sterbeprozess des Patienten anwesend zu sein. Dahingehend ist es von Bedeutung die Familien-mitglieder rechtzeitig zu informieren (Chan et al. 2013). Auch von Dose et al. (2015) wird das Bedürfnis der Angehörigen beschrieben, während des Sterbeprozesses, beim Patienten zu sein. Meist geht eine lange Periode, in der man sich um das unheilbar kranke Familienmitglied sorgt, voraus. Daher geben die Familien-angehörigen Gefühle der Müdigkeit und Erschöpfung an (Spichiger 2009).

In der Studie von Caswell et al. (2015) geben die Angehörigen an, sich in der letzten Lebensphase beziehungsweise bei Eintritt des Todes des betroffenen Patienten vom Behandlungsteamverlassen oder allein gelassen zu fühlen. Laut Donnelly und Battley (2010) erleben die Familien den Todeszeitpunkt als friedlich.

Erleben der Phase nach dem Tod

Wie Steinhauser et al. (2014) beschreiben, ist es von Notwendigkeit die Angehörigen in die Pflege des Verstorbenen miteinzubinden. Die Mitwirkung bei der Pflege des Verstorbenen spielt eine essentielle Rolle. Besonders für jene Familienmitglieder, die auch vor dem Ableben des Patienten, die Pflege übernommen haben. Den trauernden Angehörigen ist wichtig, dass jegliche Zu- und ableitende Systeme, wie Sauerstoffgeräte, transurethrale Dauerkatheter etc., entfernt werden (Dose et al. 2015). Es werden unterstützende Maßnahmen für die Angehörigen dargestellt, im Sinne von tröstenden Worten oder Dialogen durch das Pflegepersonal (Lundberg et al. 2013). Unmittelbar nach dem Tod des betroffenen Patienten nehmen sich die anwesenden Pflegekräfte Zeit, um in Ruhe ein Gespräch mit den trauernden Familienmitgliedern zu führen. Hier werden Dinge geklärt, wie Ratschläge zu der weiteren Vorgehensweise. Vor allem wird den Angehörigen Trost gespendet und Hilfe angeboten, in dieser schwierigen Zeit. Generell äußern sich die Angehörigen positiv über die Arbeit und den Einsatz

des Pflegepersonals (Hawker et al. 2006). Es wird als sehr wichtig beschrieben, sich vom bereits Verstorbenen zu verabschieden und noch eine Zeit lang dort zu verweilen. Auch für Familienmitglieder, welche nicht beim Sterbeprozess anwesend sein konnten, ist es sehr essentiell vom Verstorbenen Abschied zu nehmen (Dose et al. 2015). Der Wunsch nach Flexibilität, in Hinblick auf das Verweilen des Verstorbenen auf der Station, wird ausdrücklich erwähnt.

Hilfreiche Faktoren im Krankenhaus

Bei Hawker et al. (2006) berichten die Angehörigen, dass eine kurze Distanz zwischen Wohnort und Krankenhaus von Vorteil ist. Die Angehörigen schätzten es sehr, einen Spaziergang im angelegten Park vorm Krankenhaus unternehmen zu können. Des Weiteren würdigen die Familienmitglieder die Sauberkeit und freundliche Atmosphäre im Krankenhaus. Dankbar wird die Möglichkeit einer Tasse Tee oder einer kleinen Mahlzeit erwähnt. Die Angehörigen betonen die Notwendigkeit eines Rückzucksortes. Außerdem wurde das Thema der begrenzten Parkmöglichkeiten negativ erwähnt. Sehr geschätzt werden ehrenamtliche Mitarbeiter, welche in Abwesenheit der Angehörigen für den Patienten sorgen (Steinhauser et al. 2014). In der Studie von Dosser und Kennedy (2012) wird ebenfalls das Thema Privatsphäre der Angehörigen behandelt. Die Familienmitglieder äußern ein großes Bedürfnis nach Rückzugsmöglichkeiten. Bei Hawker et al. (2006) wurde die Intention des Pflegepersonals, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, sehr geschätzt.

