Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich

Themenausgabe 4/2017

In Zusammenarbeit mit

180 Jahre St. Anna KinderSpital

BUSINESS CIRCLE

Die Nr. 1 bei Konferenzen

4. Pflege-Management AWARD

„*cura* 2018“

Einsendeschluss
14. Dezember 2017

- Die österreichweite Auszeichnung für herausragende Leistungen in der Pflege
- Verleihung beim Pflege-Management Forum am 8. / 9. März 2018

IN ZUSAMMENARBEIT MIT

sozial MINISTERIUM

MINISTERIUM FRAUEN GESUNDHEIT

JETZT EINREICHEN

INFORMATIONEN pflege-management-award.at

PFLEGEGESCHICHTE

05 Vom Kleinen zum Großen
Barbara Hahn, BSc.

09 Pflegefachgeschichte St. Anna Kinderspital, 1984 bis 2013
Margret Weissenbacher

BILDUNG & MANAGEMENT

13 Familienorientierte Pflege im St. Anna Kinderspital
Brigita Schwarz, BScN. MSc.

19 Schritt für Schritt
Helene Breiteneder-Aigner, MSc.

23 „Gesundes Führen“
Susanne Wieczorek, MSc.

29 Study-Nurses im St. Anna Kinderspital
Christiana Echtner, Heatherheart Ablaza

33 Qualifizierungsmatrix in der Apherese (Plakat)
Helene Breiteneder-Aigner, MSc.

35 Elternedukation auf der Stammzelltransplantation-Station
Mihaela Hartmann

FACHWISSEN

39 Die Mutmachwand
Brigita Schwarz, BScN. MSc.

45 Adenotomie/Tonsillektomie Schritt für Schritt erklärt
Brigita Schwarz, BScN. MSc.

51 MTS - Manchester Triage System (Plakat)
Martha Wohlfahrt

53 PatientInnenidentifikation
Ingrid Kressl, BScN

57 Perioperatives Wärmemanagement
Mag. Ingrid Wöll-Reichert

65 Krankheitsmanagement von Familien mit Kindern mit transfusionsbedingter Hämosiderose
Brigita Schwarz, BScN. MSc.

71 Stürze im Kinderkrankenhaus
Mag. Ursula Wagner, MAS

75 Pain, Pain, go away!
Manuela Stricker

79 Tod und Sterben begegnen
Sonja Himmelsbach, BSc.

85 REZENSIONEN

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) St. Anna Kinderspital
(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

Pflegedirektorin
Barbara Hahn, BSc.

Lieber Leserinnen und Leser!

Überall und zu jeder Zeit braucht es Menschen, die Bewährtes bewahren, weiterentwickeln und Neues wagen. Wir im St. Anna Kinderspital möchten mit diesem Magazin einen Einblick geben, wie facettenreich professionelle Kinder- und Jugendlichenpflege ist.

Fortschritte und Erfolge, die in der medizinischen Therapie und Behandlung erkrankter Kinder- und Jugendlicher erzielt wurden, sind die Ergebnisse der Zusammenarbeit aller Berufsgruppen.

Die Bearbeitung pflegewissenschaftlicher Fragen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege prägt die Arbeit im St. Anna und fließt in die praktische Tätigkeit ein.
Es macht stolz zu sehen, wie Leistungen und Innovationen, für die frühere Generationen des Pflegemanagements Grundsteine gelegt haben, weitergeführt und umgesetzt werden.

Ich wünsche mir für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des St. Anna Kinderspitals viele positive Erlebnisse mit den zu betreuenden Kindern und Familien!

Barbara Hahn

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Mit der neuen Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes kam die Generalistik nach Österreich. Dies hat natürlich die Frage aufgeworfen: „Was passiert nun in der Kinderkrankenpflege?“ Dies wäre schon Grund genug gewesen, dass wir eine eigene Ausgabe über Kinderkrankenpflege publizieren.

Doch wir haben ein wenig gewartet, um diese Ausgabe mit einem wundervollen Jubiläum zu kombinieren: 180 Jahre St. Anna Kinderspital!

Die Wiener Hochburg der Kinderkrankenpflege feiert einen großartigen Geburtstag und wir wollten dies mit allen Mitteln begleiten. Als Pflegedirektorin Barbara Hahn, BSc. und ihr Team einer Themenausgabe zustimmten, waren wir natürlich gespannt, welche Inhalte uns für diese Ausgabe erwarten würden. Also lehnten wir uns zurück und übergaben das Ruder dem Pflegepersonen aus dem St. Anna Kinderspital...

Was hat das Team des St. Anna Kinderspitals aus dieser Ausgabe gemacht?

Wir präsentieren eine großartige und farbenfrohe Sonderausgabe, auf die wir ganz besonders stolz sind. Themenvielfalt und Professionalität auf über 90 Seiten die uns zeigen, dass diese vulnerable Patientengruppe in guten Händern ist. Herzlichen Dank an die Gemeinschaft dieser Institution.

Die Gesundheits- und Krankenpflege bietet so viele Facetten und Innovationen. Wir haben nicht den „Berg der Möglichkeiten“ erklommen, wir stehen noch weit unten und sind am Beginn einer wunderbaren Reise...

Doch nun viel Spaß mit den Artikeln aus dem St. Anna Kinderspital und wünschen den MitarbeiterInnen ein schönes Jubiläum...

Markus Golla

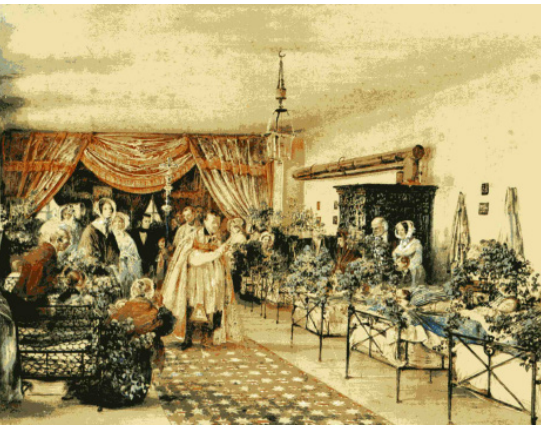
Herausgeber

Markus Golla, BScN

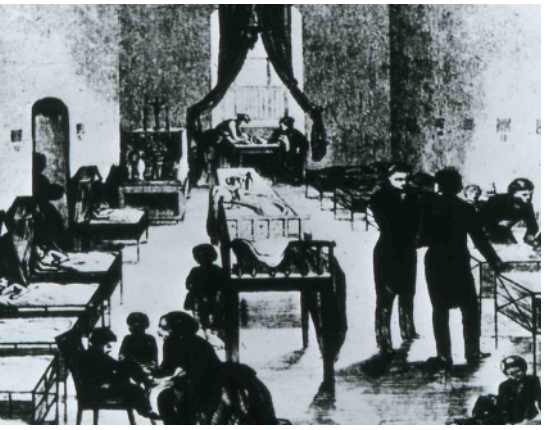
QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Vom Kleinen zum Großen

Österreichs erstes Kinderspital feiert sein 180 jähriges Bestehen



Einweihung des St. Annen Kinderspitals 1848



„Das Innere des 1. Wiener Kinderspitals“um 1855

Säuglingsschutzzentrale am St. Anna Kinderspital

Als beispielgebende Einrichtung konnte sich das St. Anna Kinderspital als Vorreiter im Kampf gegen Säuglingssterblichkeit bereits in einer Zeit einen Namen machen, als Leben und Gesundheit sozial schwacher Bevölkerungsgruppen einen geringen Stellenwert hatten. Daran hat sich bis heute grundsätzlich nichts geändert, lediglich die Schwerpunkte dieses ungebrochen positiven Engagements haben sich im Verlauf der Jahrzehnte verschoben: Vom ersten österreichischen Kinderkrankenhaus, das sich erfolgreich dem Kampf gegen die damals erschreckend hohe Säuglingssterblichkeit verschrieben hatte, zu einem Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde, das heute modernste medizinische und pflegerische Behandlung, psychosoziale und pädagogische Betreuung anbietet.

Die Gründung ging auf die Initiative von Dr. Ludwig Mauthner, Mitglied der Wiener Medizinischen Fakultät und Doktor der Chirurgie, zurück. Mauthner wollte hilflosen und armen Kindern helfen und 1837 wurde das St. Anna Kinderspital am heutigen Standort im 9. Bezirk in Wien eröffnet.

Die Betreuung von kranken Säuglingen, Kindern- und Jugendlichen in den Spitälern war über viele Jahrzehnte ausschließlich den Pflegepersonen, damals „Säuglingsschwestern“, vorbehalten. Eltern oder Bezugspersonen war es meist nur einmal pro Woche möglich, ihre kranken Kinder für eine kurze Zeitspanne zu besuchen. Die Pflegerin galt über viele Jahre als verlängerter Arm des Arztes und als Mutterersatz.

Pflegepersonen nehmen im Gesundungsprozess eine Schlüsselrolle ein

Mit dem verstärkten Einzug entwicklungspsychologischer, pädagogischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die stationäre Versorgung entwickelte sich auch das Berufsbild der Pflege weiter, die Bedeutung der Pflege wurde zunehmend erkannt, ihr Stellenwert wichtiger, Pflege wurde vom ärztlichen Hilfsberuf zur eigenständigen Profession.

Professionelle Pflege ist ein hochkomplexes Themenfeld, umfassendes Fachwissen und ständige Weiterentwicklung sind wesentliche Entwicklungsfelder. Pflege im St. Anna Kinderspital heißt, dass evidenzbasiert und angelehnt an die Pflegemodelle von Dorothea Orem und Nancy Roper (Stammzellentransplantationsstation) gepflegt und betreut wird.

Wesentliche Fundamente der Profession Pflege sind hohes Fachwissen und soziale Kompetenz. Die Kombination beider Bereiche ist die Voraussetzung für die Umsetzung von Pflegequalität. Denn nur mit guter Ausbildung sind die Grenzen des eigenen Wissens zu erkennen und reflektiertes Handeln möglich. Information, Anleitung und Beratung der PatientInnen und deren Bezugspersonen sind zu wesentlichen Schwerpunkten pflegerischen Handelns im St. Anna Kinderspital geworden und werden in den pflegerischen Focus gestellt.

Behandlungen, Therapie, Diagnostik und Betreuung sind traditionell stark aus der Medizin heraus geprägt und angesehen. Die medizinische Behandlung schafft Prestige. Der pflegerische Anteil wird kaum gesehen, ist zwar 24/7 vorhanden, aber kaum jemand beschreibt, dass die Pflege die einzige Berufsgruppe ist, die Tag und Nacht am Patienten ist.

Arbeitsbedingungen, die Freiräume und Innovation zulassen und deren Umsetzung möglich machen, war für die Pflegedirektorinnen des St. Anna Kinderspitals in den letzten 30 Jahren ein wesentlicher Schwerpunkt ihrer Managementtätigkeit. So konnte sich die Berufsgruppe der Pflege als ein hochprofessioneller und eigenständiger Bereich positionieren. Die Kinder- und Jugendlichenpflege im St. Anna Kinderspital war immer von Neugierde und Gestaltungswillen geprägt. Starre Strukturen konnten aufgebrochen werden, ärztliche Anweisungen und organisatorische Strukturen wurden immer mehr hinterfragt, die dienende wurde immer mehr durch die gestaltenden Rolle der Pflege zurückgedrängt. War das Haus in den 80er Jahren noch nicht herausragend – bald wurde es zum Vorzeigekrankenhaus. Waren die theoretischen und strukturellen Fundamente der Kinder- und Jugendlichenpflege zunächst noch nicht besonders ausgeprägt – in diesen Jahren konnten Themen besetzt, Expertise gebildet und Entwicklungen angestoßen werden, die die Pflege generell veränderten.

1994 wurde die Stabstelle Pflegequalitätssicherung installiert, Aufgaben wie Praxisanleitung, Leitbildentwicklung, Erarbeitung von Standards, Fortbildungen usw. wurden somit einer strukturierten Bearbeitung zugeführt. Zu dieser Zeit gab es nur in fünf Krankenhäusern in Österreich ähnliche Stabstellen.

Dass korrekte, nachvollziehbare Pflege nur mit institutionell verankerten Vorgaben durchgeführt werden kann, wurde von den Pflegepersonen erkannt und so wurde schon ab 1988 mit strukturierten Formularen das pflegerische Erstgespräch, die Pflegeplanung und der Pflegebericht durchgeführt – in einer Zeit, wo in vielen Ausbildungsstätten noch kaum Inhalte zum Pflegeprozess vermittelt wurden.

Pflegende, die ihr Tun ins Zentrum stellen, sich als proaktive PartnerInnen für Kinder und Ihre Bezugspersonen präsentieren, die Bedürfnisse der PatientInnen und Familien wahrnehmen und berücksichtigen und sich durch kompetente Zusammenarbeit im multiprofessionellem Team auszeichnen, stehen für die Pflege im St. Anna Kinderspital!

Motor der Entwicklung des Pflegebereichs des St. Anna Kinderspitals waren stets die Pflegedirektorinnen, die sich zum Ziel gesetzt hatten, dass „der Pflegebereich genauso berühmt wird wie der medizinische, onkologische Bereich."

Gemeint war nicht nur die direkte Pflege an den PatientInnen, sondern „Alles" – Prinzipien, Haltungen, Systeme und Methoden. Und tatsächlich schafften sowohl die Pflege im St. Anna Kinderspital als auch die Kinder- und Jugendlichenpflege insgesamt diesen großen Sprung und nahmen in diesen Jahren eine gigantische Entwicklung. War das Kinderspital in den 80er Jahren noch nicht herausragend – bald wurde es zum Vorzeigekrankenhaus. Waren die

Die ersten österreichischen Säuglingspflegerinnen Nov. 1905, St. Anna Kinderspital

Praktischer Unterricht" mit Osr. Birkner AKH-Wien, Kinderklinik um 1925

**Hedwig Birkner, OSr.
Kinderklinik AKH-Wien1911-1939**

theoretischen und strukturellen Fundamente der Kinder- und Jugendlichenpflege zunächst noch nicht besonders ausgeprägt – in diesen Jahren konnten Themen besetzt, Expertise gebildet und Entwicklungen angestoßen werden, die die Pflege generell veränderten.

Familienorientierte Pflege als zentrales Element

Die Schwerpunkte der medizinischen Versorgung der letzten 130 Jahre wandelten sich von einem Kampf um das Leben erkrankter Kinder hin zur Schaffung von Strukturen, die eine hohe Lebensqualität kranker Kinder zulässt und hervorbringt.

Familienorientierte Pflege gilt als partnerschaftliche Kooperation von Bezugspersonen und professioneller Pflege – im St. Anna Kinderspital agieren seit vielen Jahren Pflegepersonen im multiprofessionellen Team nach diesen Grundsätzen.

Pionierrolle

Als erstes österreichisches Kinderspital wird 2008 gemeinsam mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendliche am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, das sogenannte „Manchester Triage System“ eingeführt. Dabei ermöglicht ein System, dass die Ersteinschätzung eines erkrankten Kindes in der Notfallambulanz durch kompetente Pflegepersonen stattfindet. Es heißt also nicht mehr „warten bis der Arzt kommt“, sondern erfahrene Pflegepersonen beurteilen die Dringlichkeit und leiten im Ernstfall sofort an eine Ärztin weiter.

Eine ganz andere Premiere, gab es im Jahr 1982 - wieder einmal wird eine starre Struktur in der Kinder- und Jugendlichenpflege in Österreich aufgebrochen: Der erste männliche Kinder- und Jugendlichenpfleger Österreichs fängt im St. Anna zu arbeiten an.

Ausblick

Entstanden aus einer Privatinitiative und als Kampf gegen das Elend und die hohe Kindersterblichkeit Anfang des 19. Jahrhundert, hat das St. Anna Kinderspital turbulente Zeiten durchlebt: Zwei Weltkriege, Kaiser, Kanzler, Diktatoren und die junge Republik. Oft galt der Einsatz nicht nur dem Überleben der jungen PatientInnen, sondern auch dem Überleben des Spitals. Doch niemals wurde dabei die Vision des Gründers Ludwig Wilhelm Mauthner aus den Augen verloren, Medizin und Pflege voran zu bringen und Erkenntnisse unmittelbar zum Wohle der Kinder umzusetzen. Damit nahm das St. Anna Kinderspital stets eine Sonderrolle ein, die es auch heute noch hat: Als städtisches Krankenhaus mit Kernkompetenzen auf universitärem Niveau und einer stark ausgeprägten Familienorientierung, in dem immer wieder Meilensteine in der Entwicklung gesetzt wurden.

Autorin

Barbara Hahn, BSc.
Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege und Kinder- und Jugendlichenpflege, Studium Advanced Nursing Practice

Pflegedirektorin und Geschäftsführerin St. Anna Kinderspital GmbH
Kontakt: barbara.hahn@stanna.at

Fotos: „Das Kind und sein Arzt“ von Prof. Paul Krepler

pflegekongress17

15 JAHRE

Selbst:Bewusste Pflege

30.11. & 1.12.2017

ort

Austria Center Vienna
Bruno-Kreisky-Platz 1
1220 Wien
www.acv.at

kongressgebühr

Euro 225,- (2-Tages-Ticket)
Euro 160,- (1-Tages-Ticket)
Euro 65,- (Auszubildende & Studierende)

info & anmeldung

w: www.pflegekongress.at
m: pflegekongress@pflegenetz.at
t: +43 1 8972110

storno

bis zum 5.10.17: kostenfrei
bis zum 19.10.17: Euro 60,- Bearbeitungsgebühr
ab dem 20.10.17: keine Kostenrückerstattung mehr möglich

Folgen Sie uns auf:

AUSGEZEICHNET MIT
12
ÖGKV
FORTBILDUNGSPUNKTEN
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

www.pflegekongress.at

(C) Erwin Scheiböck

Pflegefachgeschichte St. Anna Kinderspital, 1984 bis 2013

30 Jahre Entwicklung in der Kinder- und Jugendlichenpflege mit Fokus auf die Pflege im St. Anna Kinderspital werden in diesem Artikel beleuchtet. Die Autorin, Margret Weissenbacher berichtet als Impulsgeberin, Mitgestalterin und Beteiligte von dieser für die heutige Pflege so prägenden Zeit.

2013 ging ich nach 29 Jahren im St. Anna Kinderspital in Pension. Begonnen hatte ich hier als Säuglingsschwester, bald war ich Praxisanleiterin und Stationsschwesternvertreterin geworden, hatte 1994 die Stabstelle Pflegequalitätssicherung gegründet und diese bis zum Schluss geleitet. Ich hatte miterlebt, was in diesem kleinen Haus mit engagierten Pflegepersonen möglich gewesen war, und hatte die Gestaltungskraft von herausragenden Pflegedirektorinnen kennengelernt, die für Entwicklungsprozesse günstige Strukturen etabliert hatten. Ich war Teil der Aufbruchsstimmung gewesen, in der sich die Berufsgruppe „Pflege“ in diesen Jahren befunden hatte.

Bei der Übergabe an meine Nachfolgerin stand ich vor Bergen von Unterlagen und Materialien. 30 Jahre Pflegefachgeschichte lagen vor mir ausgebreitet: hausinterne und externe Arbeitsgruppen und Projekte, Entwicklungsstufen der Dokumentation, handgeschriebene Formulare und erste Drucksorten, Publikationen und vergilbtes, zerfleddertes Papier, die Anfänge strukturierter Standards und Unterlagen mit lieblichen Zierleisten, Themen, die von der Zeit überholt worden waren und Ausarbeitungen, die unverändert aktuell und gültig waren.

Was sollte mit dieser Geschichte geschehen? Was bedeutete Sie? Pflege hatte sich in diesen Jahren grundlegend geändert. War es sinnvoll, sich durch alte Dokumente zu wühlen und Entwicklungen nachzuvollziehen oder war das einfach nur sentimental?

„Wer die Geschichte nicht kennt, kann die Gegenwart nicht verstehen.“

Ich wurde beauftragt, diese bemerkenswerte Etappe der Pflegefachgeschichte niederzuschreiben – nicht im Sinne von Memoiren und Anekdoten, sondern um Zeugnis davon abzulegen. Noch liegt die Publikation nicht gedruckt

vor, aber das Material ist aufbereitet und die Texte sind geschrieben – bald werden Sie sie lesen können! Wichtige Zeugnisse der pflegetheoretischen Entwicklungen dieser 30 Jahre im St. Anna Kinderspital und in der österreichischen Kinder- und Jugendlichenpflege habe ich gesichert und die Hauptstränge der Fachgeschichte zusammenhängend erzählt und nachvollziehbar gemacht. Auswahl und Zusammenstellung der Themen und Quellen sind ebenso wie jeder Text von meiner Erinnerung und meiner Sichtweise geprägt. Pflegepersonen, die diese Zeit miterlebten, können mit Stolz nachlesen, woran sie mitwirkten. Für Jüngere wird vielleicht manche Entwicklung einer Haltung, einer Philosophie verstehbar. Für „ForscherInnen“ ist damit Material aufbereitet, das ansonsten nicht zugänglich wäre.

Ich habe noch im Ohr wie Maria Jesse bei ihrem Antritt als Pflegedirektorin (1994) sagte: „Ich möchte, dass der Pflegebereich des St. Anna Kinderspitals genauso „berühmt“ wird wie der medizinische, onkologische Teil.“ Sie meinte nicht nur die direkte Pflege an der PatientIn, sie meinte „Alles“ – Prinzipien, Haltungen, Systeme und Methoden. Und tatsächlich schafften sowohl die Pflege im St. Anna Kinderspital als auch die Kinder- und Jugendlichenpflege insgesamt diesen großen Sprung und nahmen in diesen Jahren eine gigantische Entwicklung. War unser Haus in den 80er Jahren noch nicht besonders glorios – bald wurde es zum Vorzeigekrankenhaus. Waren die theoretischen und strukturellen Fundamente der Kinder- und Jugendlichenpflege zunächst noch nicht besonders ausgeprägt – in diesen Jahren konnten Themen besetzt, Expertise gebildet und Entwicklungen angestoßen werden, die die Pflege generell veränderten.

Die Publikation

Vier zentrale Themenbereiche habe ich für die Pflegefachgeschichte ausgewählt: Die Einführung des Pflegeprozesses, die Erarbeitung der ersten Norm für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege, die Leitbildprozesse im Bereich der Pflege und die Entwicklung der Praxisanleitung und MitarbeiterInneneinschulung im St. Anna Kinderspital.

Pflegeprozess

Die Umsetzung des Pflegeprozesses ist ein „Leitprojekt“ dieser Zeit. In Rückblick auf diese Jahre ist für mich essentiell, wie stark die Entwicklungen im St. Anna Kinderspital, in der österreichischen Kinder- und Jugendlichenpflege und in der Pflegelandschaft generell miteinander verzahnt waren. Es war eine Phase geprägt von Aufbruchstimmung, Neugierde und Gestaltungswillen.

Wir hatten visionäre Vorstellungen, was Pflege sein könnte und steckten uns hohe Ziele.

Die Pflege im St. Anna Kinderspital entwickelte sich großartig entlang der Ausrollung des Pflegeprozesses. Praxis, Erfahrung und Engagement aus dem St. Anna Kinderspital wiederum trieben die Etablierung des Pflegeprozesses in der Kinder- und Jugendlichenpflege voran.

Die Umsetzung des Pflegeprozesses hat nicht nur im St. Anna Kinderspital sondern insgesamt zu gravierenden Veränderungen in der Pflege geführt. Die Auswirkungen – ein neues Pflegeselbstverständnis, gesteigertes Selbstbewusstsein der Pflegepersonen und eine enorme Professionalisierung der Pflege – sind mittlerweile selbstverständlich, der Weg dahin war aber weit und anspruchsvoll!

Norm [1] **K1210 „Familienorientierte Information, Beratung und Anleitung in der Kinder- und Jugendlichenpflege“**

Das Vorliegen der ersten österreichweiten Norm für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege ist zu verstehen als beeindruckendes Ergebnis der Verzahnung von St. Anna Kinderspital, Normungsinstitut [2] und BKKÖ [3].

Für die zentrale Aufgabe von Kinderkrankenpflegepersonen (alters- und familiengerechte Information, Beratung und Anleitung von Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen) gab es keine definierten Qualitätskriterien. Mit einem offiziellen Dokument wollten wir eine österreichweite Möglichkeit schaffen, professionell „einheitlich“ zu agieren und das Handeln zu legitimieren.

Der BKKÖ beauftragte dazu ein Projekt. Mir wurde als abgesandte Expertin des BKKÖ in der AG 250.03 „Qualitätsmanagement in der Pflege“ des Normungsinstitutes, die Projektleitung zur Erstellung einer entsprechenden ONR [4] übertragen.

Nach zwei Jahren Arbeit wurde die ONR im Normungsinstitut eingereicht. Sie wurde von der ARGE Qualitätsmanagement sehr positiv bewertet und dem weitaus strengeren Reglement einer ÖNORM zugeführt. Alle Überprüfungen verliefen positiv und die erste Norm für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege entstand. Um die praktische Einführung

dieser dringenden Empfehlung bestmöglich zu unterstützen, wurde ein praxisorientierter Ratgeber [5] zu den Inhalten der Norm und ihren theoretischen Grundlagen verfasst und publiziert.

Dieses Projekt ist Beispiel dafür, wie es in diesen Jahren gelang, dass wichtige Anliegen und Themen der Pflege auf allen Ebenen betrieben wurden und überall Bewegung und Entwicklungen ermöglichten.

Leitbilder

Die Geschichte der Pflegeleitbilder und eines multiprofessionellen Leitbildes im St. Anna Kinderspital steht für das Sichtbar- und Aktivwerden einer starken und motivierten Berufsgruppe.

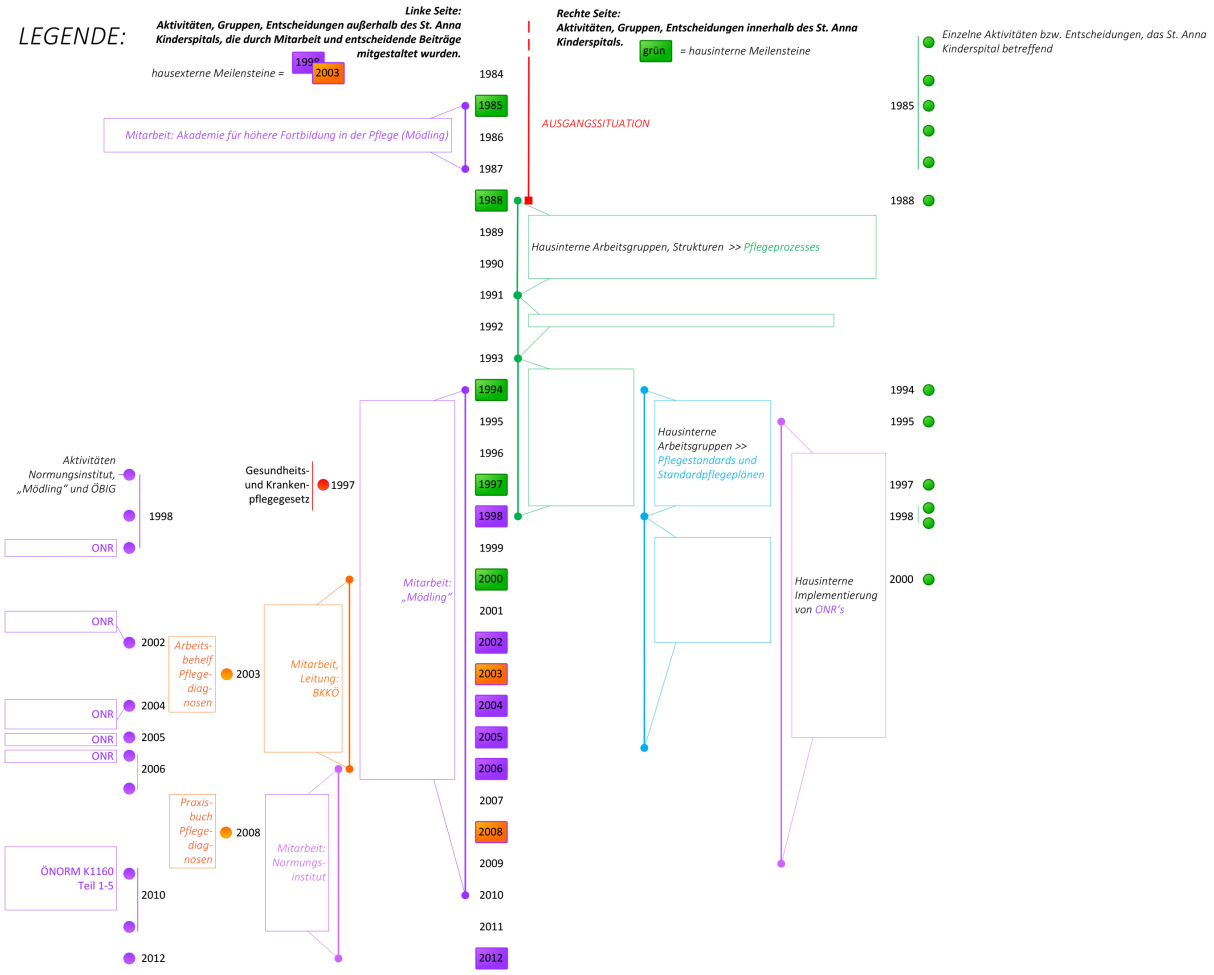
Praxisanleitung in der Kinder- und Jugendlichenpflege

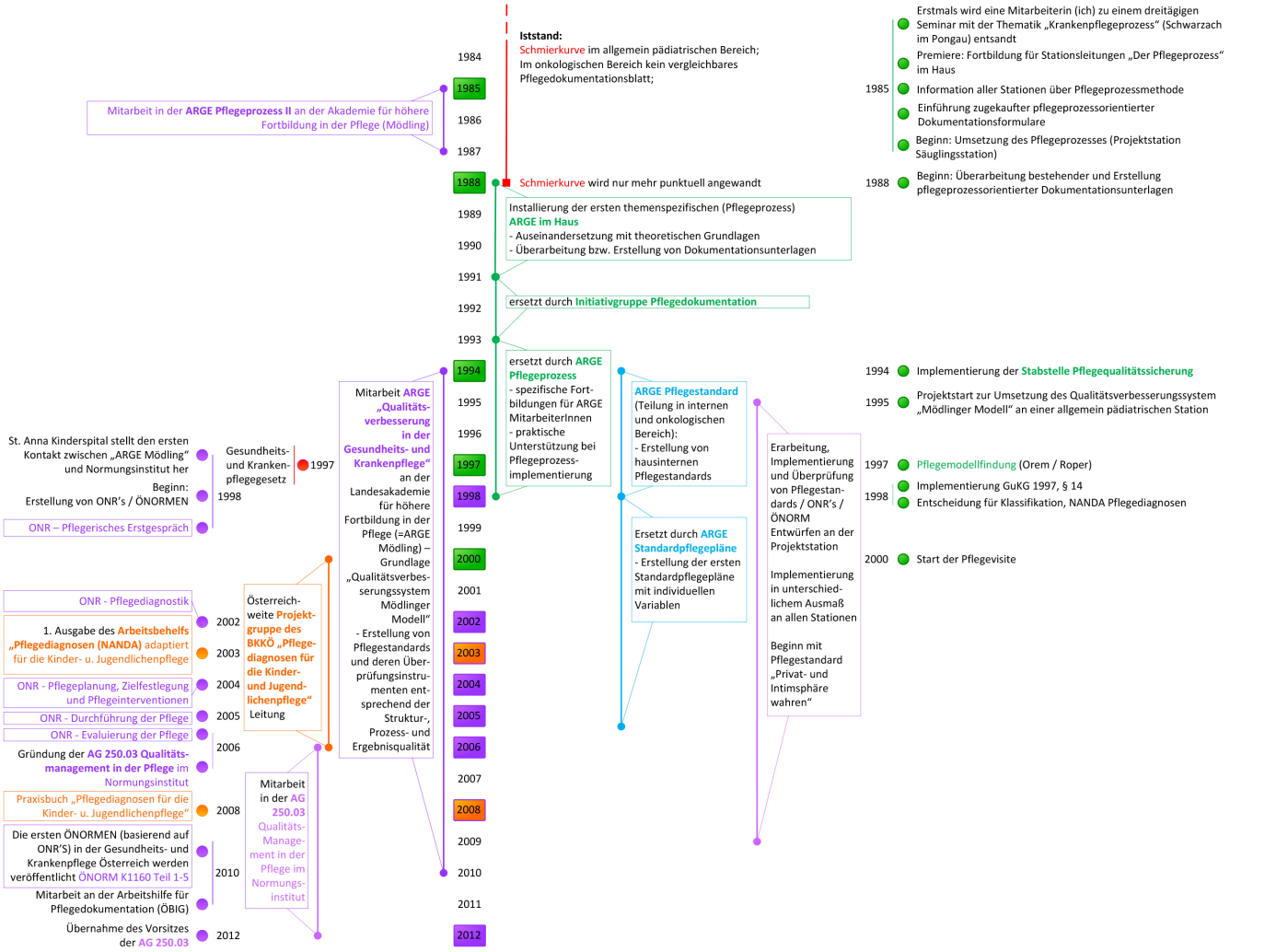
Die Entwicklung von Praxisanleitung und MitarbeiterInneneinschulung zeigt, wie hoch sich das Pflegeteam des St. Anna Kinderspitals immer wieder die Latte legte und wie hartnäckig und erfolgreich die Hürden genommen und große Aufgaben bewältigt wurden. Wir hatten die Nase vorne!

Die Stabstelle verband auf ideale Weise Theorieentwicklung und praktische Erfahrung. Schritt für Schritt wurde zwischen Leitung, Stabstelle und Teams die Kultur der Praxisanleitung verändert: Anforderungen und Beurteilungskriterien wurden gut strukturiert und transparent, die kommunikativen und pädagogischen Kompetenzen wuchsen und für die PraxisanleiterInnen wurden Qualifizierung, Prestige und Anerkennung selbstverständlich.

Die Texte zu diesen vier Themenbereichen werden ergänzt durch Abbildungen von Original-Dokumenten, die mit ausführlichen Erklärungen versehen sind. Sowohl in den Texten als auch in den Erläuterungen zu den Dokumenten finden sich persönliche Stellungnahmen, in denen ich aus meiner heutigen Sicht markiere, welche Strukturen hilfreich waren oder was damals Probleme gemacht hat, was wir damals gedacht haben und was wir uns heute gar nicht mehr vorstellen können.

Um die Entwicklungen zeitlich überblicken zu können, wurden alle Themen auch in Timelines dargestellt.





Interviews

Mit zwei Pflegedirektorinnen und zwei Kolleginnen habe ich Interviews geführt – vier sehr unterschiedliche Personen, die gemeinsam diese fast 30 Jahre überblicken und berichten, wie sie die Etappen dieses Weges erlebt haben, was ihnen wichtig war, was sie motiviert hat und was aus ihrer Sicht „bleibt".

„Die Marke „St. Anna Kinderspital" hat für uns bedeutet, immer mehr als die Anderen erreichen zu wollen. Wir verstanden das als persönlichen Auftrag und nahmen ihn sehr ernst." (M. Perl)

„Wir waren stolz, im St. Anna Kinderspital zu arbeiten." (E. Redelsteiner) Die Aussagen meiner Kolleginnen lassen den viel zitierten „St. Anna Geist" erahnen, wenn er auch nicht in Worte zu fassen ist. Er hat auch mein Denken und Tun beeinflusst.

