



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## **DER UMGANG MIT CHRONISCH KRANKEN DIALYSEPATIENTEN AUS DER SICHT DES PFLEGEPERSONALS**

Verfasserin

**WEINRAUCH GERLINDE**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, November 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.



Diese Arbeit widme ich meinem Gatten Roland und unseren Kinder Lorenz und Jana.

## DANKSAGUNG

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die mir während meines Studiums besondere Geduld und Ausdauer entgegengebracht haben. Außerordentlicher Dank gebührt meinem Betreuer Dr. Vlastimil Kozon, welcher mich mit sehr viel Zeit, Toleranz und Rücksicht, bei der Diplomarbeit beraten und unterstützt hat.

All jenen, die sich während unzähliger Vorlesungs- und Seminarstunden meinen Kindern gewidmet haben, sei hiermit ein herzliches Dankeschön ausgesprochen. Vor allem von Eva und Herbert habe ich große Unterstützung und Verständnis erfahren.

Nicht zuletzt gebührt meinen Kindern, Lorenz Paul und Jana Cäcilia, sowie meinem Mann Roland der allergrößte Dank. Denn ohne ihren Beistand, hätte ich das Studium wohl nicht machen und beenden können.

## INHALTSVERZEICHNIS

0.	Zusammenfassung/ Summary .....	7
1.	Einleitung .....	9
<b>I THEORETISCHER TEIL</b>		
<b>2.</b>	<b>Definition von Pflege .....</b>	<b>10</b>
2.1.	Ausbildung von Pflegepersonen .....	12
2.1.1.	Aufgaben des Pflegepersonals auf der Dialyse – WSP Wien Pav.17 .....	13
2.2.	Die Dialysestation – ein komplexes System .....	17
2.3.	Chronizität und chronische Krankheit: Definition und Kennzeichen .....	19
2.3.1.	Die Pflege chronisch kranker Menschen .....	21
2.3.2.	Die Pflege der Dialysepatienten .....	22
2.4.	Beschreibung des ÖDTR .....	28
2.5.	Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Arzt .....	30
2.5.1.	Kommunikation zwischen Pflegepersonal .....	33
<b>3.</b>	<b>Compliance – Non Compliance .....</b>	<b>35</b>
3.1.	Der „schwierige Patient“ .....	38
3.1.1.	Kooperation seitens des Patienten .....	40
3.1.2.	Eigenständigkeit des Patienten unterstützen .....	41
<b>4.</b>	<b>Angst und Schmerz .....</b>	<b>42</b>
4.1.	Angst .....	42
4.2.	Schmerz .....	44
4.2.1.	Unterstützung durch das Pflegepersonal .....	45
4.3.	Nähe und Distanz zum Patienten .....	47
4.3.1.	Die vier Arten von Distanz.....	48
4.4.	Feedback .....	50
<b>5.</b>	<b>Ethische Hintergründe.....</b>	<b>51</b>
5.1.	Ethische Urteilsbildung nach D. Lange .....	53
5.2.	Relevanz von Ethik in der Pflege .....	54
<b>6.</b>	<b>Umgang mit Tod und Sterben eines Dialysepatienten.....</b>	<b>56</b>
6.1.	Palliativpflege auf der Dialysestation.....	59
<b>7.</b>	<b>Burnout und Stress .....</b>	<b>61</b>
7.1.	Bewältigungsstrategien für das Pflegepersonal .....	63

7.2.	Coping/ Sence of Coherence/ Stressmanagement .....	65
7.3.	Zusammenfassung diverser Studien zum Thema .....	69

## **II    EMPIRISCHER TEIL**

<b>8.</b>	<b>Problem und Forschungsfrage .....</b>	<b>73</b>
8.1.	Forschungsmethode .....	73
8.2.	Interviewleitfaden .....	76
8.3.	Ergebnisse .....	78
8.4.	Interpretation der Ergebnisse .....	92
<b>9.</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>98</b>
9.1.	Empfehlungen für die Praxis – Ausblick .....	101
<b>10.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>101</b>
<b>11.</b>	<b>Curriculum vitae .....</b>	<b>108</b>

## 0. Zusammenfassung/ Summary

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit Herausforderungen und Erlebnissen von diplomierten Krankenpflegepersonen im Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten. Aufgrund der hohen und stetig steigenden Anzahl von chronisch kranken Menschen mit Nierenersatztherapie soll auf die besonders herausfordernde Art der Pflege dieser Patientengruppe durch die vorliegende Arbeit aufmerksam gemacht werden. Im ersten Teil der Arbeit, dem theoretischen Teil, wird die allgemeine Pflege von Dialysepatienten sowie die Ausbildung und Weiterbildung von diplomierten Pflegepersonen beschrieben. Der theoretische Teil der Arbeit wurde in Themenbereiche, welche nach Ansicht der Autorin, die Wesentlichsten im Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten darstellen, gegliedert. Die gewählten Themenbereiche stellen einen Überblick und Einblick in das tägliche Leben bzw. die Pflege von Patienten mit Nierenersatztherapie dar. Folgende Themen wurden beleuchtet:

- Kommunikation: Pflegepersonal – Patient – Arzt;
- Compliance: Kooperation und Eigenständigkeit des Patienten, der „schwierige“ Patient;
- Angst, Schmerz, Tod und Sterben: Unterstützung durch das Pflegepersonal;
- Ethische Gesichtspunkte: Relevanz von Ethik;
- Stress und Burnout des Pflegepersonals: Coping – Sense of Coherence;

Der dem theoretischen Teil folgende empirische Teil widmet sich in erster Linie den Experten. Diese sind diplomierte Pflegepersonen mit erfolgreich abgeschlossener Sonderausbildung zur Nierenersatztherapie und mindestens fünfjähriger Berufserfahrung. Die bereits im Theorieteil erarbeiteten Themen werden mit den Experten diskutiert, um einen guten Vergleich zwischen Theorie und Praxis zu erhalten. Die Experten erhalten die Gelegenheit, über die Freuden im Beruf, über Schwierigkeiten und Probleme im Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten sowie über die Herausforderungen in der tagtäglichen Pflege zu sprechen. Außerdem werden die Experten aufgefordert, Änderungen bzw. Verbesserungen vorzuschlagen, welche zu einer Erleichterung oder Verbesserung im Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten führen sollen.

Am Ende der Arbeit stellt die Autorin ihre „beste Ideen“ vor und gibt Empfehlungen für die Praxis bzw. für eventuelle weiterführende Forschungen ab.

## Summary

This thesis describes the special challenges and experiences which nurses in work with chronically ill patients on dialysis units have to cope with.

The first part contains the theoretical part which deals with the general care of dialysis patients and the education as well as the further education of nurses.

This part is divided into different topics which in my opinion are the most important topics in work with chronically ill patients on dialysis units and give an overview about the everyday work with dialysis patients. The four main topics are the following:

- The communication between nurse, patient and doctor;
- Compliance: Corporation and independence of the patient, the difficult patient;
- Fear, pain, death and dying: encouragement of the nurse;
- Ethical aspects: relevance of ethic;
- Stress and burnout of the nurse: Coping and the sense of coherence.

The second part of this thesis contains the experimental part. This part deals with experts. The experts are nurses which have obtained special further education in nephrology and have at least five years of work experiences on dialysis units.

The above mentioned topics of the theoretical part are discussed with the experts with the objective of comparing theory and practice. The experts receive the possibility to inform the reader about joy, problems and challenge in everyday work with dialysis patients. In particular the experts inform the reader about their ideas on the improvement of nursing in the field of dialysis.

Finally the author presents her ideas regarding the improvement of nursing and further researches on dialysis units.

## 1. Einleitung

Schon zu Beginn meiner Dialysekarriere begeisterte mich die Kombination aus Technik und Pflege und der doch sehr persönliche Zugang zu den Patienten. Damals habe ich meine Freude und Begeisterung im Umgang mit Dialysepatienten und das tägliche Arbeiten am Gerät entdeckt und bis heute beibehalten. Inzwischen liegen unter anderem die Krankenpflegeschule mit Diplom als Abschluss und diverse Erfahrungen auf verschiedenen Dialysestationen. Schon immer war es mir ein Anliegen, das Beste für den Patienten zu erhalten und ich war daher auch immer bemüht in Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen zu sein, um Erfahrungen austauschen zu können. Nun habe ich im Rahmen meiner Diplomarbeit die Möglichkeit all meine Erlebnisse bzw. auch die der Kolleginnen und Kollegen zu Papier zu bringen. Es ist mir eine große Freude über das Arbeiten und den Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten zu schreiben und ich hoffe sehr, dass ich diese Freude auch auf den Leser der Diplomarbeit übertragen kann.

