

Selbst:Bewusste Pflege

Abstractband

Wissenschaftliche Posterpräsentation

Mit freundlicher Unterstützung von:



Veranstalter/innen:



Caritas



volkshilfe.



Inhalt

Anja Leitenmüller

Schulgesundheitspflege

4

Katharina Lex, Stefan Lorenzl, Janine Rabe und Jürgen Osterbrink

Morbus Parkinson als Paradigma für die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen

5

Simon Krutter, Irmela Gnass, Nadja Nestler und Jürgen Osterbrink

Herausforderungen ambulanter Pflegedienste im Schmerzmanagement bei Tumorpatienten – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung

6

Jennifer Höss

Anwendung des Cohen-Mansfield Agitation Inventory mit Verknüpfung von leibgedächtnisorientierten Interventionen

7

Bettina Hanke

Humor – ein hilfreiches Instrument an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule

8

Manuela Zsidek-Fuchs

Von der Theorie in die Praxis: Rollenentwicklung und Implementierung im Versorgungskonzept Advanced Nursing Practise am Beispiel der Neurologie/Stroke am Universitätsklinikum Bonn, Deutschland

10

Pia Lohr, Jutta Wetzlmair und Gerhard Müller

Delir-Screeninginstrument RADAR-A: Eine Überprüfung der Reliabilität und Praktikabilität im akutstationären Bereich

11

Gregor Futschik, Adelbert Bachlechner und Patrik Heindl

„Vom Projekt zum Konzept“ Die Entwicklung des Konzeptes der Angehörigenorientierte Intensivstation

12

Maria Sowinski, Adelbert Bachlechner, Patrik Heindl und Ines Weil

„Angehörige brauchen Informationen“ Informationen für Besucher/Besucherinnen der Intensivstation in Form von Broschüren

13

Adelbert Bachlechner und Patrik Heindl

Österreichs Landkarte des Intensivtagebuches

14

Patrik Heindl

Der Wille des Patienten geschehe! Patientenverfügung Freiheit für die Patienten oder eine Bürde für die Begleiter

15

Ramona Rosenthal

Partizipation als Instrument zur Optimierung der Selbstwirksamkeit

16

Susanne Hensely-Schinkinger

Selbstidentifikation von pflegenden Angehörigen

17

Inhalt

Susanne Hensely-Schinkinger

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige: Status Quo aus Sicht der Anbieter 19

Anne Kramer

Aspekte der Gesundheitsförderung bei Patient_innen mit dementiellen Erkrankungen und Depressionen auf einer gerontopsychiatrischen Station am Beispiel einer pflegetherapeutischen Entspannungsgruppe. 21

Katharina Wettich-Hauser

Wirkung eines gesundheitsfördernden Gruppenangebotes durch die Pflege in der Gerontopsychiatrie 22

Ralf Tebest

Beratung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen in Deutschland im Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Auftrag und praktischer Umsetzung – Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche 23

Rainer Planinc

Evaluation of the fearless Fall Detection System in Practice 24

Angelika Rzepka, Gabriele Salomon, Ursula Dickbauer und Markus Garschall

WAALTeR – Eine Testregion für die AAL-Technologien in Wien 25

Andrea Fink

Sturzangst? Maßnahmen zur Prävention oder Reduktion von Sturzangst bei älteren zu Hause lebenden Menschen -ein systematischer Literaturreview 26

Janina Koch

Interprofessionelle Kommunikationsoptimierung im Krankenhaus für mehr Patientensicherheit: ein Literaturreview 27

Seraina Berni

Wohlbefinden und Kognition fördern: nicht-medikamentöse Massnahmen bei „mild cognitive impairment“ – ein Literaturreview 28

Impressum 29



Anja Leitenmüller Schulgesundheitspflege

Hintergrund/Problemdarstellung

Die wachsenden Herausforderungen auf das Gesundheitssystem wie die stetige Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen implizieren Veränderungen im Gesundheitssystem. Wesentlich dabei ist ein im Lebensverlauf früher Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Verbindung der Bereiche Bildung und Gesundheit kann in diesem Zusammenhang ein Umfeld schaffen, in welchem Kinder und Jugendliche von Beginn an befähigt werden, ihre Gesundheit selbst zu beeinflussen. Ein spezieller pflegerelevanter Ansatz Public Health bezogener Aufgaben, der Bereich der School Nurse, hat die Kompetenzen diese Herausforderungen zu bewältigen. An öffentlichen Schulen in Österreich fehlen praktizierende School Nurses schlichtweg. Darüber hinaus sind mit der aktuellen Gesundheits- und Krankenpflegegesetznovelle bereits Rahmenbedingungen für das Berufsbild der Schulgesundheitspflege enthalten.

Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, aus der Praxis das Berufsbild der School Nurse zu verstehen und mit Hilfe der Theorie und Experteninterviews, Grundlagen für weitere Forschung und Entwicklung in Österreich zu liefern. Folgende Forschungsfragen wurden behandelt: *Wie wird die Berufsrolle einer School Nurse aus der Sicht von Expertinnen und Experten beschrieben? Welche Aufgaben und Tätigkeitsbereiche übernimmt eine School Nurse?*

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Es wurden dazu vier Expertinnen- und Experteninterviews mit praktizierenden School Nurses geführt. Die vier Interviews wurden mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens geführt und weiters systematisch mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Die Interviews und die Analyse der Theorie beschreiben die Berufsrolle der School Nurse als eine Pflegeexpertin oder einen Pflegeexperten im Setting Schule mit dem Fokus auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Wesentliche Aufgaben und Tätigkeitsbereiche einer School Nurse sind die Akut- und Nachversorgung von Unfällen und Krankheiten, die Gesundheitsförderung und die Prävention.

Conclusions

Auf Grund der Ausführungen dieser Arbeit kann zusammenfassend betont werden, dass die Integration des School Nurse Systems in Österreich nicht nur für das Gesundheitssystem, sondern auch für das Bildungssystem und künftige Entwicklungen hinsichtlich der Gesundheit von Österreicherinnen und Österreicher von Vorteil wäre.

Anja Leitenmüller, BSc (A)

Anja Leitenmüller arbeitet derzeit im Unfallkrankenhaus der AUVA in Linz. Zuvor war sie an der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Murnau, in den Bereichen der Intensiv- und Anästhesiepflege tätig. Ihr Bachelorstudium, Advanced Nursing Practice mit dem Schwerpunkt Patientenedukation und Pflegeentwicklung, hat sie 2017 abgeschlossen. Bisher veröffentlichte sie einen Artikel in der ProCare zum Thema: Pflegeexpertinnen und Experten koordinieren Schulgesundheitsstrategien.



Katharina Lex, Stefan Lorenzl, Janine Rabe und Jürgen Osterbrink

Morbus Parkinson als Paradigma für die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen

Fragestellung: M. Parkinson ist die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung, in deren Verlauf sich belastende Symptome deutlich steigern, wodurch sich für PatientInnen und Familien die psychosozialen und medizinischen Herausforderungen vergrößern. Aus der Literatur ist bekannt, dass gerade diese PatientInnen erhebliche Palliative Care-Bedarfe haben - ähnlich belastend wie bei Menschen, die schwer onkologisch erkrankt sind - diese aber selten von lokalen Versorgungsstrukturen kompensiert werden (Higginson et al, 2012). Die Bedürfnisse von PatientInnen und Angehörigen mit einem weit fortgeschrittenem M. Parkinson (Hoehn & Yahr Stadium > III), die in Salzburg bzw. im Salzburger Land entweder in Seniorenheimen oder zu Hause durch ihre Familien gepflegt werden, sind bis jetzt noch nicht wissenschaftlich untersucht worden. Welche Palliative Care-Bedürfnisse diese Menschen haben, ist das Thema der Studie.

Methoden: Ein Mixed-Methods-Design wird angewendet: Es werden Scores erhoben und validierte Assessments eingesetzt (UPDRS, PDQ, EQ-5D, ESAS-PD, PSQ-18, DEMQOL-Proxy, ZBI-22, Schwab & England, Charlson-Komorbiditäts-Index, SPICT, Surprise Question), um das entsprechende Krankheitsstadium korrekt einzustufen zu können. Die Analyse erfolgt mit SPSS. Zusätzlich werden PatientInnen und Angehörige leitfadengestützt dazu interviewt, wie sie die Krankheit erleben. Die Codierung der transkribierten Interviews erfolgt mit MAXQDA, anschließend ist eine inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring geplant.

Ergebnisse: Vor allem über Telefonkontakte zu unterschiedlichen Seniorenheimträgern konnten etliche PatientInnen und Familien für eine Studienteilnahme rekrutiert werden. Bislang wurden 9

PatientInnen in 4 Pflegeheimen rekrutiert, von denen 2 bis zum Besuch durch das Studienteam bereits verstorben waren. Von den verbleibenden 7 PatientInnen zeigten 3 keinen idiopathischen M. Parkinson (trotz Vordiagnose über Jahre). Bei 3 PatientInnen sind die Angehörigen bei der Untersuchung dabei gewesen. Die Angehörigen dachten nicht, dass die PatientInnen innerhalb des kommenden Jahres versterben werden (im Gegensatz zu den Pflegekräften). Bei 3 PatientInnen gab es in der Vergangenheit bereits lebensbedrohliche Situationen.

Schlussfolgerungen: Dies ist die erste wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Menschen, die an einem weit fortgeschrittenen Stadium von M. Parkinson im Salzburger Land leiden. Bislang wurde lediglich eine geringe Anzahl von PatientInnen eingeschlossen (n=4). Es sind nur Frauen gewesen. PatientInnen in der Spätphase der Parkinsonerkrankung sind trotz hoher Beeinträchtigung durch die Erkrankung mit ihrem Gesamtzustand sehr zufrieden. Bei den bisher untersuchten PatientInnen konnte keine große Symptomlast dokumentiert werden. Keine der PatientInnen hatte ein PEG. Die bislang zur Bewertung der Parkinsonerkrankung zur Verfügung stehenden Scores und Assessments beschreiben den Zustand in der Spätphase der Erkrankung nur ungenügend. Daher konnten sie auch nicht schlüssig ausgewertet werden. Die Angehörigen glaubten, dass die PatientInnen noch länger als 1 Jahr leben werden. Die bislang zur Bewertung der Parkinsonerkrankung zur Verfügung stehenden Scores und Assessments beschreiben den Zustand in der Spätphase der Erkrankung nur ungenügend. Daher konnten sie auch nicht schlüssig ausgewertet werden.

Katharina Maria Lex, MScN (A)

Ist examinierte Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin. Sie ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrende am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Arbeits-/Interessenschwerpunkte: Palliative Care, Qualitative Pflegeforschung, Pflegeethik.

E-Mail: Katharina.Lex@pmu.ac.at

Univ.-Prof. Dr. Stefan Lorenzl, Dipl. Pall. med (Uni Cardiff) (A)

Hat die Stiftungsprofessur für Palliative Care am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg inne. Er ist Palliativmediziner und Chefarzt für Neurologie am Krankenhaus Agatharied (Bayern) (D).

Janine Rabe, BScN (A)

Studiert im Masterstudiengang am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Sie arbeitet außerdem als Krankenschwester am Kardinal Schwarzenberg Klinikum in Schwarzach (A).

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink (A)

Leitet das Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Er ist außerdem Director WHO Collaborating Centre for Nursing Research and Education.



Simon Krutter, Irmela Gnass, Nadja Nestler und Jürgen Osterbrink Herausforderungen ambulanter Pflegedienste im Schmerzmanagement bei Tumorpatienten – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung

Fragestellung: Schmerz ist ein häufig auftretendes Symptom bei Tumorpatienten. Durch einen Wandel des Versorgungssystems und einer Erhöhung der Überlebensrate verlagert sich die Pflege und Behandlung von Tumorpatienten zusehends vom akutstationären in den ambulanten Versorgungsbereich. In der häuslichen Versorgung von Tumorpatienten kommt neben den Angehörigen und den Hausärzten den ambulant Pflegenden eine wichtige Rolle zu. In den Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ werden evidenzbasierte Empfehlungen zur Umsetzung eines adäquaten Schmerzmanagements ausgesprochen. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen strukturellen Gegebenheiten der ambulant pflegerischen Versorgung erfahren Pflegenden zahlreiche Barrieren im interprofessionellen Schmerzmanagement. Im Poster wird der Frage nachgegangen, welche Herausforderungen Pflegenden ambulanter Pflegedienste in der Umsetzung eines systematischen Schmerzmanagements bei Menschen mit einer Tumorerkrankung erfahren.

Methoden: Im Zuge eines qualitativen Vorgehens wurden in einer Teilstudie des Versorgungsforschungsprojektes „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ fünf leitfadengestützte Gruppendiskussionen mit ambulant Pflegenden durchgeführt. Die Rekrutierung der Befragten erfolgte in 14 Pflegediensten in der Stadt Münster. Die Leitfäden fokussierten thematisch auf jeweils eine der fünf Ebenen des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“: Schmerzeinschätzung, medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie, schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen sowie Information, Schulung und Beratung. Die Daten wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die ambulant Pflegenden beschreiben einen Bedarf an weiteren Kenntnissen im Erfassen des Schmerzes als multidimensionales Phänomen. Der Wunsch nach zusätzlichem Wissen wird auch im Hinblick auf die nicht-medikamentösen Therapiemaßnahmen

geäußert. Beschrieben werden ferner Herausforderungen in der Unterscheidung zwischen schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen und den Symptomen einer Tumorerkrankung. Eine Barriere in der schmerzbezogenen Begleitung von Tumorpatienten in der ambulant pflegerischen Versorgung stellt sich für die Pflegenden insbesondere in der Zusammenarbeit mit Hausärzten dar. Erlebt werden hier Herausforderungen in der zeitlichen Abstimmung und der interdisziplinären Kommunikation, die mitunter zu einer passiven Haltung im interprofessionellen Austausch mit Hausärzten führen können. Angeführt wird in den Gruppendiskussionen auch der zentrale Stellenwert der Angehörigen für die Sicherstellung einer kontinuierlichen Schmerzversorgung von Tumorpatienten im häuslichen Bereich.

Schlussfolgerungen: Den ambulant Pflegenden kommt im Schmerzmanagement von Tumorpatienten in der ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle in der Koordination und Umsetzung des Schmerzmanagements zu. Ein gutes Gelingen des interprofessionellen Schmerzmanagements im häuslich ambulanten Setting ist dabei abhängig von der optimalen kommunikativen Abstimmung zwischen den ambulant Pflegenden und den Hausärzten. Für eine Überwindung der Herausforderungen im Schmerzmanagement erscheint eine Erweiterung der fachlichen und personalen Kompetenzen der Pflegenden als zentral. Gestärkt wäre dadurch auch der interprofessionelle Dialog. Um die Patienten und Angehörigen noch aktiver in die Schmerzversorgung integrieren zu können, wären auch die Schulungs- und Beratungskompetenzen der Pflegenden weiter zu entwickeln.