Ich war immer stolz als Pflegeperson im St. Anna Kinderspital tätig zu sein.

Zur Pflegefachgeschichte St. Anna Kinderspital, 1984 bis 2013 wird eine umfangreiche Publikation erstellt. Dieser Artikel ist ein Auszug daraus.

Fußnoten

[1] Qualifizierte Empfehlung, die im Konsens nach international anerkannten Verfahren erstellt wird

[2] Austrian Standards Institute

[3] Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich

[4] Regeln des österreichischen Normungsinstitutes

[5] Brigita Schwarz: Patientenedukation kompakt – Theorie und Praxis der familienorientierten Information, Beratung und Anleitung in der Kinder- und Jugendlichenpflege, Austrian Standards plus Publishing, Wien 2011

Autorin

Margret Weissenbacher

DKKS, akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege
Gerichtlich beeidete und zertifizierte Sachverständige für Kinder- und Jugendlichenpflege

Tätigkeit im St. Anna Kinderspital 1984 – 2013
1994 – 2013 Leitung der Stabstelle Pflegequalitätsentwicklung
Seit 2014 Pension
Kontakt: e-mail: margretweissenbacher@a1.net

Familienorientierte Pflege im St. Anna Kinderspital

In der hier beschriebenen Studie wurde erhoben, was Pflegepersonen des St. Anna Kinderspitals unter familienorientierter Pflege verstehen und wie sie das Konzept derzeit umsetzen. Die Ergebnisse sind Grundlage für die fortlaufende Qualitätsentwicklung und weitere Professionalisierung der Pflege im St. Anna Kinderspital, denn: „Wer aufhört, besser werden zu wollen, hört auf gut zu sein.“ (Maria von Ebner-Eschenbach zugeschrieben)

Eine Ist-Stand-Erhebung

Einleitung

„Eine Bezugsperson kann immer, d. h. Tag und Nacht, bei der PatientIn anwesend sein“. Diese Regelung besteht im St. Anna Kinderspital seit Jahrzehnten. Damit ist eine wichtige Voraussetzung familienorientierter pädiatrischer Pflege erfüllt. Familienorientierung bzw. -zentrierung ist aber mehr – auch wenn bislang im internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs kein Konsens besteht, was genau darunter zu verstehen ist und wie familienorientierte bzw. familienzentrierte Pflege gemessen werden kann. „Familienorientierte“ bzw. „familienzentrierte Pflege“ wird deshalb häufig anhand ihrer Merkmale beschrieben (Institute for patient- and family-centered care; Mikkelsen & Frederiksen, 2011).

(C): Michael Vorstandlechner

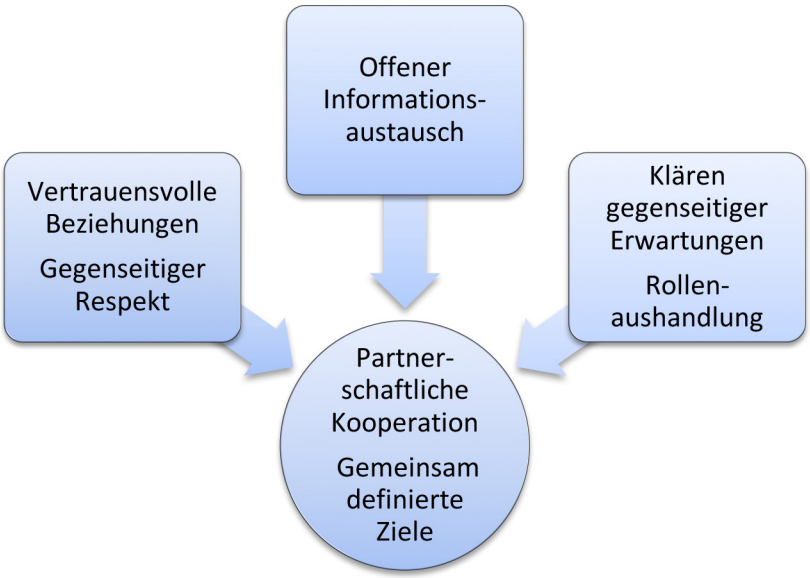


Abbildung 1: Die Hauptmerkmale von Family Centered Care

Als wichtigstes Kennzeichen familienorientierter Pflege (bzw. von „family-centered care“) gilt die partnerschaftliche Kooperation (partnership) von Bezugspersonen und professioneller Pflege zum Erreichen gemeinsam definierter Ziele (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Anzeichen partnerschaftlicher Kooperation sind von Vertrauen und Respekt geprägte Beziehungen zwischen Pflegefachpersonen und den Bezugspersonen des Kindes, das Klären gegenseitiger Erwartungen und die gemeinsame Rollenaushandlung, sowie ehrlicher und offener Informationsaustausch. Bezugspersonen (in den meisten Fällen Eltern bzw. ein Elternteil) können so selbst entscheiden, inwieweit sie selbst in Behandlung und Pflege involviert sein wollen bzw. wie viel Verantwortung sie selbst übernehmen wollen bzw. können (Coyne, 2015; Mikkelsen & Frederiksen, 2011; National Center for Cultural Competence, 2007). Partnerschaftliche Kooperation trägt zur Zufriedenheit von Eltern bzw. Müttern kranker Kinder bei (Harrison, 2010) und stärkt deren Kompetenz (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Durch die intensive Kommunikation mit Bezugspersonen entstehen weniger Konflikte zwischen Bezugspersonen und Pflegepersonen. Das wirkt sich positiv auf die Berufszufriedenheit von Pflegepersonen aus (Mikkelsen et al., 2011).

Fragestellung

Es war nicht bekannt, welche Komponenten von familienorientierter Pflege auf den allgemeinpädiatrischen Stationen des St. Anna Kinderspitals umgesetzt werden bzw. was die dort tätigen Pflegepersonen unter familienzentrierter bzw. familienorientierter Pflege verstehen. Aufgrund der fehlenden Einigkeit in Bezug auf die Definitionen und die jeweilige Bedeutung von „familienorientierter Pflege“ bzw. „familienzentrierter Pflege“ wurde auch angestrebt, eine für den akutpädiatrischen Bereich des St. Anna Kinderspitals gültige Definition des Konzepts zu finden.

Datenerhebung

Im Herbst 2015 wurden drei Fokusgruppen-Interviews mit insgesamt siebzehn Pflegepersonen der vier allgemeinpädiatrischen Stationen geführt. Diese Interviews wurden von Olita Karner, einer ANP-Studentin der FH Krems im Rahmen ihres Praktikums in der Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege geführt und anschließend transkribiert. Die Datenauswertung anhand der anonymisierten Transkripte erfolgte durch Brigita Schwarz. Durch diese personenbezogene Trennung von Datenerhebung und -auswertung konnte die Anonymität der Teilnehmenden bei der Datenauswertung gewährleistet werden.

Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte anhand der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse. Dabei wurden die Analysetechniken der Zusammenfassung und Strukturierung anhand vorab festgelegter Kategorien nach Mayring (2010)

Strukturelle Rahmenbedingungen:	**Kompetenzen:**
• Hotelleistungen • Zeitliche und personelle Ressourcen • Hausordnung und andere Regeln	• Erforderliche Kompetenzen • Kompetenzerwerb • Wahrgenommener Fortbildungsbedarf
Umsetzung von Familienorientierung anhand der hierarchischen Systematisierung von Family Centered Care nach Hutchfield (1999): • 4 Ausprägungen: Involvement (Einbindung) → Participation (Beteiligung) → Partnership (Partnerschaft) → Family-Centered Care (Familienzentrierte Pflege) • 5 Dimensionen: Beziehung, Kommunikation, Eltern und Familie, Elternrolle, Rolle der Pflege	

Tabelle 1: Kategorienschema zur Datenauswertung

(C) asife

herangezogen. Die folgende Ergebnisdarstellung folgt dem in der Tabelle dargestellten Kategorienschema.

Ergebnisse

Strukturelle Rahmenbedingungen

Die strukturellen Rahmenbedingungen beziehen sich auf die notwendige Infrastruktur für Bezugspersonen im Krankenhausareal, auf Hausordnung, Besuchszeiten und andere Regeln sowie auf zeitliche und personelle Ressourcen.

Außer der Übernachtungsmöglichkeit für eine erwachsene Bezugsperson während des gesamten Krankenhausaufenthaltes werden folgende Rahmenbedingungen für wichtig erachtet: Die Möglichkeit, dass bei Bedarf neben einer erwachsenen Bezugsperson auch ein nicht-krankes Geschwisterkind über Nacht bleiben kann, die Möglichkeit, alle Mahlzeiten gemeinsam mit dem Kind einzunehmen und das Vorhandensein von Aufenthaltsräumen für Familien und BesucherInnen.

In Übereinstimmung mit Harrison (2010) und Hutchfield (1999) wird „Zeit“ als essentielle Voraussetzung für die Umsetzung familienorientierter Pflege genannt. Eine der Teilnehmenden formulierte das so: „Wenn sich Pflegepersonen Zeit nehmen, fühlen sich Bezugspersonen respektiert.“

Kompetenzen

Von Pflegepersonen genannte notwendige Kompetenzen für die Umsetzung familienorientierter Pflege sind Empathie und Offenheit gegenüber den Familien, die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie die Fähigkeit, eigene Grenzen zu kennen und Probleme von PatientInnen und deren Familien nicht zu den eigenen zu machen.

Schon länger im Beruf stehende Pflegepersonen geben an, sich langsam an die Änderung der Rollen von professioneller Pflege und von Bezugspersonen, sowie an die damit einhergehende Änderung des Berufsbildes gewöhnt zu haben. Sie hätten Familienorientierung und das Eingehen auf kultur- und religionsspezifische Wünsche quasi „automatisch gelernt“. Mittlerweile würde „Familienorientierung“ sowohl im theoretischen Unterricht der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpflege, als auch im Rahmen der Praktika vermittelt. Fortbildungen zum Thema „familienorientierte Pflege“ sollten auf die Stärkung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonen und ÄrztInnen abzielen, sowie das Recht des Kindes auf Familie ins Bewusstsein rufen.

Umsetzung von Familienorientierung

Die derzeitige Umsetzung von Familienorientierung wird anhand der Dimensionen „Beziehung“, „Kommunikation“, „Rolle von El-

tern bzw. Bezugspersonen“, sowie „Rolle der Pflege“ beschrieben.

Beziehung

Das in den Fokusgruppen artikulierte weite Spektrum der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegepersonen und Bezugspersonen zeigt sich auch in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema.

Pflegepersonen sehen es als ihre Aufgabe, Eltern bei der Pflege ihres Kindes zu unterstützen. Eine Teilnehmende drückte das so aus: „Die Rolle der Pflegepersonen ist, Familien zu stärken. Wichtig ist, dass sie den Familien positiv zugewandt und unvoreingenommen sind.“ Pflegepersonen sehen sich als Advokat für die Familien – auch weil sie den meisten Kontakt mit PatientInnen und Bezugspersonen haben: „Sie beobachten am meisten und erkennen, wer Hilfe braucht und welche Ressourcen es gibt.“ Eine Voraussetzung dafür ist, ausreichend Zeit zu haben (Hutchfield, 1999). Manchmal werden Bezugspersonen auch als Herausforderung, Irritation oder Störung wahrgenommen. Eine der Pflegepersonen meinte, „dass die Betreuung der Kinder ohne die ständige Anwesenheit von Bezugspersonen einfacher wäre“. Auch Butler, Copnell, und Willetts (2014) beschreiben, dass Eltern für Pflegepersonen auf pädiatrischen Intensivstationen belastend sind, weil sie die Pflegepersonen ablenkten und den Ablauf der Pflege störten.

Kommunikation

Pflegepersonen beschreiben, dass Gespräche mit Bezugspersonen unerlässlich sind: „Wichtig ist, alles zu erklären. Ehrlichkeit ist wichtig. Bezugspersonen müssen respektvoll und verständlich über notwendige Maßnahmen informiert werden. Pflegepersonen finden immer Zeit, um mit Eltern zu reden und um zu erklären.“ Sie vermitteln auch in der Kommunikation zwischen Bezugspersonen und ÄrztInnen, was auch von Espezel und Canam (2003) beschrieben wird. Gespräche mit Bezugspersonen werden mitunter auch als zeitaufwändig erlebt: Pflegepersonen haben dann „das Gefühl, dass Bezugspersonen mehr Betreuung brauchen als Kinder“.

Welche Tätigkeiten von Bezugspersonen übernommen werden können, wird von Pflegepersonen entschieden oder mit den Bezugspersonen individuell ausgehandelt. Eine Pflegeperson drückte das so aus: „Es werden Kompetenzen, Verantwortungen und Zuständigkeiten geklärt. Aufgaben werden aufgeteilt, Bezugspersonen werden gefragt, was sie übernehmen möchten und es wird gemeinsam beschlossen, was getan wird. Empathische Kommunikation zur Aushandlung der jeweiligen Aufgaben ist laut Shields (2010) Voraussetzung für familienzentrierte Pflege.

Rolle von Eltern/Bezugspersonen

Für Pflegepersonen ist die ständige Präsenz einer Bezugsperson selbstverständlicher Teil des Alltags. Eine Pflegeperson drückte das so aus: „Die Familie steht im Zentrum, nicht das Kind alleine. Mutter, Vater oder die Bezugsperson kann ständig beim Kind sein.“

Wie auch von Coyne (2015) und Harrison (2010) beschrieben, gehen Eltern davon aus, die Grundpflege bei ihrem Kind auch im Krankenhaus durchführen zu können: „Die Übernahme der Pflege durch Bezugspersonen erfolgt automatisch. Eltern übernehmen die Grundpflege und die Beschäftigung der Kinder, also Morgenpflege und Hilfe beim Essen.“ Bezugspersonen übernehmen auch andere Tätigkeiten, wenn sie das wollen. „Bezugspersonen werden angeleitet, damit sie Therapien verabreichen können. Was Bezugspersonen übernehmen, wird individuell vereinbart.“ Dass Bezugspersonen als „ExpertInnen in allen Bereichen der Pflege“ wahrgenommen werden, betrifft vor allem Mütter chronisch kranker Kinder: „Mütter chronisch kranker Kinder, die ihr Kind zu Hause pflegen, tun dies auch im Krankenhaus. Sie machen dann Dinge, die man anderen Müttern nicht zutrauen und überlassen würde.“ Laut Coyne (2015) hängt die Bereitschaft von Pflegepersonen, Eltern mehr als die Grundpflege übernehmen zu lassen, von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes, vom Vorliegen einer chronischen Krankheit und vom Pflegebedarf des Kindes bei Entlassung, sowie von der Kompetenz der Bezugspersonen und von deren Bereitschaft, Tätigkeiten zu übernehmen, ab.

Rolle der Pflege

Pflegepersonen erwarten von den mitaufgenommenen Bezugspersonen, dass sie die Grundpflege durchführen und dass sie ihr Kind beaufsichtigen: „Wenn das Kind weint, wird erwartet, dass die Bezugsperson aufsteht und das Kind beruhigt. Bezugspersonen helfen bei Pflegemaßnahmen in der Nacht, wenn sich das Kind aufregt und sie beruhigen das Kind.“ Das wird auch von Coyne (2015) und Butler et al. (2014) so beschrieben. Die Übernahme der Grundpflege und die Beschäftigung der Kinder durch Bezugspersonen bringt „zeitliche Erleichterung“ für die professionelle Pflege: „Ohne Eltern ist es schwieriger. Eine Pflegeperson kann nicht auf acht Kinder gleich-

zeitig schauen. Das würde die Kapazitäten sprengen.“ Es scheint zu sein, dass hier sowohl die zum großen Teil unausgesprochenen Erwartungen von Bezugspersonen und Pflegepersonen erfüllt werden. Wenn Bezugspersonen den Erwartungen von Pflegepersonen nicht entsprechen, sind Konflikte möglich. Die folgenden Aussagen machen das deutlich: „Die meisten Bezugspersonen machen, was man ihnen sagt. Es kommt selten vor, dass sie nicht die Pflege übernehmen wollen.“ bzw. „Es gibt Väter, die gar nichts machen wollen beim Kind.“

Pflegepersonen sehen es als ihre Aufgabe, Eltern bei der Pflege ihres Kindes zu unterstützen – auch durch Information, Beratung und Anleitung. Dazu wurde in den Interviews Folgendes gesagt: „Pflegepersonen haben eher anleitende oder unterstützende Funktion.“ „Anleitung ist wichtig, um Wiederaufnahmen zu verhindern.“ „Pflegepersonen zeigen vor und erklären, dann werden Maßnahmen von der Bezugsperson übernommen.“

Pflegepersonen befassen sich auch mit dem Wohlbefinden der Eltern bzw. Bezugspersonen, weil es „positive Auswirkungen auf das Kind hat, wenn es den Eltern gut geht“. Das wurde in den Interviews so beschrieben: „Wünsche von Familien werden soweit wie möglich respektiert und der Tagesablauf richtet sich nach der Familie.“ In der Nacht geben Pflegepersonen den Bezugspersonen eine Erholungsphase: „Sie werden nicht aufgeweckt für das Inhalieren des Kindes.“ „Pflegepersonen nehmen Rücksicht, wenn Eltern in der Nacht wenig geschlafen haben und lassen sie ausschlafen. Die Eltern wissen, dass sie Pflegemaßnahmen nicht übernehmen müssen.“

Diskussion

In den Interviews zeigte sich ein weites Spektrum, wie familienorientierte Pflege im Allgemeinen und die Beziehung zu Bezugspersonen bzw. Familien im Besonderen gestaltet wird. Fast alle Aussagen der Interviews finden sich auch in der Literatur über die Umsetzung familienzentrierter bzw. familienorientierter Pflege im Akutbereich wieder. Die strukturellen Rahmenbedingungen, wie Hotelleistungen, Hausordnung und andere Regelungen sind in der Literatur wenig beschrieben. Ebenso wenig werden Interventionen von Pflegepersonen zur Steigerung des Wohlbefindens von Bezugspersonen beschrieben.

Auf Basis der Ergebnisse und der Forschungsliteratur wurde folgende Definition von familienorientierter Pflege auf den allgemeinpädiatrischen Stationen des St. Anna Kinderspitals formuliert: „Grundlage von Familienorientierung ist die Partnerschaft zwischen Familien bzw. Bezugspersonen und Pflegepersonen bzw. Gesundheitsdienstleistern. Diese kooperieren im Interesse der PatientIn. Wenn die PatientIn älter wird, übernimmt auch sie eine partnerschaftliche Rolle. Im Zentrum pflegerischer Aufmerksamkeit steht die PatientIn mit ihren Bedürfnissen. Bezugspersonen sind im Rahmen des Pflegeprozesses sowohl PartnerInnen als auch Ko-KlientInnen und Ressource. Familienorientierung ist eine berufsgruppenübergreifende Aufgabe, die interdisziplinäre Kooperation erfordert.“

Konkret bedeutet das im St. Anna Kinderspital

- Die Familie bzw. eine Bezugsperson kann jederzeit beim Kind sein.
- Die individuellen physischen, psychischen, kognitiven, sozialen und spirituellen Ressourcen und Bedürfnisse von PatientInnen und Bezugspersonen, deren Gewohnheiten und Wünsche werden bei der Umsetzung des Pflegeprozesses so weit wie möglich berücksichtigt. Ziel ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Familien.
- Es wird erhoben und dokumentiert, was Bezugspersonen tun wollen bzw. können und welche Aufgaben sie nicht übernehmen wollen bzw. können. Familienorientierung bedeutet, dass Bezugspersonen nur das machen, was sie auch machen wollen.

Literatur

Butler, A., Copnell, B., & Willetts, G. (2014). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. J Clin Nurs, 23(15-16), 2086-

Autorin

Brigita Schwarz, BScN MSc
Diplom der Kinderkranken- und Säuglingspflege, Studium der Pflegewissenschaft
Tätigkeit im St. Anna Kinderspital: allgemeinpädiatrische Station sowie Stabstelle für Qualität und Entwicklung in der Pflege; Lehrtätigkeit

Schwerpunkte: PatientInnenedukation, familienorientierte Pflege, Weiterentwicklung evidence-basierter Pflegepraxis
E-Mail: brigita_schwarz@hotmail.com

2099. doi:10.1111/jocn.12498

Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals‘ perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. Health Expect, 18(5), 796-808. doi:10.1111/hex.12104

Espezel, H. J., & Canam, C. J. (2003). Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. J Adv Nurs, 44(1), 34-41.

Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. J Pediatr Nurs, 25(5), 335-343. doi:10.1016/j.pedn.2009.01.006

Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. J Adv Nurs, 29(5), 1178-1187.

Institute for patient- and family-centered care. Core Concepts of Patient- and Family-Centered Care. Retrieved from http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage ed.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. J Adv Nurs, 67(5), 1152-1162. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x

National Center for Cultural Competence. (2007). A Guide for Advancing Family-Centered and Linguistically Competent Care. Retrieved from https://nccc.georgetown.edu/documents/fcclcguide.pdf website:

Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. J Clin Nurs, 19(17-18), 2629-2638. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03214.x

Unfällen im Alltag vorbeugen!

Kandioler, Kuderna, Lang, Sprengseis

Erste Hilfe für mein Kind

Gewusst wie – Im Ernstfall schnell und richtig reagieren!

maudrich 2016, 2., überarb. Aufl., 144 Seiten
durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP

- Was Sie bei kleineren und größeren Notfällen tun können
- Viele Beispiele und bebilderte Schritt-für-Schritt-Anleitungen
- Spannendes Hintergrundwissen und Tipps zur Unfallverhütung
- Checklisten zu Basismaßnahmen, Hausapotheke und hilfreiche Adressen

maudrich

Schritt für Schritt…

Die Umsetzung der Novellen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016/17 im St. Anna Kinderspital

Im St. Anna Kinderspital wurde die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG-Novelle) mit großer Spannung und Sorge erwartet. Um einerseits mit dieser Sorge aller betroffenen MitarbeiterInnen und andererseits mit den konkreten Änderungsbedarfen konstruktiv umgehen zu können, wurde bereits im Dezember 2015 anhand verfügbarer Entwürfe der GuKG-Novelle begonnen, die Umsetzung (vor) zu denken.

Mit dieser Vorbereitungsarbeit wurde die Autorin beauftragt. Diese Beauftragung umfasst die intensive inhaltliche Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle sowie die Leitung der Umsetzung in enger Kooperation mit der Pflegedirektorin sowie den KollegInnen aus der Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege.

Im Folgenden erhalten Sie Informationen zum bisherigen Vorgehen sowie einen Ausblick, auf die nächsten Schritte zur Umsetzung der GuKG-Novelle im St. Anna Kinderspital.

„In den verfluchten Bergen, Albanien“ (C): Ursula Wagner

Umsetzung der geänderten Erfordernisse

Von Anfang dieses Prozesses an wurden in der Pflegedirektion folgende zwei Vorgehensweisen festgelegt:

1. Information der MitarbeiterInnen
2. Schrittweise Umsetzung

1. Information der MitarbeiterInnen

Bereits vor Inkrafttreten der GuKG-Novelle wandte sich die Pflegedirektorin an alle MitarbeiterInnen in der Pflege, um sie auf die bevorstehenden Veränderungen hinzuweisen.

Im Oktober 2016 veranstaltete die Pflegedirektorin eine Informationsveranstaltung zur GuKG-Novelle, die sich an MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen wandte. Ziel der Präsentation war die Beantwortung folgender Fragen zur GuKG-Novelle:

- Was ist neu?
- Was wird sich ändern?
- Was sind die nächsten Schritte?

Die Informationsveranstaltung war dreiteilig aufgebaut: Im ersten Teil wurden die für das St. Anna Kinderspital besonders relevanten Inhalte präsentiert, nämlich...

- die geänderten Bezeichnung der Kompetenzen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
- die geänderten Kompetenzen selbst, insbesondere die Pflegerischen Kernkompetenzen (§14)und die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§15)
- die Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- die veränderte Fortbildungsverpflichtung für Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP)
- die neuen Berufsbezeichnungen
- der neue Gesundheits- und Krankenpflegeberuf sowie
- eine Gegenüberstellung der Ausbildungen von Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz.

Anschließend bekamen die TeilnehmerInnen die Möglichkeit ihre noch offen gebliebenen Fragen in Kleingruppen zu besprechen und für die anschließende Weiterarbeit zu sammeln.

Im dritten Teil wurden diese Fragen beantwortet bzw. zur späteren Beantwortung übernommen. Besonders viele Fragen wurden zu den Themen Ausbildung an Schulen und an Fachhochschulen und die daraus resultierenden Unterschiede sowie zur Akademisierung von langjährigen Pflegepersonen gestellt. Darüber hinaus wurden Fragen zu erforderlichen Spezialisierungen und zum Einsatz von Pflege-(fach-)AssistentInnen im St. Anna Kinderspital beantwortet.

Um Transparenz bzgl. aller gestellten Fragen und gegebenen Antworten zu schaffen, wurde das Protokoll der Veranstaltung allen MitarbeiterInnen zugesandt sowie online zur Verfügung gestellt.

Während des gesamten Projektes sind alle MitarbeiterInnen aufgefordert Fragen zu stellen, die umgehend von den MitarbeiterInnen der Pflegedirektion in Einzelgesprächen, per Email etc. beantwortet werden. Zudem wird über die relevanten Projektschritte und-inhalte ausführlich informiert.

2. Schrittweise Umsetzung

Von der Projektleiterin und allen MitarbeiterInnen der Pflegedirektion wird intensiv an der Implementierung der erforderlichen Veränderungen gearbeitet. Im Folgenden werden die aktuell bedeutendsten Schritte beschrieben, nämlich „Spezialisierungen“, „§ 15“ sowie „Pflegefachassistenz“.

2.1 Spezialisierungen

Die besondere Situation im Kinderspital ist, dass nur Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit Spezialisierung Kinder- und Jugendlichenpflege beschäftigt werden dürfen [1]. Zwar können auch GeneralistInnen angestellt werden, sie müssen allerdings die Spezialisierung in der Kinder- und Jugendlichenpflege innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit abgeschlossen haben. Eine Versetzung an eine Abteilung ohne Spezialisierungsbedarf ist im Kinderkrankenhaus nicht möglich.

(C) Sebastian Duda.

Aufgrund dieser Tatsache wurden die Qualifikationen aller bereits angestellten MitarbeiterInnen überprüft und im Anlassfall die Spezialisierungen geplant. Die Vorgehensweisen für neu einzustellende MitarbeiterInnen wurden festgelegt.

2.2. Übernahme der Tätigkeiten im Bereich „Pflegerische Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie“

Der § 15 GuKG sieht eine Kompetenzerweiterung im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie vor, völlig neu jedoch sind nur „Zi 6) (…), einschließlich der patientennahen Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests“ sowie „Zi 20) Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z.B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP)“

Vorweg…

Im St. Anna Kinderspital war der §15 GuKG bis dato nicht vollständig umgesetzt. Und das hatte gute Gründe. So werden beispielsweise periphere Venenverweilkanülen von ÄrztInnen gelegt, weil es hier für Turnus- und AssistenzärztInnen die einzige Gelegenheit ist, das zu lernen und weil darüber hinaus zum Legen dieser Kanüle zwei bis drei MitarbeiterInnen erforderlich sind. Zudem wird auf den onkologischen Stationen besonders auf eine vertrauensvolle, unbelastete Beziehung zwischen PatientIn/Bezugsperson und der betreuenden Pflegeperson geachtet, weshalb diese schmerzhafte Intervention von ÄrztInnen durchgeführt wird.

Der Leitspruch für die Arbeit am §15 GuKG lautet:

„Vorerst bleibt alles beim Alten. Alleingänge einzelne MitarbeiterInnen sind verboten.“

Damit soll sichergestellt werden, dass nicht einzelne MitarbeiterInnen, die einzelne, noch nicht umgesetzte Kompetenzen bereits anwenden könnten, „lospreschen“ und damit ein Gefälle zwischen „guten“ (weil hilfreichen) und „bösen (weil unwilligen) Pflegepersonen entsteht.

Vorgehensweise

In den Vorbereitungen zur vollständigen Umsetzung des § 15 GuKG wurden in einem **ersten Schritt** mit allen pflegerischen Leitungen Folgendes erhoben:

- Status der Umsetzung: Welche der Kompetenzen kommen auf meiner Station/in meiner Ambulanz/ in meinem Bereich bereits zur Anwendung?
- Potenzial: Welche Kompetenzen könnten meines Erachtens dort einfach und rasch umgesetzt werden.

Basierend auf diesen Daten erfolgte die Erstellung einer Übersichtmatrix, die von den Mitgliedern der Pflegedirektion bearbeitet wurde. In dieser bearbeiteten § 15-Matrix ist festgelegt, welche Kompetenzen im St. Anna Kinderspital von DGKP

- angewendet werden
- nicht angewendet werden, weil sie
  - gar nicht vorkommen bzw.
  - weil das Risiko in der Arbeit mit den speziellen PatientInnen besonders hoch ist.

Darüber hinaus gibt es Kompetenzen, deren Anwendung von der kollegialen Führung noch entschieden werden muss. Bei diesen Kompetenzen handelt es sich um besonders zeit- und mitarbeiterInnenintensive. Da es aufgrund der vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen nicht möglich und sinnvoll ist, die mit den Kompetenzen verbundenen Tätigkeiten „einfach“ von den ÄrztInnen zu den Pflegenden zu transferieren, ist es vorweg erforderlich den Fragen nachzugehen, was Pflege an wen abgeben bzw. was sie vollständig weglassen kann. Mit dieser Arbeit wird Ende Herbst 2017 begonnen werden.

In einem **zweiten Schritt** wurden alle PflegemitarbeiterInnen im Rahmen der einzelnen Teambesprechungen über die Ergebnisse der Entwicklung der § 15-Matrix informiert und hatten die Möglichkeit Antworten auf ihre Fragen zu bekommen. Die Information der ÄrztInnen ist für September 2017 geplant.

Um die Anwendung der Kompetenzen, die bereits beschlossen wurden, vollständig umsetzen zu können, wird aktuell als dritter Schritt der Umsetzung des § 15 GuKG der Qualifizierungsbedarf aller DGKP mit einer online Befragung anonym erhoben. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Erhebung wird ebenfalls ab Herbst 2017 mit den gezielten Qualifizierungsmaßnahmen begonnen werden.

2.3. „Lange Bank“

Aktuell arbeiten drei PflegeassistentInnen im Haus, und mit den ersten PflegefachassistentInnen ist erst mit Sommer 2019 zu rechnen. Wie weit für sie Spezialisierungen gefordert sind, ist aus heutiger Sicht noch unklar.

Deshalb ist die Aufgabenverteilung zwischen diesen einzelnen Berufsgruppen der Gesundheits-

und Krankenpflegeberufe erst in Vorbereitung.

Abschluss

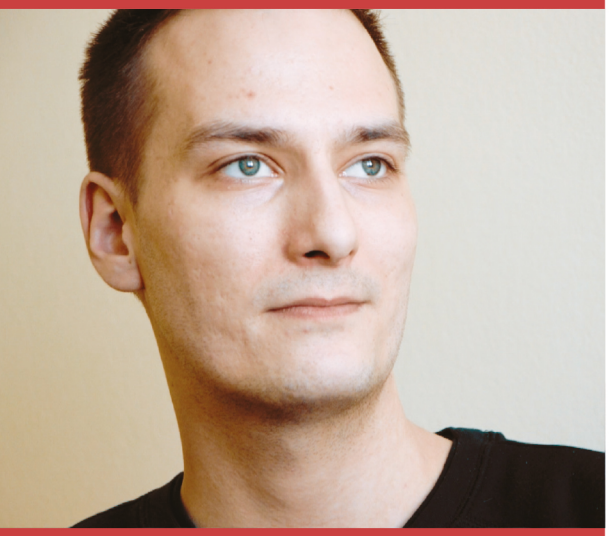
Die MitarbeiterInnen der Pflegedirektion sind davon überzeugt einen guten und gangbaren Weg eingeschlagen zu haben und damit eine tragfähige Basis für die weiteren notwendigen Schritte geschaffen zu haben: Die ersten Schritte sind getan, ein langer anspruchsvoller Weg liegt noch vor uns.

[1] Ausnahmen dazu bestehen nur in den Bereichen, die andere Spezialisierungen erfordern, z.B.: Pflege im Operationsbereich, (Kinder-)Intensivpflege, Anästhesiepflege.

Autorin

Helene Breiteneder-Aigner, MSc
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Kinder- und Jugendlichenpflege)
Organisations- und Personalentwicklerin, systemische Coach
Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege, St. Anna Kinderspital Wien
Kontakt: helene.aigner@stanna.at

Dieser Artikel wurde ursprünglich in der Österreichischen Pflegezeitschrift 01/2017 abgedruckt. Hier erscheint er in der im Juli 2017 aktualisierten Version.



„Trotz Demenz will ich mit Respekt behandelt werden."

Raimund J.

Kardinal König Haus

Weiterentwicklung für den Demenzbereich

Lehrgang **Dementia Care 2018** bzw. Weiterbildung „Pflege bei Demenz" gemäß §64 und §104a GuKG, Kardinal König Haus, Wien.

Jetzt anmelden unter dementiacare@kardinal-koenig-haus.at.

In der Dauer von 18. Jänner bis 23. November (300 Stunden) absolvieren die interprofessionellen Teilnehmenden berufsbegleitend fünf Seminarblöcke und vier Coachingtage in Kleingruppen, führen ein Praxisprojekt durch und hospitieren in innovativen Einrichtungen.

Der Lehrgang konzentriert sich auf die Entwicklung der Haltung und der Handlung der Teilnehmer/innen. Dafür werden medizinische und fachliche Grundlagen, Ethik und Recht in der Anwendung, Rahmenbedingungen und Vermittlung (Multiplikator/innen), Lebensqualität und Wohlbefinden, Hospiz und Palliative Care u. a. behandelt.

Individuelle Beratung und ausführliche Informationen bei Christine Hafner, **dementiacare@kardinal-koenig-haus.at** oder **01/804 75 93–615.**

(C) Win Nondakowit

„Gesundes Führen“

Ein ganzheitliches Konzept im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
Ein Erfahrungsbericht aus Sicht der mittleren Managementebene

Mit den beiden Begrifflichkeiten „Gesund“ und „Führen“ verknüpft jeder Mensch ganz unterschiedliche Bilder, Definitionen und Empfindungen. Genauso ging es den pflegerischen Stationsleitungen, als sie in der ersten gemeinsamen internen Fortbildungsveranstaltung „Gesundes Führen“ im St. Anna Kinderspital zusammentrafen. Die Fortbildungsreihe war im Rahmen des jährlichen Bildungskonzepts 2015 mit drei Sequenzen angekündigt worden und für alle Führungskräfte der mittleren Führungsebene verpflichtend. Diese Personengruppe brachte ganz unterschiedliche Führungserfahrung in die Runde mit. Einige waren erst kurz, andere bereits viele Jahre in der Führungsposition (2 – 29 Jahre Führungstätigkeit). Auch der Altersunterschied der einzelnen Führungskräfte variiert enorm (39 – 59 Jahre). Damit wurden bereits in der Einstiegsrunde die unterschiedlichsten Erwartungshaltungen über die Seminarinhalte und Interpretationen zur Bedeutung von „Gesundem Führen“ bemerkbar.