Den ersten Teil meiner Arbeit widme ich der allgemeinen Ausbildung der Krankenpflegepersonen sowie der täglichen Arbeit mit den Dialysepatienten. Hierbei wird außerdem ein wesentlicher Teil das Tätigkeitsfeld einer/s DGKS/P auf einer Dialyse beschreiben. Welche Fähigkeiten die jeweilige Person für das Arbeiten auf einer Dialyse mitbringen muss und wie diese Fähigkeiten erweitert und ausgebildet werden. Noch dazu kommt, die spezielle Pflege von Dialysepatienten und die Problematiken welche bei der Pflege von Dialysepatienten auftreten können.

Ein weiterer Schwerpunkt sind ethische Hintergründe und Gesichtspunkte und mögliche Interventionen bzw. Fortbildungsoptionen im ethischen Bereich.

Im empirischen Teil werden dann die Interviews, welche ich mit Kolleginnen und Kollegen geführt habe erörtert, interpretiert und anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse aufgearbeitet. Hier wiederum war mir besonders wichtig die Erfahrungen und das Erleben des Teams im Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten zu dokumentieren. Im Hinblick auf die Pflege von chronisch Kranken hoffe ich Empfehlungen weitergeben zu können, welche von Experten (Kolleginnen und Kollegen) ausgesprochen wurden und diese bereits in die Praxis mit guten Erfolgen eingeflossen sind.

## 2. Definition von Pflege

Eine allgemein gültige Definition von Pflege ist nur schwer zu finden. Vor allem weil sie davon abhängig ist, was zum Aufgabenbereich der professionellen Pflege gehört, und wie die gesetzliche Gegebenheiten und Vorgaben in dem jeweiligen Land sind. Außerdem spielt auch die geschichtliche Entwicklung in der Definition eine wichtige Rolle. (vgl. Mayer H., 2007, 32). In meiner Recherche habe ich versucht, wesentliche Definitionen zu finden, die im Laufe der Geschichte immer wieder verwendet wurden und somit sehr aussagekräftig sind.

Nach der amerikanischen Pflegeforscherin Virginia Henderson bedeutet Pflege die Hilfeleistung für den einzelnen Kranken oder Gesunden, die in der Durchführung von Handreichungen besteht, die zur Gesundheit oder Genesung oder zu einem friedvollen Tod beitragen, welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, dass der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt (vgl. Georg, Frowein, 1999, 681 f). Diese Definition wurde vom International Council of Nurses übernommen.

Der amerikanische Pflegeverband ANA (American nurses association) beschreibt 1980: „Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems“ - Pflege wird definiert als die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme (Georg, Frowein, 1999, 682).

Im deutschsprachigen Raum hat die Schweizer Pflegeforscherin Dr. Sylvia Käppeli folgende Beschreibung von Pflege abgegeben: Die direkte Pflege befasst sich mit allen menschlichen Erfahrungen und Bedürfnissen und mit Lebensbereichen, welche mit Gesundheit, Krisensituationen, Krankheit, Behinderung und Sterben zu tun haben, und nicht nur mit erkrankten Organen. Sie hilft Individuen und Gruppen mit Krankheit, Krisen und Behinderung und mit deren Therapie und Pflege umzugehen und sie zu bewältigen. Pflege bemüht sich, Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Sie versucht Krankheiten und Behinderungen vorzubeugen und zu deren Heilung beizutragen (Georg, Frowein; 1999, 682).

Liliane Juchli beschreibt bzw. definiert 1991 Pflege wie folgt: „Pflege ist die Haltung (Sein), die sich in Planung und Handlung (Handeln) ausdrückt. Pflege ist Bedürfnis- und Ressourcenorientiert. Sie berücksichtigt Gesundheitsdefizite, Krankheitsprobleme und Gesundheitsressourcen und menschliches Befinden. Pflege ist ein lebensnotwendiger Wert; als solcher richtet sie sich an andere: Unterstützung in der Gesundheitsvorsorge und Pflege bei Kranken ist Gesundheits- und Krankenpflege; wie sie Eigenverantwortlich ist: pfleglich mit sich selbst umgehen ist Selbstpflege. Gesundheit- und Krankenpflege ist und hat Zukunft. Denn ohne Pflege stagnieren das Leben und die Lebensenergien. Wer pflegt dient dem Leben: sich selbst – Selbstpflege, den anderen – Gesundheits- und Krankenpflege, der Lebenswelt – ökologische und Sachpflege“ (Juchli, 1991, 117-118).

Hildegard Peplau, ehem. Professorin und Direktorin der American Nurses Association, beschreibt vier Phasen in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten.

- Orientierungsphase
- Identifikationsphase
- Ausbeutung oder Nutzungsphase
- Entscheidungs- oder Ablösungsphase (vgl. Kühne-Ponesch, 2004, 127)

Eine weitere, mir wesentlich erscheinende Definition von Pflege beschreibt Hanna Mayer: „Professionelle Pflege beinhaltet die Unterstützung von Menschen, die sich nicht selbst pflegen können, die Durchführung von und das Mitwirken an präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Ausbildung, Beratung und Begleitung von Menschen, die sich oder andere besser pflegen wollen“ (Mayer, 2007, 33). Laut Hanna Mayer, beruht das pflegerische Handeln auf einem Zusammenspiel von vier Bereichen. Diese sind:

- Intuition,
- persönliches Wissen,
- empirisches Wissen und
- Ethik.

Alle vier Wissensbereiche sind sehr bedeutsam und für das pflegerische Handeln unentbehrlich (vgl. Mayer, 2007, 32).

Für mich persönlich bedeutet Pflege, jemanden etwas Gutes tun. Den Patienten zu unterstützen, wenn er Hilfe braucht, ihn beizustehen in schwierigen Momenten, ihn auch Freude zu bereiten oder das Gefühl zu vermitteln, dass er etwas Besonderes ist, gehört für mich ebenso zur Pflege, wie auch die tägliche Körperpflege. Meiner Ansicht nach, muss sich der Patient vor, während und nach der Pflege wohl fühlen können, dann habe ich zur Zufriedenheit aller gepflegt.

## **2.1. Ausbildung von Pflegepersonen**

Die momentane Ausbildung für diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sieht eine theoretische sowie praktische Ausbildung vor. Die theoretische Ausbildung umfasst nach derzeitigem Lehrplan des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV), im ersten Ausbildungsjahr 970 Stunden, im zweiten Ausbildungsjahr 560 Stunden und im dritten Ausbildungsjahr 470 Stunden.

(vgl. [www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte\\_anzeigen.asp?id=447](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=447) (30.11.2009).

Für die praktische Ausbildung sind in den drei Ausbildungsjahren insgesamt 2480 Stunden vorgesehen. Diese werden in verschiedenen Bereichen wie zum Beispiel Akutpflege, Langzeitpflege, extramurale Pflege, OP-Pflege, rehabilitative Pflege angeboten. Hier wird die oder der angehende DGKS/DGKP angehalten, mit Hilfe bzw. unter Anleitung von bereits diplomierten Krankenpflegepersonen, den täglichen Ablauf auf diversen Stationen zu erlernen und die Pflege am Patienten bestmöglich durchzuführen.

Für eine weitere Sonderausbildung, zur der auch die Ausbildung von Pflegepersonen für Nierenersatztherapie zählt, muss mindestens ein halbes Jahr Berufsausübung im jeweiligen fachspezifischen Bereich nachgewiesen werden. Meistens verlängert sich jedoch diese Zeit, aufgrund der großen Nachfrage an Ausbildungsplätzen. Dies ist meiner Meinung nach ein großer Vorteil, denn je mehr Erfahrung die Pflegepersonen mit dem spezifischen Fach haben, umso besser können diese ihr erworbenes Wissen, mit den Inhalten von der Sonderausbildung verknüpfen und umsetzen. Der Kursinhalt für die Sonderausbildung am AKH Wien, beträgt zur Zeit im Vollzeitstudium 240 Stunden Fachtheorie und 460 Stunden Pflicht bzw. Wahlpraktika. Dieser umfassende so genannte Basiskurs dauert sechs Monate und beinhaltet etwa 700 Lehreinheiten.