MMag. Simon Krutter (A)

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Studium der Pflegewissenschaft und Soziologie an der Universität Wien, Student des Doktoratsstudiums zum Ph.D. in Nursing & Allied Health Sciences in Salzburg. Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrender am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg. Schwerpunkte: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Schmerzmanagement in der Pflege, Versorgungsforschung, Gemeindefnahe Pflege.
Kontakt: simon.krutter@pmu.ac.at

Ass.-Prof. Dr. rer. medic. Irmela Gnass, MScN (A)

Lehrt und forscht zum Versorgungsbereich Akutpflege im Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg. Schwerpunktthemen sind u. a. das pflegerische Schmerzmanagement und der Aufbau einer evidence-basierten Pflegepraxis.
Kontakt: irmela.gnass@pmu.ac.at

Ass.-Prof. Dr. Nadja Nestler (A)

Assistenzprofessorin des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Salzburg mit Forschungsschwerpunkt „Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen“. Sprecherin des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Erarbeitung der Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten bzw. chronischen Schmerzen, Referentin,
Kontakt: nadja.nestler@pmu.ac.at

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink

Seit 2007 Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und Director des WHO CC for Nursing Research and Education. Er ist wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Schmerzstandards und Projektleiter mehrerer mehrjähriger Forschungsprojekte mit Schwerpunkt Versorgungsforschung (z.B. www.intherakt.de).
Kontakt: juergen.osterbrink@pmu.ac.at



Jennifer Höss

Anwendung des Cohen-Mansfield Agitation Inventory mit Verknüpfung von leibgedächtnisorientierten Interventionen

Thema, Ziel und Fragestellungen: Wie die demografische Entwicklung in Österreich zeigt, leben von Demenz betroffene Menschen vorwiegend zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld und werden von ihren Angehörigen betreut. Krankheitsbedingte Störungen der Orientierung sowie der Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen führen bei pflegenden Angehörigen zu einer hohen Belastung. Herausforderndes Verhalten ist bei einer Demenz vom Alzheimer-Typ keine Seltenheit und kann vor allem dann auftreten, wenn Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden und sich Menschen mit Demenz emotional unwohl fühlen. Dies stellt eine große Belastung für alle Beteiligten dar. Ziel dieser Arbeit ist ein ausgewähltes Assessmentinstrument (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten in der Anwendbarkeit zu überprüfen und aus dem Ergebnis Interventionen abzuleiten, die das Leibgedächtnis beinhalten. Daraus ergeben sich drei Fragestellungen, die das Assessmentinstrument sowie die leibgedächtnisorientierten Interventionen enthalten.

Methode: Es ist ein Case-Study-Design gewählt worden, bei dem eine Methodentriangulation Verwendung findet. Die

Datenerhebung erfolgt durch Beobachtung, Biographie in Form eines narrativen Interviews sowie einer Befragung mithilfe des Assessmentinstruments (Cohan Mansfield Agitation Inventory).

Ergebnisse: Das ausgewählte Assessmentinstrument ist in der praktischen Umsetzung im häuslichen Setting anwendbar, jedoch bringt es einige Herausforderungen mitsich. Aus dem interpretierten Assessmentergebnis können gezielt psychosoziale Interventionen abgeleitet werden, die das Leibgedächtnis beinhalten.

Schlussfolgerung: Um das Assessmentinstrument in der Praxis anwenden zu können, ist es notwendig darin geschult zu werden. Eine Auseinandersetzung ist von großer Bedeutung, um den Sinn des Assessments und dessen Ergebnis zu verstehen. Es besteht die Möglichkeit, Interventionen aus dem Assessmentergebnis abzuleiten, wobei es notwendig ist die Effektivität der Interventionen, als auch die Bedeutung des Leibgedächtnisses zu kennen.

Schlüsselwörter: Herausforderndes Verhalten, Demenz, Assessmentinstrument, psychosoziale Interventionen, Leibgedächtnis

Jennifer Höss, BSc (A)

2011 Erlangung des Diploms für Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Horn, NÖ

Seit 2012 Abteilung für Neurologie, Station Stroke Unit im Landeskrankenhaus Horn

Februar 2017 abgeschlossenes berufsbegleitendes Studium Advanced Nursing Practice mit Schwerpunkt Pflegeentwicklung und Patientenedukation an der IMC Fachhochschule Krems

Oktober 2017 Abschluss Zusatzmodul Pädagogik

E-Mail: jennifer.hoess@hotmail.com



Bettina Hanke

Humor – ein hilfreiches Instrument an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule

Hintergrund:

Der offene Ansatz des humanistischen Menschenbilds bietet den Rahmen für die Anwendung von Humor in der Pflegepraxis (Robinson, 1999, S. XXXVII). Er tritt innerhalb der Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Pflegepersonen spontan auf und kann auch gezielt eingesetzt werden, um diese Beziehungen zwischen ihnen zu gestalten. Aber Humor ist nicht gleich Humor. Um auf ihn adäquat zu reagieren und ihn in die Pflegepraxis zu implementieren, ist eine theoretische Auseinandersetzung mit Humor notwendig. Daher macht es Sinn, zukünftige Pflegepersonen bereits in der Ausbildung damit vertraut zu machen und sie dafür zu sensibilisieren. Obwohl die Bedeutung von Humor in der Pflege und in den Lehr- und Lernprozessen nachgewiesen ist, wird Humor nicht im Curriculum für die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) in Österreich (ÖBIG, 2003, o.S.) angeführt. Es ist daher auch curricular keine gezielte Auseinandersetzung mit Humor vorgesehen und es bleibt den Lehrpersonen vorbehalten, ob und in welcher Form dieser Aspekt in den Unterricht aufgenommen wird. Zur Humorsensibilisierung gibt es Programme (Falkenberg, McGhee, Wild, 2013, S. 15f), die es Lehrpersonen ermöglichen, eine solche Auseinandersetzung als Humorunterricht zu implementieren und zukünftigen Pflegepersonen die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten von Humor zu vermitteln.

Ziel und Forschungsfrage:

Ziel dieser Praxisforschung ist zu erheben, wie Schülerinnen/Schüler der Schule für GuK für das Thema Humor sensibilisiert werden. Ein weiteres Ziel besteht darin, eine Möglichkeit zur Implementierung von Humor zu entwickeln, in dem ein Unterrichtskonzept für zehn Unterrichtseinheiten entworfen und eingesetzt wird, um zukünftige Pflegepersonen auf den Stellenwert von Humor für die Pflegepraxis hinzuweisen und ihnen damit ein Instrument für die Beziehungsgestaltung mitzugeben. Die forschungsleitende Fragestellung lautet „Welche Veränderungen im subjektiven Erleben der Beziehungsgestaltung zu Patientinnen/Patienten beschreiben

Schülerinnen/Schüler nach der theoretischen Auseinandersetzung mit Humor als Instrument an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule bezogen auf ihre Pflegepraxis?“

Methode:

Systematische Literaturanalyse (Behrens, Langer, 2004, S.129-152)

- Humor, Pflegeperson, Patient, Pflegeperson-Patienten-Beziehung
- Medline, Cinahl-Ebsco host über die Bibliothek der DUK, Pubmed
- ausgewählte Primärstudien treffen richtungsweisende Aussagen über Blickwinkel der Pflegepersonen und die von Patientinnen/Patienten auf Humor in der Pflegebeziehung
- Bewertung der Ergebnisse (Behrens, Langer, 2004, S.187-190)

Empirie

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte nachdem sich die Schülerinnen/Schüler theoretisch mit Humor auseinandergesetzt und ein darauffolgendes Pflegepraktikum absolviert haben. Nach Einholen des schriftlichen Einverständnisses zur Teilnahme an der Forschung betrug die Größe der Untersuchungsgruppe 26 Schülerinnen/Schüler, aus denen acht Teilnehmende durch ein strukturiertes Sample (Flick, 2007, S. 162) ermittelt wurden. Die fokussierten Interviews (Mayer, 2011, S. 256f) wurden transkribiert und in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010, S.65f, 83) ausgewertet. Die kategorisierten Ergebnisse wurden abschließend interpretiert und mit der erarbeiteten Literatur verknüpft.

Ergebnisse:

Zuwachs im personenzentrierten Handeln Lernender:

- Wertschätzen des individuellen Humors der Patientinnen/Patienten

- Akzeptanz der persönlichen Echtheit im eigenen humorvollen Agieren
- Empathie für den anderen Menschen über Humor

Lernende stellten fest:

- erleichterter Vertrauensaufbau zu Patientinnen/Patienten, nachdem sie Humor mit ihnen erlebt/geteilt haben, Patientinnen/Patienten fällt es leichter, über Humor mit Pflegepersonen in Beziehung zu treten
- Sensibilisierung für die Anwendung von Humor bei sich selbst durch das Humorseminar, erkennen Humor im menschlichen Miteinander als etwas Subjektives an und verstehen, dass dieser sehr unterschiedlich erlebt wird
- Humor kann nicht verordnet werden, er braucht eine Anregung und ist im Pflegealltag gegenwärtig

Diskussion:

Lernende erleben eine theoretische Auseinandersetzung mit Humor positiv und können konkretes Feedback über Inhalte und Rahmenbedingungen des Humorseminars geben. Sie beschreiben nach der Intervention eine Sensibilisierung für ihren Umgang mit Humor in der Pflegepraxis, einen Zuwachs in ihrem personenzentrierten Handeln und einen erleichterten Vertrauensaufbau zu Patientinnen/Patienten, nachdem sie Humor mit ihnen geteilt haben. Den Erfahrungen und Berichten der Lernenden ist zudem zu entnehmen, dass die Anwendung von Humor in der Pflegebeziehung erleichtert wird, wenn er thematisiert wird. Ein Humortraining, wie ein Humorunterricht zu verstehen ist, soll dazu dienen, sich eine humorvolle Einstellung anzueignen und den eigenen Sinn für Humor zu schärfen.

Ausblick:

Die Evaluierung des Humorseminars hat einen Handlungsplan entstehen lassen, der eine Implementierung des Humorunterrichts verfeinert und die Präsenz von Humor in der Pflegepraxis bei den Lernenden zukünftig erhöht.

In einem weiteren Schritt kommt es zur Einladung bereits praktizierender Pflegepersonen zu einem Humorseminar an der Schule für GuK und ermöglicht ebenfalls eine erhöhte Präsenz von Humor in der Pflegepraxis. Dafür ist eine Abklärung mit der Schulleitung notwendig und weitere organisatorische, finanzielle und strukturelle Fragen zu klären.

Literatur:

- BEHRENS, Johann, LANGER, Gero (2004): *Evidence-based Nursing*, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- FALKENBERG, Irina, MC GHEE, Paul, WILD, Barbara (2013): *Humorfähigkeiten trainieren*, Schattauer GmbH, Stuttgart
- FLICK, Uwe (2007): *Qualitative Sozialforschung*, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg
- MAYER, Hanna (2011): *Pflegeforschung anwenden*, 3. aktualisierte und überarb. Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien
- MAYRING, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*, 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- ÖBIG-Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003): *Curriculum für die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- ROBINSON, Vera M. (1999): *Praxishandbuch Therapeutischer Humor – Grundlagen und Anwendungen für Gesundheits- und Pflegeberufe*, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., Wiesbaden

Bettina Hanke, MSc (A)

Sie verlegte 1999 ihren Lebensmittelpunkt von Sachsen-Anhalt (D) nach Niederösterreich. Sie ist seit über 20 Jahren Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und war bis 2014 im Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit intellektueller- und Mehrfachbehinderung tätig. Seit 2014 unterrichtet sie an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Horn und schloss 2017 ihr Studium der Gesundheits- und Pflegepädagogik an der Donau-Universität Krems ab.



Manuela Zsidek-Fuchs

Von der Theorie in die Praxis

Rollenentwicklung und Implementierung im Versorgungskonzept Advanced Nursing Practise am Beispiel der Neurologie/Stroke am Universitätsklinikum Bonn, Deutschland

Ausgangslage

Im Gegensatz zu internationalen Entwicklungen und Standard ist die Geschichte der hochschulische Qualifikationen in der direkten Patientenversorgung und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Phänomenen der Pflege in Deutschland mit knapp 25 Jahren noch recht jung. Widerstände kamen sowohl aus der eigenen Berufsgruppe als auch aus Nachbardisziplinen. In den letzten Jahren hat mit Zunahme der mittlerweile über 100 pflegebezogene Studiengängen in Deutschland die Dynamik stark zugenommen. Insbesondere die Empfehlungen des deutschen Wissenschaftsrates (2012, 2016), die eine 10 bis 20-prozentige anteilige hochschulische Qualifizierung von nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen in der direkten Patientenversorgung empfiehlt haben diesen Prozess maßgeblich unterstützt, so dass zunehmend Absolventen auf den Arbeitsmarkt drängen. Im Jahr 2015 lag die Quote der hochschulisch qualifizierten Pflegenden an Universitätskliniken in der direkten Patientenversorgung bei 1% (Tannen, Feuchtinger, Strohbücker, & Kocks, 2016).

Dieser Veränderungsprozess stellt sich für Universitätskliniken im Besonderen. Sie sind Orte der Supramaximaltherapie und der Innovation. Dies bietet auch für die Pflege und die Pflegewissenschaft einmalige Chancen, indem Bedarfe direkt bei Patienten und Angehörigen ermittelt und untersucht werden können um dann neue, innovative pflegerische Konzepte zu entwerfen, zu begleiten, zu evaluieren und diese direkt wieder in die Lehre und die Patientenversorgung einfließen zu lassen (Netzwerk Pflegeforschung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Uniklinika In Deutschland VPU e.V. et al., 2014). An die Forschungsstätten moderner Medizin gehören auch klinische Pflegeforschung und wissenschaftlich fundierte pflegerische Spitzenversorgung.

Das Konzept des ANP - advanced nursing practise bietet mit seiner erweiterten und vertieften Pflegeexpertise für deutsche Universitätskliniken viele Anknüpfungspunkte im Bereich Forschung, Lehre und

Patientenversorgung ist national aber nur in wenigen Einzelfällen etabliert. Das Universitätsklinikum Bonn hat es sich zum Ziel gesetzt diesen Veränderungsprozess aktiv zu gestalten indem mit unterschiedlichen Maßnahmen der Anteil von hochschulisch qualifizierten Pflegenden erhöht wird und im Sinne von Leuchttürmen erste ANP in ausgewählten Bereichen eingeführt werden.

Zielsetzung/Fragestellung

Das geplante Poster wird die erstmalige Implementierung einer ANP am Universitätsklinikum Bonn im Bereich der Neurologie/Stroke beschreiben. Hierzu werden insbesondere die besonderen Herausforderungen des Systemwechsels beschrieben, indem eine noch neue, dem Setting unbekannt Qualifikation und damit verbundene sich verändernde Tätigkeitszuschreibung dargestellt werden.

Methode

Die Einführung und Umsetzung orientiert sich an den Projektschritten im Rahmenkonzeptes PEPPA (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004), Die einzelnen Umsetzungsschritte werden mit der lokalen Adaptation beschrieben.

Ergebnisse/Ausblick

Die erstmalige Einführung einer hochschulisch qualifizierten Pflegenden im Sinne des ANP war am Universitätsklinikum Bonn mit Herausforderungen und nötigen Entwicklungsschritten verbunden. Pflegeteam, Pflegemanagement und Ärzteschaft mussten informiert werden und schrittweise an eine Herausarbeitung von Kernelementen im Tätigkeitsprofil ANP herangeführt werden. Wie kann uns die Auseinandersetzung mit Evidenz unterstützen? Wieviel „Schreibtischzeit“ und wieviel Zeit in der direkten Patientenversorgung braucht es? Es zeigt sich, dass erste ANP's viele Aufgaben im Sinne eines Change-Agent übernehmen müssen gerade wenn die Auseinandersetzung mit Wissenschaft und hochschulischen Qualifikationen im Pflegedienst in

Deutschland noch am Anfang ihrer Entwicklung stehen. Dies braucht eine maximale managerielle Unterstützung und Begleitung.

Nach mehreren Projektmonaten zeigen sich erste positive Entwicklungen indem eine hohe Akzeptanz und Nutzung im Pflegeteam, im Management und in der Ärzteschaft erreicht werden konnten. Insgesamt befinden sich aktuell 4 ANP's am UKB mit sehr unterschiedlichen Rollenprofilen am UKB in der Etablierung, weitere Schritte sind geplant.