> Gesundes Führen - betrifft Führungspersonen und MitarbeiterInnen gleichermaßen

Die Mehrdeutigkeit des Titels „Gesundes Führen“ war Basis für die Erarbeitung unseres persönlichen Bildes davon. Dies beinhaltete zum einen, dass die Führungskräfte primär ihren eigenen Führungsstil reflektieren, um ihn dann mit den Charakteristika des partizipativen – eines gesunden - Führungsstils zu vergleichen. Dieser ist geprägt von den „Soft Faktors“ Arbeitsklima, Entscheidungs- und Handlungsspielräume und Wertschätzung. Aber auch gekennzeichnet durch Feedback-Geben, Wertschätzung ausdrücken, gelebter und erlebter Transparenz, indem Entscheidungen und Entscheidungsfindungsprozesse offen kommuniziert werden. Die MitarbeiterInnen be-

kommen Ziele, Aufgaben und Verantwortungsbereiche übertragen, die ihrem/seinem Entwicklungs- und Lernmöglichkeit entsprechen. Partizipativ bedeutet aber auch, Grenzen aufzuzeigen und diese klar zu formulieren. All diese Faktoren haben positiven Einfluss auf Unternehmensbindung, Arbeitszufriedenheit, Fluktuation und die Gesundheit der MitarbeiterInnen.

Voraussetzung für „Gesundes Führen“ sind jedoch „gesunde Führende, die ihre eigene Gesundheit als Führungsperson im Focus haben bzw. in „in Balance“ sind. Führende, die eine Balance finden zwischen dem eigenen Anspruch Leistung, Erfolg im Arbeitsleben, aber auch Freude, Erholung und Erfüllung im Privatleben zu erleben und zu haben. Diese Balance hält uns gesund. Gerade Führungspersonen der mittleren Führungsebene bewegen sich im ständigen Spannungsfeld von vorgegebenen Zielen und Erwartungshaltungen ihrer Vorgesetzten einerseits und den Bedürfnissen und Forderungen der MitarbeiterInnen andererseits. Hinzu kommen die eigenen Ansprüche, die eigenen Zielsetzungen und das persönliche Rollenverständnis. In diesem Spannungsfeld der Erwartungen von allen Seiten bewegen sich Stationsleitungen. Wichtig dabei ist die Tatsache, dass Führungskräfte eine Vorbildfunktion für ihre MitarbeiterInnen einnehmen.

Die Sensibilisierung dafür, dass Gesundes Führen sowohl gesunde Selbstführung, als auch gesunde MitarbeiterInnenführung bedeutet, schuf für uns in den Veranstaltungen die Basis dafür, die individuellen Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen zu reflektieren und Strukturveränderungen zu überlegen, die es uns Führungskräften ermöglicht, die Gesundheit und das Wohlbefindens unserer MitarbeiterInnen zu erhalten und zu fördern, aber auch zu lernen, für uns selbst Sorge zu tragen. Sehr hilfreich dabei war unsere vielfältige Zusammensetzung der Gruppe, in Bezug auf das Alter und den unterschiedlichen Erfahrungsschatz der einzelnen Kolleginnen.

Individuelle Ansätze zur eigenverantwortlichen Steigerung der gesunden Lebensführung für uns selbst, aber auch für die einzelnen Teams wurden erarbeitet und diskutiert. Erste Umsetzungsschritte, wie zum Beispiel sich selbst eine ungestörte Pause zu erlauben, mit einer Kollegin zum Mittagessen zu gehen oder sich in der Freizeit einen realistischen sportlichen Ausgleich zu schaffen, entstanden dabei. Im Sinne der MitarbeiterInnen wurden zum Beispiel der Wunsch eines Teams nach freier Dienstplangestaltung aufgenommen und die ersten Schritte dafür geplant. Eine andere Kollegin wollte kleine „Muss-Pausen“ für ihre MitarbeiterInnen etablieren, die nächste sich um engmaschige, kurze Feedbackgespräche mit neuen MitarbeiterInnen bemühen, um rascher ein Stimmungsbild zu bekommen und rechtzeitig unterstützend eingreifen zu können. In den nachfolgenden Seminarterminen wurden all die Vorsätze und Ideen bezügliche ihrer Zielsetzung und Umsetzung evaluiert und weiterentwickelt. Neue Impulse und konkrete Handlungshinweise seitens der Seminarleitung, aber auch die rege Diskussion untereinander, halfen bei der Weiterentwicklung der Maßnahmen.

Ergänzend zu den Seminarinhalten fanden während des Bildungsjahres „Round Table“-Treffen mit dem Schwerpunkt-Thema „Durchführen von Jahresgesprächen“ statt. Obwohl Jahresgespräche bei uns bereits vor mehr als 10 Jahren eingeführt worden sind, wurde in diesem Zusammenhang noch einmal stark die Sinnhaftigkeit und deren Nutzen beleuchtet. In Informationsveranstaltungen erhielten wir Fakten über Altersstrukturen, Fluktuation, Personal Recruiting im St. Anna Kinderspital und Ergebnisse einer Erhebung über die Belastungsfaktoren von MitarbeiterInnen. Faktoren wie die Arbeitswegzeit, Frage nach Anzahl der zu versorgenden Kinder oder zu Pflegenden im Haushalt wurden dabei erhoben. All diese Informationen und Inhalte halfen uns dabei unser Führungsverständnis hin zu einem gesunden, partizipativen Führen zu entwickeln.

MitarbeiterInnenführung – wer braucht wann - was? Auf das Alter kommt es an!

Schwerpunkt des nachfolgenden Bildungsjahres war es, die Bedeutung von Alter und Generationenzugehörigkeit der MitarbeiterInnen zu erkennen. Theorieinputs zu den Themen „Generation Y“ und „Führen von Generationen“ ermöglichte es den Stationsleitungen die Charakteristika verschiedener Generationen, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Sichtweisen von „Jung und Alt“ und die Erfordernisse von Generationenmix kennenzulernen und mit den Strukturen und Besonderheiten des eigenen Führungsfeldes abzugleichen. Mehrere Generationen in einem Betrieb und innerhalb des eigenen Teams zu haben, ist eine Herausforderung, bei der es gilt, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, physische und psychische Arbeitsbedingungen den Anforderungen und Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter generatio-

nenentsprechend anzupassen.

Führungskräfte stehen vor der Aufgabe, Menschen unterschiedlichen Alters in jeder Phase des Arbeitslebens individuell zu begleiten. Im Mittelpunkt steht dabei die Erhaltung und/oder Verbesserung der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterIn. Ein Generationenenmix bedeutet auch, eine Ressource zu haben. Die Bandbreite an unterschiedlichen Stärken und Erfahrungen der Generationen können – einmal erkannt und geplant eingesetzt – als Nutzen für das gesamte Team gesehen werden.
Informationsquelle für die Bedürfnisse, Wünsche, Ärgernisse und Visionen unserer MitarbeiterInnen im St. Anna Kinderspital waren die parallel stattfindenden Generationen-Gesundheitszirkeln. Darauf aufbauend konnten wir Stationsleitungen konkrete Handlungsansätze individuell für den eigenen Führungsbereich überlegen. Mit den Ergebnissen gingen wir zurück in unsere Teams, um gemeinsam an Verbesserungsideen und deren Umsetzungsschritte zu arbeiten. Die Bandbreite dabei war enorm. Wünschte sich die junge Generation mehr Flexibilität in ihrer Freizeiteinteilung, Verständnis und Hilfe von älteren KollegInnen in der Einarbeitungsphase und konkrete Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten, so äußerte die Gruppe der 50+ Pflegepersonen den Wunsch nach Regenerationsphasen, flexibleren Dienstformen und die Idee ihr Wissen und ihre Erfahrung einbringen und an junge KollegInnen weitergeben zu können. Von allen Altersgruppen gleichermaßen wurden Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen Kommunikation in Konflikten und Deeskalation gewünscht. Das Bedürfnis nach einem gesunden Speiseangebot im Haus und Räumlichkeiten zum Rückzug und zur Entspannung wurde von allen genannt.

Dies alles geht nicht ohne eine Institution, die Rahmenbedingungen dafür schafft

Bei all unserem Enthusiasmus und Veränderungsideen wurde uns rasch klar, dass wir Rahmenbedingungen dafür benötigen, die eine Umsetzung der Ideen ermöglichen. Diese müssen von der gesamten Leitung des Hauses – der Kollegialen Führung – gegeben und ermöglicht sein. Ohne die Bereitschaft die notwendigen Ressourcen für Veränderungspro-

Haus der Arbeitsfähigkeit (C): Eva Rigal

zesse und Umsetzung der Ideen zur Verfügung zu stellen, wäre das Projekt zum Scheitern verurteilt. Es braucht die Bereitschaft Veränderungen zuzulassen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit bestimmen zu lassen.

Wir, von der mittleren Führungsebene, konnten diese Bereitschaft unserer Pflegedirektorin in gemeinsamen Klausurveranstaltungen, zusammen mit dem Team der Stabsstelle „Qualität und Entwicklung in der Pflege“ und den Bereichsleitungen, erfahren. Das gemeinsame Erkennen der von uns beeinflussbaren Faktoren und Themengebiete, das Abstecken unseres Handlungsrahmens, aber auch der Austausch der Erfahrungen und erarbeiteten Ideen, brachte uns Klarheit über gemeinsame Ziele und die Möglichkeiten, wie wir diese mit den vorhandenen Ressourcen erreichen möchten. Die Transparenz des Handlungsspielraumes und die Offenheit unserer Vorgesetzten schufen Raum für ehrliche Diskussion und Feedback.

Nicht nur über Gesundheit sprechen, sondern es auch tun

Die Teilnahme unseres Hauses an der Initiative „fit2work“ der österreichischen Bundesregierung fügte sich als gute Ergänzung in den Entwicklungsprozess unserer Institution. Die Initiative ermöglicht es teilnehmenden Betrieben und deren MitarbeiterInnen eine strukturierte Betriebsberatung für ein gesundes Arbeitsleben zu erhalten. Dieses Projekt bietet Beratung nach einem durchdachten phasenweisen Ablaufplan an, der, unter Einbindung der MitarbeiterInnen, aber auch der Führungskräfte, die Arbeitsfähigkeit erhebt, Sensibilisierungsworkshops durchführt und bei der Maßnahmenentwicklung unterstützt und berät. Seit Jänner 2017 haben MitarbeiterInnen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, welches auch eine wesentliche Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements darstellt, die Möglichkeit, mit hausinternen EingliederungsberaterInnen zu sprechen, die sie bei Problemen, die ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, beraten und begleiten können.

Als gemeinsames Bild für ein gesundes Arbeitsleben dient das Bild des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“, in dem die Stockwerke symbolisch für die Faktoren stehen, die ein gesundes Arbeitsleben ermöglichen. Die Basis hierfür bildet die körperliche, psychische und geistig-mentale Gesundheit Im ersten Stock wohnen Qualifikation, Wissen, Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Der dritte Stock beherbergt die Werte, Einstellungen und Motivation und in der vierten Etage sind Führung, Arbeitsumgebung, Arbeitsinhalte und Arbeitsorganisation zu finden. Die Arbeitsfähigkeit als übergeordnetes Ziel bildet das Dach des Hauses. Dieses Bild des Hauses sehe ich als Triebfeder, als Sinnbild für all der Aktivitäten, Seminare, Workshops und Befragungen, die in den letzten Jahren bei uns im St. Anna stattfanden und noch stattfinden.

Nicht nur „getan werden“, sondern selbst aktiv werden

Jede MitarbeiterIn und auch ich als Führungskraft möchte „gesund geführt“ werden. Dies ist jedoch kein Passivzustand, in dem man verharrt und andere machen lässt. Vielmehr beruht Gesundes Führen auf der Tatsache der Selbstverantwortung einer, eines Jeden. Jede einzelne MitarbeiterIn ist aufgerufen darüber nachzudenken, was sie/er braucht, um gesund im Arbeitsprozess zu bleiben. Der Arbeitgeber kann und muss Rahmenbedingungen schaffen, wie sie im Haus der Arbeitsfähigkeit beschrieben sind. Er kann Impulse setzen und Angebote, wie zum Beispiel die Organisation einer Gesunden-Untersuchung vor Ort während der Arbeitszeit oder kostenlose Impfstoffe für MitarbeiterInnen bereitstellen. Die Möglichkeit zu Supervision, Coaching, Teamentwicklungen zu besuchen oder an gemeinsamen, geförderten Sportaktivitäten teilzunehmen. Die Angebote müssen auch genutzt werden. Darüber hinaus kann auch vorausgesetzt werden, dass ein Stück der Verantwortung immer bei jedem Einzelnen selbst ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern und aktiv mitzuwirken, wenn es darum geht Veränderungen mitzugestalten.

Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Gesamtkonzept

War es anfänglich „nur“ eine geplante Seminarreihe über ein Jahr, so hat sich für mich/uns nach und nach der „rote Faden“ des Gesamtkonzepts des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erkennen gegeben. Die Seminarreihen für uns Stationsleitungen, die Workshops und Bildungsangebote für die MitarbeiterInnen waren – retrospektiv betrachtet – keinesfalls dem Zufall überlassen. Die Inhalte boten stets viel Raum für eigene Ideen, Impulse und Wünsche. Jede von uns Teilnehmerinnen wurde von ihrem Wissens- und Erfahrungsstand abgeholt und individuell gefordert und gefördert. Die gemeinsame Weiterentwicklung und der kontinuierliche Erfahrungsaustausch haben die

Gruppe und das Vertrauen zueinander gestärkt, gemeinsame Ziele und Visionen sind entstanden.

Das Gesamtkonzept bestand aus aufeinander abgestimmte Lernsequenzen und Entwicklungsschritten, deren Inhalte alle MitarbeiterInnen des St. Anna Kinderspitals miteinschlossen. Nicht nur die Berufsgruppe der Pflege wurde durch alle Hierarchieebenen sensibilisiert und in das Konzept mit eingeschlossen. Das Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist ein Konzept für das gesamte St. Anna Kinderspital mit all seinen beruflichen Professionen – angefangen bei Reinigungskräften bis hin zu den ärztlichen KollegInnen. Ein Konzept, das von allen Mitgliedern der Kollegialen Führung mitgetragen und mitgelebt wird und sich im Fluss befindet. Es ist noch lange nicht abgeschlossen ist, weil es den Veränderungen der Rahmenbedingungen folgen will und sich durch uns als Mitwirkende weiterentwickelt.

Wir als mittlere Führungskräfte werden „gesund geführt“. Fehlten mir persönlich als Führungskraft der Generation 50+ bisher die vorgegebenen Ziele, so weiß ich heute, dass ich Ziele mitbestimmen und mitgestalten darf. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist nicht einfach nur ein Sport- und Gesundheitsprogramm – es ist vielmehr ein ganzheitliches Konzept der Betriebsführung und eine Kultur, die in allen Führungsebenen Einzug halten muss, um ehrlich und nachhaltig wirksam werden zu können.

Autorin

Susanne Wieczorek, MSc

Pflegerische Stationsleitung der Station für Knochenmark- und Stammzelltransplantation im St. Anna Kinderspital
Masterstudium Pflegemanagement an der Donau Universität Krems, Coaching Ausbildung im Rahmen des Projektes „Gesundes Gesundheitswesen“, Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Fachausbildung pädiatrische Intensivpflege Ausbildung Praxisanleitung

Forschungswelten 2018

9. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitsforschung

19. & 20. April 2018

FHS St.Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Best of Bachelor - Best of Master Bestes Poster

Der Kongress Forschungswelten schreibt für 2018 den Preis „Best of Bachelor — Best of Master — Bestes Poster" aus. Er ist mit einem Preisgeld von € 3500.— sowie einer Einladung an den Kongress nach St. Gallen verbunden. Qualifikationsarbeiten, die zwischen dem 1. Juli 2015 und dem 31. Mai 2017 entstanden sind, können eingereicht werden.
Die Hochschulen im Gesundheits- und Pflegebereich werden aufgerufen, sich aktiv an ihrer und somit der nationalen und internationalen Nachwuchsförderungen zu beteiligen. Eingereichte Beiträge werden durch einen international besetzten wissenschaftlichen Beirat begutachtet. Die Auswahl erfolgt aufgrund der Qualität des eingereichten Abstracts. Bewertungskriterien sind Relevanz des Beitrags für die Pflege, theoretische und methodische Tiefe des Beitrages, kritische Reflexion und Verständlichkeit der Arbeit. Die Auswahl erfolgt durch ein Preiskomitee. Die Gewinner/innen werden auf der Abschlussveranstaltung bekannt gegeben und der Preis dort überreicht. Die Einreichung ist bis 31.1.2018 möglich.

Das Preisgeld verteilt sich auf folgende Einzelpreise:

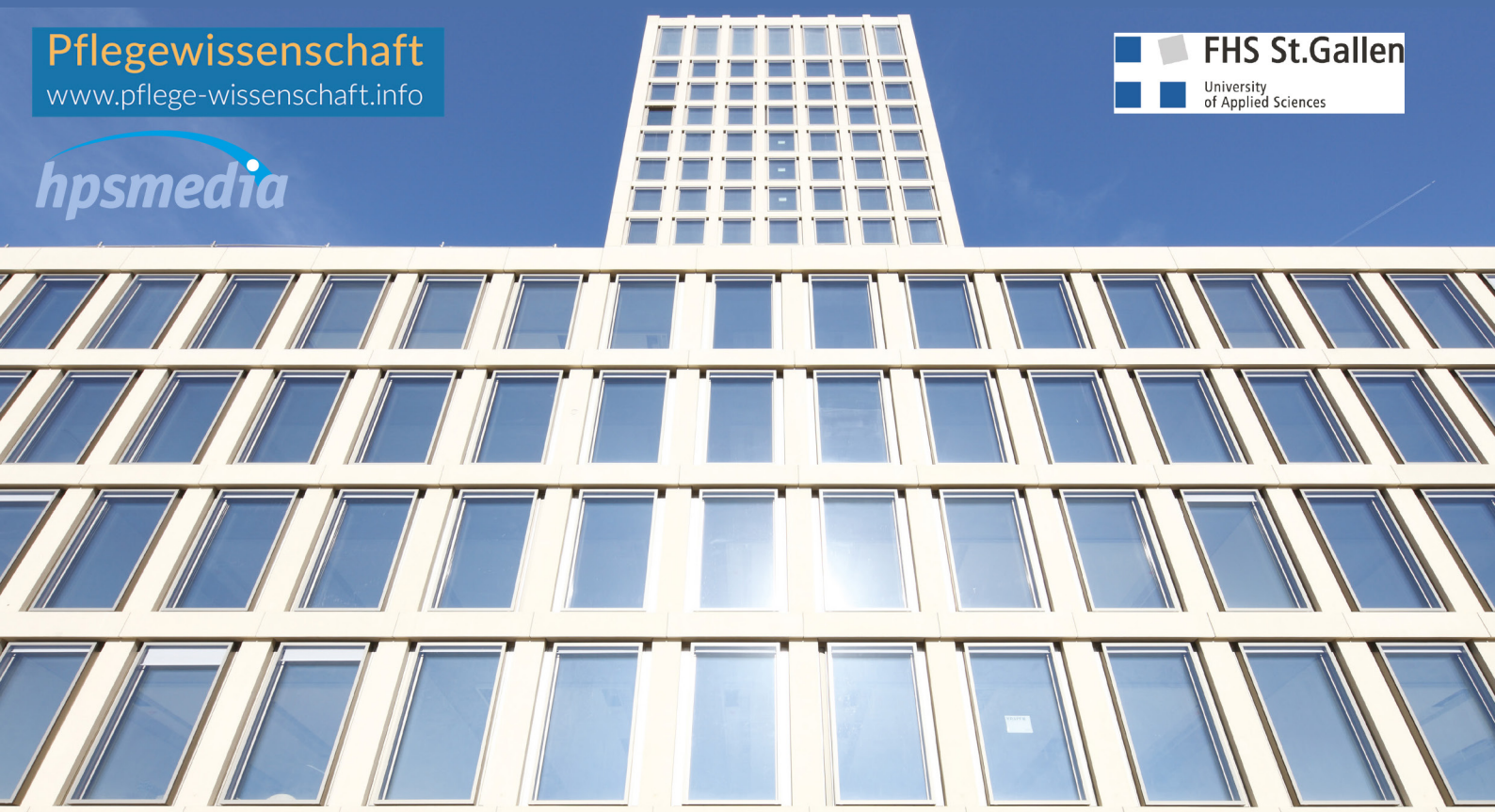
Best of Master: 1. Preis € 1000.— ; 2. Preis € 700— ; 3. Preis € 400.—
Best of Bachelor: 1. Preis € 500.— ; 2. Preis € 400.—
Bestes Poster: € 500.—

Einreichungen sind ausschließlich online möglich:
www.forschungswelten.info/call-for-abstracts/studierendenpreis

Pflegewissenschaft
www.pflege-wissenschaft.info

hpsmedia

FHS St.Gallen
University of Applied Sciences



Wissenschaftlicher Beirat
Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg, D-Vallendar | **Prof. Dr. André Fringer**, CH-St. Gallen | **Prof. Dr. Birgit Vosseler**, CH-St. Gallen | **Univ.-Prof. Dr. Elfriede Fritz**, A-Hall in Tirol | **Dr. Heike Geschwindner**, CH-Zürich | **Univ.-Prof. Dr. Hanna Mayer**, A-Wien **Prof. Dr. Herbert Mayer**, D-Rheine | **Prof. Dr. Bernd Reuschenbach**, D-München

Study-Nurses im St. Anna Kinderspital

„Was macht eine Study Nurse eigentlich genau?“
Dies haben sich manche sicherlich schon mal gefragt. Meistens sieht man uns nur kurz beim Fragebögen einsammeln, beim Entnehmen von Blutproben oder beim Datenerheben. Im alltäglichen Betrieb gibt es ansonsten wenige Berührungspunkte. Wir möchten einen Einblick in den Alltag einer Study Nurse am Beispiel des St. Anna Kinderspitals geben.

Worum es geht...

Wie der Name schon sagt, geht es um Studien. Konkret geht es bei uns um die Assistenz bei der Durchführung von klinischen Studien bei hämato-onkologischen PatientInnen im Alter von 0-18 manchmal auch 21 Jahren, die von einer Pharmafirma gesponsert werden. Das heißt die Verantwortung und die Kosten für die Studiendurchführung werden vollständig von der Pharmafirma übernommen.

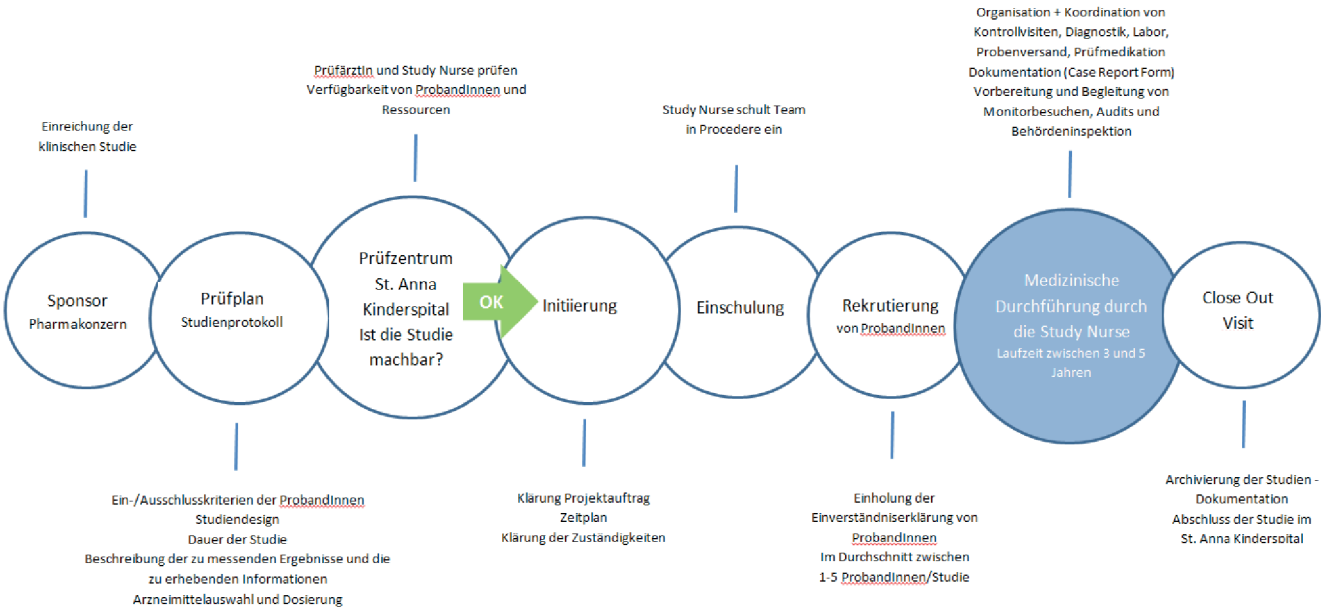
Ein Großteil der Medikamente, die bei Kindern und Jugendlichen verwendet werden, sind für diese gar nicht zugelassen. Hier spricht man von „Unlicenced“ bzw. „Off-Label-Use“. Das heißt, dass die Medikamente zwar wirken und auch Nebenwirkungen haben, aber nie in klinischen Studien an Kindern und Jugendlichen getestet worden sind. Die Pharmaindustrie ist zunehmend daran interessiert dieses zu ändern. Zumal neue Medikamente seit 10 Jahren immer für Kinder zugelassen werden müssen, wenn sie in der Pädiatrie Verwendung finden.

Was wir können müssen

Im St. Anna Kinderspital haben alle Study Nurses das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege. Gute Englischkenntnisse sind notwendig, da die Studiensprache Englisch ist. Alle Protokolle und Dokumentationsunterlagen sind in englischer Sprache verfasst, die Investigatormeetings, in denen eine neue Studie weltweit den PrüfärztInnen und Study Nurses vorgestellt wird, finden ebenso nur in englischer Sprache statt. Auch ein Großteil der Korrespondenz und der Telefonate sind auf Englisch zu führen. Die Kontaktpersonen von Helpdesks für die Onlinedokumentation sitzen immer öfter im Ausland. Hier müssen wir allerdings zugeben, dass oft auch die besten Sprachkenntnisse nicht immer ausreichen.

Weiters sind fundiertes EDV Wissen, penible Dokumentationsgenauigkeit und ein gewisses Talent in Suchen und Finden von

(C): Ian Ehn



Akten, Befunden und Einträgen ist unerlässlich. Die Begleitung von Studien erfordert natürlich auch viel Geduld und Durchsetzungsvermögen.

Unsere Aufgaben

Die wichtigste Aufgabe einer Study Nurse ist unserer Meinung nach die studienrelevante Betreuung der PatientInnen und deren Angehöriger. Zur Betreuung der PatientInnen gehören folgende Punkte:

- Visitenplanung der einzelnen PatientInnen
- Koordination der Untersuchungen, die im Protokoll gefordert werden
- Aufklärung (Einverständniserklärungen holt immer die PrüfarztIn ein)/Erklärung der vorgesehenen studienspezifischen Maßnahmen
- Verabreichung der vorgesehenen Studienmedikation
- Blutabnahmen und Probenversand
- Assistenz bei Punktionen/ Biopsien usw.
- Bereitstellung von Informationsmaterialien
- Aushändigen von Befunden nach ärztlicher Absprache und gegebenenfalls Erklärung dieser
- Bestellung, Ausgabe und Lagerführung der Studienmedikation
- Assistenz bei der Erhebung von Fragebögen
- Dokumentation sowohl in PatientInnenakte als auch in der eCRF (elektronisches Dateneingabesystem)

Weitere Aufgaben sind insbesondere die administrativen und dokumentarischen Tätigkeiten rund um die klinische Studie wie beispielsweise

- Assistenz bei PatientInnenaufklärung und Randomisierung .Die Randomisierung und PatientInnenvisitenmeldung läuft über Onlineportale wie z.B. Clinphone/IVRS
- Studiendokumentation (CRF, Drugaccountability, TemperaturLog, Beantwortung von Queries, Trainingslogs, Delegation Logs)
- Vorbereitung und Unterstützung von Monitorings, Audits und Inspektionen
- PatientInneneinberufung im Falle des nicht Erscheinens
- Befund – und PatientInnenbriefanforderungen von anderen Krankenanstalten und ÄrztInnen
- Meldung der unerwünschten Ereignisse (AE/SAE) an den Sponsor
- Archivierung der Studienunterlagen (30 Jahre)
- Gegebenenfalls Retournierung nicht gebrauchter Materialien/ Geräte/Medikamente an den Sponsor (auch zu Wartungszwecken)
- Unterstützung anderer, die an der Planung, Dokumentation und Durchführung der Studien beteiligt sind (Monitore/ ProjektmanagerIn/AuditorIn/ Apotheke/Labor(zentral und Haus))
- Bestellung der Studienkits, der Frachtpapiere und der notwendigen Verpackungen (Trockeneis/flüssiger Stickstoff) (das ist eine Wissenschaft für sich für die man mittlerweile eine Fortbildung mit anschließender Prüfung braucht (IATA-Schulung))
- Vorbereitung diverser Studienmaterialien für den Versand
- Anforderung und Koordination mit dem Kurier
- Machbarkeitsüberprüfung vor einer geplanten Studie (Lager/

Archiv/Kühlmöglichkeiten/Geräte für die Verarbeitung der Blutproben/CV´s/Zertifikate/Information an Labor, Apotheke, Stationen…)
- Führung des Studienbüros
- Kommunikation nach innen und außen

Zu guter Letzt darf man aber auch die Schulung der PatientInnen/Bezugspersonen und vor allem auch des Personals (Pflegepersonen/ ÄrztInnen/ Leiterin des Medikamentendepots)nicht vergessen. Folgendes fällt darunter:

- Prüfpräparatelagerung in der Apotheke (wo wird gelagert, Temperaturlog)
- Zubereitung und Verabreichung der Medikamente
- Einschulung in studienspezifische Geräte (Infusionspumpen/IPads für Fragebögen etc.)
- Timelines bei Medikamentengaben, Visiten , Blutabnahmen usw.

Wichtigster Punkt bei der Schulung aber ist, das eigene Wissen über die Studie. Denn nur, wer gut informiert ist, kann Informationen auch verständlich und umfassend weitergeben. Das bedeutet in unserem Fall, dass man das Protokoll gelesen haben muss (selten unter 100 Seiten) und sich bei Unklarheiten, zumindest vor dem ersten PatientInnenkontakt entweder an die PrüfarztIn, den Monitor oder die ProjektmanagerIn wenden sollte.

PatientInnenvisite

Zuletzt möchten wir noch kurz den Ablauf einer PatientInnenvisite erläutern. Im Vorfeld organisieren wir, dass die PatientIn auch zum richtigen Zeitpunkt vor Ort ist. Dann wird der Visitschedule (Visitenplaner) kontrolliert, um zu wissen, welche Untersuchungen an dem Tag zu absolvieren sind, und um auch gleich Termine im Röntgen/Ultraschall/EKG usw. zu vereinbaren und eventuell OP und Sedierungen zu organisieren. Natürlich informiert man auch die zuständige Station/Ambulanz/ Tagesklinik und bittet um einen kurzen Anruf, wenn die PatientIn ankommt. Außerdem nimmt man sich das richtige Laborkit zur Hand, beschriftet Röhrchen und Begleitscheine, ruft den Kurierdienst an, organisiert Trockeneis und Pick-up. Notwendige Medikamente aus dem Medikamentendepot werden geholt, bereitet sie, falls nötig, zu und legt sie auf der Station bereit. Ist die PatientIn angekommen, macht man sich mit dem Blutabnahmeröhrchen auf den Weg zur Station. Nach Begrüßung der PatientIn und Bezugspersonen, werden diese kurz über den Ablauf informiert und etwaige Fragen geklärt.

Abhängig von der Station übernimmt man Untersuchungen, Blutabnahmen und die Verabreichung der Medikamente selbst oder bittet die dort stationsinternen Pflegepersonen das zu übernehmen. Wir kümmern uns um die Verarbeitung und Versendung des Blutes. Hin und wieder muss die PatientIn auch noch einen Fragebogen zum körperlichen und psychischen Zustand ausfüllen. Dabei stehen wir selbstverständlich auch unterstützend zur Seite. Bevor die PatientIn nach Hause darf, überprüft man noch einmal, ob wirklich alle Untersuchungen durchgeführt und die Vitalparameter vollständig und alle Laborparameter im Hauslabor ausgewählt wurden. Dann wird alles dokumentiert. Die Visite muss online an die Pharmafirma gemeldet werden und der eCRF muss mit relevanten Daten ausgefüllt werden.

Qualitätssicherung

Wie in allen klinischen Bereichen gibt es auch in den klinischen Studien Instrumente zur Qualitätssicherung, da es den Pharmafirmen in hohem Maße um die Qualität und Richtigkeit der erhobenen Daten geht und die PatientInnensicherheit an oberste Stelle steht. Diese Werkzeuge sind Monitoring, Audit und Inspektion.

Bei einem Monitoring kommt ein CRA (Clinical Research Associate) an das Prüfzentrum, der entweder direkt von der Pharmafirma kommt oder von einer CRO (Clinical Research Organisation) die von der Pharmafirma engagiert wurde. Dieser Monitor verifiziert die von uns eingegebenen Daten. Dazu braucht er sämtlich PatientInnenakten und Studienordner. Der Monitor macht quasi einen Crosscheck, ob die im eCRF eingegebenen Daten wirklich den Daten in der PatientInnendokumentation entsprechen und ob diese vollständig sind. Bei den Monitoringvisiten wird auch Fehlendes ergänzt und die Studienordner auf den neuesten Stand gebracht. Nach der Monitoringvisite erhält man immer einen Monitoringbrief, in dem steht, was noch nicht dokumentiert wurde, welche Visiten anstehen und was sonst noch auszubessern, abzulegen und zu organisieren ist.

Audit

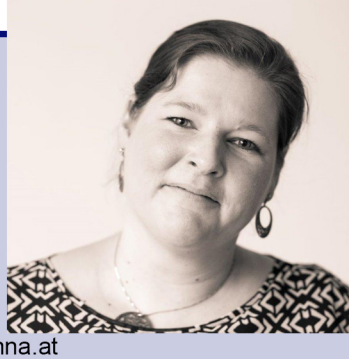
Ein weiteres Qualitätssicherungsinstrument ist das Audit. Hier kommen von der Pharmafirma beauftragte AuditorInnen und überprüfen noch einmal die gesamte Dokumentation und alle Abläufe am Prüfzentrum. Diese

Prüfungen werden angekündigt und wollen gründlich vorbereitet sein. Denn kommt es zu einer PatientInnengefährdung aufgrund massiver Protokollabweichungen oder Qualitätsmängeln, kann das Prüfzentrum geschlossen werden. So eine Überprüfung gibt es natürlich auch von behördlicher Seite. Diese sogenannte Inspektion kann dieselben Folgen haben, wenn es Unstimmigkeiten gibt

Fazit

Abschließend ist zu sagen, dass der Beruf der Study Nurse unglaublich facettenreich und spannend ist. Er erfordert eine große Kommunikationsfähigkeit und Flexibilität. Stellt man sich dieser Herausforderung, lernt man täglich neue Dinge und hat die Gewissheit, dass man für seine PatientInnen das Bestmögliche getan hat. Denn Studien an Kindern und Jugendlichen sind Erkenntnisse und Fortschritte für Kinder und Jugendliche.