(vgl.: [www.wienkav.at/\\_cache/Doku/big/Fortbildungsanzeiger](http://www.wienkav.at/_cache/Doku/big/Fortbildungsanzeiger) (30.11.2009)).

Außer diesen Basiskurs muss ein Aufbaukurs absolviert werden, der momentan 240 Unterrichtseinheiten Fachtheorie beinhaltet und in dem 500 Stunden Fachpraktika absolviert werden müssen. Der Aufbaukurs dauert ebenfalls sechs Monate und umfasst 740 Lehreinheiten und bedingt als Voraussetzung den positiven Abschluss des Basisurses für Nierenersatztherapie.

Wesentliche Ziele für die Sonderausbildung sind unter anderem

„die Einschätzung, Planung und Durchführung der Pflege eines Dialysepatienten, die Qualität der Dialysebehandlung kontinuierlich verbessern, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit des Patienten zu fördern, die Vermeidung von zusätzlichen Komplikationen, die Steigerung des beruflichen Wissens und somit ein hohes Maß an Kompetenz zur Pflege von Patienten mit Nierenersatztherapie bzw. Begleitung und Umgang mit den Angehörigen“ (vgl. Fortbildungsanzeiger-Bereich Pflege; AKH Wien für Sonderausbildung im Sommer 2009). Im nächsten Kapitel finden sich weitere Kompetenzen, welche speziell zur Pflege von Dialysepatienten benötigt werden.

### **2.1.1. Aufgaben des Pflegepersonals auf der Dialyse – am Beispiel WSP-Wien (Pav. 17)**

Das praktische Arbeiten am Patienten beginnt mit dem ersten Tag der Einstellung. Der/die „neue“ Kollegin/e wird einer DGKS/P zugeteilt, welche die Einschulung der jeweiligen Person übernimmt. Diese/r DGKS/P hat bereits jahrelange Erfahrung auf der Dialyse und die Sonderausbildung für Nierenersatztherapie erfolgreich abgeschlossen. Das heißt, jeder neu Einzuschulende, bekommt immer den aktuellsten Stand des Wissens vermittelt, sei es auf pflegerischer oder auf medizinisch-technischer Seite.

Insgesamt wird die/der „neue“ Kollegin/e drei Monate begleitet. Das bedeutet, dass der Dienstplan der Einzuschulenden absolut konform geht, mit jener/en, die/der die Einführung in das Dialysegeschehen übernimmt.

Das ist eine sehr gute Möglichkeit die Kontrolle über die/den neue/n Mitarbeiter/in zu haben. Ebenfalls ist dadurch der Stand der Kenntnisse gut überprüfbar und man kann dort ansetzen wo es noch eventuelle Mängel gibt. Dies ermöglicht noch dazu, eine

professionelle Art der Wissensvermittlung, die sich wie ein roter Faden durch die gesamte Einschulungsphase zieht.

Die klassische Aussage: „Jeder sagt hier was anderes“, wird somit vermieden.

„Students need to structure the information they receive and use it successfully in their practice.“ – „Studenten oder Anzulernende müssen auf die Information, die sie erhalten, aufbauen können, um diese entsprechend in die Praxis umzusetzen“ (Biggs, 1999, in Noble, 2009, 376).

Am Ende dieser drei monatigen Einschulungsphase hat trotzdem jeder die Möglichkeit, sich Tipps und Tricks die einem vielleicht einfacher oder besser erscheinen, von anderen Kolleginnen/en zu holen und diese auch umzusetzen. Dadurch wird die Art der Ausbildung nicht gefährdet, denn an Hand des Kompetenzkataloges muss letzten Endes jeder die gleichen Fertigkeiten besitzen um eine gute Dialyse durchführen zu können.

In der Stellenbeschreibung des Wilhelminenspitals für den speziellen Tätigkeitsbereich der Nierenersatztherapie, sind die diversen Aufgaben einer/s DGKS/P angeführt. Ich möchte jedoch die mir wesentlichen Bereiche herausnehmen, um den unglaublich umfangreichen und zum Teil auch die schwierigen Anforderungen zu beschreiben, mit welchen eine Pflegeperson zurechtkommen soll.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des Gesundheits-und Krankenpflegegesetz werden allgemeine Richtlinien wie folgt festgelegt.

Unter den Begriff emotionale Intelligenz werden gefordert: soziale Kompetenz, Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit und Konfliktfähigkeit.

Unter dem Begriff kognitive Fähigkeiten versteht das Gesetz folgende Kriterien: Fachkompetenz, Problemlösungsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Fähigkeit zum vernetzten Denken.

Des Weiteren werden besondere Belastbarkeit, hohe Stresstoleranz, ausgeprägtes berufliches und persönliches Selbstverständnis, Flexibilität, hohe Frustrationstoleranz, technisches Geschick, pädagogisches Geschick, Toleranz im Bereich von multiethnischen Anliegen. (vgl. Stellenbeschreibung, WSP, Stand, Nov 2009).

Im speziellen Tätigkeitsfeld der Nierenersatztherapie werden noch zusätzliche Fertigkeiten gefordert, diese sind:

- Pflegebedürfnisse, Pflegeanamnese, Pflegeaufwand erheben können
- Pflegebedürftigkeit – Pflegeprozess als fortlaufenden Prozess feststellen können
- Pflege planen können (Ziel - Pflegemaßnahmen)
- Pflegemaßnahmen nach vorgegebenen Qualitätskriterien durchführen können
- Pflegemaßnahmen evaluieren können
- Informationen über Pflege, Krankheitsvorbeugung und gesundheitsfördernden Maßnahmen geben können (Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation)
- Psychosozial, im Rahmen vom eigenverantwortlichen Pflegebereich betreuen können
- Den gesamten Pflegeprozess dokumentieren können
- Die Pflege organisieren können (Tagesablauf, Administration, Koordination, Hygiene...)
- Anleitungsbezogene Handlungen durchführen können (dem Wissensstand entsprechende Anleitung, Delegieren, Kontrolle der Durchführung)
- An der Pflegeforschung mitwirken können (verpflichtende Fortbildung gemäß § 63 GuKG, Weitergabe von Expertenwissen, kontinuierliche Vertiefung von Kenntnissen und Fertigkeiten)
- Spezielle Pflegeexpertinnen/en Tätigkeiten durchführen können
- Innerhalb von fünf Jahren Absolvierung der Sonderausbildung für Nierenersatztherapie gemäß § 68 oder Gleichstellung gemäß § 108 GuKG
- Tätigkeiten im mit verantwortlichen Bereich durchführen können:  
Vitalzeichenkontrolle, Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten, Blutentnahme, Setzen von peripheren venösen Zugängen, Mitwirken bei der Cardiopulmonalen Reanimation, Vorbereitung und Setzen von transurethralen Blasenkathe-  
dern – Instillation und Spülung;

Zur Durchführung einer Nierenersatztherapie wird folgendes gefordert:

- Vorbereitung der medizinisch-technischen Geräte
- Durchführung der Therapie
- Anschluss an den extrakorporalen Kreislauf
- Überwachung des extrakorporalen Kreislauf
- Abschluss vom extrakorporalen Kreislauf
- Nachsorge der Patientinnen/en
- Nachsorge der medizinisch- technischen Geräte
- Information und Beratung über Einnahme und Wirkungen der Medikamente
- Organisation von Gast-und Feriendialysen
- Mitwirken bei der längerfristigen Vorbereitung zur Organtransplantation
- Vor- und Nachbetreuung bei der Nierentransplantation

- Tätigkeiten im interdisziplinären Bereich durchführen können:

Mitwirken können bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, Entlassungsvorbereitung, Pflegeentlassungsbericht (auf der Dialyse eher selten der Fall), Gesundheitsberatung, Arbeiten im multiprofessionellen Team, Mitwirkung bei der Ernährungsberatung, Mitwirken beim Transplantationsmanagement, Mitwirken bei gesundheitsfördernden Therapiemaßnahmen (Ergometrie, Patiententraining...), Übernahme von diversen Tätigkeiten außerhalb der Dienstzeiten des Hilfspersonals.