Literatur

Bryant-Lukosius, D., & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*, 48(5), 530-540.

Netzwerk Pflegeforschung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Uniklinika In Deutschland VPU e.V., Kocks, A., Feuchtinger, J., Hebestreit, N., Tannen, A., Becker, C., . . . Schneider, I. (2014). Pflege an Universitätskliniken. Retrieved from http://www.vpu-online.de/de/pdf/presse/VPU_-_Pflege_an_Universitaetskliniken.pdf

Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B., & Kocks, A. (2016). Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. doi:10.1016/j.zefq.2016.11.002

Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Retrieved from <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

Wissenschaftsrat. (2016). Perspektiven der Universitätsmedizin. Retrieved from <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf>

Manuela Zsidek - Fuchs, MSc (ANP) (D)

Seit 2002 dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin. Abschluss zur akad. geprüfte Gesundheits- und Pflegeberaterin 2013, Masterabschluss Advanced Nursing Practice, Donau Universität Krems, 2015. Weiterbildung nach §64 „Pflege auf Stroke Unit“ positiv absolviert. Seit März 2016 am Universitätsklinikum Bonn in der Rolle der fachlichen Leitung Stroke Unit/Neurologisches Zentrum tätig. Wissenschaftliche und fachliche Schwerpunkte Demenz, Delir und neurologische Fachpflege.



Pia Lohr, Jutta Wetzlmair und Gerhard Müller

Delir-Screeninginstrument RADAR-A: Eine Überprüfung der Reliabilität und Praktikabilität im akutstationären Bereich

Hintergrund

Die Pflege nimmt in der Erkennung und Betreuung des Delirs eine wesentliche Rolle ein. Dazu können verschiedene Screening-Instrumente verwendet werden. Voyer et al. (2015) entwickelten ein auf drei Items beruhendes englisch- und französischsprachiges Instrument mit dem Namen Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR). Dieses Instrument wurde übersetzt und dem österreichischen Kulturraum angepasst (Wetzlmair, 2017). Da keine Daten zur Reproduzierbarkeit der deutschsprachigen Version RADAR-A vorlagen, hatte die Studie zum Ziel, die Interrater-Reliabilität, die interne Konsistenz und Praktikabilität der RADAR-A zu bestimmen.

Methodik

Die Studie entsprach einem monozentrischen quantitativ-deskriptiven Querschnittsdesign. Chirurgische, neurologische und akutgeriatrisch stationär behandelten Patienten (≥ 65 Jahre) waren Bestandteil der Gelegenheitsstichprobe ($n=60$). Sowohl die Einschätzung der Patienten durch zwei unabhängige Pflegepersonen als auch die schriftliche Befragung der Pflegepersonen ($n=9$) fand im Zeitraum Februar bis Mai 2017 statt. Ausgehend von beschreibenden Datenanalysen wurden Berechnungen mit Cohens Kappa, AC1-Statistik und Kuder-Richardson (KR-20) aufgrund der nominalskalierten Daten durchgeführt.

Ergebnisse

Die Interrater-Reliabilitätsanalyse zeigte hinreichende Konkordanzen ($n=60$; $Po=92,3-100\%$; $AC1=0,91-1,00$) bei den unterschiedlichen Beobachterpaaren. Unter den hohen Beobachtungsübereinstimmungen (Po) konnten nur schlechte Kappa-Werte ($\kappa= -0,025-0$) berechnet werden. Die interne Konsistenz für zwei von drei Items wies einen moderaten Kuder-Richardson Wert ($\alpha=0,498$) auf. Die Praktikabilität ist als gut ($\emptyset Md=1,84$; $Md=1,00-3,00$) zu bewerten.

Schlussfolgerungen

Die Interrater-Reliabilität sowie die Praktikabilität der RADAR-A sind bei akutstationären Patienten klinisch perfekt. Zufriedenstellend präsentiert sich die Itemhomogenität. Dennoch muss vor dem Praxiseinsatz die prognostische Validität geprüft werden.

Pia Lohr, BScN, MScN (A)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bachelor- und Masterstudium der Pflegewissenschaft an der UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut HEALTH der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH in Graz. Forschungsschwerpunkte: Planungs- und Versorgungsprozesse sowie Evaluationen im Gesundheitswesen.

Jutta Wetzlmair, BScN, MScN (A)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bachelor- und Masterstudium der Pflegewissenschaft an der UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT.

Assoc.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Müller, MSc (A)

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien und in Hall in Tirol. Promotion und Habilitation an der UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der UMIT organisiert er das Master-Studium der Pflegewissenschaft. Forschungsschwerpunkt: Psychometrie pflegerischen Messens. Autor zahlreicher Publikationen und Bücher.



Gregor Futschik, Adelbert Bachlechner und Patrik Heindl

„Vom Projekt zum Konzept“

Die Entwicklung des Konzeptes der Angehörigenorientierte Intensivstation

Einleitung / Problemdarstellung / Ziel / Fragestellung:

Das Konzept der angehörigorientierten Intensivstation (AOI) ist eine konsequente qualitative Weiterentwicklung aufgrund von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Angehörige von IntensivpatientInnen stehen im Mittelpunkt. Sie sind einerseits ExpertInnen ihrer kritisch erkrankten Angehörigen und können das Behandlungsteam unterstützen. Ein Aufenthalt eines nahen Angehörigen auf der Intensivstation ist oft eine existentielle Krise. Angehörige brauchen für die Aufarbeitung während des Aufenthaltes Unterstützung (Adamson et al 2004). Wenn ein Mensch schwer krank auf der Intensivstation behandelt wird, ändert sich das Familienleben und bringt bestehende Familienstrukturen ins Schwanken. Die theoretische Grundlage dieses Konzeptes ist die Figurationssoziologie von Norbert Elias. Die Verflechtungen von Menschen oder Gruppen stehen im Mittelpunkt der Betrachtung. Bei diesem prozessorientierten Ansatz gibt es kein Ursache-Wirkungs-Modell. Nach der Prozesstheorie existieren weder pure Individuen ohne Gesellschaft, noch pure Gesellschaften ohne Individuen. Das einzelne Individuum verändert sich und dadurch ändern sich die Gesellschaften autonom (Elias 2006).

Methode / Vorgehen:

Das Konzept der AOI ist ein stetig wachsendes Konzept. Mit jedem abgeschlossenen Teilergebnis werden neue Ideen entwickelt, dadurch ist ein Ende noch nicht in Sicht. Einige erreichten Teilergebnisse wurden pflegewissenschaftlich evaluiert (Grounde Thory, Interviews und deskriptive Statistik) und bei Kongressen und nationalen und internationalen Journals publiziert (Heindl et al 2016)

Ergebnisse:

1. Meilenstein: Angehörigen- und Besucherbroschüre
2. Meilenstein: Umgestaltung und Schaffung von Wartebereichen für die Angehörigen
3. Meilenstein: Implementierung der Pflegekonzepte

- Basalen Stimulation
- Aromatherapie
- Kinaesthetics
- 4. Meilenstein: Optimierung von Besuchszeiten, Auskunftszeiten und dem ersten Kontakt mit Angehörigen auf der Intensivstation
- 5. Meilenstein: Implementierung des Intensivtagebuches
- 6. Meilenstein: Information für Kinder auf der Intensivstation
- 7. Implementierung eines Delirmanagement

Diskussion / Schlussfolgerungen / Empfehlungen für Praxis bzw. Forschung:

Nächste Meilensteine für die (AOI) sind:

- Aktive Angehörigentelefonat
- Therapiezieländerung auf der Intensivstation

Die wichtigste Erkenntnis, die wir hier zu Papier bringen können, ist jene, dass wir die PatientInnen, deren Angehörigen und das Betreuungsteam nicht trennen können. Die medizinische/pflegerische Behandlung von kritisch kranken Menschen und die Betreuung der Angehörigen auf der Intensivstation ist ein Kernthema und stellt gleichzeitig die Basis zu einer Bearbeitung, Thematisierung und Konzeptualisierung von verschiedenen intensivspezifischen Sachverhalten dar.

Wenn die einzelnen Projekte reflektiert werden und wenn wir in die Zukunft schauen wird sichtbar, dass wir gerade mitdrinnen sind, ab einem gewissen Zeitpunkt, den wir nicht bemerkt haben ist eine positive Eigendynamik entstanden. Aus einem Projekt zur besseren Angehörigenbetreuung wurde das Konzept der Angehörigenorientierten Intensivstation.

Literatur:

- Adamson H., Murgo M., Boyle M., Kerr S., Crawford M. & Elliott D. (2004): *Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. Intensive Crit Care Nurs.*, 20(5), 257-63.
- Elias, N. (2006). *Was ist Soziologie?* Amsterdam: Suhrkamp.
- Heindl P., Bachlechner A., Nydahl P. & Egerod I. (2016): *Extent and application of patient diaries in Austria: process of continuing adaptation. Nursing in Critical Care. Online doi: 10.1111/nicc.12257*

Gregor Futschik (A)

Berufliche Qualifikation: seit 10/2008 Diplom. Gesundheits- und Krankenpfleger, Delirbeauftragter, **Ausbildung:** OP-Gehilfe 2002-2005, 2011-2012 Sonderausbildungskurs für Intensivpflege, seit 10/2008 tätig als DGKP im AKH Wien, Univ. Klinik Innere Med. III; Abtlg. f. Gastroentero- und Hepatologie, Intensivstation 13H1

Adelbert Bachlechner, MSc (A)

Berufliche Qualifikation: seit 09/1981 Diplom. Gesundheits- und Krankenpfleger, **Ausbildung/Studium:** 1986-1988 Sonderausbildungskurs für Intensivpflege- und Dialysestationen, 1991-1992, Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von Krankenpflegepersonen, 1. Führungsebene, 2009 Fernstudium, MSc - Social Management an der Donauuniversität Krems, Abschlussprüfung 11. 04. 2011, Master of Science in Social Management, seit 1993 Stationspfleger, im AKH Wien, Univ. Klinik Innere Med. III; Abtlg. f. Gastroentero- und Hepatologie, Intensivstation 13H1

Dr. phil. Patrik Heindl (A)

2015 Doktorat der Philosophie (Sozialwissenschaften)
2006 Diplomstudium Pflegewissenschaft
Seit 2011 Pflegeberater im Bereich IBST-Ost im Allgemeinen Krankenhaus Wien - Medizinischer Universitätscampus
Seit 2008 Mitarbeiter der klinischen Pflegewissenschaft im Allgemeinen Krankenhaus Wien - Medizinischer Universitätscampus
Seit 1991 DGKP auf verschiedenen Intensivstationen



Maria Sowinski, Adelbert Bachlechner, Patrik Heindl und Ines Weil „Angehörige brauchen Informationen“ Informationen für Besucher/Besucherinnen der Intensivstation in Form von Broschüren

Einleitung / Problemdarstellung / Ziel / Fragestellung:

Fast alle IntensivpatientInnen bekommen Besuch. Die Angehörigen kommen beim ersten Besuch meist sehr nervös und ängstlich. Sie möchten natürlich so schnell wie möglich ihren Angehörigen sehen und gleichzeitig Informationen über den Gesundheitszustand erhalten. Information ist für Angehörige wichtig um sich einer akuten Belastungssituation zu orientieren^{1,2}. Broschüren bieten eine gute Möglichkeit den BesucherInnen Informationen zur Verfügung zu stellen, welche sie mehrmals, in Ruhe überall lesen können. Die positiven Erfahrungen mit Broschüren und das zunehmende Bewusstsein für das Delir auf der Intensivstation führt zur Erstellung einer Informationsbroschüre für BesucherInnen zum Thema Delir.

2Methode / Vorgehen:

Anfänglich wurde den BesucherInnen ein Informationsblatt, im Format A4 beidseits beschrieben zur Verfügung gestellt. Auf sehr einfacher Weise und in kurzen Ausführungen wurden Informationen über die Verhaltensgrundregeln, Behandlungsmöglichkeiten, und Besuchszeiten, vermittelt. Nach einigen Jahren wurde uns, dem BetreuerTeam immer klarer, dass die BesucherInnen mehr Aufmerksamkeit und Beachtung bedürfen. In regelmäßigen Abständen wurden die Besucher zur aktuellen Informationsbroschüre interviewt. Ob die Broschüre verständlich ist, ob etwas fehlt oder was irritierend ist. Die Ergebnisse wurden der Überarbeitung der Broschüre eingebracht. Mittlerweile gibt es die fünfte Version. Aufgrund von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen wurde eine Delir Broschüre entwickelt die seit Oktober 2016 auf der Intensivstation angewendet wird.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Interviews wurden nach Mayring³ ausgewertet und in die Broschüre eingearbeitet und laufend evaluiert.

Die Inhaltsschwerpunkte der Broschüre sind:

- allgemeine Informationen wie z.B. bedienen Gegensprechanlage und Verhaltensgrundregeln (Händewaschen, Verwendung einer Einmalschürze, Anzahl der Besucher,...)
- Was machen wir auf der Intensivstation
- Über das Betreuungsteam, die technische Ausrüstung
- Was BesucherInnen beitragen können
- Sterben auf der Intensivstation
- Informationen über Serviceeinrichtungen, Gebetsräumen, Erreichbarkeit mittels öffentlichen Verkehrsmitteln und Parkmöglichkeiten

Diskussion / Schlussfolgerungen / Empfehlungen für Praxis bzw. Forschung:

Ein Aufenthalt eines nahen Angehörigen auf der Intensivstation ist oft eine akute Krise. Angehörige sind wichtige, unterstützende Partner für das Behandlungsteam. Die Betreuung und Miteinbeziehung von Angehörigen in die Betreuung ist eine Kernkompetenz in der Pflege. Broschüren sind Informationen an denen sich Angehörige festhalten können. Sie helfen ihnen sich in einer fremden und lauten Intensivstation zu orientieren. Unerlässlich im Informationsmanagement auf der Intensivstation ist es neu wissenschaftliche Erkenntnisse aufzugreifen und vorhanden Broschüren regelmäßigen zu evaluiert.

Literatur (3-5 Quellen):

- Nagl-Cupal, M. (2011). *Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation*. Hungen: hpsmedia
- Kuhlmann B. (2004). *Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf der Intensivstation*. *Pflege*, 17, 145-154
- Mayring P (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim

Maria Sowinski (A)

Berufliche Qualifikation: Seit 10/ 2003 Diplom. Gesundheits- und Krankenpfleger, Regensburg, **Ausbildung:** 2011 ICU-Kurs für Überwachungsstationen 2013 – 2014 Sonderausbildungskurs für Intensivpflege, Seit 2012 tätig als DGKP im AKH Wien, Univ. Klinik Innere Med. III; Abtlg. f. Gastroentero- und Hepatologie, Intensivstation 13H1

Adelbert Bachlechner, MSc (A)

Berufliche Qualifikation: seit 09/1981 Diplom. Gesundheits- und Krankenpfleger **Ausbildung/Studium:** 1986 –1988 Sonderausbildungskurs für Intensivpflege- und Dialysestationen, 1991 – 1992 Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von Krankenpflegepersonen, 1.Führungsebene, 2009 Fernstudium, MSc – Social Management an der Donauuniversität Krems, Abschlussprüfung 11. 04. 2011, Master of Science in Social Management Seit 1993 Stationspfleger, im AKH Wien, Univ. Klinik Innere Med. III; Abtlg. f. Gastroentero- und Hepatologie, Intensivstation 13H1

Dr. phil. Patrik Heindl (A)

2015 Doktorat der Philosophie (Sozialwissenschaften), 2006 Diplomstudium Pflegewissenschaft, Seit 2011 Pflegeberater im Bereich IBST-Ost im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus, Seit 2008 Mitarbeiter der klinischen Pflegewissenschaft im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus, Seit 1991 DGKP auf verschiedenen Intensivstationen

Ines Weil (A)



Adelbert Bachlechner und Patrik Heindl Österreichs Landkarte des Intensivtagebuches

Einleitung / Problemdarstellung / Ziel / Fragestellung:

Aufgrund der intensivmedizinischen therapeutischen Möglichkeiten überleben heute schwerstkranke Menschen auf der Intensivstation (ICU). Angehörige begleiten sie durch diese Zeit. Eine ICU ist eine fremde, laute und hochtechnisierte Umwelt, in der die betroffenen Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, Angst, Hoffnung, Unsicherheit, Leben und Tod konfrontiert sind. Ein Intensivtagebuch (ITB) ist für PatientInnen während der Zeit auf der ICU gedacht. In das Intensivtagebuch können Angehörige und das gesamte Behandlungsteam Einträge vornehmen. Die Einträge von Fortschritten, Besonderheiten im Tages- oder Nachtablauf und von besonderen Ereignissen, wie Geburtstage, können später von den PatientInnen chronologisch nachgelesen werden. Ziel ist es, die Intensivstationen in Österreich zu erfassen, an denen das Intensivtagebuch zum Einsatz kommt.