Autorin



Christiana Echtner
Email: christiana.echtner@stanna.at
Gesundheits- und Krankenpflegerin
(Kinder- und Jugendheilkunde)
Study Nurse im St. Anna Kinderspital

Autorin

Heatherheart Ablaza
Email: heratherheart.ablaza@stanna.at
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Study Nurse im St. Anna Kinderspital

Christine Haas-Schranzhofer

Dein Wille, dein Wohl

Pflege zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung

facultas 2016, 168 Seiten, broschiert
EUR 21,90 (A) / EUR 21,30 (D) / sFr 29,– UVP
ISBN 978-3-7089-1415-2

Viele Situationen im beruflichen Alltag führen bei Pflegepersonen zu Gewissenskonflikten. Die richtige Balance zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Verantwortung von Pflegenden ist schwer zu finden. Dieses Buch zeigt fundiert und anschaulich, wie Handeln in diesem Spannungsfeld erfolgreich gelingen kann. Mit rechtlichen Hintergrundinfos, lebensnahen Beispielen und Überlegungen für die Praxis.

„Fach- und Führungskräfte aus der Pflege finden fundierte Informationen, viele Praxisbeispiele und Impulse zu dem wichtigen Thema Selbstbestimmung. Der komplexe Inhalt wird klar und verständlich vermittelt."
Alexandra Günther, socialnet.de

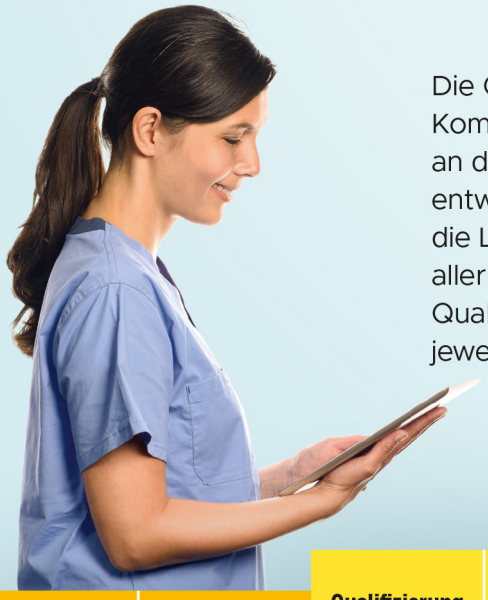
www.facultas.at

facultas

180 Jahre St. Anna KinderSpital

Qualifizierungsmatrix in der Apherese

Das St. Anna-Stufenmodell: Wer darf was?



Die Qualifizierungsmatrix der Apherese-Einheit beschreibt die Kompetenzentwicklung für die MitarbeiterInnen. Sie wurde angelehnt an die „Stufen zur Pflegekompetenz“ von Patricia Benner (1994) entwickelt. Es ist geregelt, wie die erforderliche Qualifizierung für die Levels erreicht wird. In einer Tätigkeiten-Matrix ist die Zuordnung aller Apherese-Tätigkeiten für jeden Level dargestellt. Über eine Qualifikation für die nächste Stufe entscheidet die einzelne DGKP jeweils gemeinsam mit dem Apherese-Team.

Qualifizierung	Qualifizierungs-nachweis	Qualifizierung	Qualifizierungs-nachweis	Qualifizierung	Qualifizierungs-nachweis	Qualifizierung	Qualifizierungs-nachweis
LEVEL 1		**LEVEL 2**		**LEVEL 3**		**LEVEL 4**	
VORAUSSETZUNGEN							
• für DGKP: sechs Monate Intensivpflege-erfahrung mit 40 Wochenstunden		• Qualifizierungsnachweis Level 1 • Abgeschlossene, dokumentierte Anleitung für das Gerät Prisma CFM Hospal®* *„Hämofiltration und Hämodiafiltration“		• Qualifizierungsnachweis Level 2		Qualifizierungsnachweis Level 3	
		Über die Aufnahme in das nächsthöhere Level entscheiden die betroffene MitarbeiterIn und das Aphereseteam.					
QUALIFIZIERUNG							
THEORETISCHE EINSCHULUNG							
Kenntnisse des Qualitätsmanage-mentsystems erwerben A) PatientInnenadministration erlernen B) Vortragsreihe Level 1		A) Erweiterte PatientInnen-administration I erlernen B) Vortragsreihe Level 2 C) Notfälle in der Apherese I		A) Erweiterte PatientInnen-administration II erlernen B) Vortragsreihe Level 3 C) Notfälle in der Apherese II		Teilnahme an der Weiterbildung „Pflege bei Aphereseverfahren“ (GuKG §64)	
PRAKTISCHE ANLEITUNG							
• Überwachung von Apheresetech-niken inklusive Blutentnahmen • Umgang mit Bestrahlungsgerät im vorgegebenen Kompetenzniveau • Vorbereitung der Formulare, der Blutabnahmen, des Materials, der PatientInnenposition und von Infusionen lt. AVO • Befunde einordnen		• Hausinterne Anleitung in Apheresesystemen und -techniken • Durchführung von jeweils zehn Apheresen in bis zu drei Techniken unter Supervision • MPG konforme Firmenein-schulung (=Anleitung) über die erlernten Apheresesysteme		• Hausinterne Anleitung in allen Apheresesystemen und -techniken außer Knochenmarks-aufbereitung • Durchführung von jeweils zehn Apheresen in allen neu zu erlernenden Techniken unter Supervision • MPG konforme Firmeneinschulung		Teilnahme an der Weiterbildung „Pflege bei Aphereseverfahren“ (GuKG §64)	
WER QUALIFIZIERT?							

Auszug aus der Qualifizierungsmatrix

Impressum:
AutorInnen der Matrix L. Beiglböck, QM-Beauftragte Apherese; H. Breiteneder-Aigner, Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege; R. Ritter, Qualifizierungsbeauftragter Apherese; V. Witt, Ärztlicher Leiter Apherese, Juli 2017. Grafik: Auszug aus der Arbeitsanweisung „Qualifizierungsmatrix: Das St. Anna Stufenmodell“ Foto: Fotolia, Grafikdesign: Levent Tarhan / atelier-lev.com

#gesucht

Einsatzkräfte

schulterwurf

Wir sind auf der Suche nach Allgemein-,
Trauma und Ortho-Chirurgen;
Anästhesisten und Gynäkologen (m/w).

www.msf.at/gesucht

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

Unabhängig. Unparteiisch. Unbürokratisch.

Anlegen von MASKE und MANTEL

Elternedukation auf der Stammzelltransplantation-Station

Eine Stammzelltransplantation ist bei einer Vielzahl an Erkrankungen die einzige Therapieoption. Es handelt sich dabei um ein sehr invasives und risikoreiches Verfahren mit vielen Nebenwirkungen und Komplikationen.

Um den Patienten oder die Patientin auf die Stammzelltransplantation vorzubereiten, muss das eigene Immunsystem unterdrückt werden. Dies geschieht im Rahmen der Konditionierung durch Chemotherapie und /oder Strahlentherapie. Dabei kommt es zu einem Abfall der Leukozyten, der Patient ist aplastisch oder im Zustand der Aplasie befindlich, das Immunsystem wird ausgeschaltet – die Anfälligkeit gegenüber Infektionen nimmt infolgedessen stark zu.

Diese hohe Infektionsgefährdung erfordert eine strikte Isolierung des Patienten oder der Patientin in einem keimarmen Einzelzimmer, der sogenannten LaminaAirFloweinheit. Diese darf von Eltern/ Bezugspersonen, Pflegepersonal, ÄrztInnen nur nach gründlicher Händehygiene und Anlegen eines sterilen Mantels und Maske betreten werden. Laufende strenge Hygienemaßnahmen sind von allen beteiligten Personen einzuhalten und durchzuführen.

Da die Eltern/ Bezugspersonen unserer Patienten und Patientinnen auf der SZT Station im St. Anna Kinderspital unbestritten ein wichtiger und wertvoller Partner bei der Betreuung der Kinder sind, wollen wir sie in den Stationsalltag integrieren, anleiten und gemeinsam ein Team bilden, das die Fürsorge für die Kinder und Jugendlichen teilt.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass Eltern/Bezugspersonen mit all den Informationen und Anleitungen oft überfordert waren, ebenso wurden Informationen angesichts mangelnder Deutschkenntnisse wenig bis gar nicht verstanden. Es braucht viel Zeit und Anleitung, um sich in der neuen Umgebung, mit all den Isolations- und Hygienemaßnahmen zu Recht zu finden.

Bereits bei Aufnahme des Patienten oder der Patientin werden im Rahmen des Pflegeassessements das Wissensdefizit über Hygienemaßnahmen und die unzureichende Kenntnis über Gefahren während der Transplantation der Eltern/Bezugspersonen erkannt und die daraus resultierenden Pflegemaßnahmen im Rahmen einer Pflegediagnose erfasst. Hohe Priorität haben hier die unterschiedlichen Fähigkeiten, Ressourcen und Probleme (sozial, psychisch) der Eltern/Bezugspersonen.

Mit dem Zeitpunkt der Aufnahme des Kindes beginnt die „Dekontaminationsphase“ in welcher der Körper des Patienten oder der Patientin von Keimen „befreit“ werden soll. Dies ist gleichzeitig auch die Zeit der Eingewöhnung, die vom Pflegepersonal auch zur intensiven Begleitung und Edukation der Eltern/Bezugspersonen genützt wird.

In dieser Phase werden Eltern/ Bezugspersonen in alle zu schulenden Isolations- und Hygienemaßnahmen durch das Pflegepersonal angeleitet und begleitet. Dazu gehören unter anderem: die korrekte Händehygiene, das Betreten der LaminaAirFloweinheit mit Anlegen von Mantel/ Maske, das Einschleusen von Gegenständen in die Einheit, das Aufbereiten des Essens, uvm. Die geschulten Isolations- und Hygienemaßnahmen werden auf einem speziell für die Elternedukation erarbeiteten Dokumentationsbogen dokumentiert. Dadurch erreichen wir eine deutliche Vereinheitlichung der Informationen durch das Pflegepersonal an die Eltern/ Bezugspersonen. Risiken, wie z.B. fehlende Sprachkenntnisse und damit die Notwendigkeit eines Dolmetschers, werden auf diesem Bogen erfasst. Das Einsetzen von Dolmetschern oder Videodolmetschern kann dadurch zu einem sehr frühen Zeitpunkt erfolgen. Der Dokumentationsbogen gewährleistet ein personenbezogenes, strukturiertes Abarbeiten einer Checkliste mit Dokumentation der Fortschritte. Die Einschulung gestaltet sich dadurch transparenter. Der Wissensstand der Eltern/ Bezugspersonen ist für jeden klar nachvollziehbar, Nachschulungsbedarf wird aufgezeigt. Auch der hierfür erforderliche Zeitaufwand wird sichtbar.

1A- Stammzelltransplantationseinheit
Dokumentation des Edukationsverlaufs

DOKUMENTATION DES EDUKATIONSVERLAUFS
Hygienische Richtlinien an der SZT Station

Patientenetikette:

	Name	Muttersprache	Spricht Deutsch		Versteht Deutsch		Dolmetsch notwendig	
Bezugsperson 1			ja	nein	ja	nein	ja	nein
Bezugsperson 2			ja	nein	ja	nein	ja	nein
Bezugsperson 3			ja	nein	ja	nein	ja	nein
Bezugsperson 4			ja	nein	ja	nein	ja	nein

Edukationsverlauf	erklärt/gezeigt	mit Hilfe durchgeführt	selbstständig durchgeführt	Anmerkungen
	Dokumentation mit Datum und Handzeichen			
Anleitung über korrekte Händehygiene: • Händewaschung 1 min • Händedesinfektion 30 sec				
Anleitung über: • Maske/Schürzenpflege				
Anleitung über: • Maske/Mantelpflege				
Anleitung über: • Verhalten im HEPA Zimmer Inkl. Verhalten bei Ausscheidungen				
Anleitung über: • Verhalten in der LAF Einheit Inkl. Verhalten bei Ausscheidungen				
Anleitung über: • Verhalten in der Küche • Aufbereitung des Essens				
Anleitung zur Aufbereitung patientennaher Gegenstände: • Spielzeug • Stofftiere • Wäsche – Waschmaschine/ Wäschetrockner • Schulsachen, etc.				

STA 5112.001

Neben dem Dokumentationsbogen „Dokumentation des Edukationsverlaufes“ waren wir auf der Suche nach einem zusätzlichen Tool, um die Einschulung der Eltern/Bezugspersonen zu erleichtern und zu verbessern. Zunehmend sind wir mit Familien konfrontiert, die nicht Deutsch oder Englisch sprechen/verstehen, aus einem fremden Kulturkreis stammen oder ein niedrigeres Literalitätsniveau haben. Die Arbeit mit genau diesen Familien führte uns zu Piktogrammen.

Piktogramme zeigen den korrekten zeitlichen Ablauf und das korrekte Handling verschiedener hygienischer Abläufe, wie z.B. Anlegen von Mantel/Maske. Diese Piktogramme werden bereits während der Einschulung der Eltern/Bezugspersonen als Schulungstool herangezogen. Sie vermitteln relevante Informationen schnell, sicher, sprach- und kulturunabhängig. Sie entsprechen der Realität, sind logisch und sollen keinen Platz für falsche Auslegungen lassen. Bisher gab es nur positives Feedback der Eltern/Bezugspersonen über die angebrachten Piktogramme in den relevanten Bereichen, sie erleichtern den strikten Stationsalltag. Zusätzlich dienen sie als Unterstützungsmedium für stationsfremde Berufsgruppen.

Wir alle, die wir in solch einem Bereich arbeiten, wissen, dass ungenaue und schlecht durchgeführte Isolations- und Hygienemaßnahmen zur Gefährdung unserer Patienten und Patientinnen führen können. Umso wichtiger ist es, den Eltern/Bezugspersonen die Zeit und Aufmerksamkeit zu geben, welche sie benötigen, um sich auf der SZT Station sicher zu fühlen. Nur so können wir das Ziel „ der optimalen Betreuung unserer Patienten und Patientinnen“ gemeinsam erreichen.

„Was dem Einzelnen nicht möglich ist, das schaffen viele.“
Friedrich Wilhelm Raiffeisen

Autorin

Mihaela Hartmann

Diplom für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege im Jahre 2004 in Klagenfurt, seit März 2011 auf der SZT Station des St. Anna Kinderspitals in Wien tätig, seit Herbst 2014 zusätzliche Übernahme der Funktion der Praxisanleitung auf der SZT Station

Kontakt: mihaela.hartmann@stanna.at

180 Jahre St. Anna KinderSpital

(C) Photographee.eu

Die Mutmachwand: Von und für Heldinnen und Helden

Die Vermeidung bzw. Milderung von körperlichem und seelischem Stress während eines Krankenhausaufenthaltes durch effektives interprofessionelles Schmerzmanagement ist ein Qualitätsindikator pädiatrischer Pflege und Medizin. Im St. Anna Kinderspital gibt es dafür eine hausinterne Handlungsleitlinie. Kinder und Jugendliche finden aber auch eigene Strategien, um unangenehme oder schmerzhafte Prozeduren oder Situationen zu bewältigen. Die „Mutmachwände" geben PatientInnen die Möglichkeit, diese Erfahrungen und Tipps weiterzugeben. Damit wird auch sichtbar, welchen Beitrag Kinder und Jugendliche zur Bewältigung ihrer Krankheit und der dafür erforderlichen Behandlung und Pflege leisten. Weil kranke Kinder und Jugendliche durchaus Helden sein können, tragen die Mutmachwände auch den Titel „Von Helden für Helden".

Prozedur- und behandlungsbedingte Schmerzerfahrungen im Krankenhaus

Für Kinder und Jugendliche ist ein Krankenhausaufenthalt eine tiefgreifende Erfahrung. Die kontinuierliche Anwesenheit eines Elternteiles bzw. einer Bezugsperson reduziert Trennungsängste, vermittelt Sicherheit und erleichtert damit den Krankenhausaufenthalt. Trotzdem können die Unterbrechung des familiären Alltags, die ungewohnte Umgebung und die vielen unbekannten Menschen beängstigend wirken. Dazu kommen diagnostische und therapeutische Interventionen, die schmerzhaft oder belastend sein können.

Schmerzerfahrungen werden durch Gefühle wie Angst oder erlebte Hilflosigkeit, durch hohe Schmerzerwartungen oder durch eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf negative Aspekte der Situation intensiver wahrgenommen (Pope, Tallon, McConigley, Leslie, & Wilson, 2017; Zernikow & Hechler, 2015). Durch Angst verstärktes Schmerzerleben führt nicht selten zu Distress, einer Kombination von negativen Emotionen und Schmerz (McMurtry et al., 2015; Zernikow & Hechler, 2015).

Copingstrategien zur Schmerzreduktion und -linderung

Kindliche Konzepte über Schmerz, sowie über Schmerzlinderung und -behandlung entwickeln sich einerseits mit der kognitiven Entwicklung, sie sind aber auch von persönlich gemachten Erfahrungen abhängig (Franck, Sheikh, & Oulton, 2008). Durch Erfahrung entwickeln Kinder und Jugendliche eigene Copingstrategien für den Umgang mit potentiell schmerzhaften bzw. unangenehmen Prozeduren. Laut Zernikow und Hechler (2015) ist Vertrautheit mit einem schmerzhaften Ereignis bei Kindern meist mit einem Anstieg der Schmerztoleranz verbunden. Je genauer die Aspekte des Schmerzgeschehens eingeschätzt werden können, desto stärker scheint die subjektive Überzeugung zu sein, das schmerzhafte Ereignis kontrollieren zu können. So entwickeln Kinder mit onkologischen Erkrankungen Copingstrategien, um die Auswirkungen der Chemotherapie zu minimieren (Sposito et al., 2015). Kinder können auch beschreiben, welche Ablenkungsstrategien während der Bestrahlungstherapie für sie am hilfreichsten sind und welche Unterstützung durch Bezugspersonen und Krankenhauspersonal sie benötigen (Engvall et al., 2016). Diese PatientInnen können aufgrund ihres Wissens und ihrer Kompetenzen als ExpertInnen bezeichnet werden (Cordier, 2014; Pomey, Ghadiri, Karazivan, Fernandez, & Clavel, 2015).

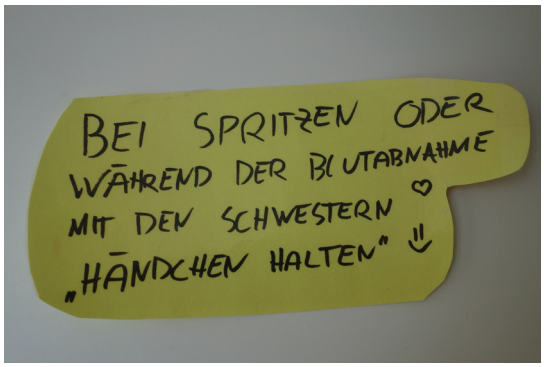
Die Idee

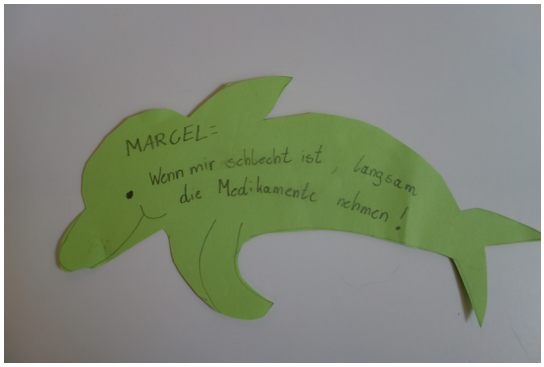
Die Idee einer Plattform, auf der PatientInnen ihre Erfahrungen und Tipps aufschreiben und damit an andere Betroffene weitergeben können, wurde durch die „Wall of Courage“ des Hospital for Sick Children, Toronto angeregt (https://www.youtube.com/watch?v=7aIg-aDkjN8). Diese „Wall of Courage“ ist ein Plakat im Warteraum des Labors, auf dem Kinder und Jugendliche aufschreiben können, was ihnen selbst bei Blutabnahmen hilft und welche Tipps sie anderen Kindern geben möchten.

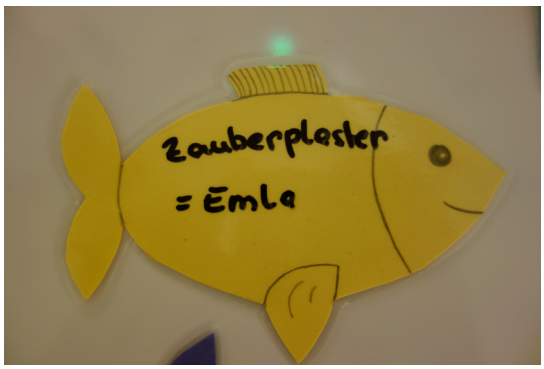
Durch die Beschreibung eigener erfolgreicher Copingstrategien können Kinder und Jugendliche ihre Kompetenz im Umgang mit der Krankheit und Behandlung darstellen und sie können damit zu Modellen für andere PatientInnen werden. Stellvertretende Erfahrungen (vicarious experiences) durch Modelle sind laut Bandura (1977) die zweiteffektivste Möglichkeit, die eigene Selbstwirksamkeitserwartung [1] zu stärken. Als besonders geeignet gelten Modelle, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, die etwa gleich alt sind, die sich anstrengen mussten, um eine Aufgabe zu bewältigen oder ein Ziel zu erreichen (Bandura, 1977; Bandura, 2008; Lorig, 1992) und die ähnlich kompetent sind (Braaksma, Rijlaarsdam, & an den Bergh, 2002).

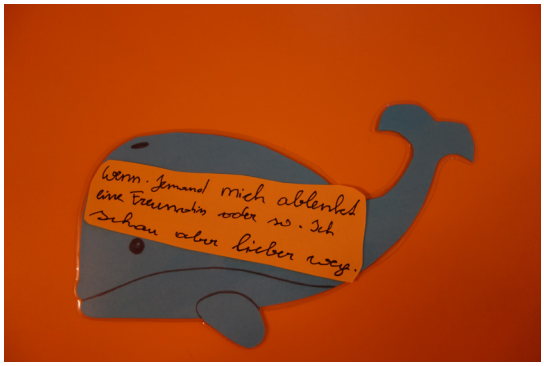
Die Umsetzung

Seit Februar 2016 gibt es im St. Anna Kinderspital die Mutmachwände „Von Helden für Helden“, auf denen PatientInnen über ihre erfolgreichen Strategien im Umgang mit unangenehmen bzw. schmerzhaften Prozeduren und Situationen schreiben können, um damit anderen Kindern und Jugendlichen Mut zu machen. Es wird angenommen, dass die von Kindern und Jugendlichen beschriebenen Strategien von anderen PatientInnen als glaubhaft









bewertet werden und die eigenen Bewältigungsbemühungen unterstützen können.

Die Plakate aus Packpapier bzw. die Magnettafeln werden von den Stationen individuell gestaltet. Pflegepersonen, insbesondere die Mitglieder der Arbeitsgruppen „PatientInnenedukation“ und „Schmerz“, sowie ElementarpädagogInnen erklären PatientInnen und deren Bezugspersonen, worum es geht und sie ermuntern Kinder und Jugendliche, sich zu beteiligen. Bezüglich Gestaltung und Formulierung durch die Kinder und Jugendlichen gibt es keine Vorgaben. Die Beiträge der PatientInnen werden gesammelt (die Mutmachwände der einzelnen Stationen werden in unregelmäßigen Abständen fotografiert) und im Rahmen der Arbeitsgruppentreffen den Pflegepersonen der anderen Stationen gezeigt. Bei den Treffen der Arbeitsgruppen werden auch die Beobachtungen von Pflegepersonen in Bezug auf die Bereitschaft der PatientInnen, eigene Tipps beizusteuern und die unterschiedliche Motivation verschiedener PatientInnen-, bzw. Altersgruppen besprochen. Pflegepersonen bekommen so Einblick, welche Strategien von PatientInnen als wirksam erlebt werden und was diese mit anderen teilen wollen.

Für welche Situationen werden Tipps gegeben?

Die Beiträge von PatientInnen der allgemeinen Pädiatrie beziehen sich vor allem auf das Legen von Venenzugängen, auf Blutabnahmen und intravenöse Medikamentenverabreichung („Spritzen bekommen“). PatientInnen der onkologischen Stationen beschreiben ihre Strategien im Umgang mit therapieinduzierten Symptomen wie Übelkeit oder mukositisbedingten Schmerzen, sowie mit psychischen Belastungen wie Angst oder Trauer. Thematisiert werden auch die Einnahme oraler Medikamente und die diesbezüglichen Vorteile einer Magensonde.

Welche Strategien werden beschrieben?

Besonders häufig wird die notwendige Anwesenheit eines Elternteils bei Venenpunktionen und Blutabnahmen genannt. „Hand halten“ und „kuscheln“ gibt Sicherheit und lenkt ab. Genannt wird aber auch die Unterstützung durch Pflegepersonen, wie „Händchen halten mit der Schwester“, wobei PatientInnen der Onkologie auch über bestimmte Pflegepersonen und ÄrztInnen schreiben: „Von einem Arzt Geschichten erzählen lassen (z. B. Dr. ..).“ Von PatientInnen beschriebene spirituelle Bewältigungsstrategien sind „an Gott zu denken“ und „dass die Oma für mich betet“.

Kinder und Jugendliche nutzen verschiedene Ablenkungsstrategien. Dazu gehören soziale Kontakte mit Freundinnen und Freunden, mit Geschwistern, Großeltern, sowie mit Pflegepersonal, aber

(C) Photographee.eu

auch, „an jemanden“ oder an „etwas Schönes“ zu denken: „Wenn ich Medizin nehme, versuche ich an etwas Leckeres zu denken, z. B. Eis, Spaghetti, Palatschinken, Käsekrainer, u.v.m.“

PatientInnen der Onkologie schreiben auch über konkrete Dinge und Beschäftigungen, die als hilfreich erlebt werden, wie lesen, Musik hören, basteln, mit anderen Kindern spielen, fernsehen und das Internet, sowie das „Basteln eines Transplant-Kalender als Fahrplan durch die KMT [2]-Zeit“. Auf diesen Mutmachwänden finden sich auch Statements, wie „Positiv denken“, „Du schaffst das! Alles hat ein Ende“ und „Sei geduldig und mach das Beste aus der Situation!“ Kinder und Jugendliche beschreiben, was ihnen bei Mukositis hilft: „Wenn ich Blaserl im Mund habe, esse ich immer gaaanz viel Eis!“, bzw. „Wenn du nicht viel trinken kannst, versuch es mit Suppen, Joghurt, Wassermelone“ und wie sie mit der Magensonde umgehen: „Beim Sondieren von Medikamenten hat mir ein Schluck Wasser am meisten geholfen und über die Sonde freu ich mich, denn ich brauche keine Medikamente nehmen.“

Was sagt die Literatur?

Die dargestellten Beiträge der Kinder und Jugendlichen spiegeln sich in der Literatur zum Thema wider. Kortesluoma, Nikkonen, und Serlo (2008) differenzieren zwischen den von Kindern und Jugendlichen verwendeten Strategien im Umgang mit akuten Schmerzen bzw. schmerzhaften oder unangenehmen Prozeduren im Krankenhaus, deren Erwartungen an professionelle Unterstützung und dem Beistand durch Eltern und andere nahe Bezugspersonen.

Für Kinder und Jugendliche ist besonders wichtig, sich sicher und geborgen zu fühlen (Pope et al., 2017). Dazu gehört die Anwesenheit bzw. Nähe von Eltern und nahen Bezugspersonen (Cohen, 2008; Franck et al., 2008; Pope et al., 2017), aber auch von Pflegepersonen und ÄrztInnen, denen die PatientInnen vertrauen. Vertrauen entsteht, wenn Pflegepersonen freundlich und humorvoll sind (Franck et al., 2008), wenn sie sich Zeit nehmen, Empathie zeigen und aktiv zuhören (Pope et al., 2017) und wenn sie fachliche Kompetenz vermitteln (Nilsson, Hallqvist, Sidenvall, & Enskar, 2011). Auf den Mutmachwänden zeigt sich das an den sehr häufigen Statements „Mama“, „Papa“, „Eltern“ und „mit Mama kuscheln“ bzw. an der Strategie „mit Schwester Händchen halten“. Wenn PatientInnen der Onkologie eine bestimmte Pflegepersonen bzw. ÄrztIn nennen, lässt das darauf schließen, dass zwischen diesen PatientInnen und der jeweils angegebenen Person eine besonders vertrauensvolle Beziehung besteht. Dass auch die Nähe persönlicher und vertrauter Gegenstände Sicherheit geben kann (Pope et al., 2017), zeigt das Statement „ein Kuscheltier mitnehmen.“ Laut Pope et al. (2017) können eigene Strategien erst dann eingesetzt werden, wenn sich Kinder und Jugendliche ausreichend sicher und geborgen fühlen.

Die positive Wirkung von Ablenkung für Kinder in Bezug auf unangenehme oder schmerzhafte Situationen wird von Franck et al. (2008), Pope et al. (2017), Sposito et al. (2015), sowie von Stinson, Yamada, Dickson, Lamba, und Stevens (2008) beschrieben. Dazu gehören visuelle Ablenkung (z. B. konzentriert auf etwas zu schauen), kognitive Ablenkung (z. B. an etwas Schönes zu denken) und etwas tun (bis zehn zu zählen, jemanden an der Hand zu halten oder tief zu atmen), aber auch Fernsehen, Musik und Spiele und Entspannung (Franck et al., 2008). Laut Cohen (2008) gibt es keine Evidence, welche Ablenkung die Beste ist, um Angst und Schmerz beim Stechen peripherer Venenzugänge zu reduzieren. Es wird empfohlen, die Intervention an den individuellen Bewältigungsstil anzupassen.

Sposito et al. (2015) befragten Kinder zwischen sieben und zwölf Jahren was ihnen hilft, um die Auswirkungen der Chemotherapie zu minimieren. Als hilfreich beschriebene Copingstrategien sind Verständnis für die Notwendigkeit der Chemotherapie, sowie Wissen über zu erwartende Nebenwirkungen und über mögliche Maßnahmen zur Linderung der Beschwerden. Wenn Kinder aufgrund ihrer Erfahrungen erkannt haben, welche Handlungen bzw. welches Verhalten für sie am effektivsten sind, wird die Chemotherapie von ihnen als weniger belastend und bedrohlich wahrgenommen. Auf den Mutmachwänden zeigt sich das an den sehr genauen Beschreibungen der Kinder und Jugendlichen, was ihnen bei Übelkeit oder Mukositis am besten hilft. Die von ihnen beschriebenen Strategien, wie Ablenkung durch spielen, lesen, zeichnen, fernsehen und durch Computerspiele und die Bedeutung positiven Denkens decken sich mit den Aussagen der von Sposito et al. (2015) befragten Kinder.

Was wir nicht wissen

Die Beiträge der Kinder und Jugendlichen sind nicht repräsentativ. Es kann nicht gesagt werden, für welche PatientInnen die Mutmachwände ansprechend sind, welche Faktoren die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme beeinflussen, wie viele Kinder und Jugendliche die Tipps und Strategien lesen und welche Bedeutung diese für sie haben bzw. ob sie als Unterstützungsangebot wahrgenommen werden. Es ist davon auszugehen, dass es weniger effektiv ist, über die von anderen PatientInnen als hilfreich erlebten Strategien zu lesen, als diese bei der Bewältigung einer Aufgabe zu beobachten.

Resümee

Die Mutmachwände zeigen, dass Kinder und Jugendliche benennen können, was ihnen bei der Bewältigung schmerzhafter bzw. unangenehmer Prozeduren oder Situationen hilft. In den Statements werden alle Komponenten der von Zernikow und Hechler (2015) beschriebenen psychologischen Interventionen zur Schmerzlinderung genannt: Die beruhigende und Sicherheit vermittelnde Wirkung elterlicher Präsenz, alters- und entwicklungsadäquates Wissen über den Sinn und den zu erwartenden Effekt einer notwendigen Maßnahme, über den voraussichtlichen Ablauf und die zu erwartenden Gefühle und Empfindungen währenddessen, sowie der individuelle Einsatz von Ablenkungsstrategien. Damit ist möglich, dass die Mutmachwände zumindest einen kleinen Beitrag zur Unterstützung in Bezug auf unangenehme oder schmerzhafte Prozeduren und Situationen im St. Anna Kinderspital leisten können. Das Niederschreiben der für sie hilfreichen Strategien kann Kindern und Jugendlichen auch deutlich machen, wie groß ihr eigener Beitrag zur Therapie und Pflege im Krankenhaus ist und macht die vorhandene Expertise der PatientInnen sichtbar.

Fußnoten

[1] Selbstwirksamkeit (self-efficacy): Die Zuversicht eine Aufgabe durch eigenes Bemühen bewältigen zu können bzw. ein Ziel erreichen zu können. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst das Handeln von Personen, d. h. ob eine Herausforderung angenommen wird, und den Grad der Ausdauer zur Bewältigung einer Aufgabe bzw. zur Erreichung eines Zieles. Gestärkt wird die Selbstwirksamkeitserwartung durch eigene Erfolgserlebnisse, durch stellvertretende Erfahrungen, durch verbale Beeinflussung und durch die Interpretation eigener Emotionen (Bandura, 1977).

[2] KMT = Knochenmarkstransplantation

Quellen

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (2008). An agentic perspective on positive psychology. In S. J. Lopez (Ed.), Positive psychology: Exploring the best in people. (Vol. 1, pp. 167-196). Westport: Praeger Publishers.

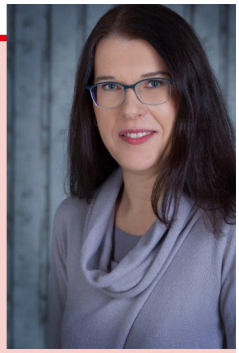
Braaksma, M., Rijlaarsdam, G., & an den Bergh, H. (2002). Observational learning and the effects of model-observer similarity. Journal of Educational Psychology, 94(2), 405-415. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.94.2.405

Cohen, L. L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. Pediatrics, 122 Suppl 3, S134-139. doi:10.1542/peds.2008-1055f

Cordier, J. F. (2014). The expert patient: towards a novel definition. Eur Respir J, 44(4), 853-857. doi:10.1183/09031936.00027414

Engvall, G., Angstrom-Brannstrom, C., Mullaney, T., Nilsson, K., Wickart-Johansson, G., Svard, A.

Autorin



Brigita Schwarz, BScN MSc
Diplom der Kinderkranken- und Säuglingspflege, Studium der Pflegewissenschaft
Tätigkeit im St. Anna Kinderspital: allgemeinpädiatrische Station sowie Stabstelle für Qualität und Entwicklung in der Pflege; Lehrtätigkeit

Schwerpunkte: PatientInnenedukation, familienorientierte Pflege, Weiterentwicklung evidence-basierter Pflegepraxis
E-Mail: brigita_schwarz@hotmail.com

M., . . . Lindh, V. (2016). It Is Tough and Tiring but It Works--Children‘s Experiences of Undergoing Radiotherapy. PLoS One, 11(4), e0153029. doi:10.1371/journal.pone.0153029

Franck, L. S., Sheikh, A., & Oulton, K. (2008). What helps when it hurts: children‘s views on pain relief. Child Care Health Dev, 34(4), 430-438. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00812.x

Kortesluoma, R. L., Nikkonen, M., & Serlo, W. (2008). „You just have to make the pain go away“--children‘s experiences of pain management. Pain Manag Nurs, 9(4), 143-149, 149.e141-145. doi:10.1016/j.pmn.2008.07.002

Lorig, K. (1992). Patient education. A practical approach. St. Louis: Mosby.