Im momentan, in Verwendung befindlichen Kompetenzkatalog des Wilhelminenspitals, werden weitere theoretische Kompetenzen gefordert.

Diese sind:

- *Theoretische Grundlagen der Nierenersatztherapie:*

Physikalisch-chemische Grundlagen, Flüssigkeits-, Elektrolyt-, Säure-Basenhaushalt, Wasseraufbereitung.

- *Behandlungszugänge:*

A-V-Fistel, ZVK, Dialock

- *Verfahren zur Nierenersatztherapie:*

Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration, Peritonealdialyse, Plasmapherese, Hämo-perfusion, Antikoagulation, Hygiene.

- *Zwischenfälle bei Nierenersatztherapie:*

Maschinenseitige Alarme, Funktionsstörungen, Patientenseitige Komplikationen.

- Zur *Ernährung* zählen unter anderem Diät und Flüssigkeitszufuhr.

All diese Angaben wurden aus der Stellenbeschreibung bzw. dem Kompetenzkatalog für DGKS/P des WSP Wien direkt übernommen. Kleine Änderungen wurden im Sinne einer guten Lesbarkeit durchgeführt.

In der Literatur sind die Tätigkeitsfelder in Kompetenzen eingeteilt, diese sind:

Diagnostische Kompetenz, Beratungskompetenz, Berufliche Selbstreflexivität, Teamfähigkeit. (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006). Nach dieser umfangreichen Beschreibung der Aufgaben des Pflegepersonals auf einer Dialyse wird sehr deutlich, dass sehr viele Tätigkeiten im psychosozialen Bereich zu finden sind. Über diese Thematik wird jedoch noch ausführlich in Kapitel 3,4 und 7, sowie im empirischen Teil diskutiert.

## **2.2. Die Dialysestation – ein komplexes System**

Die Dialysestation ist ein sehr komplexes und dynamisches System. Es arbeiten viele verschiedene Berufsgruppen in Interaktion miteinander, um letztendlich den Patienten bestmöglich versorgen zu können. Nach Dörner 1994 zeichnet sich ein System, wie das einer Dialysestation durch fünf Merkmale aus:

1. Komplexität,
2. Intransparenz,
3. Dynamik,
4. Vernetzung und
5. Unvollständigkeit und Falschheit der Kenntnisse.

1. Komplexität: Wie bereits angesprochen wirken auf einer Dialysestation viele, voneinander abhängige Personen. Es beginnt beim Techniker über den Pflegehelfer bzw. das diplomierte Fachpersonal sowie Ärzte, Diätassistentin usw. Dieses Zusammenspiel diverser Berufsgruppen wird als Komplexität bezeichnet. Eine unerfahrene Pflegeperson wird die Station nicht als Einheit sehen, sondern vielmehr als ein Zusammenspiel, von vielen komplizierten wesentlichen Details. Hingegen eine erfahrene oder langjährig tätige Pflegeperson, sieht nicht mehr die Einzeldaten sondern die Gesamteinheit, die Komplexität. Das heißt, eine Dialysestation wird von den Personen mit unterschiedlichem Erfahrungspotential sehr ungleich erlebt. Was wiederum bedeutet, dass es so viele Sichtweisen gibt, wie Personen im System vorhanden sind (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006,12).
2. Intransparenz: Selbst das umfangreiche Wissen der Pflegeperson reicht nicht immer aus, um über den physischen und psychischen Zustand des Patienten Bescheid zu wissen. Es bleiben daher Einzelheiten undurchsichtig bzw. intransparent.
3. Dynamik: Das System der Dialyse ist nicht statisch sondern dynamisch und verändert sich ständig. Sei es kleine Veränderungen wie Renovierungen oder Kündigungen, die eine Unruhe im Team entstehen lassen können. Diese dynamischen Bedingungen müssen vom Team stets getragen und bewältigt werden.
4. Vernetzung: Die Stimmung der einzelnen bildet ein gesamtes Bild an Handlungen. Das heißt, selbst wenn sich der einzelne nicht bewusst verändert verhält, so verändert es den Zustand des gesamten Teams. Ein Beispiel dafür kann sein, wenn sich der ärztliche Leiter ändert. Das betrifft zwar die Chefetage, jedoch unmittelbar verändert es die Handlungen der Akteure. Ich denke auch, dass die pflegerische Leitung durch das Handeln, die Repräsentation oder den Umgang mit Kolleginnen und Kollegen, die Stimmung oder Emotionen auf der Station wesentlich beeinflussen kann, ohne dies bewusst wahr zu nehmen.
5. Unvollständigkeit oder Falschheit der Akteure: Es ist nicht möglich über jedes einzelne System umfangreiches Wissen zu haben. Daher ist es besonders schwierig, das Zusammenspiel der verschiedenen Teilsysteme zu verstehen und dementsprechend zu agieren. Aufgrund von organisatorischen Gegebenheiten, diverse Vorgaben von einer anderen Ebene und personale Abhängig-

keit, ist das Wechselspiel untereinander nur schwer zu durchschauen. Zusätzlich zu diesen komplexen Bedingungen arbeitet das Pflegepersonal mit chronisch Kranken, was ohnehin schon ein herausforderndes Arbeitsfeld bietet. Aus der Praxis ist ersichtlich, dass es in solchen Arbeitsbereichen schnell zu Überforderungen kommen kann. Zwar ist bekannt, dass die Menschen unterschiedlich auf gewisse Bedingungen reagieren, trotzdem scheint es bestimmte Reaktionen zu geben, die unabhängig vom Einzelfall auftreten. Zunächst einmal wird in der Literatur eine Art Trivialisierung genannt. Die Pflegeperson trivialisiert Themen, banalisiert und reduziert die Fakten aufgrund der komplexen Situation auf ein Minimum. (Beratungsaufwand, ernährungspsychologische Aspekte, Familiensituation). Eine weitere Möglichkeit mit der Komplexität umzugehen ist, den bestehenden Arbeitsaufwand zu beschleunigen. Dadurch wird der Kontakt und somit unangenehmen Fragen entwichen. Oft werden die Themen sprunghaft gewechselt, damit man unerwünschten Dingen aus dem Weg gehen kann (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006).

### **2.3. Chronizität und chronische Krankheit: Definitionen und Kennzeichen chronischer Krankheit**

Es gibt eine große und zunehmende Anzahl an chronischen Erkrankungen mit den unterschiedlichsten Krankheitsformen und Erscheinungsbildern. Diese Annahme geht aus diversen Statistiken für chronische Erkrankungen hervor (vgl. Statistik Austria, Bericht -Gesundheitsbefragung 2006/2007, 19ff).

Das Wort „chronisch“ kommt vom lateinischen chronicus und vom griechischen chronikos und bedeutet hauptsächlich: für die Zeit – das heißt, die gesundheitlichen Beschwerden sind andauernd, wiederkehrend, langwierig, alt bekannt oder hartnäckig.

Es gibt einige Autoren die den Versuch unternommen haben, den Begriff chronische Krankheit – Chronizität umfassend und dennoch eindeutig zu definieren. Es ist festzustellen, dass es keine Definitionen aus Sicht der Pflege gibt.

Chronische Krankheit: Unter chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein beziehungsweise die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, För-

derung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist. (vgl. Lubkin et al., 2002, 26)

Autor: Commission of Chronic Diseases 1949: „Alle Schädigungen oder Abweichungen vom Normalzustand mit folgenden Merkmalen: Dauerhaftigkeit, zurückbleibende funktionelle Einschränkung aufgrund irreversibler pathologischer Veränderungen, Notwendigkeit von Rehabilitation und ggf. Überwachung, Beobachtung oder Pflege über einen längeren Zeitraum“ (Lubkin, et al., 2002, 24).

Autor: Buergin et al. 1979: „Über einen variablen, längeren Zeitraum hinweg auftretende Krankheitszeichen und Symptome, die durch eine Erkrankung verursacht wurden, wobei eine Wiederherstellung nur teilweise möglich ist“ (Lubkin et al., 2002, 25).