Diskussion

Für begleitende An- und Zugehörige ist es laut Teuschl et al. (2014) eine enorme Herausforderung, einen schwerkranken Menschen in seiner letzten Lebenszeit zu unterstützen und zu begleiten. Es ist sehr wichtig die Angehörigen darüber aufzuklären, dass das Sterben eines Menschen immer ein sehr individuelles Geschehen ist. Es gibt Sterbeprozesse, die sehr rasch verlaufen und der Tod tritt unerwartet schnell ein. Anderseits können solche Prozesse Wochen, vielleicht sogar Monate dauern. In dieser Ausnahmesituation ist es bedeutsam, alle Maßnahmen nach den momentanen Bedürfnissen des Sterbenden zu richten. Sterbende Menschen benötigen nicht immer Anwesenheit von den Zugehörigen. Gerade in diesem Zustand des Patienten ist es wichtig die nötige Distanz und Ruhe zu wahren. Auch die Angehörigen sollen in dieser schwierigen Zeit gut für sich selbst sorgen (Teuschl et al., 2014). Gemäß Mossin und Landmark (2010) ist die aktive Rolle der Angehörigen, in Hinblick auf den Sterbe-

(C) CandyBox Images

prozess im Krankenhaus, sehr wichtig. Die Angehörigen verbinden positive Erinnerungen damit, weil sie im gesamten Verlauf involviert waren und aktiv in der Behandlung mitgewirkt haben.

Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen zeigt sich die Notwendigkeit der Anwesenheit von den An-gehörigen, in der terminalen Phase und zum Zeitpunkt des Todes (Dose et al., 2015; Steinhauser et al., 2014; Chan et al., 2013; Donnelly, Battley, 2010). Die Einbeziehung in dieser Phase zeigt einen positiven Effekt auf den Trauerprozess (Chan et al., 2013; Mossin, Landmark, 2010). Außerdem ist es essentiell, dass die Angehörigen für das Ärzte- und Pflegepersonal genauso von Bedeutung sind, wie die Patienten (Lundberg et al., 2013). Gemäß Student und Napiwotzky (2011) ist die ganzheitliche Betreuung des Patienten vorrangig. Dies betrifft das geistige, körperliche, spirituelle und soziale Wohlergehen des kranken Menschen. Während des Krankenhausaufenthaltes gibt es zuständige Bezugspflegepersonen. Diese behalten einerseits den Überblick über das, was mit den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen passiert. Andererseits wissen sie auch Bescheid, dass es die Möglichkeit gibt, Spezialisten (Psychologen, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Seelsorger und viele mehr) heranzuziehen. Des Weiteren ist es von Bedeutung, dass die verschiedenen palliativen Maßnahmen in ein Gesamttherapiekonzept eingebunden werden. Die Behandlungsziele müssen mit dem Patienten, auf

Wunsch auch mit seiner Vertrauensperson und mit allen am Behandlungskonzept Beteiligten gemeinsam besprochen und festgelegt werden (Student, Napiwotzky, 2011). Die Angehörigen in den Stationsalltag einzubeziehen, ist ein wichtiger Beitrag zur Bewältigung des Sterbeprozesses, sowohl für Patienten als auch für die Familienmitglieder selbst. Wichtig ist, dass das Pflegepersonal Willkommen-sein und Gesprächsbereitschaft signalisiert und die Angehörigen möglichst aktiv in den Pflegealltag integriert (Schwering, Roevekamp-Wattendorf, 2012).

Literaturverzeichnis

Bednarz A. (2013): Den Tod überleben. Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines Anderen. 2. Auflage (2003). Wiesbaden, GWV Fachverlage GmbH

Caswell G.; Pollock K.; Harwood R.; Porock D. (2015): Communication be-tween family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. In: BMC Palliative Care 14 (35), 1–14

Chan H.; Lee L.; Chan C. (2013): The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. In: Support Care Cancer 21, 1551–1556

Donnelly S.; Battley J. (2010): Relatives‘ experiencesm of the moment of death in a tertiary referral hospital. In: Mortality 15 (1), 81–100

Dose A.; Carey E.; Rhudy L.; Chiu Y.; Frimannsdottir K.; Ottenberg A.; Koenig B. (2015): Dying in the hospital. Perspectives of family members. In: Journal of Palliative Care 31, 13–20

Dosser I.; Kennedy C. (2012): Family carers’ experiences of support at the end of life: carers’ and health professionals’ views. In: International Journal of Palliative Nursing 18 (10), 491–497

Hawker S.; Kerr C.; Payne S.; Seamark D.; Davis C.; Roberts H.; Jarrett N.; Roderick P.; Smith H. (2006): End-of-life care in community hospitals: the per-ceptions of bereaved family members. In: Palliative Medicine 20, 541–547