McMurtry, C. M., Pillai Riddell, R., Taddio, A., Racine, N., Asmundson, G. J., Noel, M., . . . Shah, V. (2015). Far From „Just a Poke“: Common Painful Needle Procedures and the Development of Needle Fear. Clin J Pain, 31(10 Suppl), S3-11. doi:10.1097/ajp.0000000000000272

Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskar, K. (2011). Children‘s experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. J Adv Nurs, 67(7), 1449-1457. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x

Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as partners: a qualitative study of patients‘ engagement in their health care. PLoS One, 10(4), e0122499. doi:10.1371/journal.pone.0122499

Pope, N., Tallon, M., McConigley, R., Leslie, G., & Wilson, S. (2017). Experiences of acute pain in children who present to a healthcare facility for treatment: a systematic review of qualitative evidence. JBI Database System Rev Implement Rep, 15(6), 1612-1644. doi:10.11124/jbisrir-2016-003029

Sposito, A. M., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani Vde, C., Pfeifer, L. I., de Lima, R. A., & Nascimento, L. C. (2015). Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy. J Nurs Scholarsh, 47(2), 143-151. doi:10.1111/jnu.12126

Stinson, J., Yamada, J., Dickson, A., Lamba, J., & Stevens, B. (2008). Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. Pain Res Manag, 13(1), 51-57.

Zernikow, B., & Hechler, T. (2015). Psychologische Interventionen bei akuten Schmerzen. In B. Zernikow (Ed.), Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (5. Auflage ed., pp. 181-200). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Erste Hilfe und Notfallmanagement im Überblick

Helmut Beichler

Erste Hilfe für Gesundheitsberufe

facultas 2017, 140 Seiten, Manual, broschiert
EUR 21,90 (A) EUR 21,30 (D) / sFr 29,– UVP
ISBN 978-3-7089-1557-9

Für alle Pflege- und Gesundheitsberufe!

Dieses Buch behandelt kompakt und übersichtlich die Erste Hilfe für alle Berufe des Gesundheitswesens und thematisiert spezifische Inhalte des klinischen Notfallmanagements für Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz sowie das Studium Gesundheits- und Krankenpflege.
Nachvollziehbar aufbereitet, mit Handlungsanleitungen zu allen Notfallsettings und visualisiert mit zahlreichen Fotos.

facultas

Adenotomie/Tonsillektomie Schritt für Schritt erklärt

Ein Projekt zur Optimierung der Information von Bezugspersonen im Kinderkrankenhaus

Die Folder und Poster „Adenotomie/ Tonsillektomie – Schritt für Schritt erklärt“ unterstützen die prä- und postoperative Information durch ÄrztInnen und Pflegepersonen. Eltern bzw. Bezugspersonen, deren Kinder adenotomiert bzw. tonsillektomiert werden, erhalten einen strukturierten Überblick über die Abläufe vom ersten Kontakt in der HNO-Ambulanz bis zur dortigen Nachkontrolle.

Adenotomien und Tonsillektomien im St. Anna Kinderspital

Im St. Anna Kinderspital werden jährlich etwa 850 Adenotomien und 500 Tonsillektomien bzw. Tonsillotomien pro Jahr durchgeführt. Die Aufklärung in Bezug auf Narkose und Operation, sowie über die notwendige Vorbereitung und den Ablauf des stationären Aufenthalts erfolgen im Rahmen von zwei präoperativen Terminen in der HNO-Ambulanz. Dabei werden auch schriftliche Informationen ausgehändigt. Für ÄrztInnen und Pflegepersonen der HNO-Abteilung sind diese Gespräche Routine, auch weil die Abläufe standardisiert und damit „immer gleich“ sind. Bezugspersonen, in den meisten Fälle Eltern bzw. ein Elternteil, sind dagegen in einer Ausnahmesituation, wenn ihr Kind operiert wird (Pomicino, Maccacari, & Buchini, 2017) und sie haben unterschiedliche subjektive Theorien, Erfahrungen und Ängste in Bezug auf den Krankenhausaufenthalt, die Narkose und die Operation (Harrington & Valerio, 2014).

An den Fragen von Bezugspersonen bei der stationären Aufnahme zur Operation zeigte sich immer wieder, dass wichtige Informationen nicht erinnert werden bzw. nicht verstanden wurden. Erklärbar ist das durch die begrenzte Kapazität des Arbeitsgedächtnisses für mündlich gegebene Information (Sandberg et al., 2012) und die nervositätsbedingte begrenzte Aufnahmefähigkeit von PatientInnen bzw. Bezugspersonen, aber auch durch Zeitmangel und sprachliche Barrieren (Czirkovits, Domittner, Geißler, Holzer, & Knauer, 2010). Studienergebnisse zeigen, dass nur etwa 50% der von Gesundheitsdienstleistern gegebenen Information erinnert werden (Harrington & Valerio, 2014). Laut Kessels (2003) wer-

(C): ST Fotograf

den 40-80% der Inhalte sofort vergessen – auch abhängig von der Menge und Komplexität der vermittelten Inhalte. Daraus resultiert vermeidbarer Stress für Familien, aber auch für die ÄrztInnen und Pflegepersonen, die diese fehlenden Informationen in der kurzen Zeit des stationären Aufenthalts vor dem Operationstermin (nochmals?) vermitteln müssen.

Der Entwicklungsprozess

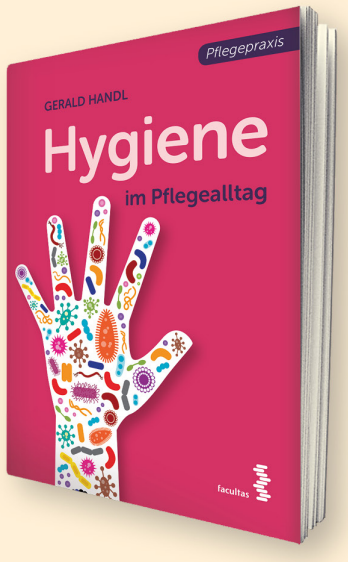
Erforderlich war deshalb eine Optimierung der Informationsvermittlung, um die Verständlichkeit und Abrufbarkeit der Informationsinhalte zu erhöhen. Damit soll die familiäre Belastung aufgrund der Operation des Kindes reduziert werden.

Informationen werden besser erinnert, wenn sie anhand einer klaren Struktur – vergleichbar der Inhaltsangabe und den Überschriften eines Buches, vermittelt werden. Diese Struktur hilft, Inhalte einzuordnen und im Kontext zu verstehen (Langewitz et al., 2015). Deshalb wurden Folder und Plakate entworfen, die die Abläufe vom ersten Kontakt in der HNO-Ambulanz bis zur dortigen postoperativen Nachkontrolle in leicht lesbarer Sprache aus der Perspektive der Bezugspersonen zusammenfassen. Inspiration für die Gestaltung der Poster und Folder waren die Journey Boards™ des Phoenix Children´s Hospital (2012). Darin wird anhand eines Weges bzw. einer Reise dargestellt, was PatientInnen bzw. deren Bezugspersonen vor der Entlassung aus dem Krankenhaus wissen und können müssen.

Die Folder und Poster „Adenotomie/Tonsillektomie - Schritt für Schritt erklärt“ geben einen Überblick über die Operationsvorbereitung, den Krankenhausaufenthalt und die Phase der Rekonvaleszenz. Bezugspersonen erfahren, mit welchen Personen sie und ihr Kind zu tun haben werden, wer mit ihnen sprechen wird und worüber sie informiert werden, d. h. was sie wissen müssen. Bezugspersonen sollen so auch unterstützt werden, gezielt Fragen zu stellen.

Die Texte wurden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „PatientInnenedukation“ des St. Anna Kinderspital verfasst. Beigezogen wurden HNO-ÄrztInnen, Pflegepersonen der HNO-Station, sowie die dort tätigen ElementarpädagogInnen. Der Pretest zur Überprüfung der Verständlichkeit mit 22 Laien zeigte, dass nur wenige Änderungen erforderlich waren. Die grafische Gestaltung der Folder und Poster erfolgte durch das Atelier Levent Tarhan.

Hygiene im Pflegealltag – eine verhängnisvolle Affäre?



Gerald Handl

Hygiene im Pflegealltag

facultas 2017, 224 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1553-1

Dieses Buch bringt die Basics zu Strategien und Standardmaßnahmen der Infektionsprävention – kompakt und unmissverständlich. Vor allem aber widmet es sich jenen Themen, die im Pflegealltag immer wieder zu Diskussionen und Kontroversen führen und wo oftmals Klarheit fehlt. Interdisziplinär, aktuell, humorvoll. Präzisiert mit konkreten Fallbeispielen und Gerichtsurteilen aus dem Pflegealltag und mit Anekdoten aus dem „Kosmos Mensch und Mikrobe“ aufgelockert.

facultas

Mein Kind wird operiert

St. Anna kinderSpital

Tonsillektomie *Mandel-Operation*

Schritt für Schritt erklärt

Die Vorbereitung

HNO-Ambulanz
- Ich weiß, welche Operation durchgeführt werden soll.
- Wir haben einen Termin am ...
- Ich weiß, was ich beim nächsten Termin in der HNO-Ambulanz mitbringen soll.

10-14 Tag vor dem Operationstermin:
- Ich habe die Laborzuweisung für die notwendigen Blutabnahmen.
- Die Blutabnahmen wurden durchgeführt.
- Mein Kind weiß (je nach Alter), warum wir ins Krankenhaus fahren werden und was dort geschehen wird (Broschüre „Hase Moritz“).

2-3 Tage vor dem Operationstermin:
- Ich war mit meinem Kind bei der KinderärztIn für die Operationsfreigabe.
- Ich habe in der HNO-Ambulanz angerufen, um den Operationstermin zu bestätigen.
- Ich habe alle Unterlagen vorbereitet (Einverständniserklärung, Befunde, E-Card).

Ein Tag vor der Operation

HNO-Ambulanz:
Ich habe mit
- HNO-ÄrztIn
- Pflegeperson der HNO-Station und
- NarkoseärztIn gesprochen

Die geplante Operation kann durchgeführt werden.

Station 3B:
- Eine Pflegeperson hat mir die Situation und das Zimmer gezeigt
- Ich weiß, ab wann mein Kind vor der Operation nichts mehr essen und trinken darf.
- Wenn ich will, kann ich mit meinem Kind bis um 20 Uhr das Krankenhaus verlassen.

Am Tag der Operation

Vor der Operation:
- Um 6 Uhr Früh kann mein Kind das letzte Mal vor der Operation trinken.
- Eine KindergärtnerIn bereitet uns kindgerecht und spielerisch auf die Operation vor.
- Ich weiß, was die Pflegeperson vor der Operation tun wird.

Die Operation:
- Ich kann orraum des Operationssaals begleiten.
- Ich weiß, wie lange die Operation circa dauern wird.
- Ich warte auf der Station, bis mein Kind wieder ins Zimmer gebracht wird.

Nach der Operation:
- Ich weiß, dass sich mein Kind nach der Operation anders als normalerweise verhalten kann.
- Ich weiß, dass es normal ist, wenn mein Kind leicht aus Nase und Mund blutet.
- Ich weiß, wann mein Kind wieder trinken und essen darf.

Vor der Entlassung

- Ich habe ein Rezept für ein Schmerzmedikament bekommen. Ich weiß, wie oft ich dieses Medikament meinem Kind geben kann.
- Ich weiß, was mein Kind essen darf und was nicht essen soll.
- Ich weiß, wie lange sich mein Kind schonen muss.
- Ich weiß, wann ich mit meinem Kind in die HNO-Ambulanz zur Nachkontrolle kommen werde.

Wieder zu Hause

Ich weiß, worauf ich achten muss (Informationsblatt „Verhaltungsregeln“)

Bei Fragen können Sie sich telefonisch an die HNO-Ambulanz anwenden:

Mo. - Fr.: 9 - 9.30 Uhr und 11 - 11.30 Uhr

Tel.nr.: 40170, Klappe: 2026

Planung von Implementierung und Evaluation

Eingesetzt werden die Folder und Plakate seit September 2017. Die im Wartebereich der HNO-Ambulanz angebrachten Plakate sind das erste Informationsangebot für Bezugspersonen und PatientInnen (je nach deren Alter). Der Folder über die geplante Operation des Kindes, den Bezugspersonen beim ersten Termin in der HNO-Ambulanz erhalten, wird für die Strukturierung der gegebenen Informationen genutzt. Es wird auch die Funktion des Folders als Unterstützung und Erinnerungshilfe erklärt, der die detaillierten schriftlichen Informationen über notwendige Blutbefunde, OP-Freigabe mitzubringende Unterlagen und postoperative Verhaltensregeln nicht ersetzt. An den auch in den PatientInnenzimmern der HNO-Station angebrachten Plakaten können Bezugspersonen nach der stationären Aufnahme ihres Kindes sehen, was als nächstes geschehen wird und welche Informationen sie vor der Krankenhausentlassung noch erhalten werden.

Evaluation und weitere Entwicklung

Es ist geplant, Poster und Folder zeitnah zu evaluieren. HNO-ÄrztInnen, Pflegepersonen und administratives Personal werden über ihre Erfahrungen in Bezug auf Nutzung, Anwendbarkeit und Praktikabilität der Poster und Folder befragt, Bezugspersonen operierter Kinder über Verständlichkeit und Nützlichkeit für die Zielgruppe. Die Teilnahme an den Befragungen wird freiwillig und anonym sein.

Die Befragung der MitarbeiterInnen wird elektronisch über das hauseigene Intranet erfolgen. Bezugspersonen werden beim postoperativen Kontrolltermin in der HNO-Ambulanz gebeten, einen Fragebogen auszufüllen und abzugeben. Darin wird auch die Phase der Rekonvaleszenz unmittelbar nach der Krankenhausentlassung thematisiert, um die Effektivität der Informationsvermittlung in Bezug auf den gesamten Behandlungs- und Genesungsprozess beurteilen zu können.

Die Ergebnisse sollen für die Weiterentwicklung der Poster und Folder, aber auch als Grundlage für die geplanten Übersetzungen der Folder herangezogen werden.

Quellen

Czirkovits, C., Domittner, B., Geißler, W., Holzer, U., & Knauer, C. (2010). Bericht zur prä- und postoperativen Patienteninformation und -aufklärung. Am Beispiel der Implantation von künstlichen Hüftgelenken. Wien: Gesundheit Österreich G.m.b.H.

Harrington, K. F., & Valerio, M. A. (2014). A conceptual model of verbal exchange health literacy. Patient Educ Couns, 94(3), 403-410. doi:10.1016/j.pec.2013.10.024

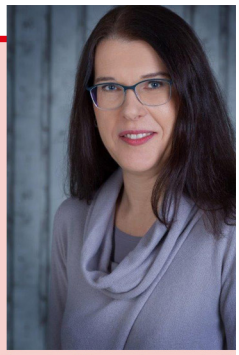
Kessels, R. P. (2003). Patients‘ memory for medical information. J R Soc Med, 96(5), 219-222.

Langewitz, W., Ackermann, S., Heierle, A., Hertwig, R., Ghanim, L., & Bingisser, R. (2015). Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. Patient Educ Couns, 98(6), 716-721. doi:10.1016/j.pec.2015.02.003

Phoenix Children´s Hospital (Writer). (2012). Patient Education & Journey™ Boards

Pomicino, L., Maccacari, E., & Buchini, S. (2017). Levels of anxiety in parents in the 24 h before and after their child‘s surgery: a descriptive study. J Clin Nurs. doi:10.1111/jocn.13895

Autorin



Brigita Schwarz, BScN MSc
Diplom der Kinderkranken- und Säuglingspflege, Studium der Pflegewissenschaft
Tätigkeit im St. Anna Kinderspital: allgemeinpädiatrische Station sowie Stabstelle für Qualität und Entwicklung in der Pflege; Lehrtätigkeit

Schwerpunkte: PatientInnenedukation, familienorientierte Pflege, Weiterentwicklung evidence-basierter Pflegepraxis
E-Mail: brigita_schwarz@hotmail.com

Mein Kind wird operiert

St. Anna KinderSpital

Adenotomie *Operation der Rachenmandeln (Polypen)*

Schritt für Schritt erklärt

Die Vorbereitung

HNO-Ambulanz:
- Ich weiß, welche Operation durchgeführt werden soll.
- Wir haben einen Termin am ...
- Ich weiß, was ich beim nächsten Termin in der HNO-Ambulanz mitbringen soll.

10-14 Tage vor dem Operationstermin:
- Ich habe die Laborzuweisung für die notwendigen Blutabnahmen.
- Die Blutabnahmen wurden durchgeführt.
- Mein Kind weiß (je nach Alter), warum wir ins Krankenhaus fahren werden und was dort geschehen wird (Broschüre „Hase Moritz“).

2-3 Tage vor dem Operationstermin:
- Ich war mit meinem Kind bei der KinderärztIn für die Operationsfreigabe.
- Ich habe alle Unterlagen vorbereitet (Einverständniserklärung, Befunde, E-Card).

Ein Tag vor der Operation

In der HNO-Ambulanz:
- Ich habe mit
  - HNO-ÄrztIn
  - Pflegeperson der HNO-Station und
  - NarkoseärztIn gesprochen.
- Die geplante Operation kann durchgeführt werden.
- Ich weiß, ab wann mein Kind vor der Operation nichts essen und trinken darf.
- Ich bin über den Ablauf der Operation informiert.

Am Tag der Operation

Vor der Operation:
- Mein Kind hat heute noch nichts gegessen und um 6 Uhr Früh das letzte Mal getrunken.
- Ich komme um 7.15 Uhr mit meinem Kind auf die Station 3B.
- Eine KindergärtnerIn bereitet uns kindgerecht und spielerisch auf die Operation vor.
- Ich weiß, was die Pflegeperson vor der Operation tun wird.

Die Operation:
- Ich kann mein Kind in den Vorraum des Operationssaals begleiten.
- Ich weiß, wie lange die Operation circa dauern wird.
- Ich warte auf der Station, bis mein Kind wieder ins Zimmer gebracht wird.

Nach der Operation:
- Ich weiß, dass sich mein Kind nach der Operation anders als normalerweise verhalten kann.
- Ich weiß, dass es normal ist, wenn mein Kind leicht aus Nase und Mund blutet.
- Ich weiß, wann mein Kind wieder trinken und essen darf.

Vor der Entlassung

- Ich weiß, wann ich mit meinem Kind in die HNO-Ambulanz zur Nachkontrolle kommen werde.
- Ich weiß, was mein Kind essen darf und was es nicht essen soll.
- Ich weiß, wie lange sich mein Kind schonen muss.

Wieder zu Hause

Ich weiß, worauf ich achten muss (Informationsblatt „Verhaltensregeln“).

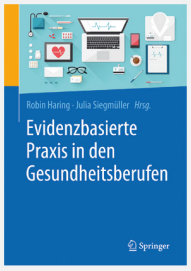
Bei Fragen können Sie sich telefonisch an die HNO-Ambulanz wenden:

Mo. - Fr.: 9 - 9.30 Uhr und 11 - 11.30 Uhr

Tel.nr.: 01 40170 / 2026

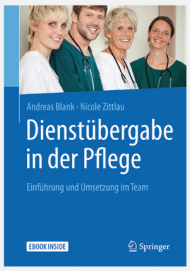
Perfekt für Praxis, Fortbildung und Studium

2018, XVII, 240 S.
26 Abb. Brosch.
€ (D) 44,99 | € (A) 46,25 | *sFr 46,50
ISBN 978-3-662-54874-5
€ 34,99 | *sFr 37,00
ISBN 978-3-662-54875-2 (eBook)

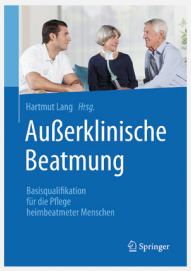


2018, V, 270 S.
24 Abb. Brosch.
€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 41,50
ISBN 978-3-662-55376-3
€ 29,99 | *sFr 33,00
ISBN 978-3-662-55377-0 (eBook)

2., aktualisierte u. erw. Aufl. 2018, VI, 254 S.
31 Abb. Brosch.
€ (D) 39,99 | € (A) 40,93 | *sFr 40,50
ISBN 978-3-662-54420-4 (Book+eBook)



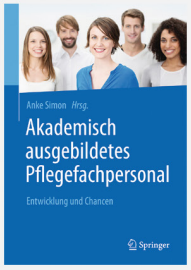
2017, IX, 135 S.
8 Abb. Brosch.
€ (D) 29,99 | € (A) 30,70 | *sFr 30,50
ISBN 978-3-662-54621-5 (Book+eBook)



2017, XVI, 420 S.
181 Abb. Brosch.
€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 41,50
ISBN 978-3-662-53995-8
€ 29,99 | *sFr 33,00
ISBN 978-3-662-53996-5 (eBook)

5. aktualisierte und erweiterte Aufl. 2018, Etwa 350 S.
6 Abb. Brosch.
€ (D) 29,99 | € (A) 30,83 | *sFr 31,00
ISBN 978-3-662-55355-8
€ 22,99 | *sFr 24,50
ISBN 978-3-662-55356-5 (eBook)

2017, XII, 253 S.
64 Abb. Brosch.
€ (D) 39,99 | € (A) 40,93 | *sFr 40,50
ISBN 978-3-662-54582-9 (Book+eBook)



2018, XX, 222 S.
28 Abb. Brosch.
€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 41,50
ISBN 978-3-662-54886-8
€ 29,99 | *sFr 33,00
ISBN 978-3-662-54887-5 (eBook)

4. Aufl. 2018, XVI, 522 S.
121 Abb. Geb.
€ (D) 59,99 | € (A) 61,67 | *sFr 62,00
ISBN 978-3-662-55023-6
€ 46,99 | *sFr 49,50
ISBN 978-3-662-55024-3 (eBook)

2017, XII, 249 S.
87 Abb. Brosch.
€ (D) 19,99 | € (A) 20,55 | *sFr 21,00
ISBN 978-3-662-54152-4
€ 14,99 | *sFr 16,50
ISBN 978-3-662-54153-1 (eBook)

3., vollst. akt. u. erw. Aufl. 2018, XI, 174 S.
36 Abb. Brosch.
€ (D) 24,99 | € (A) 25,69 | *sFr 26,00
ISBN 978-3-662-54392-4
€ 19,99 | *sFr 20,50
ISBN 978-3-662-54393-1 (eBook)

2., akt. u. erw. A. 2017, XVII, 299 S. 44 Abb. Brosch.
€ (D) 44,99 | € (A) 46,06 | *sFr 45,50
ISBN 978-3-662-54165-4 (Book+eBook)
€ 34,99 | *sFr 36,00
ISBN 978-3-662-54166-1 (eBook)

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20% MwSt. für elektronische Produkte. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt bestellen auf springer.com/Angebot1 oder in Ihrer Buchhandlung

Part of SPRINGER NATURE

A43695

180 Jahre St. Anna KinderSpital

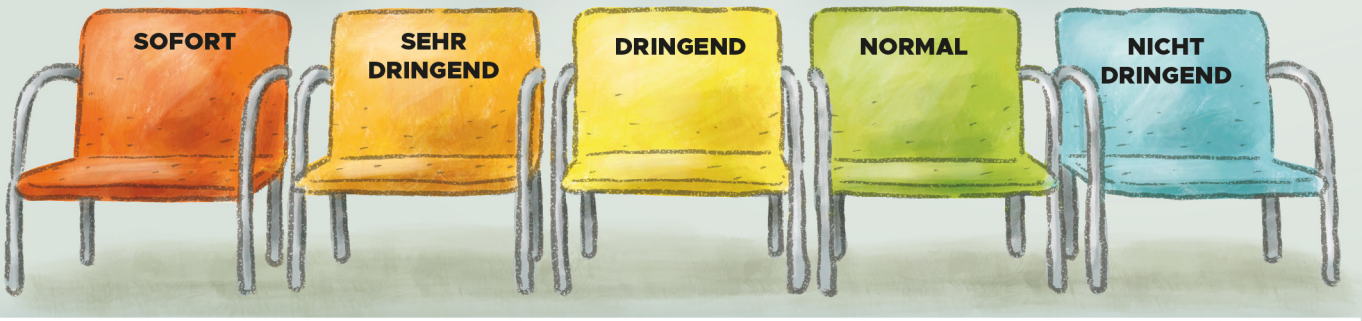
MTS – Manchester Triage System

Pflegerische Ersteinschätzung in der Notfallambulanz

- erfolgt im St. Anna Kinderspital seit Juli 2010;
- dient dazu, systematisch und strukturiert bei hohem PatientInnenaufkommen die Behandlungsdringlichkeit festzustellen;
- basiert auf der Einschätzung aktueller Symptome und legt eine Wartezeit fest, in der keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist;
- ist ein pflegerisches Instrument des Risikomanagements und der PatientInnensicherheit;

MTS durch DGKP

Qualifikation
- Diplom des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
- Berufs- und Ambulanzerfahrung
- Einschulung in Theorie und Praxis des MTS's



KONTAKT MIT ÄRZTIN ERFORDERLICH IN MAXIMAL...				
0 MINUTEN	10 MINUTEN	30 MINUTEN	90 MINUTEN	120 MINUTEN
BEISPIELE				
• Krampf • Schock • Kollaps • unzureichende Atmung • Stridor	• erhöhte Atemarbeit • Petechien • starke Schmerzen (NRS 8–10) • Säugling mit Fieber ab 38,6°	• Kind mit Fieber ab 38,6° • mäßiger Schmerz (NRS 5–7) • Dehydrationszeichen • niedrige O_2-Sättigung	• dzt. beschwerdefrei • leichte Schmerzen • subfebril	Symptome bestehen unverändert mehr als 7 Tage

Bei ca. 75% aller PatientInnen in der Notfallambulanz liegt die Behandlungsdringlichkeit im grünen Bereich!

Qualitätssicherung erfolgt durch
- regelmäßige Audits durch zwei ausgebildete Auditorinnen
- kontinuierlichen Austausch mit AnwenderInnen national und international

Impressum:
M. Wohlfahrt, MTS-Mentorin und -Auditorin in Zusammenarbeit mit C. Lackner, MTS-Mentorin und -Auditorin und A. Baraka, Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege, Juli 2017, Quelle: Mackway-Jones et al. (2011). Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester –Triage-System. Huber Verlag. 3. Auflage. Fotos: Fotolia, Illustration und Grafikdesign: Levent Tarhan/atelier-lev. com

rdb.at
wo MANZ auch findet

Jahresabonnement 2018 EUR 99,–
6 Hefte pro Jahr (inkl Versand im Inland)
Einzelheft EUR 19,80

www.oezpr.manz.at

Kennenlern-Abonnement 2018:
2 Hefte EUR 10,–

„The One and Only“: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht

MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH
TEL +43 1 531 61 100 FAX +43 1 531 61 455 *bestellen@manz.at*
Kohlmarkt 16 · 1010 Wien www.manz.at

MANZ

St. Anna KinderSpital

FÜR DEINE SICHERHEIT

Hilf mit!

bei der PatientInnenidentifikation

ustration & Grafik: Levent Tarhan / www.atelier-lev.com

PatientInnenidentifikation

MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen tragen die primäre Verantwortung, die Identität der PatientIn vor Durchführung der Versorgung mittels standardisierter Verfahren zu überprüfen. International empfehlen WHO und Joint Commission den Einsatz von zumindest zwei Identifikatoren und die Verwendung von Identifikationsbändern.

Wie kann sicher identifiziert werden?

1. Mündlich - indem nach Namen und Geburtsdatum gefragt wird und ein Abgleich mit den PatientInnenunterlagen erfolgt
2. Schriftlich - mittels Abgleich von schriftlichen Daten (Identifikationsarmband / PatientInnenunterlagen)

Im St. Anna Kinderspital gab es vor der Bearbeitung der Thematik in einem interdisziplinären Projekt keine einheitliche Regelung zur PatientInnenidentifikation und Namensbänder mussten händisch beschriftet werden. Die Erhöhung der PatientInnensicherheit und die Reduktion von Verwechslungsrisiken wurden als Projektziele vereinbart:

Jede PatientIn muss jederzeit und sicher identifizierbar sein. Auch wenn die PatientIn schläft, die PatientIn/ die Begleitperson und die Behandelnde keine gemeinsame Sprache sprechen, die PatientIn in Narkose ist, die PatientIn zu jung ist, um ihren Namen nennen zu können oder die PatientIn „bekannt“ ist.

Ergebnis des Projekts, war die Entscheidung für aus dem KIS bedruckbare Identifikationsbänder für alle stationären PatientInnen und die Festlegung von Risikokategorien und Identifikationsregeln. Beispielsweise wurde Eingriffe im OP und Transporte zu Untersuchungen außerhalb des Krankenhauses als Maßnahmen mit hohem Verwechslungsrisiko definiert. In diesem Fall muss die PatientIn mittels zweier Methoden (schriftlich und mündlich) identifiziert werden und kann das Tragen des Identifikationsarmbandes für diesen Zeitraum auch nicht verweigern.

Als besonders risikoreiche Maßnahmen wurden eingestuft: Blutprodukt verabreichen, Zytostatikum verabreichen, Bildgebung und andere Diagnostik für die das Einverständnis explizit eingeholt werden muss, Kontrastmittelgabe und Sedierung/Narkose. Auch in diesem Fall muss mündlich und schriftlich identifiziert werden. (vgl. Tabelle 1)

Alle Berufsgruppen mit PatientInnenkontakt wurden im Umgang mit den neuen Identifikationsarmbändern und dem vereinheitlichten Ablauf der PatientInnenidentifikation geschult.

Kindgerecht gestaltete Plakate unterstützen die Information von PatientInnen und Bezugspersonen.

Ein Plakat weist auf die Situation der schriftlichen Identifikation hin und zeigt welche Funktion das Identifikationsarmband im Zusammenhang mit den verschiedensten medizinischen und pflegerischen Maßnahmen hat. Das zweite Plakat stellt die Situation der mündlichen Identifikation dar. Mitglieder des therapeutischen Teams fragen die PatientIn aktiv nach Name und Geburtsdatum. Gleichzeitig wird die PatientIn zur Mithilfe bei der PatientInnenidentifikation aufgefordert.

Die Plakate wurden an allen Stationen und in den Wartebereichen der Ambulanz und des Labors angebracht. Auch die MitarbeiterInnen werden dadurch an die Kernbotschaft von mündlicher und schriftlicher Identifikation erinnert.

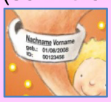
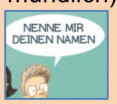
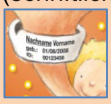
Wichtig: Aufrufen ist nicht identifizieren! Die PatientIn kennen, schützt nicht vor Verwechslung!

Autorin

Ingrid Kressl, BScN
Leitung der Stabstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege im St. Anna Kinderspital

Kontakt: Ingrid.kressl@stanna.at
Grafik: Levent Tarhan /atelier-lev.com

IDENTIFIKATIONS-REGEL: DIE PATIENTINNEN-IDENTITÄT MUSS ÜBERPRÜFT WERDEN BEI:
ARMBAND-REGEL: IDENTIFIKATIONS-ARMBÄNDER MÜSSEN/SOLLEN ANGELEGT WERDEN BEI:

Risikokategorie		**Identifikations-Regel**	**Armband-Regel**
Bezeichnung	Details		
I. Maßnahmen mit hohem **Verwechs-lungsrisiko**	• Eingriffe im OP • Von uns organisierte Transporte zu externen Untersuchungen	**MUSS:** Identifikation mit **2 Methoden** (schriftlich **UND** mündlich),  **UND** KEIN Verweigern des Bandes erlaubt!!	**MUSS:** Band anlegen und tragen; **KEIN Verweigern des Bandes erlaubt!!** (aufgrund spezieller Risikofaktoren: Betreuungswechsel, Sedierung, ohne Begleitperson, ...)
II. besonders **risikoreiche** Maßnahmen	• Blutprodukt verabreichen • Zytostatikum verabreichen • Bildgebung und andere Diagnostik, für die das Einverständnis explizit eingeholt werden muss • Kontrastmittelgabe • Sedierung/Narkose	**MUSS:** Identifikation mit **2 Methoden** (schriftlich **UND** mündlich), wenn ein Band vorhanden ist. **UND** Steht nur 1 Methode zur Verfügung, so gilt besondere Vorsicht!	**SOLL:** Band unbedingt anlegen und tragen
III. sonstige verwechs-lungs-relevante Maßnahmen	• Untersuchung: klinisch, Bildgebung, sonstige • invasive Maßnahmen: Venflon stechen, Harnkatheter legen, ... • Blutabnahme • Medikation, Inhalation verabreichen • Wiegen, Messen, anam-nestische Daten erheben • Aufklärung, Beratung, Entlassung, Übergabe von Brief, Rezept, ...	**MUSS:** Identifikation mit **1 Methode** (schriftlich **oder** mündlich) **oder** 	**SOLL:** Band generell anlegen und tragen bei stationären PatientInnen
IV. bei jeder Übernahme einer PatientIn in die Betreuung bzw. einem Wechsel des betreuenden Teams	Ambulanzen: am Beginn der ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen Interaktion; Stationen: bei Aufnahme einer PatientIn bzw. jedes Mal, wenn sich ÄrztIn, Pflegeperson, TherapeutIn einer für sie „neuen" PatientIn vorstellt; OP und Leistungsstellen: bei Übernahme der PatientIn;	**MUSS:** Identifikation mit **1 Methode** (schriftlich **oder** mündlich)  **oder**	**SOLL:** Band generell anlegen und tragen bei stationären PatientInnen
I-IV. Wenn weder die PatientIn noch eine Begleitperson an der Identifikation mitwirken kann (Alter, Sprache, ...)		**MUSS:** „schriftliche" Identifikation !! **UND** „besondere Vorsicht"	**MUSS:** Band anlegen und tragen;

Auszug aus: AEPF_D_AEPF_004V01_16

St. Anna KinderSpital

FÜR DEINE SICHERHEIT

Hilf mit!

bei der PatientInnenidentifikation

ustration & Grafik: Levent Tarhan / www.atelier-lev.com

(C): kozorog

Perioperatives Wärmemanagement

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde dem Thema „unerwünschte intraoperative Hypothermie“ vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt und eine Fülle an wissenschaftlicher Literatur dazu publiziert. Es werden im hier vorliegenden Artikel die wesentlichsten Erkenntnisse zusammengefasst sowie ein Überblick über die pflegerischen Maßnahmen gegeben, die den Körper dabei unterstützen, im Rahmen von chirurgischen Eingriffen die Körperkerntemperatur im Normbereich zu halten. Es wird auch auf die Umsetzung der Maßnahmen im Alltag – entsprechend den Erfordernissen am St. Anna Kinderspital in Wien – eingegangen. Der Implementierungsprozess wurde 2015 begonnen und befindet sich noch im Laufen, erste Erfolge sind bereits zu verzeichnen.

Hintergrund

Nicht nur aus der Literatur (Horosz et al. 2013), sondern auch aus Beobachtungen im Alltag lässt sich belegen, dass es sich bei der intraoperativen Hypothermie um die häufigste Komplikation in der Anästhesie handelt. Das betrifft nicht nur länger dauernde Eingriffe, sondern vor allem auch kurz dauernde operative Interventionen sowie Eingriffe in Lokalanästhesie stellen ein besonderes Risiko dar, eine intraoperative Hypothermie zu entwickeln (Andrzejowski et al. 2008, Depenbusch-Landgräber 2009, Horosz et al. 2013).