Autor: Barach 1992: „Betrifft Personen, die ihre Krankheit als gravierendes psychisches Leiden erleben und als Folge davon über längere Zeit oder lebenslang in hohem Maß behindert sind“ (Lubkin et al., 2002, 25).

Autor: Curtin & Lubkin 1995: „Unter chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist (Lubkin; Larsen, 2006, 5).

Die Ursachen für eine zunehmende Chronizität bzw. Zunahme der chronischen Erkrankungen sind vielfältig. Diese können von organischen Ursachen über psychosoziale Ursachen sowie genetische Faktoren oder Lebenserwartung und Änderung des Lebensstils reichen. Der Lebensstil in unserer Gesellschaft wie ungesunde Ernährung, wenig Bewegung bei sitzender beruflicher Tätigkeit, Rauchen, Alkoholkonsum und vieles mehr, sind sicherlich zusätzliche Auslöser chronischer Krankheiten.

Ein Großteil von chronischen Erkrankungen steht im Zusammenhang mit Lebensstil und Verhalten und ist abhängig von inneren sowie äußeren Faktoren. Nicht zuletzt ist zu beobachten, dass sich durch den unaufhaltsamen Fortschritt der Technik und Medizin die lebensrettenden Maßnahmen gebessert haben und somit es einen Anstieg an chronischen Erkrankungen zu verzeichnen gibt.

### **2.3.1. Die Pflege chronisch kranker Menschen**

Nachdem chronisch kranke Menschen die größten Konsumenten im Gesundheitswesen sind, (vgl. Seidl, Walter, 2005, 16) ist es auch sehr wesentlich, dieser Patientengruppe besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist schwierig allgemeine Richtlinien für die Pflege chronisch Kranker aufzustellen, da die verschiedensten Krankheitsbilder unterschiedlichste pflegerische Interventionen benötigen. Man kann jedoch von zwei Betrachtungsweisen oder Hauptströmungen (vgl. Seidl, Walter, 2005, 17) ausgehen. „Einerseits sorgt die Pflegeperson dafür, dass der Kranke die Aufgaben, die das Leben stellt, so gut wie möglich erfüllt, und vor allem dass die Forderung nach einem „gesunden Leben“ berücksichtigt wird.“ Man geht hier von einem Selbstfürsorgedefizit aus, welches durch richtige Anleitung und Wiederherstellung diverser Funktionen, von Seiten der Pflegeperson ausgeglichen werden kann. Die Pflegeperson wirkt in erster Linie unterstützend.

Die zweite Hauptströmung oder auch Perspektive genannt, ist am „Erleben“ orientiert (vgl. Seidl, Walter, 2005, 18). Der chronisch Kranke wird mit einer Situation konfrontiert, die eine völlige Lebensumstellung zur Folge hat. Was vor der Erkrankung möglich war, ist nach der Diagnose bzw. nach Auftreten diverser Symptome in keinsten Weise mehr möglich. Die existierende Ungewissheit und Unsicherheit in Bezug auf das weitere Leben ist sehr problematisch. (vgl. Royer, 1998, 41). Der Körper wird unzuverlässig und reagiert oft anders als erwartet. Solche Ausnahmesituationen sind für die Pflegeperson eine besondere Herausforderung, da letztendlich immer der Patient im Mittelpunkt des Handelns stehen sollte und nicht seine Erkrankung. „Die Pflegeperson geht bei der am Erleben orientierten Perspektive von der Erfahrung und der Bedeutung aus, die der Patient seiner Erkrankung verleiht“ (Seidl, Walter, 2005, 18). Ebenfalls sind bei der Betreuung chronisch Kranker weitere Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- Der chronisch Kranke hat meist ein sehr intensives Bedürfnis nach Information und Beratung. Das heißt, dass die Patienten im Laufe ihrer Erkrankung durchaus als Experten bezeichnet werden können. In der Betreuung kann das sehr positiv sein und sollte daher akzeptiert und unterstützt werden.
- Besonders chronisch kranke Menschen sind sehr empfindlich gegen diverse Phrasen, Halbwahrheiten oder falsche Hoffnungen. Daher kommt es auch im-

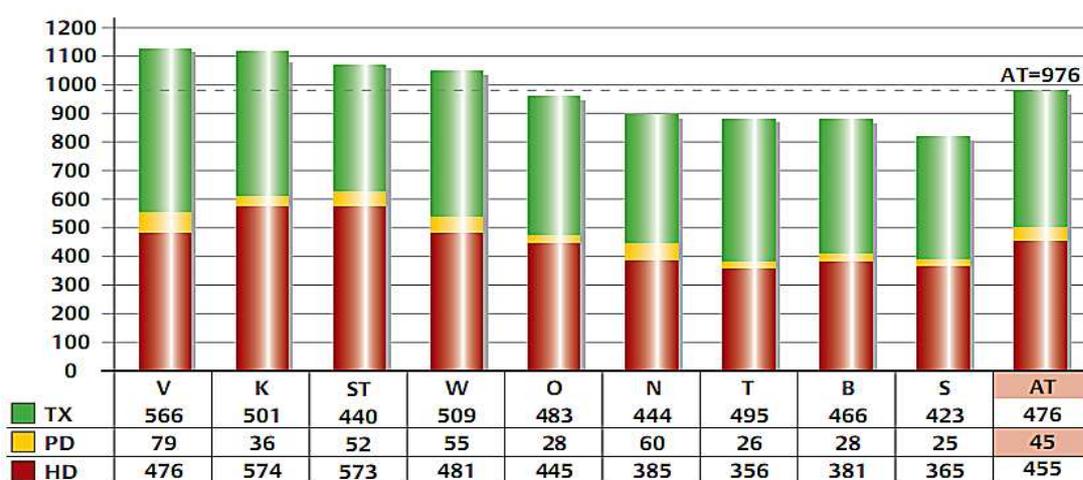
mer wieder vor, dass Dialysepatienten von einer Institution zu anderen wandern, in der Hoffnung, dass sie „besser“ oder „ehrlicher“ betreut werden.

- Außer diesen Aspekten ist in der Literatur noch angemerkt, dass sich eine chronische Erkrankung häufig als „Spielzeug“ anwenden lässt. Das kann sowohl das Pflegepersonal, den Arzt oder den Versicherungsträgern, sowie den Lebenspartner, die Kinder oder die gesamte Umwelt unmittelbar betreffen (vgl. Geisler, 2002, [www.linusgeisler.de/ap/ap16\\_compliance.html#ap16a](http://www.linusgeisler.de/ap/ap16_compliance.html#ap16a)).

Die Pflege von chronisch Kranken ist eine wichtige Zukunftsaufgabe. Es sind im Wesentlichen die Pflegekräfte, die darüber bestimmen, ob künftig gepflegt wird, oder ob chronisch Kranke, Behinderte, oder Menschen die im Sterben liegen nur notwendig versorgt werden, und nicht liebevoll und professionell unterstützt und ermutigt werden, das Leben in Freude und Fülle zu leben. (vgl. Funk et al. 1993,17).

### 2.3.2. Die Pflege eines Dialysepatienten

Die nachfolgenden Statistiken zeigen die Anzahl jener Patienten in Österreich, welche von einer Dialysebehandlung abhängig sind. Im Dialysebericht vom 31.12.2008 handelte es sich somit um 4019 Personen die sich drei bis viermal pro Woche einer Nierenersatztherapie unterziehen müssen. Dabei sind jedoch Hämodialyse- und Peritonealdialysepatienten zusammengerechnet.