Kelly L.; Linkewich B.; Cromarty H.; St. Pierre-Hansen N.; Antone I.; Gilles C. (2009): Palliative care of First Nations people. A qualitative study of bereaved family members. In: Canadian Family Physician 55, 394–5. e1-7

Kübler-Ross E. (2014): Interviews mit Sterbenden. 6. Auflage (1971). Freiburg, Kreuz Verlag

Lundberg T.; Olsson M.; Fürst C. (2013): The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. In: International Jour-nal of Palliative Nursing 19, 282–288

Nagele S.; Feichtner A. (2009): Lehrbuch der Palliativpflege. 1. Auflage (2004). Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Russ A.; Kaufmann S. (2005): Family perceptions of prognosis, silence, and the “suddenness” of death. In: Culture, Medicine and Psychiatry 29, 103–123

Saunders C. (2009): Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care. 1. Auflage (2003). Zürich, Theologischer Verlag

Schwering A.; Roevekamp-Wattendorf J. (2012): Angehörige als Pflege-Partner. Beim Sterben begleiten. In: Heilberufe 64 (6), 14-16

Spichiger E. (2009): Family experiences of hospital end-of-life care in Switzerland: An interpretive phenomenological study. In: International Journal of Palliative Nursing 15 (7), 332–337

Steinhauser K.; Voils C.; Bosworth H.; Tusky J. (2014): What constitutes quality of family experience at the end of life? Perspectives from family members of patients who died in the hospital.In: Palliative Support Care 13 (4), 945–952

Student J.; Napiwotzky A. (2011): Palliative Care. wahrnehmen – verstehen – schützen. 2. Auflage (2003). Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG

Auch als e-book

Angehörige bestmöglich begleiten

Angelika Feichtner, Bettina Pußwald

Palliative Care

Unterstützung der Angehörigen

facultas 2017, 176 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1489-3

Wer schwer oder terminal erkrankte Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase begleitet, begleitet immer auch deren Angehörige. Dieses Praxisbuch bietet Anregungen für Pflegende, wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der palliativen Betreuungssituation gelingen kann, ist aber auch ein hilfreicher Leitfaden für die Angehörigen selbst.

facultas

Pflege-Wissen mobil: die FacultasApp

Die FacultasApp ist ein Service begleitend zu den Lehrbüchern und Gesundheits-Titeln von facultas. Jeder Kurs umfasst Material zu einem Buch, die Fragen und Infos folgen dem Aufbau und Lernziel der Bücher. Überprüfen Sie Gelerntes oder testen Sie Ihr Gesundheits-Wissen mit unseren Quizzes – wann, wo und sooft Sie wollen.

So geht's: Einfach FacultasApp downloaden, den Kurs zum gewünschten Buch auswählen und mobil üben. Wir wünschen viel Spaß und Erfolg!

Appstore

Google Play

Die Desktop-Version finden Sie unter facultas.knowledgefox.net.

Spielend Wissen trainieren: Viele Kurse sind jetzt auch als KnowledgeMatch verfügbar! Treten Sie im Duell gegen Freunde oder andere Quizpartner an. Wer weiß, gewinnt!

Ein Service von KNOWLEDGEFOX facultas

Lernwelten 2017

17. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik

7. bis 9. September 2017

Technische Hochschule Deggendorf, Deutschland

Forschendes Lernen in gesundheitsbezogenen Schulen und Hochschulen

Bedeutungen, Bewährendes und Trennlinien.

www.lernwelten.info

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:

- Gerhard M. Käser, M.A., M.A., Dipl.-Pflegepäd, D-Deggendorf
- Dr. Renate Schwarz-Govaers, D-Immenstaad
- Prof. Dr. Anke Fesenfeld, D-Hamburg
- Dr. Andreas Lauterbach, D-Nidda
- Heike Spurek, Dipl. Med.-Päd., MNSc., CH-Zürich
- Iris Ludwig, CH-Le Noirmont JU
- Prof. Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch, D-Düsseldorf
- Prof. Dr. Michael Bossle, D-Deggendorf
- Prof. Dr. Anja Walter, D-Cottbus-Senftenberg
- Mag.a Susanne Fesl, MSc, A-Wien

Kontakt:

Lernwelten Kongressbüro
Raun 21
D-63667 Nidda
Tel.: +49 (0) 6402 7082660
info@lernwelten.info

hpsmedia

christoph zulehner
INSPIRATION. POSITION. ERFOLG.