Die negativen Konsequenzen daraus werden von Sessler (2001, 2014), Harper et al. (2003), Horosz et al. (2013) und Fatemi et al. (2016) dargestellt. Dabei handelt es sich insbesondere um ein dreifach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, eine verminderte Durchblutung des OP-Gebiets und daraus resultierend eine verlangsamte Wundheilung sowie vermehrtes Auftreten von Wundinfektionen. Die Blutgerinnung ist aufgrund einer Beeinträchtigung der Thrombozytenfunktion und der Gerinnungsfaktoren verlangsamt, auch der Abbau und die Ausscheidung der Anästhetika sowie der Muskelrelaxantien werden verlangsamt. Es kann zu Kältezittern mit einem erhöhten Sauerstoffverbrauch und Unwohlsein beim Patienten kommen. Ein adäquates Temperaturmanagement ist zur Vermeidung der hypothermieinduzierten Komplikationen unabdingbar.

Um die Sinnhaftigkeit der empfohlenen Maßnahmen zum Erhalt einer normothermen Körperkerntemperatur nachvollziehen zu können, ist es nötig, sich mit der Thermoregulation des Körpers, den Prinzipien des Wärmeaustauschs sowie den Möglichkeiten der Temperaturmessung auseinanderzusetzen.

Thermoregulation

Die Temperaturregelung findet im Hypothalamus statt. Aufgrund der peripheren Wahrnehmung anhand der Thermorezeptoren in der Haut und den inneren Organen wird die Temperatur über verschiedene Wärmeregulationsmaßnahmen wie Stoffwechselaktivität und Wärmeabgabe über die Haut konstant aufrecht erhalten (Bandemer 2009, Horosz et al. 2013). Während einer Narkose wird die Temperaturregelung aufgrund verschiedenster Faktoren beeinträchtigt. Zunächst kommt es unmittelbar nach der Narkoseeinleitung durch die medikamentös bedingte Vasodilatation zu einer Wärmeumverteilung im Körper. Das führt dazu, dass das kühlere Blut aus der Peripherie die Temperatur im Körperinneren absinken lässt. Weiters werden aufgrund der Wirkungen der Narkotika der Schwellenwert der Kerntemperatur sowie auch die physiologischen Regulationsmaßnahmen reduziert. In weiterer Folge kommt es dann zu einer Wärmeabgabe an die Umgebung, wodurch die Körperkerntemperatur weiter abnimmt (Andrzejowski et al. 2008, Horosz et al. 2013). Die physiologische Höhe der Körperkerntemperatur wird in der Literatur unterschiedlich definiert und mit ca. 37,0° C +/- 0,5° C angegeben (Sessler 2001, Bräuer 2006, Horn et al. 2010, Horosz et al. 2013). Der Begriff Hypothermie wird in der Literatur nicht einheitlich beschrieben. Es zeigt sich eine Tendenz, Temperaturen unter 36° C als Hypothermie zu bezeichnen (Andrzejowski et al. 2008, Bräuer 2009, Horn et al. 2010, Horosz et al. 2013). Der Physiologie entsprechender ist ein Ansatz von Horn et al. (2010), 36,5° C als Hypothermiegrenze festzulegen bzw. die Ausgangstemperatur zu berücksichtigen und ein Absinken um mehr als 0,5° C als Hypothermie zu bezeichnen.

Wärmeaustausch

Horosz et al. (2013) und Perl et al. (2004) beschreiben in Übersichtsarbeiten die vier Mechanismen des Wärmeaustauschs. Bei der Konvektion (Strömung) kommt es aufgrund des Luftstroms bzw. Blutflusses zur Wärmeübertragung zwischen den Molekülen. Auf dieser Basis funktionieren konvektive Luftwärmer wie z.B. Bair Hugger® - Warmluftgebläsedecken. Konduktion (Leitung) findet nur zwischen festen Stoffen, die miteinander in Verbindung stehen, statt. Hier kommt es zum Wärmetransfer von einem Körper mit einer höheren Temperatur zu einem Körper mit einer niedrigeren Temperatur. Dieses Prinzip wird z.B. bei elektrischen Heizdecken und Wassermatten ausgenützt. Unter Radiation (Strahlung) versteht man eine Wärmeübertragung durch elektromagnetische Infrarotwellen. 60% des Wärmeverlusts des Körpers erfolgt über Strahlung. Medizinisch eingesetzt wird diese Möglichkeit des Wärmetransfers bei Infrarotstrahlern. Bei der Evaporation (Verdampfung) kommt es durch die Verdunstung von Wasserdampf zur Wärmeabgabe vom Ort des höheren Partialdrucks zum Ort des niedrigeren. Dieses Prinzip kommt bei der Atmung, über die Schweißabsonderung der Haut oder das offene OP-Gebiet zur Geltung.

Temperaturmessmethoden

Um ein effektives Wärmeprotektionsmanagement durchführen zu können, ist die kontinuierliche Bestimmung der Körperkerntemperatur unerlässlich. Per definitionem handelt es sich dabei

um die in der Arteria pulmonalis gemessene Temperatur (Sievert et al. 1999, Gerber 2006). Für das intraoperative Setting werden entweder die nasopharyngeale, die ösophageale, die orale, die direkt tympanale, die Messung über einen Blasendauerkatheter oder, wenn vorhanden, primär über einen Pulmonalisarterienkatheter empfohlen (Depenbusch-Landgräber 2009, Horn 2010, Horosz 2013, Torossian 2015). Alle Messmethoden haben spezifische Vor- und Nachteile. Die Pflegenden müssen in der korrekten Anwendung geschult werden, ein Bewusstsein für mögliche Ursachen fehlerhafter Messungen ist zu schaffen. Entscheidend ist es, immer die gleiche Messmethode beizubehalten, da die Körperregionen unterschiedliche Normaltemperaturwerte aufweisen und unterschiedlich rasch auf Temperaturveränderungen reagieren (Wöll-Reichert 2009).

Maßnahmen

Präoperativ

Schon im Vorfeld eines operativen Eingriffes ist es möglich Maßnahmen zu setzen, die eine intraoperative Hypothermie effektiv verhindern. Es handelt sich dabei um eine aktiv oder passiv durchgeführte Vorwärmung. Bei der aktiven Vorwärmung mittels Warmluftgebläsedecken wird die Wärme aus der Luft durch Bewegung auf die / den Patientin/en übertragen (Bräuer et al. 2011). Vorwärmung über einen Zeitraum von 30-60 Minuten hebt die Temperatur der Körperperipherie fast auf das Niveau des Körperkerns an. Von den PatientInnen wird die Vorwärmung als angenehm, fürsorglich und entspannend empfunden (Depenbusch-Landgräber 2009). Vorwärmzeiten von 20 – 30 Minuten bis maximal 60 Minuten können empfohlen werden, dabei steht das Wohlbefinden der PatientInnen im Vordergrund (Horn et al. 2012, Bräuer et al. 2010, Horn et al. 2010, Andrzejowski et al. 2008, Torossian et al. 2015). Sessler (2001), Andrzejowski et al. (2008), Bräuer et al. (2010) und Horn et al. (2010) beschreiben, dass es durch ein aktives Vorwärmen der PatientInnen zur Vasodilatation in den Extremitäten kommt, der Temperaturgradient zwischen peripherer und zentraler Temperatur dadurch verringert wird, die Kerntemperatur aber nicht signifikant ansteigt. Der oben beschriebene Effekt der Umverteilung bei der Narkoseeinleitung wird dadurch vermindert, eine initiale Hypothermie wird verhindert und die Kerntemperatur bleibt konstant. Shin et al. (2015) und Akhtar et al. (2016) stellen zwar trotz des Vorwärmens einen Abfall der Körperkerntemperatur fest, die absoluten Temperaturen sind im Vergleich zu den nicht vorgewärmten PatientInnen allerdings höher. Sie stellen auch eine höhere Zufriedenheit und Wohlbefinden bei den PatientInnen fest. Laut Sessler (2001) hat das Vorwärmen auch den Nebeneffekt, dass Venen leichter punktiert werden können. Horn et al. (2010) empfehlen, nach durchgeführter Vorwärmung erst bei Eingriffen, die länger als eine Stunde dauern, zusätzlich intraoperativ zu wärmen.

Bei der passiven Vorwärmung wird die natürliche Gegenreaktion der / des Patientin/en auf Kälteempfinden nachgeahmt, nämlich sich anzuziehen und die Umgebungstemperatur zu erhöhen (Horosz 2013). So schlägt Depenbusch-Landgräber (2009) vor, die PatientInnen erst kurz vor Operationsbeginn zu entkleiden, auf eine trockene Hautsituation zu achten und auch daran zu denken, dass sowohl der OP-Tisch als auch Auflagen zur Kühlung der / des Patientin/en führen können. Zu berücksichtigen ist, dass auch kalte Stationsbettdecken zu einem signifikanten Wärmeverlust führen können. Es empfiehlt sich den Zwiebeleffekt anzuwenden, bei welchem bis zu drei Schichten empfohlen werden können. Weitere Hinweise auf die Sinnhaftigkeit der passiven Vorwärmung lassen sich durch Studien von Kurz et al. (1993) und Akhtar et al. (2014) finden. Diese stellten nach der Einleitung keinen Abfall der Körperkerntemperatur bzw. keine Unterschiede zwischen der vorgewärmten und der Kontrollgruppe fest und führten das darauf zurück, dass die Körperperipherie bereits wärmer ist. Kurz et al. (1993) begründen das mit der Durchführungszeit der Studie im Hochsommer, Akhtar et al. (2014) merken an, dass die PatientInnen entgegen früheren Gepflogenheiten erst kurz vor dem Eingriff OP-Kleidung bekommen und daher länger warm angezogen bleiben.

Intraoperativ

Die Isolierung dient der Reduzierung des Wärmeverlusts, der zum Großteil über die Haut stattfindet. Gesicht und Brust sind hier am empfindlichsten. Bräuer et al. (2007, 2011) stellen fest, dass es durch die Isolierung zu einem geringeren radiativen und konvektiven Wärmeverlust über die Haut kommt und daher Gebiete, die nicht aktiv gewärmt werden können, abgedeckt werden sollen.

Eine Raumtemperaturerhöhung wird vor allem bei Kindern, aber nach Bräuer et al. (2011) auch bei anderen Risikogruppen empfohlen. Bei Kindern sollen 24°C, bei Erwachsenen 21°C erreicht werden, um den Temperaturunterschied zwischen dem Körper

und der Umgebung zu vermindern (Torossian et al. 2015).

Die Infusionswärmung ist vor allem bei größeren Infusionsmengen von Bedeutung. um ein weiteres Auskühlen zu verhindern. Sie führt allerdings nicht signifikant Wärme zu (Sessler 2001, Bräuer et al. 2011). Empfohlen wird sie ab einer Flussrate von 500ml/h sowie bei Blutprodukten (Depenbusch-Landgräber 2009, Horn et al. 2010, Torossian et al. 2015). Serour et al. (2002) stellen bei Kindern fest, dass es gleich effektiv ist, ob die Infusionswärmung mittels eines eigenen Geräts oder unter der eingesetzten Warmluftgebläsedecke verlaufend erfolgt.

Die Funktion von Warmluftgebläsedecken wurde bereits oben erklärt. Sie wirken laut Perl et al. (2003) nicht nur durch Wärmetransfer, sondern auch durch die Verhinderung der Wärmeabgabe über die Haut. Stanger et al. (2009) haben sich mit der Dauer der Wärmeanwendung beschäftigt. Sie empfehlen, fortlaufend die Temperatur zu messen. Unterhalb von 37°C Körperkerntemperatur soll die Warmluftgebläsedecke auf 43°C aufgedreht und bei höheren Werten auf 38°C reduziert werden.

(C): Ingrid Wöll-Reichert

Sessler (2001) stellt fest, dass Infrarotstrahler vor allem bei der Narkoseeinleitung von Kindern hilfreich sind, wenn der Körper gesehen werden muss und somit nicht abgedeckt werden kann. Positiv wird hervorgehoben, dass kein Kontakt mit der Haut des Patienten nötig ist. Als nachteilig hat sich herausgestellt, dass es auch zu einer Erhöhung der Umgebungstemperatur und somit zu Belastungen für das Personal kommt. Zudem ist die Wärmeübertragung abhängig vom Abstand zwischen der Wärmequelle und dem Patienten. In der Praxis wird diese Methode daher als kritisch in der Umsetzung angesehen.

Sessler (2001), Horn et al. (2010) und Bräuer et al. (2011) erwähnen, dass eine Atemgaswärmung additiv durchgeführt werden kann, aber einen untergeordneten Beitrag zur Wärmezufuhr leistet, da nur ein geringer Teil der Wärme über die Atemluft verloren geht.

Der Einsatz von Wassermatratzen, Elektrodecken und Heizmatten wird kontroversiell diskutiert und kann in Anbetracht der Gefahr der thermischen Schädigung nur mit Vorbehalt empfohlen werden. Thermophore werden als gefährlich und ineffektiv angesehen, da sie nur ein kleines Gebiet wärmen und die Temperatur schlecht übertragen (Sessler 2001, Bräuer et al. 2011).

Umsetzung

Aufbauend auf diese Erkenntnisse stellt sich nun die Frage, wie die Ergebnisse aus der Forschung in der Praxis umgesetzt werden können. Grundlegend für die

weitere Vorgangsweise war folgende Fragestellung: „Mit welchen pflegerischen Maßnahmen kann bei PatientInnen im St. Anna Kinderspital, die sich einem elektiven chirurgischen Eingriff unterziehen, eine intraoperative Hypothermie vermieden werden?“

Das Eingriffsspektrum umfasst HNO-Operationen wie z.B. Tonsillektomien, Adenotomien, Paracentesen und ähnliche Eingriffe mit einer durchschnittlichen Eingriffsdauer von ca. 10-20, maximal bis zu 30 Minuten, die zahlenmäßig den größten Teil aller Eingriffe ausmachen. Auch Gastroskopien, diverse Punktionen und Biopsien weisen eine ähnliche Eingriffsdauer auf. Regelmäßig finden auch länger dauernde Eingriffe mit einer Dauer von ca. 1-2 Stunden statt wie z.B. Lymphknotenextirpationen, Otopexien, Anlagen von Hickman-Kathetern, Knochenmarkentnahmen zu Spenderzwecken, zahnärztliche Eingriffe und Colonoskopien.

Ablauf

Die Umsetzung begann im Herbst 2014 mit der Ausbildung der Autorin zur Wärmemanagerin bei Prof. A. Bräuer, 3M Deutschland GmbH. Ziel dieser Ausbildung war, als Multiplikatorin das Wissen an die anderen Pflegekräfte weiterzugeben. Die Erkenntnisse aus dieser Schulung wurden im Februar 2015 im Rahmen eines Vortrags dem OP-Personal vorgestellt. Beteiligt waren Pflegende aus dem Bereich Anästhesie und OP-Pflege, OP-Assistenten und AnästhesistInnen. Unmittelbar daran anschließend fand ein Workshop statt, auf dem festgelegt wurde, welche dieser Maßnahmen entsprechend unseren Anforderungen als praktikabel und effizient erachtet werden und umgesetzt werden sollen. Gerade für kürzer dauernde Eingriffe ist vor allem ein präoperatives Wärmemanagement von besonderer Bedeutung, das Haupteinsatzgebiet für intraoperative Maßnahmen liegt bei den länger dauernden Eingriffen.

Initial wurden die Ergebnisse des Workshops im Rahmen von jeweils 30-minütigen Fortbildungen den Pflegenden der betreffenden Stationen kommuniziert und um Unterstützung bei der Umsetzung gebeten. Vor allem wurde auf die Bedeutung der Vorwärmung hingewiesen. Von jeder Station wurden zwei Pflegende nominiert, die vor Ort als primäre Ansprechpersonen dienen und als Informationsvermittler zwischen den Stationen und dem OP-Bereich fungieren.

Ziel ist es, dass auf den Stationen alle PatientInnen passiv vorgewärmt werden. Sie werden aufgefordert, sich ausreichend warm anzuziehen, z.B. mit einer Jacke oder einem Bademantel. Erst kurz vor OP-Beginn bzw. nach der Verabreichung der Prämedikation wird die OP-Kleidung angezogen, kombiniert mit einer langen Pyjamahose und Socken. Bei Säuglingen wird darauf geachtet, dass sie eine Haube aufgesetzt bekommen. Für besonders sensible PatientInnengruppen, wie z.B. Jugendliche aus dem Bereich Onkologie und Gastroenterologie, wird eine aktive Vorwärmung mittels Warmluftgebläsedecken über einen Zeitraum von ca. 20-30 Minuten präoperativ angeboten.

Intraoperativ wird bei allen PatientInnen darauf geachtet, dass die Haut möglichst komplett abgedeckt ist, bei Bedarf wird ein vorgewärmtes Baumwolltuch eingesetzt. Bei einer zu erwartenden OP-Dauer von mehr als 30 Minuten bzw. jedenfalls bei Säuglingen und Kleinstkindern sowie bei PatientInnen, die bereits präoperativ ein Kälteempfinden angeben, werden Warmluftgebläsedecken angewendet. Bevorzugt kommen Aufliegedecken zum Einsatz. Kleine Kinder, die für den Eingriff ausgezogen werden müssen, werden mit Unterlegdecken versorgt und mit den beigepackten durchsichtigen Plastikfolien abgedeckt.

Bei dem Einsatz von Warmluftgebläsedecken erfolgt eine kontinuierliche Temperaturmessung. Zunächst wurden direkt tympanale Sonden eingesetzt, deren Anwendung sich im Alltag allerdings als kritisch herausgestellt hat. Im Verlauf von ca. 50 Anwendungen kam es bei einem Patienten zu einer Trommelfellruptur, bei einem weiteren zu einer Gehörgangsverletzung, weshalb diese Messmethode nicht mehr eingesetzt wird. Seit Sommer 2017 kommt die orale bzw. pharyngeale Messung zur Anwendung.

Die Infusionswärmung wird nicht standardmäßig eingesetzt, da aufgrund der Kürze der Eingriffe die verabreichte Infusionsmenge so gering ist, dass kaum bzw. keine negative Auswirkungen auf die Körperkerntemperatur zu erwarten sind. Bei länger dauernden Eingriffen wird die Infusionsleitung über die eingesetzte Warmluftgebläsedecke gewärmt. Ausgenommen sind hiervon Blutprodukte, die ausschließlich gewärmt verabreicht werden. Für spezielle Einzelfälle steht ein Biegler® Infusionswärmer zur Verfügung.

Von einer additiven Atemgaserwärmung sowie dem Einsatz von Infrarotstrahlern wird aufgrund der mangelnden Relevanz bzw. Einsetzbarkeit im Alltag abgesehen.

Die Erhöhung der Raumtempera-

tur auf 24° C wird vom Personal unterschiedlich empfunden. Offenbar auch individuell tagesabhängig wurden unterschiedliche Wahrnehmungen der einzelnen Teammitglieder geäußert.

Erfahrungen

Eine Evaluierung ist im Laufen. An Erkenntnissen vorwegnehmen lässt sich, dass ein großer Teil der PatientInnen passiv vorgewärmt in den OP-Bereich gebracht wird. Das Ziel, alle PatientInnen zu wärmen, muss allerdings noch weiter verfolgt werden. Als subjektiver erster Eindruck lässt sich festmachen, dass präoperativ weniger Kälteempfinden geäußert wird. Zudem lassen sich die Venen leichter punktieren, wenn die PatientInnen eine warme Körperperipherie aufweisen. Postoperativ wird im Gegensatz zu früher das Kältezittern nahezu nicht mehr beobachtet. Durch die laufenden Temperaturkontrollen beim Einsatz von Warmluftgebläsedecken und dadurch entsprechende Steuerung der Wärmezufuhr kommt es nicht mehr zu Hyperthermien mit nachfolgendem Schwitzen im Aufwachraum. Als Nebeneffekt hat sich die vermehrte Zusammenarbeit der Pflegepersonen der Stationen mit dem OP-Bereich als positiv für die Teambildung und das Kommunikationsklima erwiesen.

Mehrere Faktoren haben sich bei der Umsetzung als hilfreich herausgestellt: Die initiale Schulung half allen Beteiligten, die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen zu erkennen. Als unterstützend wurde die Festlegung einer definierten Ansprechperson auf den Stationen erlebt sowie der Umstand, dass schon im Vorfeld zur Verabreichung der Prämedikation eine gute Koordination mit den Stationen bestand. Das Einbeziehen aller Berufsgruppen führte zu einer großen Akzeptanz und aktiven Mitarbeit trotz des zusätzlichen Zeitaufwands.

Als problematisch bei der Umsetzung hat sich sowohl die Personalfluktuation herausgestellt, als auch Zeiten erhöhter Arbeitsbelastung. Und nicht zuletzt muss man auch zur Kenntnis nehmen, dass es sich bei unseren PatientInnen zum größten Teil um Kinder handelt, die vereinzelt bestimmte Maßnahmen - wie z.B. das Anziehen - einfach verweigern.

Ausblick

Als nächsten Schritt soll ein Informationsblatt für die PatientInnen bzw. die Begleitpersonen erstellt werden, um diese präoperativ über die Thematik der Hypothermie, deren Entstehungsfaktoren und Gefahren aufzuklären. Dies würde es ermöglichen, PatientInnenen dazu anzuleiten, ihr Wärmeempfinden anzugeben, wodurch wiederum frühzeitig entsprechende wärmeprotektive Maßnahmen eingeleitet werden können. Geplant ist weiters, dass die Vorwärmung mittels Warmluftgebläsedecken für alle PatientInnen, die es wünschen, zur Verfügung steht.

Abschließend muss festgehalten werden, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen für ein konsequentes Wärmeprotektionsmanagement erforderlich ist.

Literaturverzeichnis

Aktar Z., Hesler B., Fiffick A., Mascha E., Sessler D., Kurz A., Ayad S., Saager L. (2016): A randomized trial of prewarming on patient satisfaction and thermal comfort in outpatient surgery. In: Journal of Clinical Anesthesia 33, 376-385

Andrzejowski J., Hoyle J., Eapen G., Turnbull D. (2008): Effect of prewarming on post-induction core temperature and the incidence of inadvertent perioperative hypothermia in patients undergoing general anaesthesia. In: British Journal of Anaesthesia 101 (5), 627-631

Bandemer G. (2009): „Viel zu kalt“ – Praxis der Hypothermiebehandlung. In: Plexus, 1, 44-45

Bräuer A., Perl T., English M., Quintel M. (2007): Perioperative Thermal Insulation. In: Surg Technol Int. 16, 41-45

Bräuer A. (2009): Vermeidung perioperativer Hypothermie. In: Eckart J.; Forst H.; Burchardi H. (Hg.). Kompendium und Repetitorium zur interdisziplinären Weiter- und Fortbildung. Hamburg, ecomed Medizin, 1-26

Bräuer A., Zink W., Timmermann A., Perl T., Quintel M. (2011): Prevention of perioperative hypothermia during off-pump coronary artery bypass surgery. In: Anästh Intensivmed, 52, 251-262

Depenbusch-Landgräber (2009): Perioperative Temperaturregulation. In: Intensiv, 3 (9), 122-132

Fatemi S., Armat M., Zeydi A., Soleimani A., Kiabi F. (2016): Inadvertent Perioperative Hypothermia: A Literature Review of an Old Overlooked Problem. In: Acta facultatis medicae Naissensis, 33 (1), 5-11

Gerber A. (2006): Theorie und Praxis der klinischen Fiebermessung. In: Therapeutische Umschau, 63 (10), 627-632

Harper C., McNicholas T. Gowrie-Mohan S. (2003): Maintaining perioperative normother-

mia. In: BMJ, 326, 721-722

Horn E., Torossian A. (2010): Perioperative Hypothermie – Prophylaxe, Therapie und Physiologie. In: Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther, 45, 160-166

Horn E., Bein B., Böhm R., Steinfath M., Sahili N., Höcker J. (2012): The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of peri-operative hypothermia. In: Anaesthesia, 67, 612-617

Horosz B., Malec-Milewska M. (2013): Inadvertent intraoperative hypothermia. In: Anaesthesiology intensive Therapy 45, 38-43

Perl T., Bräuer A., Timmermann A., Mielck F., Weyland W., Bruan U. (2003): Differences among forced-air warming systems with upper body blankets are small. A randomised trial for heat transfer in volunteers. In: Acta Anästhesiologica Scandinavica, 47, 1159-1164

Perl T., Bräuer A., Weyland W., Braun U. (2004): Application of heat flux transducers to determine perioperative heat exchange. In: Thermochimica Acta 422, 35-40

Serour F., Weissenberg M., Boaz M., Ezri T., Gorenstein A. (2002): Intravenous fluids warming by mattress is simple and efficient during pediatric surgery. In: Acta Anaesthesiol Scand. 46 (1), 80-84

Sessler D. (2001): Complications and Treatment of Mild Hypothermia. In: Anesthesiology 95, 531-543

Sessler D. (2014): Temperature monitoring: the consequences and prevention of mild perioperative hypothermia. In: South Afr J Anaesth Analg 20 (1), 25-31

Shin K., Ahn J., Kim I., Lee J., Kang S., Hong S., Chung H., Lee H. (2015): The efficacy of pre-warming on reducing intraprocedural hypothermia in endovascular coiling of cerebral aneurysms. In: BMC Anesthesiology 15:8

Sievert U., Pau H., Weidemann T. (1999): Das „Ohr-Fieberthermometer“ - Untersuchungen zur Ohrthermographie. In: Laryngo-Rhino-Otol. 78, 397-400

Stanger R., Colyvas K., Cassey J., Robinson I., Armstrong P. (2009): Predicting the efficacy of convection warming in anaesthetized children. In: British Journal of Anaesthesia 103 (2), 275-282

Torossian A., Bräuer A., Höcker J., Bein B., Wulf H., Horn E. (2015): Preventing Inadvertent Perioperative Hypothermia. In: Deutsches Ärzteblatt International 112, 166-72

Wöll-Reichert I. (2009): Temperaturmessmethoden in der Kinderkrankenpflege: Die Umsetzbarkeit einer forschungsgestützten Handlungsrichtlinie und Erhebung der Entscheidungsfindungspraxis. Diplomarbeit. Universität Wien

Autorin

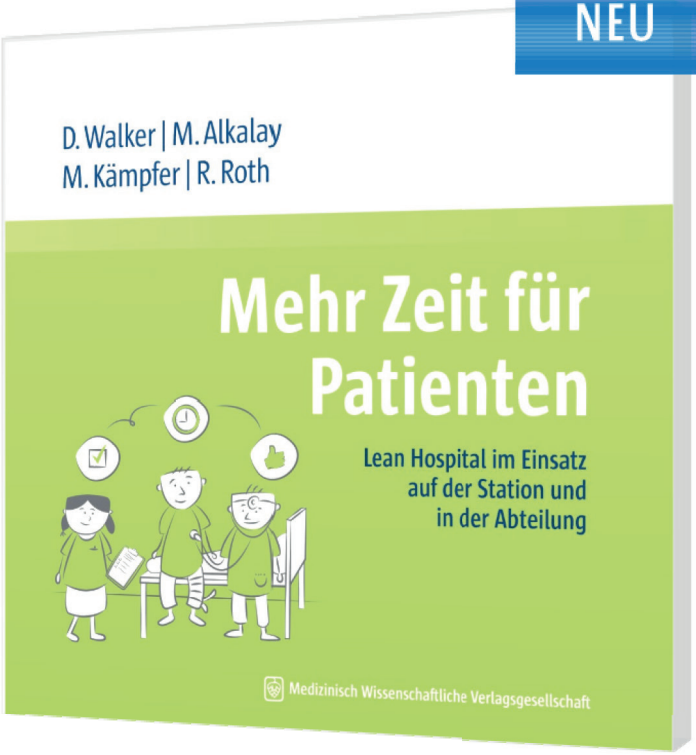
Mag$_a$. Ingrid Wöll-Reichert
DGKP (Kinder- und Jugendlichenpflege, Intensivpflege) am St. Anna Kinderspital; Leitung Anästhesiepflege, Praxisanleiterin; Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Interessensschwerpunkte: Evidence-based Nursing, Vernetzung von Forschung – Lehre – Praxis
Email: ingrid.woell-reichert@stanna.at

NEU

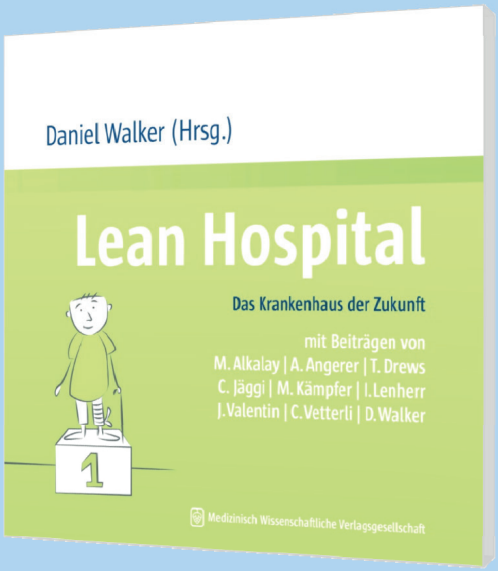
Die erfolgreiche Lean Hospital-Strategie konkret angewandt auf den Alltag der stationären Patientenversorgung

- **hilfreich:** spannende Einführung, anschauliche Erfahrungsberichte und Anleitung zur Umsetzung
- **wirksam:** konsequente Patientenfokussierung schafft mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit
- **deutliche Steigerung** der Patientenzufriedenheit
- **dauerhafte Zufriedenheit** von Mitarbeitern und Vermeidung von Fluktuation



198 Seiten | 63 farbige Abb. | Softcover
06|2017 erschienen

€ 54,95 [D]



180 Seiten | 77 farbige Abb. | Softcover
2015 erschienen

€ 59,95 [D]

- **der Patient kommt immer zuerst:** Lean als Management-Methode für das Krankenhaus
- **wirksam:** konsequente Patientenfokussierung schafft mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit
- **der erste Band** des erfolgreichen Autorenteams rund um die Lean-Hospital-Strategie

Stand: Oktober 2017, Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten

Weitere Informationen unter: www.mwv-berlin.de

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Krankheitsmanagement von Familien mit Kindern mit transfusionsbedingter Hämosiderose

In der hier vorgestellten Studie wurde untersucht, wie Familien die transfusionsbedingte Hämosiderose eines Kindes und die dadurch erforderliche Chelattherapie erleben, wie sie mit den damit verbundenen Herausforderungen umgehen und welche Faktoren das Krankheitsmanagement beeinflussen.

Einleitung

Die bei chronischen Anämien, wie Beta-Thalassämia major, Diamond-Blackfan-Anämie oder Pyruvatkinase-Mangel notwendige Transfusionstherapie führt zu einer Eisenüberladung (Hämosiderose) des Körpers, weil das mit den Transfusionen zugeführte Eisen nicht wieder ausgeschieden werden kann. Hämosiderose verläuft lange symptomlos, schädigt aber Herz, Leber und endokrine Organe (Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, 2015). Eine Behandlung der Hämosiderose ist erst seit den 1970er Jahren möglich.

Der erste zugelassene Chelator Deferoxamin (Desferal®) musste fünf bis sieben Tage pro Woche als subkutane Infusion verabreicht werden. Seit dem Jahr 2000 bzw. 2005 sind auch die oral einzunehmenden Chelatoren Deferipron und Deferasirox zugelassen. Diese Medikamente sind mittlerweile die am häufigsten verordneten Chelatoren (Porter et al., 2012). Sie haben die Behandlung vereinfacht und werden von PatientInnen besser akzeptiert als die subkutane Infusionsbehandlung (Borgna-Pignatti & Marsella, 2015).

Seit dem Jahr 2000 hat ein Großteil der Betroffenen eine Lebenserwartung von über 40 Jahren (Modell et al., 2008). Die noch immer relativ hohe Mortalität junger Erwachsener mit transfusionsbedingter Hämosiderose wird vor allem auf die geringe Compliance mit der Chelattherapie in Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter zurückgeführt (Delea et al., 2007; Lee, Toh, Chai, & Soo, 2011; Modell, Khan, & Darlison, 2000). Von Betroffenen angegebene Gründe für die Nicht-Einnahme der Chelatoren sind unangenehmer Geschmack von Deferasirox, das in Wasser aufgelöst und in zeitlichem Abstand zu einer Mahlzeit eingenommen werden muss, Nebenwirkungen der Behandlung, sowie Vergessen (Goulas, Kourakli-Symeonidis, & Camoutsis, 2012; Porter, Evangeli, & El-Beshlawy, 2011; Trachtenberg et al., 2011).

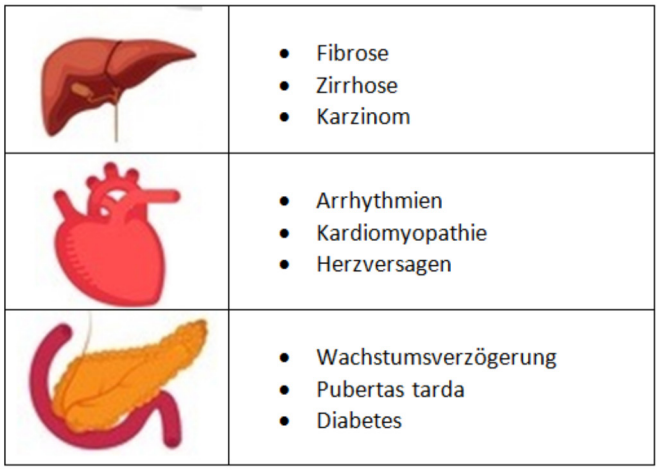


Abbildung 1: Hämosiderosebedingte Organschädigungen

Die Alltagsgestaltung mit transfusionsbedingter Hämosiderose wurde bisher vor allem in Ländern mit hoher Thalassämie-Prävalenz, d. h. im Nahen und Fernen Osten (Ishfaq, 2014; Prasomsuk, Jetsrisuparp, Ratanasiri, & Ratanasiri, 2007; Sananreangsak, Lapvongwatanal, Virutsetazin, Vatanasomboon, & Gaylord, 2012; Wahab et al., 2011), bzw. mit der subkutanen Infusionstherapie (Atkin & Ahmad, 2000, 2001; Liem, Gilgour, Pelligra, Mason, & Thompson, 2011; Sapountzi-Krepia et al., 2006) untersucht. Studien über das Krankheitsmanagement mit oralen Chelatoren fehlen bislang.

Fragestellung

Es wurde deshalb untersucht, wie Familien bzw. einzelne Familienmitglieder die transfusions-bedingte Hämosiderose eines Kindes und die dadurch erforderliche Chelattherapie erleben, wie sie mit den damit verbundenen Herausforderungen umgehen und welche Faktoren das Krankheitsmanagement beeinflussen.

Methode

Um die subjektiven Erfahrungen von Familien bzw. einzelnen Familienangehörigen in Bezug auf das Krankheitsmanagement beschreiben und verstehen zu können, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Es wurden leitfadengestützte Interviews geführt und nach Methoden der Grounded Theory ausgewertet. Für die theoretische Einbettung der Ergebnisse wurde das Family Management Style Framework (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012) herangezogen. Dieses Modell beschreibt Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten des familiären Krankheitsmanagements aus der Perspektive der Betroffenen und die daraus resultierenden Management-Stile von Familien.

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien genehmigt (EK Nr. 2003/2015).