Methode / Vorgehen:

Die Studie hat ein „prospective mixed-methods“ Design, dies ist eine Kombination aus einer Umfrage und einem Interview. Bei der telefonisch durchgeführten Umfrage wurde der halbstandardisierte Fragebogen verwendet. In diesem Interview wurde nach Umfang, Struktur, Verantwortlichkeit, beteiligten Personen und theoretischem Hintergrund des Intensivtagebuches gefragt. Es wurden 178 Intensivstationen in Österreich telefonisch kontaktiert und nach einem Intensivtagebuch gefragt.

Ergebnisse:

Von den 178 befragten Intensivstationen in Österreich führen 13 Stationen ein ITB. Die Inspirationsquelle, warum ein ITB implementiert wird, ist sehr heterogen. Bei chirurgischen, neurologischen und anästhesiologischen Intensivstationen sind sehr klare Kriterien festgelegt, auf internistischen Intensivstationen ist die Entscheidung für das Führen eines ITB eine individuelle Entscheidung.

Bei der Struktur der Intensivtagebücher zeigt sich eine breite Varianz. Es gibt das ITB im Format DIN A4 und A5 als Quer- und Hochformat, als gebundenes Buch oder es besteht aus einzelnen Blättern. Pflegepersonen und Angehörige sind jene Gruppen, die am meisten in das ITB schreiben.

Diskussion / Schlussfolgerungen / Empfehlungen für Praxis bzw. Forschung:

Das ITB ist in Österreich ein Randphänomen. Dies ist durch die geringe Anzahl der Intensivstationen und an der Anzahl der bereits geschriebenen ITB erkennbar. Die Personen, die in das ITB schreiben, sind Pflegepersonen und Angehörige. Vor allem für die Angehörigen ist es wichtig, das ITB zu schreiben. Es hilft den Angehörigen, eine Beziehung zur/zum Patientin/Patienten aufrecht zu erhalten und dies hilft bei der Bewältigung. Dem Aspekt von psychischen und psychosozialen Folgen wurde lange Zeit in der Intensivpflege keine Beachtung geschenkt, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung. Das Führen eines Intensivtagebuches ist eine „pflegerische Aktivität“.

Literatur:

- Adamson H., Murgo M., Boyle M., Kerr S., Crawford M. & Elliott D. (2004): *Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. Intensive Crit Care Nurs.*, 20(5), 257-63.
- Heindl P. & Bachlechner A. (2015): *Coping mit dem Intensivtagebuch - Das Schaffen einer gemeinsamen Erinnerung. Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft. QuPuG* 2015 1(2): 92-100.
- Nagl-Cupal, M. (2011). *Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. Hungen: hpsmedia.*
- Richter J.C., Waydhas C., & Pajonk F.G. (2006): *Incidence of Posttraumatic Stress Disorder after prolonged surgical intensive Care Unit Treatment. Psychosomatics*, 47(3), 223-230.
- Roulin M.J., Hurst S. & Spirig R. (2007): *Diaries written for ICU patients. Qualitative Health Res.* 2007 17(7):893-901.

Adelbert Bachlechner, MSc (A)

Berufliche Qualifikation:

seit 09/1981 Diplom. Gesundheits- und Krankenpfleger

Ausbildung/Studium:

1986–1988 Sonderausbildungskurs für Intensivpflege- und Dialysestationen
 1991 – 1992 Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von Krankenpflegepersonen, 1. Führungsebene
 2009 Fernstudium, MSc – Social Management an der Donauuniversität Krems, Abschlussprüfung 11. 04. 2011, Master of Science in Social Management

Dr. phil. Patrik Heindl (A)

2015 Doktorat der Philosophie (Sozialwissenschaften)

2006 Diplomstudium Pflegewissenschaft

Seit 2011 Pflegerberater im Bereich IBSt-Ost im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus

Seit 2008 Mitarbeiter der klinischen Pflegewissenschaft im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus

Seit 1991 DGKP auf verschiedenen Intensivstationen



Patrik Heindl

Der Wille des Patienten geschehe! Patientenverfügung Freiheit für die Patienten oder eine Bürde für die Begleiter?

Fragestellung & Hintergrund

Der Tod und der Sterbeprozess finden zwar im sozialen Raum statt, aber in der realen Welt wird ihnen kaum Platz gegeben. Sich Gedanken über das eigene Sterben und die Vergänglichkeit zu machen gehört definitiv nicht zu den angenehmen Dingen des Lebens. Dennoch ist eine steigende Zahl an Menschen zu beobachten, die darüber nachdenken und darüber reden. Der Tod und das Sterben stellen trotz oder gerade wegen der heutigen medizinischen Machbarkeit eine Grenzerfahrung dar. Seit dem 1. Juni 2006 ist in Österreich das Patientenverfügungsgesetz (PVG) in Kraft. Eine PVG ist eine vorsorgliche Willenserklärung für medizinische Behandlungen für den Fall, dass Patientinnen/Patienten nicht mehr einwilligungsfähig sind. Zwei Gruppen sind durch eine Patientenverfügung betroffen dabei gilt das grundlegende Erkenntnisinteresse darin, ob bei der Erstellung, Überbringung und Anwendung einer Patientenverfügung Konflikte, Emotionen, Ängste und Probleme bei den Angehörigen/Bezugspersonen oder dem professionellen Betreuungsteam auftreten.

Methode

Für die Datenerhebung wird das halb-standardisierte Interview gewählt. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig und die Daten werden anonym und vertraulich behandelt. Die Vorgehensweise bei der Datenanalyse entspricht die der Grounded Theory und erfolgt in drei Kodierphasen. Insgesamt wurden 18 Interviews durchgeführt und ausgewertet, davon waren neun Interviews Angehörige/Bezugspersonen und neun Interviewpartnerinnen/Interviewpartner professionelle Begleiterinnen/Begleiter.

Ergebnisse

Das zentrale Phänomen ist das „aushandeln müssen“. Dieses zentrale Phänomen ist in zwei unterschiedlichen Systemen zu finden. Im ersten System ist die Familie und all jene, die in den Patientenverfügungsprozess involviert sind. Im zweiten System

sind alle professionellen Begleiterinnen/Begleiter inkludiert. Diese zwei Systeme sind durch unterschiedliche Inhalte, Qualitäten und zeitliche Rahmen gekennzeichnet. Die zeitliche Dimension des aushandeln und der Kommunikation ist ein wesentliches Kriterium. Das Aushandeln zwischen Angehörigen/Bezugspersonen mit ihren Vertrauenspersonen findet vor einem Ernstfall statt. Das Aushandeln und die Kommunikation der professionellen Begleiterinnen/Begleiter finden im Ernstfall statt.

Diskussion

Eine Patientenverfügung ist kein didaktisches Mittel, um sich mit dem eigenen Sterben und mit der eigenen Vergänglichkeit zu befassen. Vielmehr ist die Patientenverfügung ein Instrument zwischen Menschen, innerhalb der Familie und zwischen privaten und professionellen Begleiterinnen/Begleitern. Jeder Mensch muss die Entscheidungen im Sinne der Patientenverfügung für sich alleine fällen, dennoch betrifft es immer auch andere Menschen, darum werden wesentliche Inhalte ausgehandelt. Wenn über die Wünsche, die Ängste und über die Inhalte der Patientenverfügung nicht gesprochen wird, bleibt die Selbstbestimmung unbemerkt. Es sollte allen Akteuren bewusst sein, dass die Begleiterinnen/Begleiter bei einer Patientenverfügung nicht entscheiden, sie sind das ausführende Organ. Die Bürde für die Begleiterinnen/Begleiter liegt darin, die Selbstbestimmung der/des Patientin/Patienten zu akzeptieren und damit umgehen zu lernen.

Dr. phil. Patrik Heindl (A)

2015 Doktorat der Philosophie (Sozialwissenschaften)

2006 Diplomstudium Pflegewissenschaft

Seit 2011 Pflegeberater im Bereich IBST-Ost im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus

Seit 2008 Mitarbeiter der klinischen Pflegewissenschaft im Allgemeinen Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus

Seit 1991 DGKP auf verschiedenen Intensivstationen



Ramona Rosenthal

Partizipation als Instrument zur Optimierung der Selbstwirksamkeit

Das Multiple Sklerose Tageszentrum der CS Caritas Socialis GmbH begleitet Menschen mit der Diagnose Multiple Sklerose und bietet Betreuung und Pflege, sowie Physio- und Ergotherapie und weitere Aktivitäten an, welche die Lebensqualität und Selbstwirksamkeit der KlientInnen optimieren soll und deren betreuende Angehörige entlasten kann.

Das Gefühl der Selbstwirksamkeit ist in der Gruppe chronisch Kranker gerade bei Menschen mit der Diagnose Multiple Sklerose sehr gering ausgeprägt. Maßnahmen die den Wert der Selbstwirksamkeit erfahrbar machen können sind unter anderem die Mitarbeit an Projekten. Das dabei Wert auf die Bedürfnisse und Erfahrungen der KlientInnen gelegt wird und deren Aussagen und Bewertungen Rechnung getragen wird, unterstützt ihr Selbstbewusstsein und ihre Selbstzufriedenheit, welches sich wiederum positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt.

Ein internationales Forschungsprojekt mit Beteiligung der TU Wien soll eine intelligente Toilette hervorbringen, die hochbetagten Menschen das Leben einfacher macht. Der Anfrage um Mitarbeit in diesem Projekt wurde, mit dem Wissen um die gute Kooperation in vorangegangenen Projekten mit der TU Wien und der Bereitschaft unserer KlientInnen bei Projekten mitzuarbeiten, zugestimmt.

Im Forschungsprojekt iToilet soll nun ein computerunterstütztes Toilettensystem entwickelt werden, das hochbetagten Menschen, die zu Hause leben, die Möglichkeit gibt, autonom und damit unter der Wahrung ihrer Intimsphäre die Toilette zu benutzen. Auch in Pflegeeinrichtungen soll iToilet verwendet werden – dort ist das Ziel, die Belastungen von Pflegepersonen bei der Assistenz auf der Toilette zu verringern. Studien haben gezeigt, dass fast 25% der hochaltrigen Menschen angeben, dass sie bei der Nutzung der Toilette Angst vor Stürzen oder anderen Zwischenfällen haben. Mehr als 50% bestätigen, dass sie zumindest manchmal längere Ausflüge vermeiden, um nicht eine (unpassende) Toilette nutzen zu müssen. Für hochaltrige

Menschen und Personen mit eingeschränkter Mobilität kann damit die Standardtoilette ein schwerwiegendes Hindernis darstellen.

iToilet verfolgt einen konsequent nutzerzentrierten Ansatz und beinhaltet kontinuierliche ethische Überprüfung und Überwachung. Endanwender sind von Beginn an zur Ermittlung der Nutzeranforderungen und bei der partizipativen Entwicklung eingebunden. Der Prototyp wird im Labor und im Praxiseinsatz in der CS Caritas Socialis und einer Reha-Einrichtung in Ungarn vier Monate lang mit Beteiligung von mindestens 25 Endanwendern und fünf bis sieben Betreuern pro Einrichtung erprobt.

Ein Zwischenbericht des bis Ende Herbst 2018 laufenden Projektes.

Ramona Rosenthal DGKS (A)

Seit 1984 DGKS. Basales und mittleres Pflegemanagement, Systemischer Coach, Trainerin. Leitung Multiple Sklerose Tageszentrum der CS Caritas Socialis GmbH. Seit 21 Jahren als Führungskraft eines multiprofessionellen Teams beschäftigt. Beratung und Begleitung von Menschen mit der Diagnose MS und deren Angehörige. In Kooperation mit der MS Gesellschaft Wien national und international gut vernetzt.



Susanne Hensely-Schinkinger

Selbstidentifikation von pflegenden Angehörigen

Einleitung

Die informelle Pflege wird als eine unbezahlte, d.h. nicht auf Erwerb ausgerichtete und nicht auf einer vertraglichen Basis geleisteten dauernden Hilfe und Pflege verstanden [17]. Pflegenden Angehörigen sind daher Personen, die diese informelle Pflege leisten und keine entsprechende Ausbildung dafür haben.

Pflegenden Angehörigen sind in Österreich der größte „Pflege- und Betreuungsdienst“ und damit ein wichtiges personales und finanzielles Potential, da sie 80% der gesamten Pflege übernehmen [15]. Die damit einhergehenden Belastungen auf physischer und psychischer Ebene treten bei 70% der Betroffenen zwischen „ab und zu“ und „fast immer“ auf. Verglichen mit Personen im selben Alter haben pflegenden Angehörigen ein erhöhtes Risiko hinsichtlich Morbidität als auch Mortalität [4][5][17].

Mit einer Reihe von Unterstützungsangeboten, die aktuell in Österreich angeboten werden, wird versucht diese Belastungen zu reduzieren: Dies sind einerseits Angebote, die zwar primär die zu pflegende Person ansprechen, aber der pflegenden Angehörigen dadurch auch eine Entlastung erfährt (z.B.: Die Körperpflege wird von externen Dienstleistern übernommen und damit wird der pflegenden Angehörigen von dieser Tätigkeit entlastet.). Desweiteren gibt es aber auch Angebote, die primär die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen anspricht (z.B.: psychosoziale Beratung) [16].

Diese Unterstützungsangebote werden aber derzeit noch viel zu wenig in Anspruch genommen [15]. Gründe dafür sind unter anderem, dass sich pflegenden Angehörigen noch gar nicht als das sehen, was sie sind und sich daher von diesen Angeboten gar nicht angesprochen fühlen [9]. Der Weg zur Selbstidentifikation ist oftmals ein schleichender Prozess, der erst zeitversetzt eine kritische Selbstreflexion und damit auch erst in einer späteren Phase den Einsatz von Unterstützungsangeboten möglich macht.