Am 1.Mai erscheint im ORIOL-Verlag, Deutschland das neue Buch von Christoph Zulehner.
Die These ist provokant. Die Ergebnisse überraschend:
Fake ist kein Betrug, sondern eine Kulturtechnik.

Lesen,
schreiben,
rechnen,
faken!

Vortäuschen, etwas zu können, noch bevor man es richtig kann. Den Experten spielen, ohne es schon zu sein. Sich maskieren, um das Vertrauen des Marktes zu gewinnen.

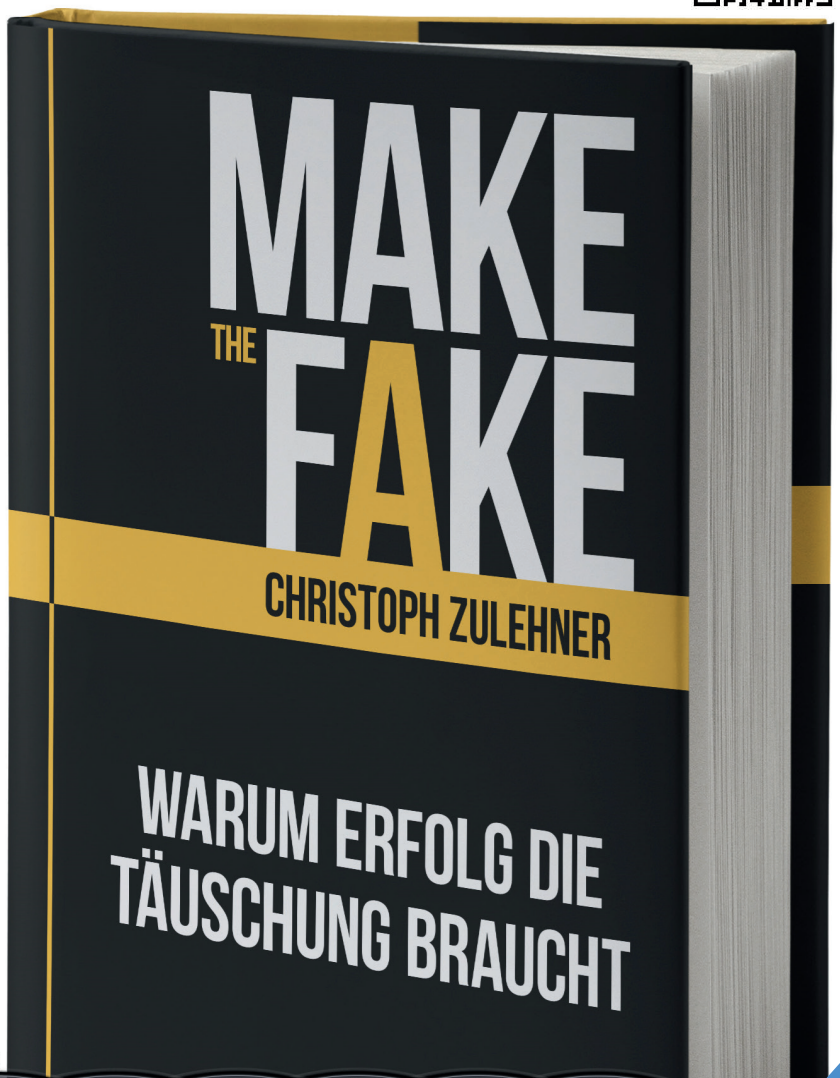
Fake it until you make it!
Jeder macht es – keiner redet darüber.
Bis jetzt!

Mit seinem neuen Buch nimmt sich Christoph Zulehner eines der spannendsten Tabuthemen unserer Zeit an.

Sind Faker Betrüger?

Oder ist der Fake eine unabdingbare Notwendigkeit um in einer Wissensgesellschaft überleben zu können?

Auch erhältlich als ungekürzte Hörbuchausgabe. Gelesen von Carlos Lobo, der Synchronstimme von Antonio Banderas und Javier Bardem.



Buch
Hardcover | 292 S. | 15,5 x 23,0 cm | € 24,90 [D]
ISBN: 978-3-9818048-6-7

Hörbuch
Sprecher: Carlos Lobo
6 CDs | € 16,90 [D]
ISBN: 978-3-9818048-5-0

Erhältlich auf AMAZON oder www.make-the-fake.com

SPEAKER SLAM
Sieger 2017