Datenerhebung

Es wurden drei Familieninterviews mit Eltern jüngerer Kindern und einer in der Familie lebenden Großmutter, sowie mit einer zwölfjährigen Patientin und deren erwachsene Schwester geführt, sowie vier Einzelinterviews mit der Mutter von zwei erkrankten Kindern und drei aus dem Irak bzw. aus Syrien stammenden jungen Erwachsenen. Deren Eltern konnten aufgrund der Sprachbarriere nicht an der Studie teilnehmen.

Datenauswertung

Die aufgezeichneten Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und anhand der Kodier-Regeln der Grounded Theory ausgewertet (Breuer, 2010). Die Kategorienbildung erfolgte induktiv anhand der in den Interviews gefundenen Kodes (offenes Kodieren). Für die Analyse der Beziehungen zwischen den Kategorien (axiales Kodieren) wurde das Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996) herangezogen. Damit konnten die beiden Forschungsfragen beantwortet werden.

Ergebnisse

Wie erleben Familien bzw. einzelne Familienmitglieder die transfusionsbedingte Hämosiderose eines Kindes und die dadurch erforderliche Chelattherapie?
Es hat sich gezeigt, dass Normalität ein zentrales Phänomen des Erlebens von Betroffenen und deren Familien ist. Aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung des Begriffes „Normalität“ für jugendliche und junge erwachsene PatientInnen einerseits und für Eltern jüngerer PatientInnen andererseits, ist zwischen der damit aufgewachsenen Normalität jugendlicher und junger erwachsener PatientInnen und der hineingewachsenen Normalität von Eltern jüngerer Kinder zu differenzieren.

Jugendliche und junge erwachsene PatientInnen, die mit der Krankheit aufgewachsen sind, erleben die Krankheit und das dafür erforderliche Krankheitsmanagement als Bestandteil ihrer damit aufgewachsenen Normalität. Einschränkungen durch die Anämie und die regelmäßigen Bluttransfusionen gehören zu ihrem Alltag und werden akzeptiert. Die dreimal tägliche Einnahme der oralen Chelatoren ist für die jungen Erwachsenen problematisch und scheint nicht mit deren Wunsch nach einem normalen Leben vereinbar zu sein. Angegebene Gründe für ihre Nicht-Adhärenz sind unangenehmer Geschmack und Textur des Medikaments, Bauchschmerzen und Erbrechen nach der Einnahme, Vergessen, aber auch Widerwille und Überdruss gegen die Dauertherapie, sowie der Eindruck, dass die Einnahme zu keinem Rückgang der Eisenbelastung führt.

Für Familien mit jüngeren Kindern ist die Krankheit und die dadurch erforderliche Chelattherapie Bestandteil einer neu konstruierten hineingewachsenen Normalität geworden. Die Geburt eines kranken Kindes wurde als Schock und Katastrophe erlebt und die nachfolgende Zeit bis zur Diagnose war von Unsicherheit und Angst geprägt. Mit der Stabilisierung des Zustands und dem Beginn der ambulanten Betreuung begann für die Familien ein Prozess des Hineinwachsens und der Normalisierung. Solange es dem Kind gut geht, wird es von den Eltern nicht als krank wahrgenommen. Schwierige Venenpunktionen, die auch für Eltern belastend sind, halten die Krankheit aber auch „immer irgendwie präsent“. Bei notwendigen Therapieentscheidungen oder wenn Komplikationen befürchtet werden, tritt die Krankheit wieder mehr in den Vordergrund des familiären Bewusstseins. Die Eltern der kranken Kinder wissen, dass sich ihr Alltag vom Alltag anderer Familien, bzw. von ihren ursprünglichen Erwartungen über das Leben mit einem Kind unterscheidet: „Das Leben hat einen anderen Verlauf genommen.“ Die hineingewachsene Normalität ist eine neu konstruierte Normalität der Familien.

Wie gehen Familien bzw. einzelne Familienmitglieder mit den damit verbundenen Herausforderungen um und welche Faktoren beeinflussen das Krankheitsmanagement?

Es werden verschiedene Strategien eingesetzt, um damit aufgewachsene Normalität bzw. hineingewachsene Normalität aufrechtzuerhalten. In der inneren Scheibe von Abbildung 2 sind diese Strategien dargestellt, in den beiden äußeren konzentrischen Kreisen die sich hemmend oder erleichternd auswirkenden individuellen und familienspezifischen Bedingungen, sowie die das Krankheitsmanagement beeinflussenden Rahmenbedingungen.

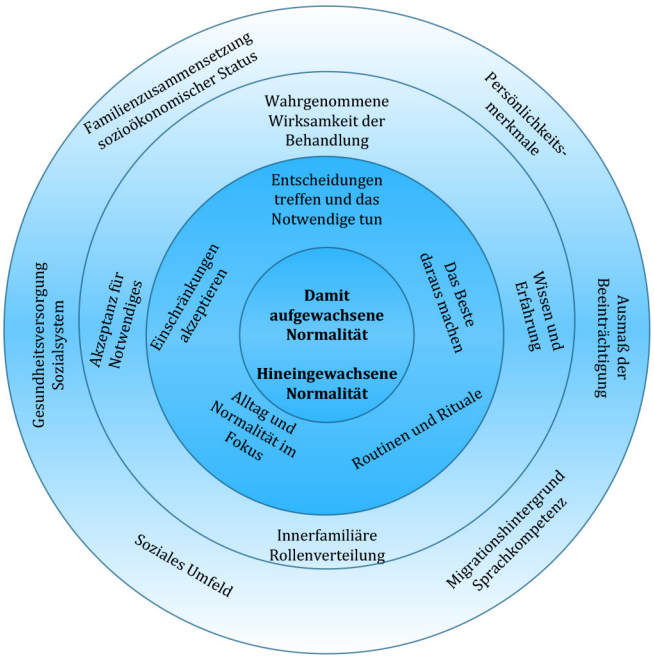


Abbildung 2: Strategien, Bedingungsfaktoren und Rahmenbedingungen

Die Strategien

Einschränkungen durch Krankheit und Behandlung und die Abhängigkeit vom Gesundheitssystem werden akzeptiert, Entscheidungen werden getroffen und das Notwendige wird getan (bzw. nicht getan), d. h. Ambulanztermine werden eingehalten und Chelatoren regelmäßig verabreicht bzw. eingenommen werden bzw. nicht regelmäßig eingenommen.

Eltern und PatientInnen versuchen, das Beste aus ihrer Situation zu machen. Sie vergleichen die Krankheit mit anderen Krankheiten wie Krebs, Diabetes oder Thrombopenie, die viel schlimmer wären. Eltern bemühen sich um eine möglichst angenehme Gestaltung der Krankenhausbesuche für das Kind. Junge erwachsene PatientInnen versuchen auf andere Art, das Beste aus der Situation zu machen: Sie versuchen, die Krankheit so weit wie möglich zu ignorieren. Das machen sie vor allem durch Nicht-Einnahme der Chelatoren (die erwachsenen PatientInnen müssten diese 3mal täglich einnehmen). Diese Strategie kann zu schweren Komplikationen führen.

PatientInnen und Eltern haben Routinen und Rituale für Medikamenteneinnahme, Ambulanzbesuche und das Venflonstechen entwickelt. Wie die Verabreichung der Chelattherapie bei ihrem Kind am besten gelingt und wie die Ambulanzbesuche möglichst angenehm gestaltet werden können, haben Eltern vor allem durch Erfahrung gelernt. Als Routine kann auch die regelmäßige Erinnerung von Vätern junger erwachsener PatientInnen an die Einnahme der Chelatoren bezeichnet werden. Diese Routine führte allerdings nicht zum gewünschten Verhalten, sondern zu innerfamiliären Konflikten.

Für Eltern ist wichtig, den Alltag aufrechtzuerhalten und gesunden wie kranken Kindern ein einigermaßen normales Leben zu ermöglichen. Krankheit und Behandlung sind für Familien selbstverständlicher Teil des Alltags geworden. Junge erwachsene PatientInnen betonen, sich nicht von Gleichaltrigen zu unterscheiden und „alles machen“ zu können. Auch ihr Fokus liegt auf dem Aufrechterhalten von Alltag und Normalität.

Bedingungsfaktoren und Rahmenbedingungen

Beeinflusst werden die eingesetzten Strategien unter anderem von Wissen und Erfahrung von Eltern und PatientInnen in Bezug auf die Krankheit und deren Behandlung, vom Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Krankheit und der Intensität der notwendigen Behandlung, sowie von deren Verträglichkeit, aber auch von der Akzeptanz der Behandlung durch die PatientIn und deren wahrgenommener Wirksamkeit: Die Transfusionsbehandlung führt zu einer unmittelbaren Besserung der durch die Anämie bedingten körperlicher Schwäche. Hämosiderose ist dagegen lange symptomlos und die Chelattherapie führt zu keiner Besserung des Befindens. Wenn sich junge erwachsene PatienInnen bemühen, die Chelatoren einzunehmen, führt das nicht so schnell zu einer Reduktion der Eisenbelastung, wie sie es erwarten und sie haben deshalb den Eindruck, dass Compliance „nichts bringt“. Das dämpft deren Motivation in Bezug auf die Medikamenteneinnahme.

Diskussion

Das für die theoretische Einbettung der Ergebnisse herangezogene Family Management Style Framework (FMSF) beschreibt die Reaktionen von Familien auf die Erkrankung eines Familienmitglieds und macht die Zusammenhänge zwischen Wahrnehmung der Si-

tuation durch Familienmitglieder, ihrem Management-Verhalten und den von ihnen wahrgenommenen Konsequenzen deutlich (Siehe Abbildung 3). Elterliche Strategien und Ziele in Bezug auf das Krankheitsmanagement (management behaviors) werden davon beeinflusst, wie Eltern den Zustand ihres Kindes und dessen Krankheit, die Behandlung und dessen Handhabbarkeit wahrnehmen (definition of the situation). Die elterliche Bewertung, inwieweit eine Balance zwischen dem Krankheitsmanagement und anderen Aspekten des Familienlebens gelingt (perceived consequences), resultiert einerseits aus der elterlichen Einschätzung der Situation und den „management behaviors", sie beeinflusst diese aber auch (Knafl et al., 2012).

Das FMSF ist gut geeignet, um die Studienergebnisse in Bezug auf das Krankheitsmanagement von Familien mit jüngeren Kindern darzustellen. Für die Beschreibung des Erlebens junger erwachsener PatientInnen, die noch im Familienverband leben, die aber aufgrund ihres Alters Selbstverantwortung für ihr Krankheitsmanagement übernehmen und die selbst für die Medikamenteneinnahme „zuständig" sind, wurde das FMSF etwas adaptiert bzw. ergänzt (siehe Abbildung 4). Diese Ergänzungen sind laut K. Knafl zulässig, um die Daten der Betroffenen in das Modell zu integrieren (persönliche Mitteilung von Kathleen Knafl per E-mail).

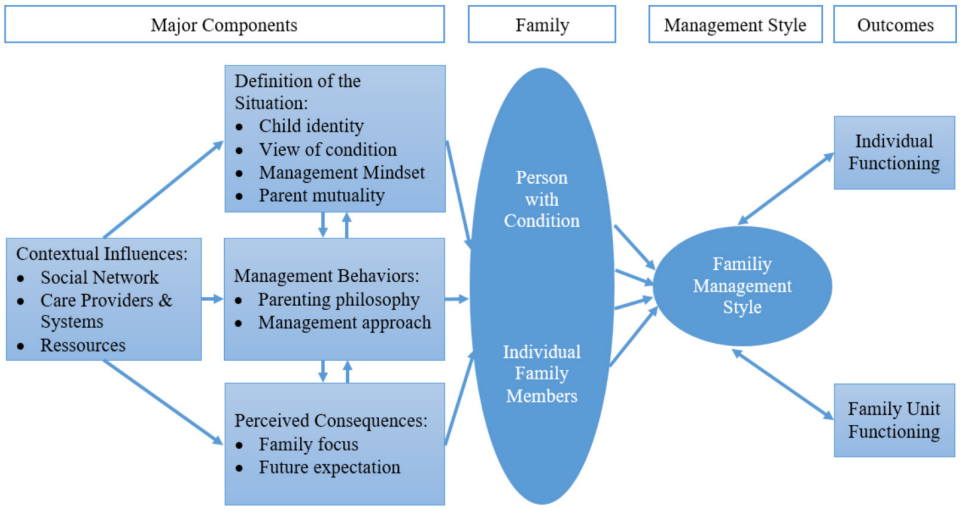


Abbildung 3: Familiy Management Style Framework (eigene Darstellung nach Knafl et al., 2012)

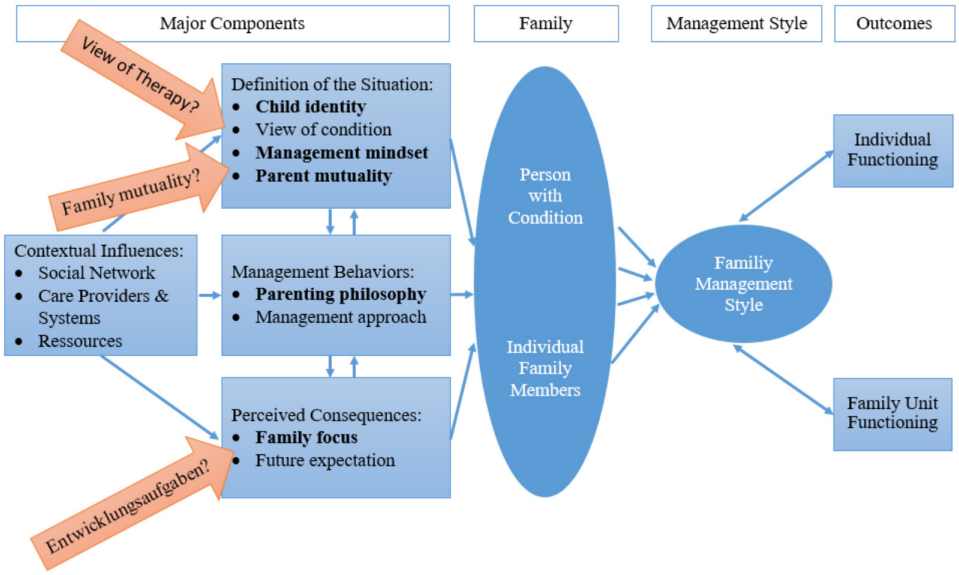


Abbildung 4: Adaptiertes Family Management Style Framework (eigene Darstellung)

Es hat sich gezeigt, dass das Krankheitsmanagement neben der „view of condition" (den elterlichen Ansichten über Ursache, Schwere, Vorhersagbarkeit und Verlauf der Krankheit) auch von der wahrgenommenen Wirksamkeit der Chelattherapie beeinflusst wird. Dieser spezielle Aspekt des „management mindset" kann als „view of therapy" bezeichnet werden, die aufgrund des symptomlosen Verlaufs der Hämosiderose vor allem bei jungen Erwachsenen handlungsleitend zu sein scheint.

Wie auch von Wollenhaupt, Rodgers, und Sawin (2012) beschrieben, können divergierende Sichtweisen von Jugendlichen und deren Eltern in Bezug auf die Krankheit und/oder Behandlung bzw. Pflege und daraus entstehende innerfamiliäre Konflikte familiäre Normalisierungsprozesse destabilisieren. Für die Darstellung der Sichtweise von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in unterschiedlichem Ausmaß Selbstverantwortung für ihr Krankheitsmanagement übernehmen, wird deshalb die Erweiterung der Dimension „parent mutuality" auf „family mutuality" vorgeschlagen.

Die Dimension „family focus" umfasst die elterliche Bewertung, inwieweit eine Balance zwischen Krankheitsmanagement und anderen Aspekten des Familienlebens gelingt und den Grad der Zufriedenheit über die erreichte Balance. Für die Inklusion der Perspektive von Jugendlichen

und jungen Erwachsenen wird die Erweiterung der Definition um die „Bewertung inwieweit eine Balance zwischen Krankheitsmanagement und den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters gelingt und wie zufrieden PatientInnen und Eltern in Bezug auf diese erreichte Balance sind“ vorgeschlagen.

Grenzen der Studie und weiterer Forschungsbedarf

Da die vorgeschlagenen Adaptierungen des FMSF ausschließlich auf den Daten von Interviews mit wenigen jungen erwachsenen PatientInnen beruhen, sind weitere Studien mit Adoleszenten und jungen Erwachsene und mit deren Eltern erforderlich. Damit könnten neue Erkenntnisse über den Übergang von Verantwortung in Bezug auf das Krankheitsmanagement und über familiäre Entscheidungsprozesse gewonnen werden.

Literaturangaben

Atkin, K., & Ahmad, W. (2000). Family care-giving and chronic illness: how parents cope with a child with a sickle cell disorder or thalassaemia. Health Soc. Care Community, 8(1), 57-69.

Atkin, K., & Ahmad, W. (2001). Living a ‚normal‘ life: Young people coping with thalassaemia major or sickle cell disorder. Social Science and Medicine, 53(5), 615-626.

Borgna-Pignatti, C., & Marsella, M. (2015). Iron Chelation in Thalassemia Major. Clin Ther, 37(12), 2866-2877. doi:10.1016/j.clinthera.2015.10.001

Breuer, F. (2010). Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis (2. Auflage ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Delea, T. E., Edelsberg, J., Sofrygin, O., Thomas, S. K., Baladi, J. F., Phatak, P. D., & Coates, T. D. (2007). Consequences and costs of non-compliance with iron chelation therapy in patients with transfusion-dependent thalassemia: a literature review. Transfusion, 47(10), 1919-1929. doi:10.1111/j.1537-2995.2007.01416.x

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. (2015). Diagnostik und Therapie der sekundären Eisenüberladung bei Patienten mit angeborenen Anämien: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Goulas, V., Kourakli-Symeonidis, A., & Camoutsis, C. (2012). Comparative effects of three iron chelation therapies on the quality of life of greek patients with homozygous transfusion-dependent Beta-thalassemia. ISRN Hematol, 2012, 139862. doi:10.5402/2012/139862

Ishfaq, K., Bhatti, R., & Naeem S. . (2014). Mothers´ awareness and experiences of having a thalassemic child: a qualitative approach. . Paper presented at the OCIOINT14- International Conference on Social Sciences and Humanities, Istanbul. http://www.ocerint.org/Socioint14_ebook/papers/443.pdf, Zugriff am 18.11.14

Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. J Fam Nurs, 18(1), 11-34. doi:10.1177/1074840711427294

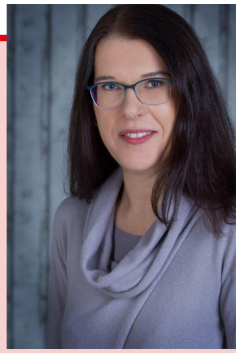
Lee, W. S., Toh, T. H., Chai, P. F., & Soo, T. L. (2011). Self-reported level of and factors influencing the compliance to desferrioxamine therapy in multitransfused thalassaemias. J Paediatr Child Health, 47(8), 535-540. doi:10.1111/j.1440-1754.2011.02017.x

Liem, R. I., Gilgour, B., Pelligra, S. A., Mason, M., & Thompson, A. A. (2011). The impact of thalassemia on Southeast Asian and Asian Indian families in the United States: a qualitative study. Ethn Dis, 21(3), 361-369.

Modell, B., Khan, M., & Darlison, M. (2000). Survival in beta-thalassaemia major in the UK: data from the UK Thalassaemia Register. Lancet, 355(9220), 2051-2052. doi:10.1016/s0140-6736(00)02357-6

Modell, B., Khan, M., Darlison, M., Westwood, M. A., Ingram, D., & Pennell, D. J. (2008). Improved survival of thalassaemia major in

Autorin



Brigita Schwarz, BScN MSc
Diplom der Kinderkranken- und Säuglingspflege, Studium der Pflegewissenschaft
Tätigkeit im St. Anna Kinderspital: allgemeinpädiatrische Station sowie Stabstelle für Qualität und Entwicklung in der Pflege; Lehrtätigkeit

Schwerpunkte: PatientInnenedukation, familienorientierte Pflege, Weiterentwicklung evidence-basierter Pflegepraxis
E-Mail: brigita_schwarz@hotmail.com

the UK and relation to T2* cardiovascular magnetic resonance. J Cardiovasc Magn Reson, 10, 42. doi:10.1186/1532-429x-10-42

Porter, J., Bowden, D. K., Economou, M., Troncy, J., Ganser, A., Habr, D., . . . Cappellini, M. D. (2012). Health-Related Quality of Life, Treatment Satisfaction, Adherence and Persistence in beta-Thalassemia and Myelodysplastic Syndrome Patients with Iron Overload Receiving Deferasirox: Results from the EPIC Clinical Trial. Anemia, 2012, 297641. doi:10.1155/2012/297641

Porter, J. B., Evangeli, M., & El-Beshlawy, A. (2011). Challenges of adherence and persistence with iron chelation therapy. Int J Hematol, 94(5), 453-460. doi:10.1007/s12185-011-0927-3

Prasomsuk, S., Jetsrisuparp, A., Ratanasiri, T., & Ratanasiri, A. (2007). Lived experiences of mothers caring for children with thalassemia major in Thailand. J Spec Pediatr Nurs, 12(1), 13-23. doi:10.1111/j.1744-6155.2007.00085.x

Sananreangsak, S., Lapvongwatanal, P., Virutsetazin, K., Vatanasomboon, P., & Gaylord, N. (2012). Predictors of family management behavior for children with thalassemia. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 43(1), 160-171.

Sapountzi-Krepia, D., Roupa, Z., Gourni, M., Mastorakou, F., Vojiatzi, E., Kouyioumtzi, A., & Van Shell, S. (2006). A qualitative study on the experiences of mothers caring for their children with thalassemia in Athens, Greece. J Pediatr Nurs, 21(2), 142-152. doi:10.1016/j.pedn.2005.06.017

Strauss, A., & Corbin, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Mannheim: Psychologie Verlags Union.

Trachtenberg, F., Vichinsky, E., Haines, D., Pakbaz, Z., Mednick, L., Sobota, A., . . . Neufeld, E. J. (2011). Iron chelation adherence to deferoxamine and deferasirox in thalassemia. Am J Hematol, 86(5), 433-436. doi:10.1002/ajh.21993

Wahab, I. A., Naznin, M., Nora, M. Z., Suzanah, A. R., Zulaiho, M., Faszrul, A. R., & Kamaruzaman, W. S. (2011). Thalassaemia: a study on the perception of patients and family members. Med J Malaysia, 66(4), 326-334.

Wollenhaupt, J., Rodgers, B., & Sawin, K. J. (2012). Family management of a chronic health condition: perspectives of adolescents. J Fam Nurs, 18(1), 65-90. doi:10.1177/1074840711427545

180 Jahre St. Anna KinderSpital

Stürze im Kinderkrankenhaus

(C) Argus

Ausgangslage

2011 wurde im St. Anna Kinderspital, einem Wiener Kinderspital mit hämato-onkologischem Schwerpunkt, damit begonnen, Risken, Beinahe-Zwischenfälle und Zwischenfälle systematisch zu erfassen, zu analysieren und für die Verbesserung der PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit zu nützen. Auch Sturzereignisse wurden damit erfasst und ausgewertet. Bald zeigte sich, dass die Zahl der gemeldeten Stürze von PatientInnen (Kindern) sehr hoch war. Das war nicht nur irritierend – ist es bei uns so gefährlich? – es bedeutete auch einen hohen Arbeitsaufwand für die MitarbeiterInnen, die die Meldepflicht als Zusatzbelastung empfanden, da sie den Sinn der Erfassung nicht sehen konnten.

Sind Stürze im Kinderspital relevante PatientInnensicherheitsindikatoren?

Wir befanden uns in einer ambivalenten Situation: Einerseits sind Sturzereignisse ein wichtiger Indikator für PatientInnensicherheit im Krankenhaus, andererseits stürzen Kinder ganz anders als Erwachsene. Ist ein Kind, das auf einen Kindersessel klettern will und runterfällt, „gestürzt"? Ist ein Kind, das auf dem Boden mit vielen Spielsachen spielt, über ein Auto stolpert und hinfällt, „gestürzt"?

Auch gehen unsere hausinternen Regeln für Zwischenfallsmeldungen nicht vom eingetretenen „Schaden" aus, sondern vom unerwünschten Ereignis an sich. Ist aber ein kindlicher Sturz, bei dem „nichts passiert" ist (Tränen und eine Rötung auf der Stirn ...) die Mühe einer ausführlichen Meldung wert?

Wir stellten uns also die Frage, ob die üblichen Kriterien für die Sturzerfassung und das verfügbare ExpertInnenwissen zur Sturzprophylaxe für ein Kinderspital anwendbar und praktikabel sind. [1]

Genauere Recherche

Zunächst nahmen wir unsere Wahrnehmung und Erfassung von Sturzereignissen unter die Lupe. Die MitarbeiterInnen wurden aufgefordert und motiviert, für einen begrenzten Zeitraum wirklich alle Sturzereignisse zu melden. 68 Sturzmeldungen – gemeldet zwischen 7/2012 und 7/2014 – standen uns dann zur Auswertung zur Verfügung.

- 76% der Stürze passierten im internen Bereich – 24% im onkologischen.
- Es stürzten 65% männliche und 35% weibliche PatientInnen.
- 1-3jährige stürzten am häufigsten (50%), gefolgt von 6-10jährigen (16%).
- Die meisten Stürze geschahen zwischen 16 und 20 Uhr (32%).
- 65% der Stürze passierten im PatientInnenzimmer, die anderen auf dem Gang oder im Spielzimmer, nur 2 im Bad bzw. WC.
- In keinem einzigen Fall war die PatientIn allein und unbeaufsichtigt, in 91% der Fälle war eine Bezugsperson des Kindes dabei, ansonsten eine Pflegeperson, TherapeutIn oder ÄrztIn.
- 71% der Stürze waren mit keinerlei Beeinträchtigung der PatientIn in Verbindung zu bringen. Bei 9% könnten Mobilitätseinschränkungen, bei 12% Schläfrigkeit oder die Wirkung von Medikamenten, bei 6% unsicheres Schuhwerk, bei 2% eine besondere Aufregung zum Sturz beigetragen haben.
- In 36% der Fälle waren die Stürze unvermeidbare Ereignisse im Aktivitäts- und Bewegungsrahmen der Kinder.

40% wären durch verstärkte Aufmerksamkeit und Benützung von Sicherheitsvorkehrungen zu vermeiden gewesen (Stürze vom Mutterbett, aus dem ohne Gitter benützten Kinderbett, etc.). In einigen Fällen gab ein rutschiger Boden, ein zum Klettern einladendes aber nicht geeignetes Möbelstück, ein Hindernis (Infusionsständer) etc. den Ausschlag.

- 33% der gestürzten PatientInnen hatten keinerlei Verletzung, 8 % wiesen eine Hautabschürfung, Quetschung oder Platzwunde auf, 24% hatten ein Hämatom, 13% eine Schwellung, 4% eine Rötung. In wenigen Fällen kam es zu Nasenbluten, einmal zu einer Zahnverletzung.13% gaben an, Schmerzen zu haben.

Was bedeuten diese Ergebnisse?
Was haben wir damit gemacht?

Praktische Verbesserungen

Auf Hinweise zu räumlichen und strukturellen Bedingungen haben wir mit konkreten Maßnahmen reagiert: Möbel mit Kantenschutz versehen, die Bodenreinigung (nasse Böden) überprüft, Betten erneuert (praktischere Gitter), eine Rampe mit einem rutschsicheren Belag versehen, etc.

Konzentration auf das Wesentliche

Wir fokussieren seither unser Meldewesen bezüglich Stürzen auf kritische Ereignisse, die für unsere Strukturen und Abläufe ein Lernpotential bereitstellen. Dazu haben wir einen Algorithmus erstellt, der klare Kriterien nennt, nach denen ein Unfall bzw. Sturz einer PatientIn als Zwischenfall gemeldet werden muss. Der Algorithmus steht den MitarbeiterInen als Arbeitsanweisung (im Intranet abrufbar) zur Verfügung und enthält die Elemente:

- Dokumentation: Jedes Sturz-/Unfallereignis wird von der für die PatientIn zuständigen Pflegeperson im Pflegebericht dokumentiert – unabhängig davon ob die MitarbeiterIn selbst anwesend war, oder nur davon erzählt bekommen hat.
- Die Einschätzung, eine ÄrztIn dazu zu holen, obliegt der Pflegeperson; im Fall einer ärztlichen Maßnahme wird diese selbstverständlich dokumentiert.
- Als Zwischenfall gemeldet werden müssen nur Stürze/Unfälle,
  - wenn die PatientIn noch keine 3 Monate alt ist;
  - wenn eine Transferierung oder ein stationärer Aufenthalt nötig wird;
  - wenn eine ernste Verletzung passiert ist, d.h.
    * es ist mehr als Kühlung und Beobachtung nötig, oder
    * es besteht Grund zur Sorge, vor allem bei onkologischen PatientInnen, oder
    * es wird eine Verschlechterung beobachtet;
  - wenn äußere Bedin gungen beteiligt waren (Geräte, Möbel, Böden, ...);
  - wenn es einen krankheitsbedingten Grund gibt (Schwäche, Medikamente, Krampfgeschehen, ...)
  - wenn keine Aufsichtsperson anwesend war.

Autorin

Mag. Ursula Wagner MAS
Qualitätsmanagerin des St. Anna Kinderspitals

Dieser Artikel wurde ursprünglich in der Österreichischen Pflegezeitschrift 02/2017 abgedruckt. Hier erscheint er in der im August 2017 aktualisierten Version.

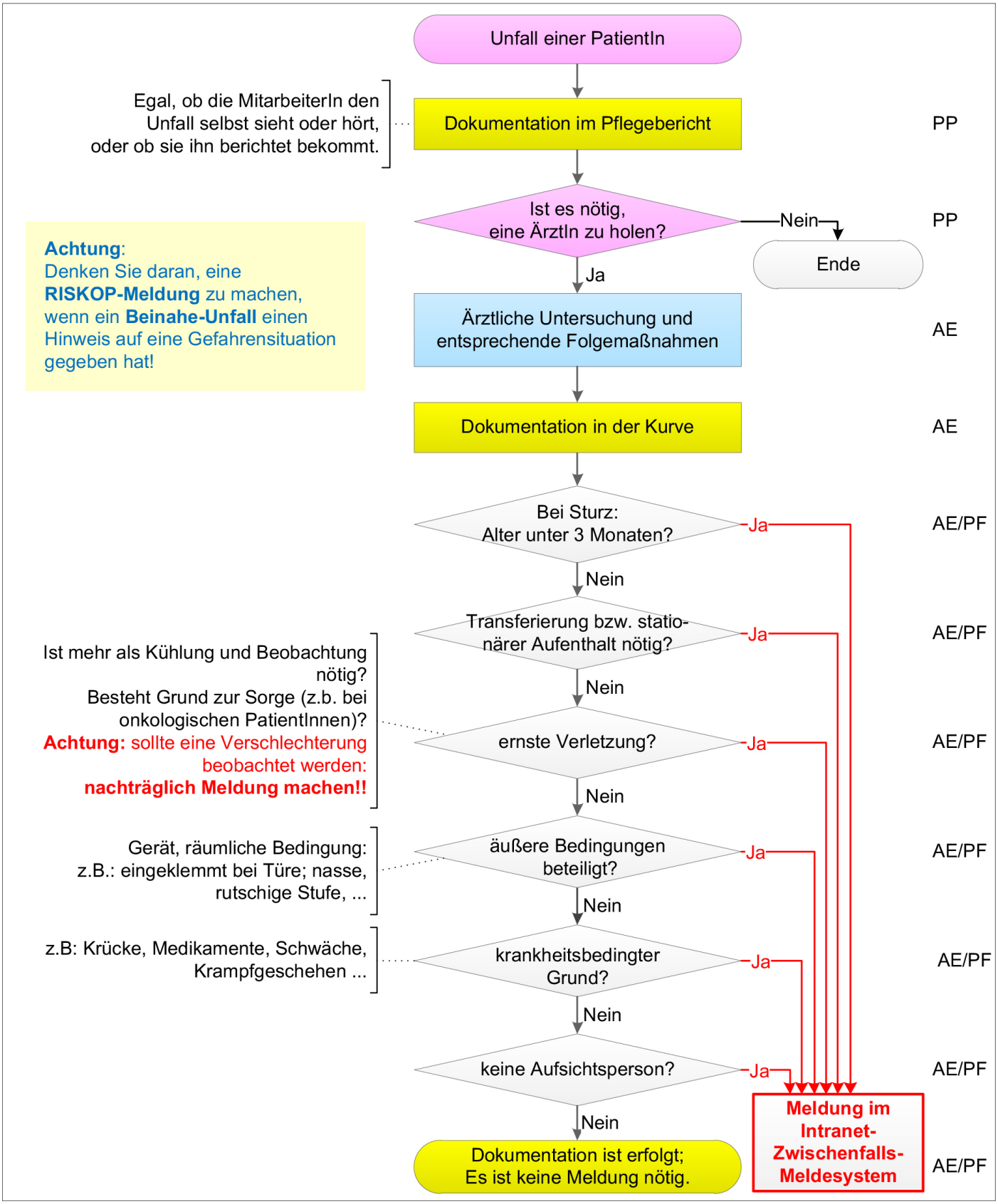
Der Erfolg

In den 25 Monaten vor Einführung des Algorithmus wurden 68 Stürze von PatientInnen gemeldet, in den 25 Monaten seither 14. In den ersten Monaten haben die MitarbeiterInnen durch ihre Rückmeldungen aus der Praxis noch zur Schärfung des Algorithmus beigetragen. Er ist mittlerweile leicht verständlich, praktikabel und sehr gut etabliert. Die MitarbeiterInnen sind von als sinnlos empfundenem „Papierkram“ entlastet, sie sind motiviert, alles Relevante sorgfältig zu melden, und die Stabstellen für Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement erhalten konstruktive und gut bearbeitbare Berichte.

Stürze im Kinderspital sind nicht mit Stürzen in anderen Betreuungsstrukturen vergleichbar. Uns ist es gelungen, einen maßgeschneiderten Ansatz zu entwickeln und umzusetzen.

Am Projekt beteiligt waren die Stabstellen für Qualität und Entwicklung in der Pflege, für Ärztliche Qualitätsentwicklung und für Interdisziplinäres Qualitätsmanagement.

[1] ExpertInnenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 2013 (DNQP): Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem die/der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer anderen tieferen Ebene aufkommt.



Grafik: Algorithmus aus der Arbeitsanweisung „Unfall einer PatientIn – Dokumentation und Meldung

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

(C): Michael Vorstandlechner

Pain, Pain, go away!

Schrittweise zum schmerzarmen Kinderspital

„Pädiatrische Patienten benötigen nur selten Schmerzmedikamente. Im Allgemeinen tolerieren sie Schmerzen gut“ (Swafford & Allen 1968). Es ist noch nicht allzu lange her, dass dies die allgemein gültige Meinung der Schulmedizin war. Heute wissen wir, dass das ein Irrglaube ist. Dennoch - Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen ist nach wie vor ein Thema mit großem Aufholbedarf.

Auch heute noch wird Schmerz zum Teil als integraler Bestandteil einer Erkrankung gesehen, der nicht unbedingt behandelt werden muss. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Schmerzen, an denen Kinder während eines Krankenhausaufenthaltes leiden, ist verursacht durch schmerzhafte Interventionen, die wir als Behandlungsteam den PatientInnen zufügen. Wenn ein Kind oder Jugendlicher ins Krankenhaus kommt sind diagnostische und therapeutische Interventionen zumeist unumgänglich. Noch immer sind Maßnahmen, die interventionsbedingte Schmerzen verhindern oder verringern, jedoch nicht überall Standard.