Methode

Um einen Überblick zu erhalten, was der Forschungsstand in der Literatur zu diesem Thema ist, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die darauf aufbauende Forschungsfrage lautete: „Wie und wann erfolgt die Selbstidentifikation eines pflegenden Angehörigen und welche interne und externe Faktoren haben dabei einen – positiven oder negativen – Einfluss?“

Die Literaturrecherche wurde mit Hilfe der Datenbank „Google Scholar“ vom 10.5.-6.6.2017 durchgeführt. Dabei wurde nach deutschsprachigen Publikationen mit folgenden Schlagworten in verschiedenen Kombinationen gesucht: Identifikation, Selbstidentifikation, Pflegenden Angehörigen. Für die englischsprachigen Publikationen kamen folgende Schlagwörter – ebenfalls in unterschiedlichen Kombinationen – zum Einsatz: slow, process, becoming, family caregiver. Bei den Suchergebnissen wurde zur weiteren Auswahl der relevanten Literatur wie folgt vorgegangen: Zuerst wurde der Titel der Publikation gelesen und entschieden, ob dieser relevant für die Forschungsfrage scheint. Wenn das der Fall war, wurde der Abstract der Publikation gelesen und wiederum entschieden, ob es relevante Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage enthalten könnte. Die bis zu diesem Schritt inkludierten Publikationen wurden ganz gelesen und die relevanten Absätze farblich hervorgehoben. Hat sich in diesem Schritt trotz positiver Prüfung von Titel und Abstract herausgestellt, dass die Publikation keinerlei relevante Daten betreffend der Forschungsfrage beinhaltet, wurde die Publikation wieder verworfen. In einem letzten Schritt kam noch die Schneeball-Technik zum Einsatz, bei der das Literaturverzeichnis der als relevant beurteilten Publikationen nach weiteren passenden Publikationen durchsucht wurde.

Schlussendlich resultierten aus der Literaturrecherche 16 Publikationen, die hinsichtlich des Publikationsjahres zwischen 1996 und 2015 liegen.

Ergebnisse

Noch vor 40 Jahren war der Begriff des „pflegenden Angehörigen“ kaum bekannt und Personen, die dieser Gruppe angehört haben, haben sich nicht als solche gesehen [6]. Trotz der immer häufigeren Verwendung des Begriffs, gibt es leider bis dato keine allgemeingültige und anerkannte Definition [14]. Das führt dazu, dass sowohl jede Forschung als auch jede Institution, die mit pflegenden Angehörigen zusammenarbeitet, sich ihre eigenen (Einschluss)kriterien definiert – sei es über die verrichteten Tätigkeiten, über ADLs bzw. iADLs, über die gepflegte Person und deren Krankheit, Dauer, etc [2][3][7][8][11][18]. Ein heikles Thema dabei ist auch die Frage, ob bereits emotionale Arbeit einen pflegenden Angehörigen definiert oder ob beispielweise Verwandte/Freunde/Nachbarn von Krebspatienten, die sich aktuell in Remission befinden, keine pflegenden Angehörigen sind, obwohl sie in ständiger Sorge hinsichtlich eines Rückfalls leben [7][12].

Der Weg zur Selbstidentifikation als pflegenden Angehörigen ist oftmals ein schleichender Prozess, der – mehr oder weniger – zeitversetzt zur tatsächlichen Übernahme von Tätigkeiten im Rahmen der informellen Pflege erfolgt. Gründe dafür sind, dass die Hilfe unter Verwandten oftmals als ein selbstverständlicher Teil der zwischenmenschlichen Beziehung gesehen wird [7][12][14][19]. Auf der anderen Seite erfolgt das Einfinden in die Rolle des pflegenden Angehörigen bei langsam voranschreitenden Krankheiten bzw. deren Symptomatik nur stückchenweise, was ein Erkennen wiederum erschwert [1][18]. Darüber hinaus fällt es aber auch Kindern und Jugendlichen schwer zu sehen, dass sie pflegenden Angehörigen sind, weil sie oftmals die Situation daheim nicht anders kennen und als „normal“ empfinden [13].

Betroffene berichten, dass das Ende dieses Prozesses oftmals mit einem einschneidenden Ereignis – einem sogenannten „Aha-Moment“ – einhergeht [14]. Diese „Aha-Momente“ werden meist von außen ausgelöst: plötzlicher Eintritt einer Krankheit, Diagnosestellung, Lesen von Broschüren/Flyer zur Thematik, Betitelung der

betroffenen Person als „pflegender Angehöriger“ durch Personal aus dem medizinischen/pflegerischen/sozialen Bereich. Viele pflegende Angehörige verspüren nach ihrer Selbstidentifikation ein neues Selbstverständnis von dem, was sie tagtäglich tun und erfahren dabei auch von Außenstehenden eine Form der Anerkennung dafür [7][14][19]. Sie fühlen sich darüber hinaus nicht mehr allein und als ein Teil einer Gruppe Gleichbetroffener.

Es gibt aber auch pflegende Angehörige, die sich bewusst gegen die Selbstidentifikation entscheiden: Sie wollen die Erwartungen der Gesellschaft mit dem Überstülpen dieser Rolle – was vor allem die Übernahme der Opferrolle inkludiert – nicht annehmen. Diese pflegenden Angehörigen wollen weiterhin als der Mensch gesehen werden, der sie sind und nicht ab dem Zeitpunkt der Übernahme der entsprechenden Tätigkeiten nur noch auf diese eine Facette ihres Lebens bzw. Persönlichkeit reduziert werden [6][7][10][12]. Viele befürchten auch, dass das einen negativen Einfluss auf die zwischenmenschliche Beziehung zur gepflegten Person hat und die Reziprozität darin dann nicht mehr ausbalanciert ist [6].

Diskussion

Bei der Literaturrecherche hat sich gezeigt, dass es kaum Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum zum Thema der Selbstidentifikation gibt. Daher sollte zukünftig geforscht werden, wie passend der Begriff „pflegender Angehöriger“ für den deutschsprachigen Raum und die betroffene Zielgruppe ist. Interessant wäre auch herauszufinden, ob es beim Prozess der Selbstidentifikation bzw. den beeinflussenden Faktoren länderspezifische Unterschiede gibt.

Darüber hinaus wäre es auch ein Ziel für die nahe Zukunft, dass im deutschsprachigen Raum eine einheitliche Definition für den Begriff „pflegende Angehörige“ festgelegt wird und auch emotionale Aspekte dabei Berücksichtigung finden. Um die Selbstidentifikation weiter unterstützen zu können, sollte das Bewusstsein über pflegende Angehörige in der Gesellschaft erhöht und das Thema weniger tabuisiert werden.

Referenzen

Adams, K. B. (2006) *The transition to caregiving: the experience of family members embarking on the dementia caregiving career. Journal of gerontological social work, 47*(3-4), 3-29.

Braun, M., Scholz, U., Hornung, R., Martin, M. (2010) *The burden of spousal caregiving: A preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit Burden Interview. Aging & mental health, 14*(2), 159-167.

Burton, L.C., Zdaniuk, B., Schulz, R., Jackson, S., Hirsch, C. (2003) *Transitions in spousal caregiving. The Gerontologist, 43*(2), 230-241.

Chwalisz, K., Kisler, V. (1995) *Perceived stress: A better measure of caregiver burden. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 28*(2): 88-98.

Coon, D.W., Evans, B. (2009) *Empirically based treatments for family caregiver distress: What works and where do we go from here?. Geriatric Nursing, 30*(6): 426-436. doi 10.1016/j.gerinurse.2009.09.010.

Hörl, J., Kolland, F., Majce, G. (2008) *Hochaltrigkeit in Österreich: Eine Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK).*

Henderson, J. (2001) *'He's not my carer—he's my husband': Personal and policy constructions of care in mental health. Journal of Social Work Practice, 15*(2), 149-159.

Hughes, N., Locock, L., Ziebland, S. (2013) *Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis. Social science & medicine, 96*, 78-85.

Kutner, G. (2001) *AARP caregiver identification study. AARP, Knowledge Management.*

Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mesthenos, L., et al. (2006) *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39*(6): 429-442. doi 10.1007/s00391-006-0416-0.

Lloyd, L. (2006) *Call us carers: Limitations and risks in campaigning for recognition and exclusivity. Critical Social Policy, 26*(4), 945-960.

McKee, K.J., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Öberg, B., Krevers, B., Szczerbinska, K. (2003) *The COPE index—a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. Aging & Mental Health, 7*(1), 39-52.

Molyneaux, V., Butchard, S., Simpson, J., & Murray, C. (2011) *Reconsidering the term 'carer': a critique of the universal adoption of the term 'carer'. Ageing and Society, 31*(03), 422-437.

Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Kainbacher, M., Koller, M. M., & Mayer, H. (2012) *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einsicht in die Situation gegenwärtiger und ehemaliger pflegender Kinder in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.*

O'Connor, D.L. (2007) *Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process. Journal of Aging Studies, 21*(2), 165-174.

Pochobradsky, E., Bergmann, F., Brix-Samoylenko, H., Erfkamp, H.,

Laub, R. (2005) *Situation pflegender Angehöriger. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).*

Schalek, K., Boschert, S. (2013) *Wissenswertes für pflegende Angehöriger. Caritas Österreich.*

Schulz, R., Beach, S.R. (1999) *Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. Jama, 282*(23): 2215-2219. doi 10.1001/jama.282.23.2215.

Seltzer, M.M., Li, L.W. (1996) *The transitions of caregiving: Subjective and objective definitions. The Gerontologist, 36*(5), 614-626.

Smyth, C., Blaxland, M., & Cass, B. (2011) *'So that's how I found out I was a young carer and that I actually had been a carer most of my life'. Identifying and supporting hidden young carers. Journal of Youth Studies, 14*(2), 145-160.

Dipl.-Ing. Mag.a Susanne Hensely-Schinkinger (A)

Ist seit 2013 Doktorandin am Institut für Gestaltungs- und Wirkungsfor- schung an der Technischen Universität Wien. Ihre Forschung ist integraler Bestandteil des EU-geförderten Projekts TOPIC und fokussiert auf die tech- nologische Unterstützung im Kontext der informellen Pflege. Sie verfügt über Abschlüsse in Medizinischer Informatik der Technischen Universität Wien als auch in Pflegewissenschaft der Universität Wien.



Susanne Hensely-Schinkinger

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige: Status Quo aus Sicht der Anbieter

Einleitung

80% der Pflege in Österreich wird von pflegenden Angehörigen geleistet [1]. Damit stellen sie den größten Pflegedienst des Landes dar und sind somit eine wichtige personelle als auch finanzielle Ressource. Bedingt durch die Pflegearbeit klagen pflegende Angehörige über körperliche Belastung und emotionalen Stress, der bei 70% der Betroffenen zwischen „ab und zu“ und „fast immer“ auftritt [1]. Rückenschmerzen ist die am häufigsten genannte Beschwerde bei den körperlichen Belastungen und emotionaler Stress zeigt sich vor allem durch Überforderung und Hoffnungslosigkeit [2].

Um diese Belastungen reduzieren zu können, gibt es in Österreich eine Reihe von Unterstützungsangeboten: Dabei muss aber unterschieden werden einerseits zwischen Angeboten, die primär zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person dienen, jedoch der pflegende Angehörige auch einen Nutzen erfährt (Bsp.: Die Körperpflege wird von externen Dienstleistern übernommen und der pflegende Angehörige wird von dieser Arbeit entlastet). Auf der anderen Seite gibt es aber Unterstützungsangebote, die primär die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen anspricht (Bsp.: Selbsthilfegruppen). Trotz des vorhandenen Angebots, werden diese Services noch viel zu wenig genutzt [1]. Gründe dafür sind unter anderem [3]: Unterschätzung der Pflegearbeit, Ablehnung durch die gepflegte Person, fehlende Information, Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage, Probleme mit Mobilität, fehlende zeitliche Flexibilität. Daraus lässt sich folgern, dass es sowohl Hürden auf Seiten der Anbieter als auch auf Seiten der pflegenden Angehörigen gibt, die einer Inanspruchnahme der entsprechenden Unterstützungsangebote oftmals im Wege stehen. Daher gilt es, diese Hürden zukünftig zu minimieren bzw. im Bestfall zu eliminieren, um die Services verbessern zu können und sie entsprechend den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen jetzt und in der Zukunft gerecht werden zu lassen.

Methode

Um nähere Informationen über den Status Quo der Unterstützungsangebote in Österreich aus Sicht der Anbieter zu erhalten, kam ein dreistufiges Verfahren zur Anwendung:

Zuerst wurde mittels Internetrecherche versucht, entsprechende Unterstützungsangebote für den Raum Wien zu finden. Dabei wurden nicht nur Pflegeorganisationen, sondern auch Services der Stadt Wien, der Bundesministerien und ähnliche ebenfalls berücksichtigt. Die Resultate wurden mit Hilfe einer Mind Map abgebildet. Im nächsten Schritt wurden vier der gefundenen Anbieter kontaktiert und Experteninterviews mit den entsprechenden Mitarbeitern der Pflegeorganisationen durchgeführt. Mittels Interviewleitfaden wurde versucht mehr über Akzeptanz und Inanspruchnahme der angebotenen Unterstützungsangebote in Erfahrung zu bringen. Diese Interviews wurden im Anschluss transkribiert und mit Hilfe der thematischen Analysis codiert [4]. Basierend auf den analysierten Daten aus den Interviews wurde im letzten Schritt ein online-Fragebogen entwickelt, der 5 geschlossene (Ja/Nein-Fragen) und 22 offene Fragen beinhaltete. Die Fragen betrafen die folgenden Themen: aktuelles Angebot an Unterstützungsangeboten für die primäre Zielgruppe der pflegenden Angehörigen und deren Akzeptanz, Marketingaktivitäten, Zukunft des allgemeinen Angebotes an Unterstützungsangeboten in Österreich und Einsatz von IKT (Information- und Kommunikationstechnologien). Der Fragebogen wurde österreichweit per Mail an 27 Organisationen geschickt – vom Einpersonenernehmen über Interessensgruppen bis hin zu großen Unternehmen aus dem Sozialbereich. Der Fragebogen war zwischen Juli und September 2015 für 2 Monate verfügbar. In diesem Zeitraum wurden 23 Fragebögen ausgefüllt, jedoch nur 15 mit gültigen und auswertbaren Antworten.

Ergebnisse

Das aktuelle Angebot zum Zeitpunkt der Befragung hinsichtlich Unterstützungsangebote umfasst von zwei Drittel aller befragten Organisation die Beratung: Diese findet entweder persönlich oder

via Telefon, individuell oder in Gruppen als auch mit verschiedenen Schwerpunkten hinsichtlich unterschiedlicher Pflegesituationen (z.B.: pflegende Ehemänner,...) oder psychosozialer Aspekte (z.B.: Trauer,...) statt. Die Hälfte der befragten Organisation bieten darüber hinaus Selbsthilfegruppen an – sowohl mit bzw. ohne professioneller Leitung oder einfach auch als Stammtisch zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs unter Gleichbetroffenen. Weiterbildungskurse und entsprechende Vorträge bieten auch fast die Hälfte der befragten Organisationen an. Lediglich weniger als ein Drittel bieten aktuell Dienstleistungen zur stundenweisen Entlastung oder Kombination von Services (Bsp.: Der pflegende Angehörige besucht einen Weiterbildungskurs und zeitgleich wird die gepflegte Person professionell betreut.) an.

Die Antworten bezüglich Akzeptanz der angebotenen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige waren sehr unterschiedlich – manche gaben an, dass die individuelle Beratung sehr gut funktioniert, bei anderen wiederum nicht. Das gleiche Ergebnis gab es für die stundenweise Entlastung und Weiterbildungskurse. Jedoch bei Gruppentreffen bzw. Selbsthilfegruppen war sich der Großteil der Befragten einig – diese Dienstleistungen werden immer noch viel zu wenig in Anspruch genommen. 11 von 15 Befragten gaben an, dass ihrer Meinung nach der Hauptgrund für die zu geringe Nutzung die Scham ist – Scham, über die Situation zu reden. Scham, was andere Leute denken. Scham, um Hilfe anzunehmen. Als weitere Gründe wurden von einem Drittel der Befragten die Faktoren Zeit, fehlende Information und Mobilität als Barriere bestätigt.