Grafik 1: Prävalenz der Nierenersatztherapie in Österreich im Bundesländervergleich vom 31.12.2009, TX: Nierentransplantiert, PD: Peritonealdialyse, HD: Hämodialyse;

## Patienten an Nierenersatztherapie

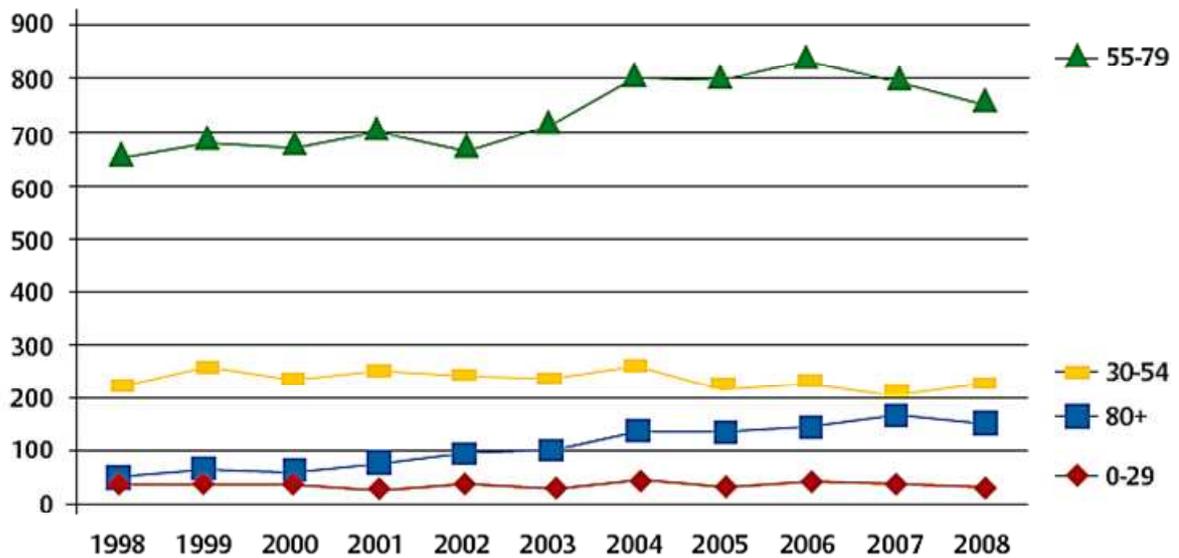


Grafik 2: Dargestellt sind nur Patienten mit österreichischer Wohn Postleitzahl. Die linke Hälfte der „Patienten-Pyramide“ gibt die Prävalenz für Dialyse (HD und PD) wieder, die rechte Hälfte zeigt die Transplantationsprävalenz (Patienten mit funktionierendem Transplantat). Ende 2009 wurden 8176 Patienten mit Nierenersatztherapie behandelt. 49% waren transplantiert und 51% waren an der Dialyse (HD + PD); ([www.nephro.at/oedr2009/JB\\_2009\\_72.pdf](http://www.nephro.at/oedr2009/JB_2009_72.pdf), 10.10.2010).

Außerdem möchte ich noch anmerken, dass die Population an Dialysepatienten immer älter wird. In den USA wurde im Jahre 2005 bei den neu diagnostizierten chronischen Nierenerkrankungen ein durchschnittliches Alter von 64,6 Jahren ermittelt. Die über 65 Jahre Population ist die am schnellsten wachsende Personengruppe mit chronischer Niereninsuffizienz, welche zur Dialyse müssen. (vgl. Haras, 2008, 451). Auch in Österreich ist wie die nachfolgende Statistik zeigt, die Anzahl der Dialysepatienten im Alter zwischen 55 und 79 Jahren am größten ist. Das durchschnittliche Alter bei weiblichen bei neuen Dialysepatientinnen im Jahre 2008 ist somit 65,48 Jahre und bei männlichen Dialysepatienten 63,86 Jahre.

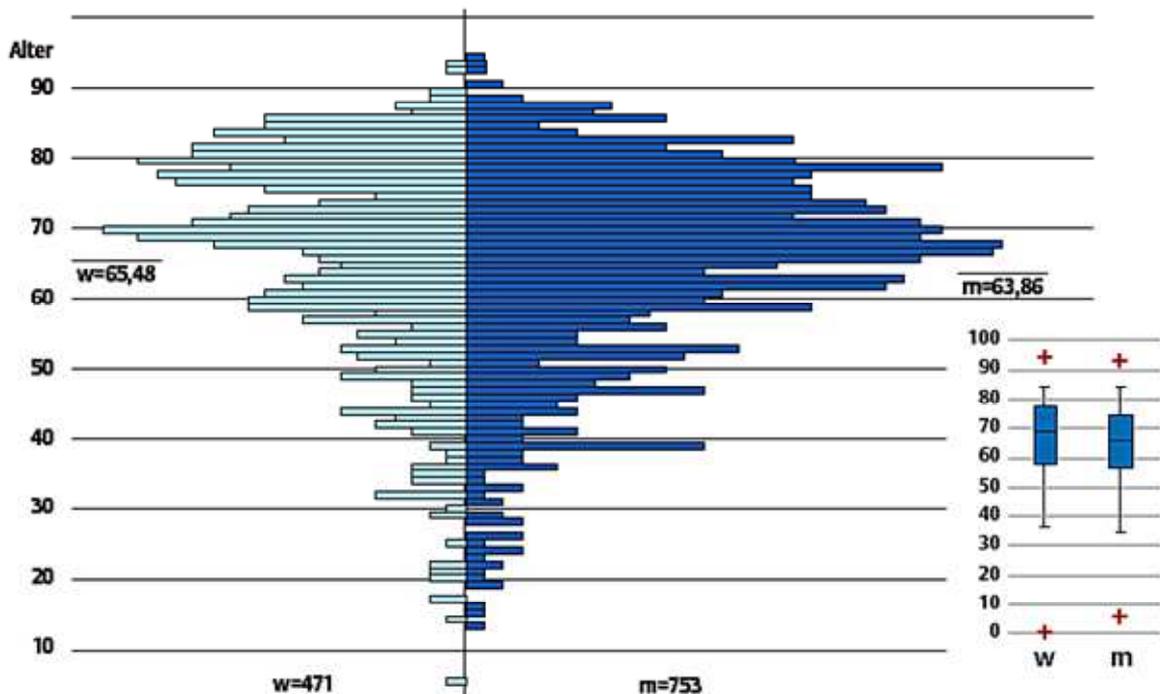
Diese Zahlen sind meiner Ansicht nach insofern wichtig, da sich die Pflege von älteren Patienten anders gestaltet, als die der jüngeren Patientinnen/en.

## Altersstruktur der Patienten mit Nierenersatztherapie Neue Patienten von 1998 - 2008



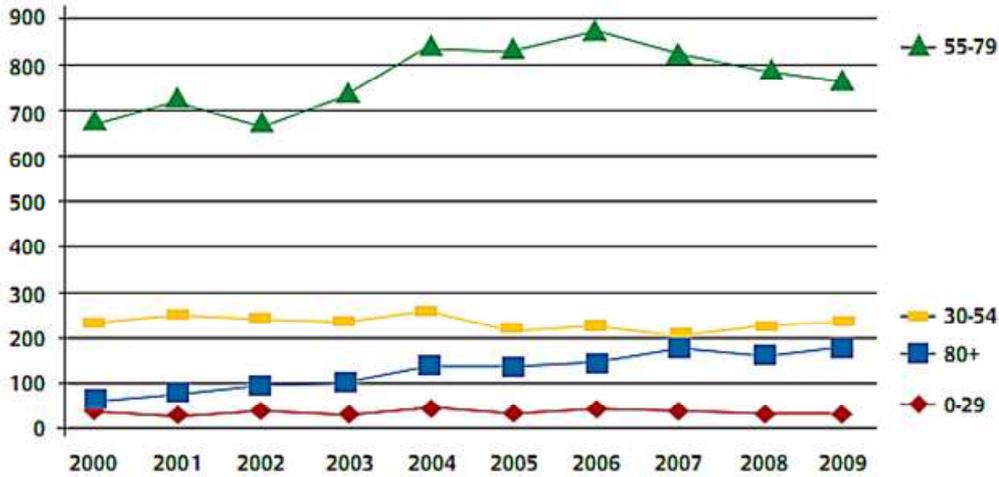
Grafik 3: Die Altersverteilung inzidenter NET-Patienten zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der über 55-jährigen Patienten.