Das Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen ist aufgrund der vielen Faktoren, die auf den Schmerz Einfluss haben, und vor allem bei Kleinkindern durch die Schwierigkeit, den Schmerz auch zu artikulieren, eine sehr große Herausforderung, die nur in Zusammenarbeit des gesamten Teams bewältigt werden kann.

Die ersten Schritte

Ich arbeite seit 21 Jahren in der pädiatrischen Onkologie im St. Anna Kinderspital. Schmerz ist in meinem Berufsalltag ein allgegenwärtiges Thema. Als im Jahr 2010 der Schmerzarbeitskreis gegründet wurde, war ich deshalb auch begeistert, dabei sein zu können.

Unsere Vision war und ist auch heute noch ein schmerzarmes Krankenhaus, wo Kinder und Jugendliche sich in ihrem Schmerz ernst genommen fühlen, und auch die Bezugspersonen eine aktive

Rolle im Schmerzmanagement übernehmen dürfen.

In regelmäßigen Abständen finden unsere Treffen mit Kolleginnen aus allen pflegerischen Bereichen gemeinsam mit der Projektleiterin aus der Stabstelle für Qualität und Entwicklung in der Pflege statt. Seit einiger Zeit gehört auch eine Ärztin zu unserem Team.

Schon zu Beginn unseres Projektes wurde uns sehr schnell klar, dass wir für unser Vorhaben nicht nur viel Engagement, sondern auch Ausdauer brauchen werden.

Bei einer Baseline-Erhebung 2011 stellten wir fest, dass es in den Bereichen schon sehr viele gute Ansätze gab, die jedoch sehr variierten und häufig auch personenbezogen waren. Eines unserer Ziele war es daher, die Vorgehensweise bei Schmerzen im Haus zu vereinheitlichen.
Angelehnt an den „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege“ des DNQP aus den Jahren 2004 und 2011 haben wir eine Handlungsleitlinie zum „Schmerzmanagement in der pädiatrischen Pflege bei akuten Schmerzen“ erstellt, die nun für alle Bereiche Gültigkeit hat und eine adäquate Behandlung sicherstellen soll.

Im Zuge dessen haben wir uns für eine Definition des Schmerzes entschieden, die auch unsere Haltung widerspiegeln soll:

„Schmerz ist, was immer der Betroffene als Schmerz erfährt und beschreibt, wann immer er es erlebt und durch verbales und nonverbales Verhalten ausdrückt“ (McCaffery 1989)

Implementierung in die Praxis

Bei der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themenschwerpunkten war es uns besonders wichtig, dass das gemeinsam Erarbeitete im Stationsalltag auch umsetzbar ist. So haben wir uns zum Beispiel gemeinsam für Schmerzmessinstrumente im Haus entschieden, die jetzt einheitlich in allen Bereichen eingesetzt werden. Vor allem bei den Fremdeinschätzungsinstrumenten kann man beobachten, dass die Ergebnisse zuverlässiger werden je mehr Erfahrung jede einzelne Pflegekraft im Umgang mit den verschiedenen Skalen hat.

Uns war bewusst, dass nur die Erstellung von Verfahrensregelungen und Standards alleine uns nicht an unser Ziel bringen wird. Das Ergebnis einer Querschnittserhebung über Haltung und Wissen zum Thema Schmerz hat uns gezeigt, dass ein doch beträchtlicher Teil der KollegInnen nach

wie vor die eigene Einschätzung des Schmerzes von Kindern und Jugendlichen in Frage stellt und glaubt, dass die Pflegekraft die Schmerzen der PatientIn aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung besser beurteilen kann.
Unser Fazit daraus war: Wenn wir bei uns im Haus eine entsprechende Haltung vermitteln wollen, müssen wir unsere KollegInnen informieren und ihnen die Möglichkeit geben, sich mit dem Thema Schmerz näher zu befassen.

Wissenszuwachs und -weitergabe

Einer der ersten Schritte war, dass die Mitglieder unserer Arbeitsgruppe sich selbst auf den aktuellsten Stand der Wissenschaft brachten. Dies passierte einerseits durch eine intensive Literaturrecherche unserer Projektleitung. Zusätzlich durfte ich gemeinsam mit einer Kollegin in Datteln die Ausbildung zur Schmerzexpertin absolvieren. Eine sehr wichtige Erkenntnis aus dieser Fortbildung war für mich persönlich, dass wir im St. Anna Kinderspital bereits auf einem guten Weg waren und sind und auch schon vieles umgesetzt haben, um unserem Ziel näherzukommen.

Nach unserer Rückkehr erstellten wir gemeinsam mit unserer Projektleitung ein Fortbildungskonzept, wonach über einen Zeitraum von fast einem Jahr so viele Pflegepersonen wie möglich geschult werden sollten.

Dass dieses Konzept erfolgreich war, bestätigte sich dann anhand einer neuerlich durchgeführten Wissensstands-Erhebung. Pflegepersonen, die eine der Fortbildungen besucht haben, erreichten hier wesentlich bessere Ergebnisse.

Das Thema Schmerz als Fortbildung hat auch weiterhin seinen fixen Platz in den Info-Tagen für neue MitarbeiterInnen und im „Theater mit den Schmerzen“, wo durch Playbacktheater die eigene Haltung und Einstellung auf spielerische Art reflektiert wird. Auch für externe KollegInnen haben wir bereits zweimal erfolgreich einen Fortbildungstag angeboten.

Vieles von dem, was vorgetragen wird, und noch mehr finden die KollegInnen mittlerweile in den diversen Dokumenten der Verfahrensregelungen zu den Themenschwerpunkten wie „Schmerzassessment“, „Behandlungsschemata Schmerztherapie“, „Schmerzprävention bei therapeutischen und diagnostischen Interventionen“ und nicht zuletzt bei den „Nichtmedikamentösen Maßnahmen in der Schmerzbehandlung“. Zusätzlich gibt es Arbeitsanweisungen zur „Schmerzprävention mittels oraler Saccharose“ und zur „EMLA® 5% - Creme“.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Einen ganz wesentlichen Faktor der Schmerzprävention stellt die Ablenkung dar. Dazu brauchen wir oft nur unsere Fantasie spielen zu lassen und können zum Beispiel mit dem Ablenkungs-ABC (Apfel, Banane, C….) schon viel erreichen. Kleine Hilfsmittel sind aber manchmal nicht zu verachten, und so gibt es jetzt in jedem Bereich eine Ablenkungs-Box, in der sich verschiedene Materialien befinden, die die Augen unserer kleinen PatientInnen zum Leuchten bringen und sie für kurze Zeit ihren Schmerz vergessen lassen.

Ein weiterer Meilenstein war die Erstellung zweier Informationsfolder zu diesem Thema für PatientInnen und deren Bezugs-

personen, in mehreren Sprachen. Es gibt uns die Möglichkeit, auch fremdsprachige Gruppen umfassend zu informieren, was für die Zusammenarbeit von großer Wichtigkeit ist. Denn wenn sie über ausreichende Informationen verfügen, können sie uns ein aktiver Partner sein. Auch wenn wir manchmal vielleicht den Eindruck haben, dass diese Informationsmaterialien achtlos zur Seite gelegt werden, bin ich überzeugt davon, dass den Betroffenen dennoch vermittelt wird, dass das Thema Schmerz für unser Haus einen sehr hohen Stellenwert hat.

Vision

So sind wir Schritt für Schritt unserer Vision vom „Schmerzarmen Kinderspital“ nähergekommen. Viel Arbeit liegt hinter uns, und nicht weniger finden wir noch vor uns. Unsere Motivation, Verbesserungen für unsere PatientInnen, aber auch für unsere KollegInnen in den einzelnen Bereichen zu erzielen, ist ungebrochen. Ohne sie, die in der Basis im Schmerzmanagement eine hervorragende Arbeit leisten und auch offen sind für Vorschläge und Veränderungen, wäre jedoch unsere Arbeit nichts wert. Wir alle sind in diesem Bereich noch sensibler geworden und viele Maßnahmen zur Vermeidung von Schmerzen wurden in den letzten Jahren selbstverständlich. Unser gemeinsames Anliegen ist das Wohlergehen unserer kleinen und großen PatientInnen.

Um dem Thema „Schmerz“ in der Pädiatrie gerecht zu werden, ist eine konstante Auseinandersetzung und Konfrontation mit diesem Thema, aber auch mit unserer eigenen Einstellung unerlässlich. Nur so kann gewährleistet werden, dass unsere Vorgehensweise auch den aktuellsten Erkenntnissen der Wissenschaft entspricht. So geht unsere Arbeit im Schmerzarbeitskreis weiter und besteht nach wie vor auch in einem intensiven Austausch unserer Erfahrungen und von neuen Erkenntnissen.

Zeit, um auszuruhen, bleibt uns also nicht. Die nächsten Projekte sind bereits in Planung und ich freue mich schon auf die Umsetzung gemeinsam mit meinen Kolleginnen.

Autorin

Manuela Stricker
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Kinder- und Jugendlichenpflege)
Expertin für Schmerzmanagement in der pädiatrischen Pflege
Externer Onkologischer Pflegedienst
dzt. in Ausbildung für Palliative Care in der Pädiatrie
manuela.stricker@stanna.at

Tod und Sterben begegnen

Das Sterben gehört zum Leben dazu. Trotzdem wird der Tod in unserer Gesellschaft nicht gerne angesprochen. Menschen lassen sich in einem Krankenhaus behandeln um wieder gesund zu werden. Die Möglichkeit trotz des zunehmenden medizinischen Fortschritts an einer Erkrankung zu versterben wird selten mitgedacht. Von den Behandlungsteams, die mit den aktuellsten Therapien und teuersten Geräten die Krankheit bekämpfen, wird der Tod, wenn er doch einzutreten droht, als Niederlage erlebt. Noch schwieriger scheint die Situation, wenn es sich um lebensbedrohlich erkrankte Kinder und Jugendliche handelt.

(C): GARTIK

Sterbefälle im St. Anna Kinderspital

Das St. Anna Kinderspital ist eine an das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien und den Medizinischen Universitätscampus angebundene Krankenanstalt. Hier werden Kinder und Jugendliche mit allgemein pädiatrischen und hämato-onkologischen Erkrankungen behandelt. Im Bereich der kindlichen Hämato-Onkologie ist das St. Anna Kinderspital die zentrale Anlaufstelle im Osten Österreichs. (St. Anna Kinderspital, 2017) In den letzten 10 Jahren wurden jährlich im Durchschnitt 100 Kinder und Jugendliche mit einer onkologischen Neuerkrankung und 15 Krankheitsrückfälle (Rezidive) behandelt. Von Anfang 2007 bis inklusive Juni 2017 starben 130 Kinder und Jugendliche im Krankenhaus, wobei 45 PatientInnen auf einer der beiden basisonkologischen Stationen und 10 auf der Transplantationsstation ihren Kampf gegen die Erkrankung verloren. 75 Verstorbene wurden auf der Intensivstation gezählt, davon 67 onkologische und 8 allgemein pädiatrische PatientInnen. Im selben Zeitraum starben 29 Kinder und Jugendliche in ihrem häuslichen Umfeld, betreut vom Externen Onkologischen Pflegedienst.

Palliativ -Therapie -Phase

Eine Änderung des Therapieziels, von einer kurativen zu einer palliativen Versorgung, wird von den behandelnden ÄrztInnenteams nur nach gründlichen Überlegungen ausgesprochen. Meist ist der Übergang von einer Palliativ-Therapie-Phase, in der sowohl Symptome als auch die Grunderkrankung therapiert werden, über die ausschließlich symptomorientierte Behandlungsphase, bis hin zu den voraussichtlich letzten Lebenstagen fließend. Die Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes (2015, S. 11) hält in ihrer Stellungnahme zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende mit dem Titel „Sterben in Würde“ fest, dass das Erkennen und Ansprechen des Lebensendes unumgänglich ist, um eine begleitende und wirkungsvolle Betreuung der Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt zu ermöglichen. Ziel der palliativen Versorgung ist eine höchstmögliche Lebensqualität für die Erkrankten und deren Familien zu erreichen. Das bedeutet, dass bei hämato-onkologischen PatientInnen neben einer adäquaten Schmerztherapie und Maßnahmen zur Bekämpfung von Übelkeit, Erbrechen, Fatique und Ähnlichem, Chemotherapeutika meist als Schlucktherapie oder eine Strahlentherapie angeboten werden, wenn diese eine Schmerzlinderung oder eine Lebenszeitverlängerung bei guter Lebensqualität versprechen.

Ebenso können Punktionen eines Pleuraergusses zu einer Linderung etwaiger Atembeschwerden und einer Verbesserung des Wohlbefindens führen. Wichtig ist, sich dessen bewusst zu sein, dass dies in den meisten Fällen Maßnahmen zur Symptomkontrolle sind, die die ursprüngliche Erkrankung nicht heilen werden. Daher ist eine kontinuierliche Evaluation der Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlungen notwendig. Die Palliativversorgung beinhaltet zudem eine ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durch die psychologische und spirituelle Unterstützung eines interdisziplinären Teams. Im St. Anna Kinderspital steht den betroffenen Familien das Psychosoziale Team zur Seite, welches aus PsychologInnen, einer Sozialarbeiterin, einer Seelsorgerin, Physiotherapeutinnen, einer Musiktherapeutin, einer Kunsttherapeutin, Lehrerinnen und Kindergartenpädagoginnen besteht. In der extramuralen Versorgung wird das stationäre Behandlungs- und Betreuungsteam durch die Mitarbeiterinnen des Externen Onkologischen Pflegedienstes, eine externe Psychologin des Familienlotsenprojektes und Mitarbeiterinnen von MOMO, dem Wiener mobilen Kinderhospiz, unterstützt.

Terminalphase

In einer pluralistischen Gesellschaft, in der die Toleranz unterschiedlicher Weltanschauungen und Lebenskonzepte wesentlich ist, sollte das Eingehen auf und die Berücksichtigung von individuellen Wünschen der Kinder und deren Angehörigen selbstverständlich sein. Dabei stehen die Kontrolle der Symptome, Information, die emotionale und spirituelle Unterstützung und das individuelle Fortführen der Versorgung im Vordergrund. Jugendliche, die nicht an ein Leben nach dem Tod glauben, richten ihren Focus häufig auf die ihnen verbleibende Zeit. Gespräche über den Tod oder das Sterben können in diesem Fall durchaus in einer früheren Phase der Erkrankung stattfinden. In der Terminalphase wird aber gekämpft, um die noch vorhandene Zeit mit Leben zu füllen. Dabei werden noch Feste gefeiert, Abschlussprüfungen gemacht, mit der Familie verreist oder eher im Kleinen noch einmal mit dem geliebten Haustier gekuschelt. Eine Patientin beschreibt diese Einstellung in einem Brief an ihr behandelndes ÄrztInnenteam, in dem sie klarstellt, dass sie wieder ganz gesund werden wird. Ihre Erkrankung, der Krebs, ist für sie ein „Arschloch“, das aus ihrem Körper vertrieben gehört. Für sie ist diese positive und kämpferische Einstellung, ohne die sie nicht jeden Tag aufstehen könnte, das Wichtigste um neben den schönen Ereignissen auch all die Dinge zu tun, die ihr als Hürden im Weg stehen.

Obwohl Jugendliche ihre Bedürfnisse, Wünsche und Ängste offen aussprechen könnten, wird dies öfter vermieden, vermutlich um die Eltern zu schützen. Manche Jugendliche sprechen ihrerseits das Thema nicht an bzw. geben, wenn sie gefragt werden ausweichende Antworten. Manche Eltern verbieten MitarbeiterInnen des psychologischen Teams mit ihrem Kind alleine zu sein, aus Sorge, dass über das Thema Sterben gesprochen werden könnte.

Aufklärung und Information

Jüngere Kinder benötigen ihre Eltern bzw. Bezugspersonen, um die Entscheidung bezüglich der weiteren Therapie für sie zu treffen. Um die Familien in ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen, sind Informationen wesentlich, wobei neben dem Informationsinhalt eine offene und ehrliche Aufklärung, die auf eine mitfühlende und sensible Weise erfolgen soll, von großer Bedeutung ist. Eltern wollen frühzeitig über die Entwicklungen der Erkrankung ihrer Kinder informiert werden. Sie wünschen regelmäßige aber auch außerhalb der Routine mögliche Gespräche über den Zustand ihrer Kinder und möchten am Entscheidungsprozess teilhaben. Eltern wollen nachfragen, in einer für sie verständlichen Sprache informiert werden und die Informationen lückenlos erhalten. Sie beschreiben die Entscheidung am Lebensende als einen Entwicklungsprozess, der Zeit braucht, um über weitere Maßnahmen im Sinne ihres Kindes nachzudenken. (Xafis, 2015, S. 5-7)

Eine besondere Bedeutung wird der Informationsweitergabe in der Muttersprache bzw. mit Hilfe von professionellen DolmetscherInnen zugeschrieben (Michelson, 2011, S. 5). Weder das kranke Kind noch seine Geschwister sollen für die Eltern übersetzen müssen. Bezüglich der Informationsweitergabe orientiert sich das St. Anna Kinderspital an den Forderungen der European Association for Children in Hospital (EACH), die sich für die Rechte von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen und hier besonders im Krankenhaus einsetzen. Die Each-Charta bezieht sich inhaltlich auf die UN-Konvention über die Rechte des Kindes. (EACH, 2006, S. 6 f.) Neben professionell ausgebildeten DolmetscherInnen finden auf den Stationen und der Tagesklinik Videodolmetsch Systeme Verwendung, die auch kurzfristig rund um die Uhr z.B. bei pflegerischen Belangen eingesetzt werden können.

Auseinandersetzung mit dem Tod

Es gibt Familien, die trotz mehrmaliger Aufklärungsgespräche und ausgehändigtem Palliativbrief die Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Verlust ihres Kindes nicht ertragen können und sich anderwärtig um Hilfe umschauen. In einem konkreten Fall vermieden die Eltern eines Kindes mit Neuroblastom im Endstadium jeglichen Krankenhauskontakt. Allein den Besuchen des Externen Onkologischen Pflegedienstes stimmten sie zu, der mit Rücksprache der behandelnden ÄrztInnen die Symptomversorgung des Kindes zu Hause sicherstellte. Sie hofften auch noch auf Hilfe, als ihr Kind bereits tot vor ihnen lag. Viele Familien verbringen die letzten verbleibenden Wochen ihres Kindes überwiegend zu Hause, nur unterbrochen von tagesklinisch verabreichten Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten. Die Schmerztherapie erfolgt in den meisten Fällen mittels einer Schmerzpumpe über einen zentralvenösen Katheter. Obwohl sehr viele Maßnahmen, wie eine kontinuierliche Verabreichung von Sauerstoff oder Flüssigkeits- und Antibiotikagaben zu Hause durchgeführt werden können, möchten einige Familien die letzten Tage oder Stunden vor dem Tod im Krankenhaus verbringen. Diese Entscheidung kann rund um die Uhr erfolgen, da für diese PatientInnen jederzeit ein Bett auf der Stammstation reserviert ist. Umgekehrt können die Familien auch, wann immer sie möchten und auf Wunsch mit der Unterstützung des Externen Onkologischen Pflegedienstes, nach Hause gehen.

Die letzten Tage

In der Terminalen Phase ist das Wahrnehmen, Kontrollieren und Behandeln von Schmerzen und jeglichen weiteren körperlichen Beschwerden unerlässlich. Eine Koordination der Pflegemaßnahmen, die mit dem Ziel, das Wohlbefinden des Kindes zu fördern, durchgeführt werden, erfolgt unter Einbeziehung der Angehörigen. Jede Handlung an dem Kind geschieht auf achtsame und respektvolle Weise, wobei mit bewusstseinsgetrübten Kindern und Jugendlichen gesprochen wird als wären sie wach. Auf diagnostische Maßnahmen, die für den Krankheitsverlauf ohne Konsequenz sind und den Betroffenen Schmerzen verursachen, wird verzichtet. Es wird sowohl auf den basisonkologischen Stationen als auch auf der Intensivstation ein eigener Raum für die Familie und ihr Kind zur Verfügung zu gestellt, damit diese rund um die Uhr zusammen sein können. Die Familie benötigt Unterstützung und Information, was in der letzten Lebensphase passieren könnte und wie darauf zu reagieren ist.

(C): Lumppini

Das Behandlungsteam steht für Fragen zur Verfügung, ohne den Eltern dabei die Zeit zu nehmen, um mit ihrem Kind alleine zu sein. Allen für das Kind wichtigen Personen wird die Möglichkeit gegeben, sich an schöne Momente in der Vergangenheit zu erinnern und sich von dem Kind zu verabschieden. Auf Geschwisterkinder wird in diesen Momenten besonderes Augenmerk gelegt. Diese geraten im Laufe der Erkrankung häufig in den Hintergrund, da die Aufmerksamkeit der Eltern überwiegend auf das erkrankte Kind gerichtet ist. Das Behandlungsteam ist bemüht Familien bei einer rituellen und spirituellen Vorbereitung des Kindes auf den Tod zu bestärken. Dafür sind das Erkennen von kulturellen und religiösen Bedürfnissen der Familie und das Hinzuziehen einer Seelsorgerin oder Personen von ethnischen oder kulturellen Vereinen auf Wunsch der Angehörigen, hilfreich.

Abschied nehmen

Ist der Tod eingetreten kann die Familie, sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause, ungestört von ihrem Kind Abschied nehmen, während die notwendigen organisatorischen Maßnahmen vom Behandlungsteam veranlasst werden. Die Familie wird bei einer gewünschten Waschung und beim Ankleiden des verstorbenen Kindes unterstützt. Häufig wird diese Aufgabe an das Pflegeteam übertragen. Bei Bedarf wird das Kind auch an den Folgetagen für eine Verabschiedung aufgebahrt, bevor es von der Bestattung übernommen wird. Die Eltern erhalten nach ungefähr einem Monat einen Brief, in dem die Möglichkeit eines Gesprächs angeboten wird. Einmal jährlich finden Gedenkfeiern statt, wo die Familien auch eingeladen werden.

Die Kinder und Jugendlichen werden oftmals über viele Monate von Diagnosestellung bis zu ihrem Tod begleitet. Daher ist auch ein Abschiednehmen des Behandlungsteams notwendig. Dies erfolgt in erster Linie durch Gespräche innerhalb des Teams, manche Stationen entzünden eine Kerze als Zeichen des Gedenkens, einzelne Teammitglieder nehmen beim Begräbnis Abschied, andere möchten genau das nicht tun, sondern stürzen sich in die Arbeit, um sich abzulenken. Alles ist möglich. Nichts ist vorgeschrieben.

Das zeigt, dass in diesem Haus jedes Kind als einzigartig wahrgenommen wird und das Sterben keine Routine ist und auch nie werden wird.

Literatur

Bioethikkommission (11. August 2015). Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. Abgerufen am 18.07.2017 von Bundeskanzleramt. Österreich: http://bka.gv.at/site/3458/default.aspx

EACH (2006). Die EACH Charta und Erläuterungen. Abgerufen am 18. 07. 2017 von kib.or: http://www.kib.or.at/fileadmin/user_upload/EACH_Web.pdf

Michelson, K. N., Emanuel, L., Carter, A., Brinkman, P., Clayman, M. L., & Frader, J. (2011). Pediatric intensive care unit family conferences: one mode of communication for discussing end-of-life care decisions. Pediatr Crit Care Med, 12(6):336-343.

St. Anna Kinderspital (4. Juli 2017). Abgerufen am 24. 07. 2017 von www. stanna.at: http://www.stanna.at/content.php?lang=de&p=9

Xafis, V., Wilkinson, D., & Sullivan, J. (2015). What information do parents need when facing end-of-life decisions for their child? A meta-synthesis of parental feedback. BMC Palliative Care, 14:19.

Autorin

DKKS Sonja Himmelsbach, BSc
Von 2003-2015 auf der Intensivstation
Seit 2015 im Externen Onkologischen Pflegedienst des St. Anna Kinderspitals tätig.

E-Mail: sonjahimmelsbach@yahoo.de

CARITAS SOCIALIS

4. Dezember 2017 ab 14.00 Uhr

Tag der offenen Tür

Wiedereröffnung CS Hospiz Rennweg

#mehrRaum im CS Hospiz Rennweg

Seit Anfang des Jahres wird im CS Hospiz Rennweg umgebaut. Das gesamte CS Hospiz Rennweg ist für die Umbauzeit in einen Pavillon des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe übersiedelt. Der Umbau neigt sich dem Ende zu und im Dezember kehren Hospizgäste, MitarbeiterInnen und Ehrenamtliche wieder an den ursprünglichen Standort in der Oberzellergasse im 3. Bezirk zurück. Das „neue" Hospiz bietet #mehrRaum für Hospizgäste, ihre Familien und Angehörigen, um die letzten Tage oder Wochen würdevoll und in Geborgenheit verbringen zu können und sich in Ruhe zu verabschieden. Familien- und Einzelzimmer statt Zweibettzimmer, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, ein zweiter Verabschiedungsraum, ein Wohlfühlbad und vieles mehr.

Am 4. Dezember 2017 wird das „neue" CS Hospiz Rennweg offiziell wiedereröffnet und alle Interessierten sind eingeladen, einen Blick in die neuen Räumlichkeiten zu werfen.

4. Dezember 2017 ab 14.00 Uhr, CS Hospiz Rennweg, Oberzellergasse 1, 1030 Wien

Andrea Schwarz, Bereichsleitung CS Hospiz Rennweg, Sr. Maria Judith Tappeiner CS, stv. Stiftungsvorstand, Robert Oberndorfer, Geschäftsführer CS Caritas Socialis und Christine Schäfer, Stiftungsvorstand CS Caritas Socialis Privatstiftung, freuen sich auf die Eröffnung des „neuen" CS Hospiz Rennweg.

www.cs.at/mehrraum

GOLDEGG

Autor: Eveline Moor
Sprache: Deutsch
Verlag: Goldegg Verlag
Seitenumfang: 231 Seiten
ISBN:978-3990600085

Über die Autorin
Eveline Moor hat ihr Schwerpunktthema „Körperweisheit“ seit 25 Jahren national wie international erforscht. Die Autorin absolvierte ein Masterstudium in Prävention & Gesundheitsförderung an der Hochschule Luzern. Sie ist Focusing-Trainerin, Koordinatorin des Internationalen Focusing Instituts New York und Ausbildungsleiterin einer Focusing-Schule im Tessin und in Zürich.

Eveline Moor Züllig zu ihrer Arbeit: „Es erfüllt mich jeden Tag mit Dankbarkeit und Freude, einer so sinnvollen Tätigkeit nachgehen zu können, die für andere Menschen von hohem aktuellem Wert und – wie sie sagen – lebensverändernd und hilfreich ist.“

Körperweisheit

Im Buch „Körperweisheit“ erfahren Sie von Eveline Moor, wie Focusing Ihren Umgang mit sich selbst erweitert und eine Ebene des inneren Erlebens miteinbezieht, die Ihnen in jeder Situation und jedem Moment zur Verfügung steht. Denn Sie kennen das: Sie müssen eine Entscheidung treffen, und allein bei dem Gedanken zieht sich Ihr Magen zusammen. Das ist ein untrügliches Zeichen für Stress. Die meisten Menschen flüchten mental davor, lenken sich ab. Doch das unangenehme Gefühl bleibt.

Focusing nutzt die Weisheit Ihres Körpers nach einer wissenschaftlich fundierten Methode. Mithilfe bewusster Aufmerksamkeit und Wahrnehmung Ihrer Körperzustände gelingt es Ihnen, binnen weniger Sekunden, das Wissen Ihres Körpers zur Selbstheilung anzuzapfen. Denken und Fühlen sind miteinander verwoben und unser Körper gibt uns wertvolle Hinweise. Durch gezielte Fragen erhalten wir Antworten und erfahren, wie sich Probleme, bis hin zu komplexen Lebensfragen, wandeln und kluge Entscheidungen treffen lassen. Um entspannter, klarer, erfüllter und glücklicher zu leben, durch die Hilfe Ihres Körpers! Ein unschätzbares Wissen, gerade in Zeiten, in denen die Ratio und mit ihr die Intelligenz der Maschine einen ungesund hohen Stellenwert erhalten hat.

Persönliches Fazit

In einer Zeit der Technologie und auf der Überholspur des Lebens vergessen wir oft unseren Körper in unsere Prozesse mit einzubinden. Wir vertrauen eher dem Navi im Auto oder anderen Technologien der Neuzeit, anstatt auf unser Bauchgefühl zu hören. Dabei ist es genau dieses Gefühl, welches uns durch unser Leben manövrieren könnte, wie wir es wirklich brauchen. Die Publikation bewirkt eine Überdenken ab den ersten Seiten. Schnell merkt man, dass Eveline Moor schon seit vielen Jahren Menschen begleitet und sie genau weiß worüber sie schreibt. Die Übungen im Buch erzielen schnell einen spürbaren Effekt. Hierbei ist aber nichts „magisch“. Focusing ist kein esoterischer Humbug, sondern ein Verfahren aus der humanistischen Psychologie aus den 60er Jahren. Durch Focusing beginnt man wieder auf die Bedürfnisse des eigenen Körper zu hören. Für Menschen, die jeden Tag alles geben müssen ist dieses Werk ein absolutes MUSS. Für Menschen, die es ruhiger angehen eine Publikation, um noch mehr zu sich zu finden. (MG)

Die neue Macht der Mitarbeiter

Edgar Geffroy Barbara Geffroy

Im Zeitalter der digitalen Transformation bekommt der Mitarbeiter einen neuen Stellenwert. Er wird zum zentralen Schlüsselfaktor für Unternehmen, die den Wettbewerb um die besten Mitarbeiter gewinnen wollen. Die meisten Führungskräfte haben jedoch noch nicht verstanden, dass sich Unternehmen in Zukunft bei den Mitarbeitern bewerben müssen – nicht umgekehrt. Mitarbeiter entscheiden heute, wann sie arbeiten, wo sie arbeiten und wie viel sie arbeiten. Sie entscheiden, welchem Unternehmen sie eine Chance geben. Diese neue Macht der Mitarbeiter ist offensichtlich bei den meisten Unternehmen noch nicht angekommen, geschweige denn umgesetzt. Umso wichtiger ist es heute, eine zeitgemäße Strategie zum Gewinnen und Halten von Mitarbeitern zu entwickeln. In diesem Buch wird eine Systematik aufgebaut, wie Sie den Erfolgsfaktor Nummer 1, den richtigen Mitarbeiter, erkennen und gewinnen können. Dabei stellen die Autoren ein neues Konzept der Mitarbeiter-Rekrutierung vor: Employer Clienting® ist ein Mitarbeiterrekrutierungssystem, das auf den Potenzialen des Einzelnen basiert und sogar noch einen Schritt weiter geht. Denn in der heutigen Zeit ist die „Emotionale Intelligenz“ in einer immer digitaler werdenden Gesellschaft das Zünglein an der Waage, um Menschen zu begeistern. So wird dem Leser ein Konzept an die Hand gegeben, mit dem er seine eigene Strategie zur Gewinnung von Mitarbeitern entwickeln kann. Die Autoren zeigen mit dem Employer-Clienting®- Konzept einen neuen Weg der Zukunftssicherung und Erfolgssteigerung durch Mitarbeiter in einer digitalen Welt.

Autor: Edgar Geffroy, Barbara Geffroy
Sprache: Deutsch
Verlag: Gabal
Seitenumfang: 232 Seiten
ISBN: 978-3869367569

Persönliches Fazit

Gabal hat in den letzten Jahren viele Bücher über Mitarbeitermotivation und Bindung auf den Markt gebracht. Ist ein weiteres Werk wirklich notwendig? Gibt es noch etwas zu diesem Thema zu sagen? Diese Frage kann mit einem eindeutigen „JA“ beantwortet werden. Edgar und Barbara Geffroy beweisen erneut, dass MitarbeiterInnen einen zentralen Erfolgsfaktor für alle Unternehmen und Institutionen ausmachen. Dies setzt aber voraus, das der richtige Mitarbeiter auf der richtigen Position sitzt. Hierbei scheitert es schon oft am Auswahlverfahren. Nur wer die Stärken seines Personals effektiv einsetzt, kann auch wirklich ein optimales Ergebnis erhoffen. Dies hat aber nur wenig mit den absolvierten Ausbildungswegen zu tun. Schnell erkennt man auf den ersten Seiten, dass in dieser Publikation neue Wege bereitgestellt werden. Dabei kommt auch das Vierfarbenmodell zur Geltung. Doch dies ist nicht alles. Wie komme ich in der heutigen technologischen Zeit überhaupt zu einem idealen Mitarbeiter, der sich im Unternehmen auch wohl fühlt? Gerade in der heutigen Zeit, in der sich die Wünsche der Personen verändert haben, benötigt es neue Komponenten und Werbewege. Der Generationswechsel erfordert ein neues Denken. Doch dies ist nicht alles, was diese Publikation bietet. Es geht um emotionale Intelligenz, um Prinzipien und um neue Technologien, die Möglichkeiten bietet. Auch das Thema Mobbing darf natürlich nicht fehlen. Dieses Buch bietet neue Impulse und Sichtweisen. Vor allem in der Mitarbeiterfindung bietet diese Publikation eine ideale Übersicht (MG)

Über den AutorInnen

Edgar Geffroy ist mit mehr als 30 Jahren Erfahrung als Unternehmer, Wirtschaftsredner und Strategieberater heute für viele Menschen zum Maßstab für Kontinuität auf der einen Seite sowie Innovationskraft und Pioniergeist auf der anderen Seite geworden. Er ist Verfasser von 27 Büchern mit mehr als 250.000 Exemplaren in 25 Ländern. Geffroy hat ein ausgeprägtes Talent, Menschen zu begeistern und für neue Wege zu motivieren. Mit Leidenschaft inspiriert Geffroy zu unternehmerischem Neudenken und bricht dabei gewohnte Denkmuster auf. Seine Ideen und Impulse haben bis heute fast eine Million Menschen weltweit erreicht. Der Mensch steht für ihn im Mittelpunkt des Handelns. 2007 wurde er in die German Speakers Hall of Fame® aufgenommen und trägt damit die höchste Auszeichnung der German Speakers Association. 2012 erhielt Geffroy den Business-Vordenker-Preis des Jahrzehnts der BEST of BEST Academy, Wien.

Barbara Geffroy stammt aus einer Unternehmerfamilie. Ihre ersten beruflichen Stationen sind die Ausbildung zur Textilkauffrau und Geschäftsführerin eines Dienstleistungsunternehmens. Später absolvierte sie mehrere psychologische und therapeutische Ausbildungen. Es folgten die Qualifizierung in der Employer Clienting®-Strategie, der Abschluss zum NLP-Master (Neuro-Linguistic Programming), eine WingWave-Ausbildung und die Akkreditierung als Insights MDI® Trimetrix EQ Beraterin. Barbara Geffroy hat sich auf Personality Coaching spezialisiert und begleitet und berät Menschen, die ihren eigenen Erfolg neu definieren möchten.

St. Anna
Kinderkrebs
Forschung
DER KREBS HAT ANGST VOR MIR
HELFEN SIE MIT IHRER SPENDE IM KAMPF GEGEN KINDERKREBS.
BANK AUSTRIA
IBAN: AT79 1200 0006 5616 6600
BIC: BKAUATWW
KINDERKREBSFORSCHUNG.AT
SOPHIE S.
KINDERKREBSPATIENTIN