Dass ihre Unterstützungsangebote in der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen bekannt sind, geben die Hälfte der Befragten an. Der anderen Hälfte ist bewusst, dass sie zu wenig Marketing hinsichtlich ihrer Angebote betreiben, was aber an mangelnder Zeit und fehlendem personellen als auch finanziellen Ressourcen liegt.

Betreffend Marketing schätzen sich selbst nur 6 der 15 Befragten als aktiv ein. Dabei stützen sie sich auf mehrere Kanäle, um

die Informationen über ihr aktuelles Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige zu verbreiten: Folder, Website, Anzeigenwerbung in (lokalen) Zeitungen. Doch einer der effektivsten Wege ist immer noch die Informationsweitergabe durch Multiplikatoren wie Hausärzte, Spitalsangestellte, Sozialarbeiter, etc. als auch die Mundpropaganda durch Verwandte und Freunde. Doch diese beiden Informationskanäle lassen sich von Seiten der Anbieter nur bedingt beeinflussen.

13 von 15 Befragten würden den Einsatz von IKT zur Verbesserung der Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige befürworten. Für die Hälfte der Befürworter ist ein wichtiger Grund, dass die nachrückende Generation an pflegenden Angehörigen jetzt schon im Alltag mit solchen Technologien vertraut ist und daher im Kontext der Pflege auch offen dafür sein werden. Als weitere Gründe für den Einsatz von IKT wurde genannt, dass damit Hürden bei der Inanspruchnahme wie Probleme mit der Distanz, eingeschränkte Mobilität und Scham reduziert werden können. 7 der 15 Befragten nutzen bereits jetzt schon IKT bei ihren offerierten Unterstützungsangeboten: Die meisten nutzen es für die individuelle Beratung per Mail und bewerten ihre Erfahrung als positiv. Sie schätzen dabei die leichtere und schnellere Rückmeldungsmöglichkeit. Weitere Anwendungsbereiche für den Einsatz von IKT sehen die Befragten bei Weiterbildungsseminaren und dem Erfahrungsaustausch zwischen den pflegenden Angehörigen.

Die Zukunft sehen die befragten Organisationen in einer Ausweitung des Angebots hinsichtlich stundenweiser Entlastung, Besuchsdienste und Kombination von Services. Darüber hinaus würde eine zentrale Anlaufstelle Erleichterung für pflegende Angehörige bringen. Die Unterstützungsangebote sollen österreichweit umfassender werden und vom niederschweligen Angebot (z.B.: Austausch unter pflegenden Angehörigen) bis hin zum Kontakt mit professionellen Dienstleistern (z.B.: psychosoziale Beratung) alles abdecken. Das Internet muss mehr inkludiert werden, da es nach Meinung der Befragten einen immer höher werdenden Stellenwert bei der Suche nach Informationen bzw. bei der Kontaktaufnahme mit Gleichbetroffenen oder professionellen Dienstleistern spielen wird.

Diskussion und Ausblick

Die zeitliche und örtliche Flexibilität bei Unterstützungsangeboten hat sich auf Seiten der Anbieter in den letzten Jahren zunehmend verbessert. Jedoch zeigt sich, dass pflegende Angehörige dabei immer noch Verbesserungsbedarf benötigen. Die richtige Information, zur richtigen Zeit dem pflegenden Angehörigen zur Verfügung zu stellen ist immer noch eine große Herausforderung an die Marketingaktivitäten der Anbieter. Teilweise könnte hier eine zentrale Anlaufstelle Abhilfe schaffen und sowohl Anbieterseite als auch pflegende Angehörige unterstützen.

In einem weiteren Schritt gilt es nun, auch die Seite der pflegenden Angehörigen mittels Interviews und Fragebogen näher zu betrachten und herauszufinden, wie die Zielgruppe der Unterstützungsangebote über den Status Quo denkt, wo es Verbesserungsbedarf gibt und wo es ihrer Meinung nach in Zukunft hingehen soll.

Referenzen

- E. Pochobradsky, F. Bergmann, H. Brix-Samoylenko, H. Erfkamp, R. Laub, Situation pflegender Angehöriger, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Vienna, 2005.*
- I. Winkler, R. Kilian, H. Matschinger, M.C. Angermeyer, Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken, Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19 (2006), 17-24.*
- G. Lamura, E. Mnich, B. Wojszel, M. Nolan, B. Krevers, L. Mesthenos, H. Döhner, Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (2006), 429-442.*
- W. J. Gibson, A. Brown, Working with Qualitative Data, Sage, 2009.*

Dipl.-Ing. Mag. Susanne Hensely-Schinkinger (A)

Ist seit 2013 Doktorandin am Institut für Gestaltungs- und Wirkungsforschung an der Technischen Universität Wien. Ihre Forschung ist integraler Bestandteil des EU-geförderten Projekts TOPIC und fokussiert auf die technologische Unterstützung im Kontext der informellen Pflege. Sie verfügt über Abschlüsse in Medizinischer Informatik der Technischen Universität Wien als auch in Pflegewissenschaft der Universität Wien



Anne Kramer

Aspekte der Gesundheitsförderung bei Patient_innen mit dementiellen Erkrankungen und Depressionen auf einer gerontopsychiatrischen Station am Beispiel einer pflegetherapeutischen Entspannungsgruppe.

Hintergrund

Während des Studiums der Pflege und Gesundheitsförderung absolvierte ich im sechsten Semester ein drei monatiges Praktikum mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung. Außerdem habe ich mich zur Entspannungspädagogin weitergebildet. Mir war es ein Anliegen während des Praktikums Erfahrungen in diesem Bereich zu sammeln. Deswegen entschloss ich mich dazu, die pflegetherapeutische Entspannungsgruppe im Zentrum für psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg als Gegenstand meiner Forschung zu nehmen.

Zunächst untersuchte ich gesundheitsfördernde Eignung des Gruppen-Konzepts für die entsprechende Zielgruppe. Daraus entstand dann die Idee dieses Thema für meine Bachelorarbeit weiter zu führen und nun die pflegetherapeutische Gruppenarbeit und ihre gesundheitsfördernden Aspekte für Patient_innen einer Gerontopsychiatrie zu untersuchen. Des Weiteren wollte ich aufzeigen welche beruflichen Chancen die pflegetherapeutische Gruppenarbeit für akademisierte Pflegekräfte hat.

Methode

Die Gruppen werden vor dem Hintergrund des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses² und der Gesundheitsförderung³ untersucht. Daraus hat sich folgende Fragestellung entwickelt:

„Welche Aspekte einer pflegetherapeutischen Entspannungsgruppe sind gesundheitsfördernd für Patient_innen mit dementiellen Erkrankungen und Depressionen auf einer gerontopsychiatrischen Station?“

Ziel der Arbeit war es herauszufinden ob pflegetherapeutische Gruppenarbeit für gerontopsychiatrische Patient_innen geeignet ist und ob gesundheitsfördernde Inhalte vermittelt werden können. Außerdem sollte ermittelt werden, ob dieses Handlungsfeld Einsatzmöglichkeiten für akademisierte Pflegekräfte bietet.

Um die Frage zu beantworten, wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt. Es wurde eine unterstützende teilnehmende

Beobachtung durchgeführt, welche in Gedächtnisprotokollen dokumentiert und mit Hilfe der Datenanalyse nach Mayring⁴ kategorisiert wurde.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Beobachtung haben gezeigt, dass durch pflegetherapeutische Gruppen gesundheitsfördernde Inhalte gezielt für gerontopsychiatrische Patienten vermittelt werden. Die Patient_innen reagieren hauptsächlich aktiv und positiv auf die gegebenen Impulse.

So beobachtete ich zum Beispiel in einer der Gruppenstunden, dass ein/e Patient_in nach der Entspannungsübung beschwingt über ihre Atmung erzählte und ein andere/r Patient_in sich „freier beim Atmen“ fühlte.

Pflegetherapeutische Gruppen bieten ein patientennahes Arbeitsfeld für akademisierte Pflegekräfte. Die Inhalte einer akademischen Ausbildung überschneiden sich in vielen Fällen mit den Kompetenzen¹ die eine Gruppenleitung mitbringen muss. So werden an Hochschulen unter anderem Empathie, Kommunikationstechniken, kritisch-reflexives und ethisches Denken vermittelt. Dabei handelt es sich um Kompetenzen, die für die Umsetzung von pflegetherapeutischer Gruppenarbeit notwendig sind.

Diskussion

In pflegetherapeutischen Gruppen können gesundheitsfördernde Inhalte an mehrere Patient_innen gleichzeitig vermittelt werden. Die Patient_innen profitieren von der Arbeit mit Gruppen und dem Austausch der währenddessen entsteht. Häufig zu beobachten war, dass die Patient_innen sich gegenseitig Anregungen zum Umgang mit beschriebenen Situationen gegeben haben. Dadurch werden den einzelnen Teilnehmer_innen viele verschiedene Lösungsansätze aufgezeigt, die sie dann für sich nutzen können.

Auf gerontopsychiatrischen Stationen ist es eine Herausforderung für die Patient_innen ein geeignetes Umfeld zu schaffen, in dem Strategien zum Umgang mit ihrer Krankheit vermittelt werden können.

Die systematische Erarbeitung des Konzeptes einer solchen Therapiegruppe und die Durchführung sowie Vor- und Nachbereitung bietet ein Arbeitsfeld für akademisierte Pflegekräfte. Eine professionelle Umsetzung pflegetherapeutischer Gruppen ist essentiell, um für die Patient_innen den bestmögliche Nutzen zu erzielen.

Literatur

¹Amberger, Stephanie; Roll, Sibylle (Hrsg.) (2010): *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme

²Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).

³Haisch, Jochen; Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor (Hrsg.) (2014): *Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber. 4. Auflage.

⁴Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* Basel, Weinhheim: Beltz. 11. akt. u. überarb. Auflage.

Anne Kramer, BA (D)

Abschlüsse Pflege und Gesundheitsförderung Bachelor of Arts – September 2017, Evangelische Hochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, D-64293 Darmstadt, Entspannungspädagogin – Mai 2017, Blaues Kreuz Diakonieverband, **Praktika** Zentrum für Psychosoziale Medizin – Januar bis Juli 2017, Stabsstelle der Pflegedienstleitung, Voßstraße 4, D-69115 Heidelberg, Berufserfahrung, Agaplesion Elisabethenstift – Diakoniestation – ambulante Pflege, Seit Dezember 2016, Landgraf-Georg-Straße 100, D-64298 Darmstadt,



Katharina Wettich-Hauser

Wirkung eines gesundheitsfördernden Gruppenangebotes durch die Pflege in der Gerontopsychiatrie

Hintergrund:

Die Arbeit mit pflegetherapeutischen Gruppen entwickelt sich im Zuge der Professionalisierung des Pflegeberufs immer mehr zu einer expliziten Aufgabe der psychiatrischen Pflege. Seit Januar 2015 findet als ergänzendes Therapieangebot auf der gerontopsychiatrischen Station der Psychiatrischen Klinik Heidelberg eine pflegerisch geleitete Entspannungsgruppe mit psychoedukativen Anteilen zweimal wöchentlich für je eine Stunde statt. Psychisch kranke Ältere haben häufig mehrere psychiatrische Diagnosen und sind somatisch komorbid⁵. Demenzdiagnosen, die im übrigen Behandlungsspektrum der Psychiatrie eher selten sind, stellen einen großen Anteil. Das Behandlungskonzept ist speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten. Es beinhaltet ein individuell gestaltetes Therapieangebot für den gesamten Behandlungszeitraum. Die Teilnahme an der Gruppe war freiwillig für die Patienten.

Methoden:

Zentraler Teil der qualitativen Erhebung war die Frage nach der Wirkung des Angebots auf das subjektive Befinden der Teilnehmer. Die Teilnehmer waren jedoch wegen Ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten nicht imstande z.B. einen Fragebogen zu bearbeiten. Es wurden daher die verbalen und nonverbalen Reaktionen der Teilnehmer auf die Teilnahme an der Gruppe von der Gruppenleiterin erhoben. Außerdem wurden die subjektiven Eindrücke der Gruppenleiterin und des jeweils anwesenden Pflgeteams⁴ erhoben. Besondere Bedeutung kommt den wörtlich notierten Äußerungen der Gruppenteilnehmer/innen zu den gefühlten bzw. erfahrenen Veränderungen durch die Teilnahme an der Gruppe zu.

Ein Teil der Evaluation bezog sich auf Selbstpflegeaspekte der Gruppenleiterin: Mit welchen Kommunikationsstrategien gelingt Empathie ohne zur „Last“³ zu werden?

Erhebungszeitraum war jährlich von Januar bis Dezember. Es wurde jede stattgefundene Therapiegruppe (2016 n=75) evaluiert.

Ergebnisse:

Durch die vielen und vielfältigen Äußerungen und der subjektiv wahrgenommenen Reaktionen der Gruppenteilnehmer/innen konnte nachgewiesen werden, dass die Teilnehmer/innen von diesem pflegerischen Angebot profitieren.

Es ist z.B. fester Bestandteil im Ablauf der Gruppe, dass die Gruppenleiterin nach der Entspannungsübung mit einer Impulsfrage ein Gruppengespräch initiiert. Eine solche Frage lautet z.B.: „Wie fühlt sich Ihr Körper jetzt an?“ Ein Beispiel einer Antwort einer 70-jährigen an einer Depression im Alter erkrankten Patienten lautet: „Meine Bauchschmerzen sind jetzt weg“ – über die sie vor der Übung während der Begrüßung der Gruppe noch geklagt hatte. Eine andere Patientin, deren Entlassung aus der Klinik bevorstand, äußerte sich folgendermaßen: „Sie werden mir fehlen. Ihre Gruppen haben mir gutgetan“.

Diskussion:

In dieser Erhebung wurden hauptsächlich das Wohlbefinden und der Mehrwert für Patienten/innen untersucht. Das Feld der pflegetherapeutischen Gruppen bietet weiteres Potenzial für die Professionalisierung der Pflege, Entwicklung von pflegerischen Therapiekonzepten und Potential für weitere Forschungsfragen.

Eine besondere Bedeutung kommt bei der Durchführung der Gruppe die lösungsorientierte Kommunikation¹ und personenzentrierte Haltung² zu: Authentisch, positiv wertschätzend und empathisch. Die Berufsgruppe der Pflegenden hat eine zentrale Rolle im Patientenalltag die auch im Kontext der Therapiegruppe ihren festen Platz im multiprofessionellen Team hat.