## Altersstruktur der Patienten mit Nierenersatztherapie Neue Patienten 2008



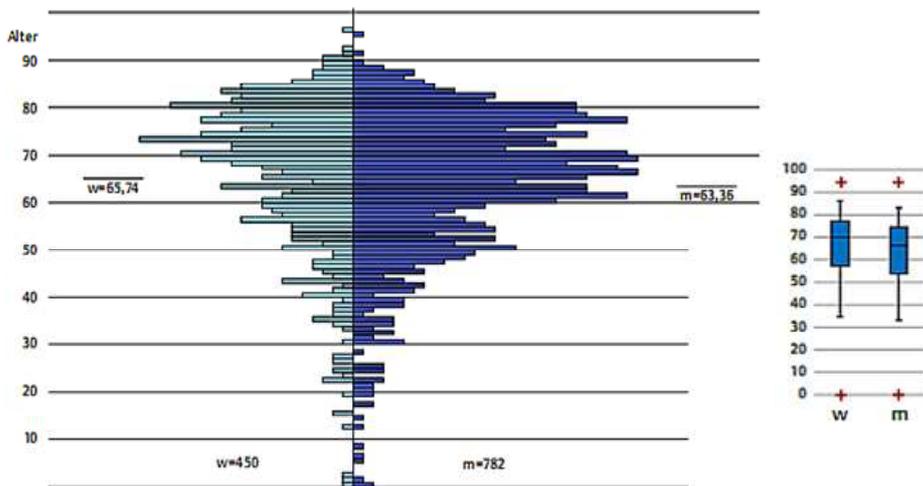
Grafik4: Durchschnittliches Höchstalter bei Frauen: 65,48 Jahre, bei Männern 63,86 Jahre;

## Altersstruktur der Patienten mit Nierenersatztherapie Neue Patienten von 2000 - 2009



Grafik 5: Diese Grafik zeigt sehr deutlich die Altersverteilung von neuen Patienten zwischen 2000-2009;

## Altersstruktur der Patienten mit Nierenersatztherapie Neue Patienten 2009



Grafik 6: Die Altersverteilung prävalenter NET-Patienten jeweils am 31.12. eines Jahres zeigt ein unterschiedliches Verhalten bei Dialysepatienten und bei transplantierten Patienten. Die stärksten Zuwachsraten bei Dialysepatienten werden bei über 65-Jährigen beobachtet. ([www.nephro.at/oedr2009/oedr2009.htm](http://www.nephro.at/oedr2009/oedr2009.htm), 10.10.2010).

Wie aus den beiden zu vergleichenden Statistiken erkennbar ist, hat sich die Altersstruktur zwischen 2008 und 2009 unwesentlich verändert. Das wiederum bedeutet, dass nach wie vor die Altersgruppe von 55 bis 79-jährigen den größten Anteil an bereits bestehenden sowie neuen Dialysepatienten ausmacht.

In der Pflege der Dialysepatienten möchte ich speziell auf meine letzten Erfahrungen auf der Dialysestation im Wilhelminenspital Pav. 17 zurückgreifen. Das heißt, ich werde vor allem die Pflege von Hämodialysepatienten beschreiben. Jede einzelne Pflegeperson würde diesen Teil anders beschreiben und interpretieren, daher ist es mir besonders wichtig meinen persönlichen Zugang zu schildern. Die Erfahrungen die ich in meiner langjährigen Tätigkeit als Dialyseschwester mit Dialysepatienten gemacht habe, sind sehr verschieden.

Oftmals wird die Dialyse als Feind betrachtet, ein Negativbild wird gestaltet und es besteht eine große Abwehrhaltung zu allem und jeden der bzw. was mit Dialyse zu tun hat. Nach einiger Zeit kommt es zu einer gewissen Routine im Umgang mit Ernährungsumstellung, Tagesablauf und der Dialyse. Diese Zeit der Anpassung ist von Patient zu Patient sehr unterschiedlich und kann oft bis zu Jahren dauern. Das Vertrauen in das Personal wird im Laufe der Zeit größer und nicht selten entstehen Freundschaften zwischen Patient und Pflegeperson. Da sich für einen Großteil der Patienten mit der Dialyse auch der Gesundheitszustand zum Positiven verändert, ist es mit der Zeit einfacher das Zentrum zu besuchen. Vor allem jüngere Kranke benutzen die Zeit der Dialyse (mind. 3x wöchentlich ca. 4h – 6 h) um sich zu erholen, in Ruhe ein Buch zu lesen oder auch zu arbeiten. Die kurze Beschreibung des Tagesablaufes auf der Dialyse ist mir besonders wichtig, um einen Einblick in das umfangreiche Einsatzgebiet einer/s DGKS/P zu bekommen.

Der Patient kommt drei Mal in der Woche an den gleichen Tagen und auch zur gleichen Zeit in das Dialysezentrum (MO-MI-FR oder DI-DO-SA). Es gibt sogenannte unterschiedliche Schichten. Das heißt die Dialysezeiten werden von dem jeweiligen Dialysezentrum festgelegt und der Patient muss sich an diese Dialysezeiten halten. Es wird schon der Versuch unternommen, den Patienten so gut wie möglich in die Vorgabe der Dialysezeit zu involvieren und Wünsche zu berücksichtigen. Vor allem bei Patienten die noch berufstätig sind besteht ein sehr großes Mitspracherecht.

Der/die Patient/in geht als erstes auf die Waage und kontrolliert das aktuelle Gewicht. Danach setzt sich der/die Patient/in auf seinen vorbereiteten Platz. Die Pflegeperson startet nun den Dialyseablauf. Dieser Ablauf beginnt mit einem Gespräch mit dem/der Patient/in über dessen/deren Befinden und über aktuelle Geschehnisse, welche vor allem für die folgende Dialyse von großer Bedeutung sein können (z.B. diverse Stürze, Verletzungen oder auch Unwohlsein zu Hause sowie andere Symptome, die auch die Art der Dialyse und Vorkehrungen beeinflussen). Dann wird der Blutdruck kontrolliert und der Shunt (= künstlich angelegter Zugang zur Durchführung der Dialyse) oder Katheter so vorbereitet, dass ein Anschluss an das Dialysegerät möglich ist. Das Blut der/des Patientin/en fließt nun durch das Schlausystem und durch eine künstliche Kapillare, welche die Reinigung und Entwässerung durchführt. Das gereinigte Blut wird über den zweiten Schenkel (Nadel oder Katheter) dem/der Patienten/in rückinfundiert. Dieser **sehr vereinfacht ausgedrückter Vorgang** wiederholt sich die nächsten Stunden zig Male. Nun werden diverse Werte, sei es Druckverhältnisse oder Blutflussgeschwindigkeiten sowie, Eingaben der Pflegeperson (Ultrafiltrationsrate, Ultrafiltrationszeit...) usw. festgelegt, dokumentiert und von unterschiedlichen Pflegepersonen mehrmals kontrolliert. Das Gespräch mit dem/der Patienten/in bleibt in der gesamten Zeit des „Anhängens“ an das Dialysegerät aufrecht, um bei möglichen Komplikationen und außergewöhnlichen Symptomen sofort intervenieren zu können.

In den nächsten drei bis sechs Stunden werden diverse Kontrollen immer wieder durchgeführt. Sei es Laborkontrollen, Blutdruckkontrollen, diverse organisatorische Tätigkeiten, welche das unmittelbare Umfeld des Patienten betreffen oder auch Verbandswechsel, Aufklärungsgespräche oder Verhaltensvorschläge über therapeutische Maßnahmen und noch vieles mehr. Auch auf das leibliche Wohl der Patientinnen/en darf auf keinen Fall vergessen werden. Nach vier bis sechs Stunden wird dann – das Blut rückinfundiert und der/die Patient/in von dem Dialysegerät „abgeschlossen“. Abermals werden Kontrollen durchgeführt und nach gutem Wohlbefinden wird der/die Patient/in nach Hause entlassen. Nochmals möchte ich betonen, dass dies eine sehr vereinfachte Darstellung des Ablaufes ist, da eine ausführliche Beschreibung aller Tätigkeiten mindestens eine gesamte Diplomarbeit füllen würde. Trotz der Einfachheit der Beschreibung des Tätigkeitsfeldes der Pflegeperson, ist schon zu erkennen, dass hier ein sehr hohes Maß an Kompetenzen und Flexibilität gefordert ist. Einen sehr wesentlichen Teil der Betreuung eines Dialysepatienten macht die medizinisch-

technische Versorgung aus. Eine korrekte Bedienung des Dialysegerätes, sowie die Überwachung medizinischer Parameter und nicht zuletzt die rasche Reaktion auf Störungen im medizinisch-technischen Bereich sind unentbehrliche Voraussetzungen für eine professionelle Pflege. Damit ist jedoch nur ein Teilbereich des umfangreichen Tätigkeitsfeldes einer/s DGKS/P auf der Dialyse erfasst. Meiner Meinung nach ist es die größte Herausforderung, auf der menschlich-kommunikativen Ebene professionell zu agieren.