Literatur:

¹Jong, Peter de; Berg, Insoo Kim (2003): *Lösungen (er)finden. 5., verb. und erw. Aufl. Dortmund: Verl. Modernes Lernen (Systemische Studien, Bd. 17).*

²Kitwood, Tom M. (2008): *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5., erg. Aufl. Hg. v. Christian Müller-Hergl. Bern: Huber (Pflegepraxis - Altenpflege).*

³Overlander, Gabriele (1994): *Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 14).*

⁴Gühns, Manfred; Nowak, Claus (2006): *Das konstruktive Gespräch. Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse. 6. unveränd. Aufl. Meezen: Limmer.*

⁵<http://www.dgpp.de/publikationen.html>; *Stellungnahme 2007; Abruf: 12.09.2017*

Katharina Wettich-Hauser RN, Dipl. Pflegewirtin FH (D)

Qualifikationen:

Dipl. Pflegewirtin FH, Kinderkrankenschwester, Public Health - Gesundheitsförderung für Pflegeberufe, Stationsleitung „Entspannungspädagogik im Kontext der Pflege“, Qualitätsbeauftragte und Interne Auditorin, Qualitätsmanagerin im Gesundheits- und Sozialwesen

Aktuelle Tätigkeit:

Teiltätigkeit als Qualitätsbeauftragte mit einer Stabsstelle in der Pflegedienstleitung im Zentrum für Psychosoziale Medizin im Uni-Klinikum Heidelberg und eigener Therapiegruppe in der Gerontopsychiatrie, Freiberufliche Tätigkeit als Dozentin, Beraterin und Autorin im Gesundheitswesen



Ralf Tebest

Beratung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen in Deutschland im Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Auftrag und praktischer Umsetzung – Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche

Hintergrund & Zielsetzung: Nach dem aktuellen Teilhabebericht der Bundesregierung sind in Deutschland mehr als 15 Prozent der Bevölkerung (12,8 Millionen Menschen) durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung in ihrer Teilhabe am Leben in unterschiedlichen Bereichen der Gesellschaft beeinträchtigt [1]. Um den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen dieser Menschen gerecht zu werden, gibt es eine Vielzahl von medizinischen, pflegerischen und ergänzenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Diese Angebote werden allerdings von vielen Experten als unzureichend vernetzt, fragmentiert, sich teilweise gegenseitig beeinträchtigend und damit letztendlich als zu unübersichtlich bewertet. Dies stellt viele hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihr soziales Umfeld vor großen Problemen, die für sie persönlich am besten passenden Angebote zu finden und in Anspruch zu nehmen [2-4]. Um dies zu verhindern gibt es eine Vielzahl von gesetzlichen Beratungsaufträgen, die von unterschiedlichen Trägern umgesetzt werden müssen. Diese gesetzlichen Beratungsaufträge sowie der aktuelle Forschungsstand zu deren Umsetzung wurden erstmals systematisch erhoben und ausgewertet.

Methodik: Das Projekt wurde zweistufig durchgeführt. In der ersten Stufe wurden alle Paragraphen der Sozialgesetzbücher SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe) recherchiert, in denen die Begriffe Information, Beratung, Unterstützung und Steuerung verwendet werden. Aus diesen Vorschriften wurden daraufhin, teilweise unter Verwendung bestehender Gesetzeskommentierungen, die bestehenden gesetzlichen Beratungsaufträge für pflege- und hilfebedürftige Menschen zusammengefasst. In der zweiten Stufe wurde zu allen gesetzlichen Beratungsaufträgen der aktuelle Forschungsstand erhoben. Hierzu wurde jeweils eine spezifische Suchstrategie mit zentralen Begrifflichkeiten aus den einzelnen Paragraphen in allgemeinen und fachspezifischen Suchmaschinen durchgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der systematischen Recherche haben ergeben, dass die meisten Beratungsaufträge in der Sozialen

Pflegeversicherung (SGB XI) zu finden sind. Allerdings sind diese Beratungsangebote häufig nicht ausschließlich für Menschen gedacht, die im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind, sondern sollen beispielsweise auch zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen beitragen. Auch bei den Zielgruppen der Beratungsaufträge aus den weiteren Sozialgesetzbüchern gibt es teilweise große Überschneidungen. Der Gesetzgeber berücksichtigt dies, indem er in den Beratungsaufträgen eine Vielzahl von Anforderungen an die Zusammenarbeit der unterschiedlichen an der Beratung beteiligten Akteure formuliert. Die Auswertung des bestehenden Forschungsstandes hat gezeigt, dass bezüglich der Umsetzung der gesetzlichen Beratungsaufträge eine große Intransparenz besteht. So ist beispielsweise nicht bekannt, in wie weit alle pflegebedürftigen Versicherten ihren bereits seit 1.1.2009 bestehenden gesetzlichen Anspruch auf eine umfangreiche Beratung und Fallsteuerung bei ihren Pflegekassen einfordern können. Auch zur Beratung durch niedergelassene Ärztinnen, Krankenhäuser, Rehabilitationsträger, Pflegediensten oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gibt es wenige Daten. Die vorhandenen Erkenntnisse geben allerdings teilweise deutliche Hinweise darauf, dass Beratungsaufträge zumindest von einigen Trägern nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden. Außerdem können die bestehenden Beratungsangebote kaum miteinander verglichen werden. Sie können auch teilweise nur sehr schwer den gesetzlichen Beratungsaufträgen zugeordnet werden. Dies gilt insbesondere für die Kommunen, deren Beratung im Rahmen der Sozialhilfe häufig sehr stark mit ihren Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge und der offenen Altenhilfe verknüpft ist. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass es bei der Vernetzung der Beratungsangebote noch große Defizite gibt.

Diskussion: Die Ergebnisse repräsentativer Befragungen machen deutlich, dass die Intransparenz vieler Beratungsangebote dazu führt, dass sie nur selten in Anspruch genommen werden. Zudem wird in der Bevölkerung in der Regel nur zwischen einer ausführlichen und

einer weniger ausführlichen Beratung unterschieden. Menschen, die bereits mindestens einmal eine ausführliche Beratung in Anspruch genommen haben, sind deutlich zufriedener als diejenigen, die bisher nur Informationen erhalten haben oder gar keine Beratung in Anspruch genommen haben. Aufgrund der beschriebenen Problematik haben allerdings bisher nur etwa die Hälfte der Pflegehaushalte eine ausführliche Beratung in Anspruch genommen. Zusammenfassend besteht ein hoher Bedarf an Nachbesserung der aktuellen Situation.

Literatur

Engels, Dietrich, Heike Engel, and Alina Schmitz. *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen*. Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek 53107 Bonn Stand: Dezember 2016

Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S. *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern (2008): Huber Verlag

Tebest R. *Exkurs: Zur Weiterentwicklung der Beratungsinfrastruktur für ältere und hilfebedürftige Menschen und der Pflegestützpunkte*, in: Klie T, Kraher U, Plantholz M. (Hrsg), *Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung - Lehr- und Praxiskommentar*, NOMOS-Verlag Baden-Baden 2013, S. 1028-1032

Tebest R, Stock S. *Beratung älterer und hilfebedürftiger Menschen in Deutschland - Status quo und Ausblick in die Zukunft*, in: Blonski H. (Hrsg), *Beratung älterer Menschen, Methoden - Konzepte - Erfahrungen*, Mabuse Verlag Köln 2013, S. 109-134

Dipl.-Ges.-Ök. Ralf Tebest (D)

Ist examinierter Krankenpfleger und Diplom-Gesundheitsökonom. Nach seinem Studium hat er einige Jahre im Kuratorium Deutsche Altershilfe als Fachreferent gearbeitet und während dieser Zeit u. a. das Bundesmodellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ und die Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg geleitet. Seit 2011 arbeitet Herr Tebest an der Universität zu Köln. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Translation von Gesetzen des Gesundheits- und Sozialwesens in der Praxis.

Rainer Planinc

Evaluation of the *fearless* Fall Detection System in Practice

Falls are a major public health problem. Between 30% and 60% of US citizens of age 65 or older suffer from falls each year, and 10% to 20% of these falls result in serious injury, hospitalization, or death [1]. In fact, falls are the leading cause of accidental death in this age group [2]. Immediate help and treatment of fall-induced injuries is vital for minimizing morbidity and mortality rates [3,4]. However, statistically every other fall victim is unable to get back up without help [2]. Falls are thus particularly dangerous to older persons that live alone.

To this end, there has been active research in the field of fall detection, with the aim of detecting fall incidents and informing caretakers such as family members or ambulance personnel automatically [4]. One approach to fall detection is to employ optical sensors and computer vision. For example, several methods based on video cameras have been proposed [4]. However, camera images convey limited information in terms of scene geometry, reducing the robustness of such methods. Moreover, cameras do not work in darkness, hence unobtrusive fall detection during nighttime is not possible. Furthermore, camera-based fall detection raises privacy concerns [5]. Active depth sensors do not have these limitations. They work in darkness, measure distances from which scene geometry can be recovered, and are robust to illumination changes and shadows. A well-known example is the Microsoft Kinect.

This poster presents results of a long-term study of the *fearless* fall detection system, carried out under real-world conditions. The long-term evaluation was performed in nursing and assisted living homes, i.e. under real-world conditions for more than 6 months. During this time, 53 of our fall detection systems were active for 5,246 full days in total (125,904 hours).

For evaluation purposes, we labeled all fall events with a confidence greater than 0.6 in this timeframe as true positives or false positives (false alarms), using event visualizations generated by

our method. We labeled 164 fall events as true positives as they were triggered by persons that were lying or sitting on the floor for longer than one minute. No falls were registered by the caretakers in the evaluation period. This means that these events were likely caused by deliberate actions, although it is possible that some were caused by actual falls after which the persons were able to recover on their own. As such, the results reported in this section do not directly correspond to the sensitivity of our method.

Figure 1 summarizes the results, which were obtained by dividing

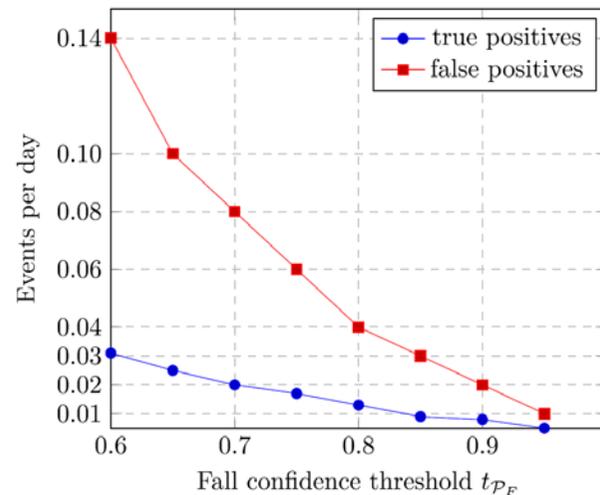


Figure 1: Average number of true positives and false positives of our fall detection method per day under real-world conditions

Our fall detection method assigned a low confidence score to a large fraction of these false alarms, so that increasing the threshold to 0.7 almost halves the false alarm rate. Doing so decreases the true positive rate by around one-third in relative terms, affecting mainly falls ending in a sitting position.

Future work will concentrate on further increasing the fall detection performance of our method. To this end, we are continuing to extend our test dataset in order to obtain more data for classifier training and evaluation. We also plan to improve our algorithms by modeling occlusions explicitly in order to improve person detection and state prediction performance.

References

- Rubenstein, L.Z.: *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing* **35** (2006) 1137–1141 1
- Porter, R.S.: *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Wiley* (2011) 1
- Noury, N., Rumeau, P., Bourke, A., Óaighin, G., Lundy, J.: *A Proposal for the Classification and Evaluation of Fall Detectors. IRBM* **29**(6) (2008) 340–349 1
- Mubashir, M., Shao, L., Seed, L.: *A survey on fall detection: Principles and approaches. Neurocomputing* **100** (2012) 1–9 1

Dr. Rainer Planinc (A)



Angelika Rzepka, Gabriele Salomon, Ursula Dickbauer und Markus Garschall **WAALTeR – Eine Testregion für die AAL-Technologien in Wien**

Fragestellung & Hintergrund

WAALTeR steht als Abkürzung für: WIENER ACTIVE & ASSISTED LIVING Testregion. WAALTeR ist ein Projekt an der Schnittstelle zwischen neuen Informations- und Kommunikationstechnologien und Gesundheit, vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Herausforderungen durch die demografische Entwicklung im städtischen Umfeld. Das Projekt soll zur Umsetzung von „Wiener Zielen“ wie z.B. den Wiener Gesundheitszielen, Pflege 2030 oder Smart City Wien Rahmenstrategie beitragen.

Das Leitziel der Smart City Wien Rahmenstrategie 2050 ist beispielsweise: „die beste Lebensqualität für alle Wienerinnen und Wiener durch Nutzung von umfassenden Innovationen bei größtmöglicher Ressourcenschonung“. Der Begriff Lebensqualität umfasst hier die Bereiche: Gesundheit, soziale Inklusion sowie Umwelt und Partizipation. Im Zusammenhang mit den Wiener Gesundheitszielen, bezieht sich WAALTeR insbesondere auf das Ziel 3: „Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten“.

Die Wiener AAL-Pilotregion WAALTeR ist eine von sechs AAL-Pilotregionen in Österreich, die seit 2012 ins Leben gerufen wurden. Unterstützt werden diese Testregionen vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT). Innerhalb dieser Pilotregionen werden AAL-Produkte und -Dienstleistungen über einen längeren Zeitraum in die Praxis umgesetzt und getestet.

Übergeordnete Ziele sind die: Bewertung der Auswirkungen von AAL-Technologien im täglichen Gebrauch sowie die Entwicklung von Nachnutzungs-Strategien. Dabei werden Vertreter von Unternehmen, dem Wohnungssektor sowie Stakeholder aus Forschung, Gesundheitswesen, Versicherungen und dem öffentlichen Bereich miteinbezogen.

Als Zielgruppe wurden aktive, interessierte Wienerinnen und Wiener ab 60, ohne bzw. mit geringem Unterstützungsbedarf (z.B. im Haushalt oder im Bereich Mobilität) definiert.

Vier Forschungsfragen wurden für das Projekt formuliert:

- Welchen Einfluss hat die Technologie auf Mobilität, soziale Integration, Sicherheit und Gesundheit sowie Lebensqualität?
- Wie müssen technische Anwendungen für die Zielgruppe gestaltet sein?
- Wie können die Ergebnisse in Pflege und Betreuung integriert werden?
- Wie können diese Technologien in Zukunft am Markt angeboten werden?

2. Methode und Ergebnisse

Für das Projekt WAALTeR sollen mehr als 80 Haushalte mit AAL-Technologien in Wien ausgestattet werden. Der Fokus liegt dabei auf der Integration bestehender Produkte und Prototypen. Das WAALTeR-System umfasst drei Dienstleistungsbereiche: soziale Integration (z. B. durch Nachbarschaftsnetzwerke), Sicherheit (z. B. Falldetektion) und Gesundheit (z. B. Telemonitoring). Mobilität ist ein Sektor-übergreifendes Thema, das sich in allen Servicebereichen widerspiegelt.

Das Projekt verpflichtet sich, die Zielgruppe bei der Gestaltung des Systems und seiner Begleitdienste einzubinden. Zu diesem Zweck fanden bereits Design Workshops mit Vertretern der Zielgruppe statt, in denen Anforderungen, Bedürfnisse und Ideen für die einzusetzende Technologie bewertet und koordiniert wurden. Eine 18-monatige Evaluierungsstudie soll bis Anfang 2018 beginnen. Ein experimentelles Studiendesign wird angewendet, um die Auswirkungen der Technologie-Intervention auf die Lebensqualität, die körperliche Aktivität, die Einsamkeit, die Gebrechlichkeit, das Selbstwertgefühl zu messen, sowie die Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit zu bewerten.

3. Diskussion

Das übergeordnete Ziel des WAALTeR-Projektes ist es, die Bedeutung von AAL-Projekten zu verbessern, indem es Beweise für die Anwendung von AAL Technologien auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene liefern soll. Darüber hinaus werden im Projekt Strategien entwickelt, wie man den weit verbreiteten Einsatz von AAL in intelligente Stadtstrategien und in die damit verbundene Politikgestaltung einer europäischen Stadt wie Wien einbetten kann. Mit unserem Posterbeitrag möchten wir Diskussionen darüber anregen, wie man passendere Anwendungsmöglichkeiten für AAL-Lösungen definieren kann, um den Nutzen von AAL-Technologien sowie die Rolle größerer Pilot-Projekte als Basis für die Markteinführung von AAL-Lösungen nachzuweisen.

Angelika Rzepka (A)

AIT Austrian Institute of Technology

Gabriele Salomon (A)

DGKP, Master of Public Health Studentin an der medizinischen Universität Wien; im Rahmen des verpflichtenden Internships Mitarbeit bei WAALTeR bei Urban Innovation Vienna

Mag.a Ursula Dickbauer (A)

DGKP, Soziologin

Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH – im Rahmen des Projektes WAALTeR sind wir federführend für den Dialog mit künftigen NutzerInnen und die Anforderungserhebung verantwortlich

Markus Garschall (A)

Ist anerkannter Experte im Bereich der Entwicklung innovativer Lösungen für ein aktives und gesundes Altern (AAL) am AIT Austrian Institute of Technology. Aktuell koordiniert er das Projekt SUCCESS (<http://www.success-aal.eu>). In seiner Forschung beschäftigt er sich mit der Rolle von IKT als Enabler für soziale Innovationen und spezifischen Herausforderungen bei der Umsetzung von AAL-Innovationsvorhaben. Markus ist Vorstandsmitglied der Innovationsplattform AAL Austria.

Andrea Fink

Sturzangst? Maßnahmen zur Prävention oder Reduktion von Sturzangst bei älteren zu Hause lebenden Menschen -ein systematischer Literaturreview

Einleitung: Mindestens jede fünfte Person über 65 Jahren hat Angst vor Stürzen und den damit verbundenen Konsequenzen. Besonders für ältere Menschen, die zu Hause leben, kann ein Sturz die bisher gelebte Selbstständigkeit erheblich verändern. Folglich schränken ältere Personen ihre körperlichen Aktivitäten ein und isolieren sich zunehmend, woraus sich ihr Sturzrisiko wiederum erhöht. Maßnahmen hinsichtlich Sturzangst wurden bis dato nur in wenigen systematischen Reviews behandelt. Ziel dieser Arbeit ist es daher, effektive Maßnahmen in der Prävention oder Reduktion von Sturzangst bei älteren zu Hause lebenden Menschen aufzuzeigen und zusammenzufassen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, EMBASE und Cochrane Central Register of Controlled Trials sowie eine Handsuche in diversen Suchmaschinen und Referenzlisten durchgeführt. Die Suche beschränkte sich auf englisch- und deutschsprachige Publikationen zwischen 2005 und 2015 und fokussierte ältere Menschen ab einem Alter von 65 Jahren, die zum Zeitpunkt der Erhebung zu Hause lebten. Zwei unabhängige Reviewerinnen führten eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien mit dem „Risk of Bias Tool“ der Cochrane Collaboration durch, um Bias-Risiken einzuschätzen. Die Ergebnisse wurden im Falle gleicher Interventionskategorie und vergleichbarer Erhebungsmethode im Rahmen einer Meta-Analyse synthetisiert.

Ergebnisse: Insgesamt 18 RCTs konnten zur Beantwortung der Forschungsfrage in die Arbeit aufgenommen werden. In 14 Studien konnte Sturzangst bei zu Hause lebenden älteren Menschen durch Maßnahmen signifikant vermieden oder reduziert werden. Darunter finden sich sieben körperliche Trainingsmaßnahmen, ein Schulungsprogramm und sechs multikomponente Interventionen.

Diskussion: Die Ergebnisse dieses systematischen Literaturreviews konnten die Wirksamkeit von Maßnahmen mit unterschiedlichen Komponenten zur Prävention oder Reduktion von Sturzangst aufzeigen. Älteren zu Hause lebenden Personen sollten Interventionen angeboten werden, welche sowohl das Sturzrisiko als auch die Sturzangst beeinflussen und folglich die Selbstwirksamkeit bezüglich Stürze, physische und soziale Aktivitäten erhöhen. Maßnahmen zur Reduzierung von Stürzen und Sturzangst gehen, aufgrund ihrer wechselseitigen Wirkung, Hand in Hand und brauchen einander, um in der Praxis den Kreislauf der Sturzangst durchbrechen zu können. Die Einbeziehung von Sturzangst-spezifischen Maßnahmen in die Sturzprophylaxe wäre eine denkbare Lösung und weiterführend zu untersuchen und diskutieren.

Aufgrund des Fehlens einer international gültigen und einheitlichen Definition von Sturzangst, der unterschiedlich herangezogenen Messinstrumente und divergenten untersuchten Studienpopulationen ist die Vergleichbarkeit der eingeschlossenen Studien nur sehr eingeschränkt möglich. Zudem sind die Ergebnisse angesichts der limitierten methodologischen Studienqualität der inkludierten Literatur mit Vorsicht zu betrachten. Weitere Studien, besonders pflegewissenschaftliche Forschungsarbeiten, mit speziellem Fokus auf bestimmte Sturzangst-Risikogruppen sind erforderlich.

Andrea Fink, BSc, MSc (A)



Janina Koch

Interprofessionelle Kommunikationsoptimierung im Krankenhaus für mehr Patientensicherheit: ein Literaturreview

Hintergrund und Fragestellung:

In westlichen Ländern stirbt mindestens jeder tausendste Patient fehlerbedingt im Krankenhaus. Häufig sind diese Fehler auf mangelnde Kommunikation und unzureichendes Teamwork von Gesundheitsfachpersonen zurückzuführen. Als grösste Berufsgruppen im Gesundheitssystem sind Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte hier besonders gefordert. Unklar ist, welche Massnahmen die Kommunikation und das Teamwork verbessern und sich positiv auf die Patientensicherheit auswirken können. Deshalb stellte sich folgende Forschungsfrage: „Welche Massnahmen optimieren die Kommunikation zwischen Pflegenden und der Ärzteschaft im Akutspital und wirken sich somit positiv auf die Patientensicherheit aus?“

Methode:

Zwischen März und Mai 2017 wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken Pubmed, Cochrane, Cinahl, Web of Science und PsycInfo durchgeführt. Die Suche erfolgte mit den Begriffen „physician“, „nurses“, „patient safety“, „communication“, „acute care“ und „intervention“ sowie den jeweiligen Synonymen, welche mittels Boolesche Operatoren AND, OR und NOT entsprechend kombiniert wurden. Englisch- und deutschsprachige Studien, publiziert zwischen 2007 und 2017, wurden eingeschlossen. Weitere Einschlusskriterien waren unter anderem: erwachsene Patientinnen und Patienten, die Teilnahme von Pflegenden und der Ärzteschaft an Interventionen, sowie Reviews, qualitative und quantitative Studien. Die Qualitätsbeurteilung der Studien erfolgte von zwei Personen unabhängig anhand der Checklisten nach Polit und Beck (2017).

Ergebnisse:

Insgesamt wurden 19 Studien in die Literaturarbeit aufgenommen: ein systematisches Review, 17 quantitative und eine qualitative

Studie. Es konnten folgende vier Interventionen identifiziert werden: SBAR-Schema und standardisierte Checklisten, welche eine strukturierte Kommunikation erzielen, interprofessionelle Visiten sowie Weiterbildungen mit und ohne Simulation. Mit der Einführung des SBAR-Schemas sowie der Übergabechecklisten kann die interprofessionelle Kommunikation, das Teamwork und die Patientensicherheit verbessert werden. Bei interprofessionellen Visiten und Weiterbildungen ohne Simulation zeichnet sich ebenfalls eine Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit ab, wobei hier der positive Einfluss auf die Patientensicherheit unklar bleibt.

Simulationsbasierte Weiterbildungen konnten weder eine eindeutige Optimierung der Kommunikation noch des Teamworks oder der Patientensicherheit herbeiführen.

Diskussion:

Zwei wirksame Massnahmen zur Optimierung der Kommunikation zwischen Pflegenden und der Ärzteschaft wurden identifiziert, die ebenfalls die Patientensicherheit positiv beeinflussen. Für die Praxis wird die Einführung von SBAR mit oder ohne interprofessionelle Visiten empfohlen, um die Kommunikation und Teamarbeit zwischen Pflegenden und der Ärzteschaft zu verbessern. Die Implementierung von standardisierten Checklisten zeigte sich ebenfalls als wirkungsvoll. Es ist zu vermuten, dass Weiterbildungen mit häufigeren Schulungssequenzen bessere Ergebnisse erzielen. Die Durchführung von nur einzelnen Schulungen stellt keine nachhaltige Methode dar. Zudem ist zu erwarten, dass system- und kontextbedingte Faktoren, wie Abteilung, Krankenhaus und Gesundheitssystem die Implementierung der jeweiligen Intervention entscheidend beeinflussen.

Janina Koch (BScN cand.) (CH)

Absolviert aktuell das Zusatzmodul B des Bachelor of Science in Pflege, Berner Fachhochschule BFH, Schweiz, in der angewandten Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege BFH. Nach erfolgreichem Abschluss des Gymnasiums sammelte sie im Rahmen von Praktika erste pflegerische Erfahrungen in den Fachgebieten der Onkologie, Medizin und Gynäkologie im Krankenhaus. Janina Koch ist Mitgründerin des Start-up's „AIDE-MOI“ www.aidemoi.ch.



Seraina Berni

Wohlbefinden und Kognition fördern: nicht-medikamentöse Massnahmen bei „mild cognitive impairment“ – ein Literaturreview

Hintergrund und Fragestellung:

Die Grenze zwischen einer Altersvergesslichkeit und einer beginnenden Demenzerkrankung ist fließend. Menschen, die an einer kognitiven Schwäche leiden, jedoch noch nicht die Kriterien einer Demenzerkrankung erfüllen, werden mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung oder „mild

cognitive impairment“ (MCI) diagnostiziert. Die Diagnose MCI betrifft nicht nur die Kognition sondern hat auch einen Einfluss auf das Wohlbefinden im Alltag von Betroffenen. Obwohl unterschiedliche Medikamente für Alzheimerpatientinnen und -Patienten zur Verfügung stehen, gibt es noch keine für Betroffene mit MCI. Deshalb ist das Wissen über nicht-medikamentöse Massnahmen für diese Zielgruppe besonders wichtig. Es ist jedoch unklar, welche nicht-medikamentösen Massnahmen die Kognition und das Wohlbefinden von Menschen mit MCI positiv beeinflussen. Deshalb stellte sich folgende Forschungsfrage: Welche nicht-medikamentösen Massnahmen wirken sich positiv auf Wohlbefinden und Kognition bei über 65-jährigen Menschen mit „mild cognitive impairment“ aus?

Methode:

Zwischen April und Mai 2017 wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken Medline (Pubmed), Cinahl, Cochrane, Web of Science und PsycInfo durchgeführt. Gewählt wurden die Suchbegriffe „mild cognitive impairment“, „non-pharmacological“, „wellbeing“, „intervention“,

„cognitive decline“, „delay“ sowie die jeweiligen Synonyme, welche mittels Boolesche Operatoren AND, OR und NOT kombiniert wurden. Die gesetzten Limiten waren: englisch-, französisch-, oder deutschsprachig und Publikation im Zeitraum zwischen 2007 und

2017. Die Qualität der Studien wurde kritisch mittels Checklisten nach Polit und Beck (2017) beurteilt.

Ergebnisse:

Elf Studien wurden in das Literaturreview eingeschlossen: vier systematische Reviews und sieben quantitative Studien. Die Ergebnisse wurden nach Wohlbefinden und Kognition analysiert und gegliedert. Das Wohlbefinden wurde anhand folgender Outcome-Kriterien gemessen: Zufriedenheit, Einsamkeit, Stimmung und das Auftreten von Depressionen. Zur positiven Beeinflussung des Wohlbefindens kamen folgende Interventionstypen zum Einsatz: traditionelle kognitive Interventionen, gemischte Interventionen, Musiktherapie und soziale Unterstützung. Die soziale Unterstützung zeigte sich als besonders wirkungsvoll zur Förderung des Wohlbefindens. Auch die Musiktherapie zeigte gute Resultate, jedoch litten die Teilnehmenden bereits an einer beginnenden Demenz. Die traditionellen kognitiven Interventionen förderten kaum bis gar nicht das Wohlbefinden der Teilnehmenden mit MCI.

Auch beim Thema Kognition verwiesen die Studien auf vier unterschiedliche Interventionstypen: traditionelle kognitive Interventionen, Computer-basierte Interventionen, Musiktherapie und Bewegungsinterventionen. Die Interventionen wirkten sich positiv auf die Kognition aus.

Diskussion:

Das Literaturreview zeigte, dass es mehrere nicht-medikamentöse Interventionen gibt, welche sich positiv auf die Faktoren Wohlbefinden und Kognition bei Menschen mit MCI auswirken.

Die Beurteilung des Einflusses der Interventionen auf das Wohlbefinden über die Studien hinweg ist kaum möglich, da diese jeweils auf unterschiedlichen Definitionen und unterschiedlich eingesetzten Messinstrumenten basieren. Dennoch konnte die

soziale Unterstützung als wichtigster positiver Einflussfaktor des Wohlbefindens identifiziert werden. Die traditionellen kognitiven Interventionen wirken sich sogar negativ auf das Wohlbefinden aus. Dies erstaunt jedoch wenig, da bei traditionellen kognitiven Interventionen Wissen abgefragt wird und somit die Betroffenen mit ihren Defiziten konfrontiert werden. Hingegen konnte die Kognition mit allen vier Interventionstypen verbessert werden. Es lässt sich schlussfolgern, dass die Förderung des Wohlbefindens und der Kognition von Menschen mit MCI eine Kombination aus Interventionen benötigt, welche die kognitive Stimulation, die soziale Interaktion und die körperliche Bewegung inkludieren.

Seraina Berni (BScN cand.) (CH)

Absolviert zurzeit das Zusatzmodul B des Bachelor of Science in Pflege, Berner Fachhochschule BFH, Schweiz, in der angewandten Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege BFH. Nach Abschluss des Gymnasiums mit eidgenössischer Matura arbeitete sie im Rahmen von kürzeren Praxiseinsätzen in der Langzeitpflege, der Chirurgie, der Medizin und der Rehabilitation und sammelte erste Erfahrungen in der Pflege.

Impressum

Herausgeberin, Medieninhaberin und Verlegerin: Medical Update, Marketing & Media GmbH, Baumeistergasse 32/5/1, 1160 Wien, T: +43.1.897 21 10, F: +43.1.897 23 88, www.medical-update.net. Anzeigenrepräsentanz: Medical Update, Marketing & Media GmbH. Anzeigenverwaltung und -koordination; Claudia Kastner-Roth, claudia.kastner-roth@medical-update.net. Art Director: Philipp M. Sandpeck, office@philippsandpeck.at. Bankverbindung: Erste Bank, BLZ 20111, Kontonummer: 283 264 100 00, Verlags- und Erscheinungsort: Wien. Redaktionelle Leitung: Martina Bartholner, martina.bartholner@medical-update.net. Anschrift: Medical Update, Marketing & Media GmbH, Baumeistergasse 32/5/1, 1160 Wien.

Die Beiträge sind die persönliche und wissenschaftliche Meinung der Verfasser/innen und müssen nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Sie fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich der Verfasser/innen.

Genderformulierung, Zitierweise, Aufbau der Abstracts sowie Schreibweise gemäß der neuen deutschen Rechtschreibung (des jeweiligen Landes) obliegt den jeweiligen Autor/inn/en.

Gekennzeichnete Beiträge (AD) sowie Supplements sind entgeltliche Einschaltungen gemäß § 26 des Mediengesetzes. Die darin enthaltenen Angaben und Aussagen liegen in der Verantwortlichkeit der jeweiligen Auftraggeber/innen.

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Quellenangabe und schriftlicher Genehmigung.

gleich **vormerken:**



**29. und 30.
november 2018**
austria center vienna

infos:
pflegekongress@pflegenetz.at
Tel: +43/1/8972110

Folgen Sie uns auf:



www.pflegekongress.at