Nachdem die Einschulung der medizinisch-technischen Ebene die meiste Zeit in Anspruch nimmt, rückt die Beziehungsarbeit etwas in den Hintergrund. (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 78). Jede Pflegeperson lernt im Laufe der Zeit wie sie mit chronisch kranken Menschen umgehen soll. Oftmals werden erfahrene Kollegen zu Rate gezogen oder man ist auf seine eigenen didaktischen Fähigkeiten angewiesen, die man sich auf entsprechenden Fortbildungen aneignen kann. Im Gespräch mit Kollegen merkte ich oft, dass die tägliche medizinisch-technische Arbeit sehr zur Routine wird, jedoch die beziehungs- und vertrauensfördernde sowie konfliktfreie Arbeit mit den Dialysepatienten, die größte Herausforderung auch noch nach Jahren ist.

#### **2.4. Beschreibung des ÖDTR**

Das ÖDTR (Österreichische Dialyse- und Transplantationsregister) der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie beruht auf einer freiwilligen Kooperation aller österreichischen Behandlungszentren, die Nierenersatztherapie anbieten. Ziele des ÖDTR sind:

Eine Vollständige Erfassung der Zahl und Struktur der Versorgungseinheiten, die Nierenersatztherapie anbieten; Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit solchen Zentren; eine vollständige Erfassung der Patientenpopulation, die Nierenersatztherapie erhält; eine Erhebung demographischer Grunddaten; eine Erfassung weiterer Daten wie Qualitätsparameter, Laborbefunde, biometrische Daten in Form spezieller Studien; die Darstellung von Häufigkeiten (Inzidenz, Prävalenz, Zuwachsraten) und deren Trends über die Zeit (Jahresbericht); die Erfassung der Mortalität, Morbidität, Lebensqualität in Bezug auf die verschiedenen Behandlungsmethoden, renale Grundkrankheit und verschiedene andere Patientendaten; die Erarbeitung von Methoden zur

internen Qualitätssicherung; die Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlich-medizinischen Institutionen (Austrotransplant, Eurotransplant, Europäische Dialyseregister und andere nationale und regionale Register); eine Zusammenarbeit bei ökonomischen Fragestellungen und Kosten-Nutzenrechnungen (z.B. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen); eine Initiierung, Durchführung, Überwachung wissenschaftlicher Arbeiten aus dem Bereich „Nierenersatztherapie“, die auf Daten des ÖDTR basieren. (www.nephro.at; ÖDTR Jahresbericht 2007; 23.9.2009). In der nachfolgenden Statistik des OEDTR ist die Pflegepersonalverteilung österreichweit ersichtlich.

### Dialysezentren 2008

#### Struktur und personelle Ausstattung

<b>76</b>	Zentren mit ÖDTR-Code	<b>2</b> Zentren Transplantation/Nachsorge <b>1</b> Zentrum nur PD <b>8</b> Ordinationen mit Subcodes
<b>63</b>	Hämodialysezentren	<b>3</b> pädiatrische Zentren
<b>808</b>	Hämodialyseplätze insgesamt (d.h. ca. 13 pro Zentrum)	
<b>1.061</b>	Diplom. Pflegepersonen (873 Vollzeitäquivalente) (ca. 0,9 pro HD-Platz, ca. 54 HD pro Monat pro Diplom. Pflegeperson)	
<b>105</b>	Hilfspersonal (89 Vollzeitäquivalente)	
<b>38</b>	Techniker (19 Vollzeitäquivalente)	
<b>176</b>	Additivfachärzte für Nephrologie	
<b>27</b>	Fachärzte für Innere Medizin in Ausbildung zum Nephrologen (55 Ausbildungsstellen in Nephrologie)	
<b>60</b>	Sekundärärzte	

Grafik 7: 63 Zentren mit ÖDTR-Code betreiben Hämodialysetherapie. In 33 Zentren werden Peritonealdialysepatienten betreut. Das „durchschnittliche“ Zentrum hat 13 Dialyseplätze. 1 diplomierte Pflegeperson betreut ca. 54 Hämodialysen pro Monat. Auf 1 Nephrologen kommen durchschnittlich 43,9 Patienten mit terminalem Nierenversagen (22,4 Dialysepatienten, 21,5 Nierentransplantierte (www.nephro.at; OEDTR-Bericht 2009; 10.3.2010)

## Dialysezentren 2009

### Struktur und personelle Ausstattung

JB2009 

<b>79</b>	Zentren mit ÖDTR-Code	<b>2</b>	Zentren Transplantation/Nachsorge
		<b>9</b>	Ordinationen mit Subcodes
<b>66</b>	Hämodialysezentren	<b>50</b>	Zentren in Kliniken (3 pädiatrische Zentren)
		<b>16</b>	private Zentren
<b>28</b>	PD-Zentren	<b>2</b>	Zentren nur PD
<b>933</b>	Hämodialyseplätze insgesamt (ca. 14 pro Zentrum)		
<b>1188</b>	Diplom. Pflegepersonen	(VEQ: HD 959,6, PD 45,6)	
	(0,97 pro HD-Platz, 51,2 HD pro Monat pro Diplom. Pflegeperson)		
	(8,3 PD-Pat pro Diplom. Pflegeperson)		
<b>105</b>	Hilfspersonal	(VEQ: 88,5)	
<b>26</b>	Techniker	(VEQ: 18,8)	
<b>207</b>	Fachärzte mit Additivfach für Nephrologie		
<b>35</b>	Fachärzte für Innere Medizin in Ausbildung zum Additivfach Nephrologie (49 Ausbildungsstellen in Nephrologie)		
<b>60</b>	Sekundärärzte		

**Grafik 8:** 79 Zentren mit ÖDTR-Code betreiben Hämodialysetherapie. Das durchschnittliche Zentrum hat 14 Dialyseplätze. 1 diplomierte Pflegeperson betreut 51,2 Dialysepatienten pro Monat. (www.nephro.at, OEDTR-Bericht 2010; 10.3.2010)

Die Anzahl an Hämodialyseplätzen hat sich von 2008 auf 2009 um 125 Plätze auf insgesamt 933 Plätze erhöht. Außerdem möchte ich anmerken, dass sich die Anzahl von diplomierten Pflegepersonen von 2008 auf 2009 auf um 119 Pflegepersonen erhöht hat. Das ist ein Plus von 86,6 Vollzeitäquivalenten diplomierten Pflegepersonen. Ebenfalls hat sich der Bedarf von Fachärzten mit Additivfach für Nephrologie um 31 Personen auf gesamt 207 Fachärzten erhöht.

## 2.5. Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Arzt

Der Vollständigkeit halber möchte ich dieses Thema nur sehr kurz streifen, da es in der Diplomarbeit in erster Linie um das Pflegepersonal geht. Eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Arzt und Pflegepersonal ist jedoch ein wesentlicher Aspekt einer gut funktionierenden Dialysestation. Im Jahre 1966 hat Hildegard Peplau (ehem. Professorin und Direktorin der American Nurses Association) einen Wandel in der Beziehung zwischen Arzt und Krankenschwester, von unterwürfig zu gemeinschaftlich und behilflich beschrieben. Leonard Stein (1967) beschrieb in einem Artikel die Kommunikation zwischen Arzt und Krankenschwester und bezeichnete diese als

„the doctor-nurse game“. Falls nun beide, der Arzt und die Pflegeperson, dieses Spiel gut spielen, so wird es zwei Gewinner geben. Das Team funktioniert effektiv, in dem der Arzt einen nützlichen und wertvollen Berater in der/dem DGKS/P sieht und die Pflegeperson gewinnt an Selbstvertrauen und hat Befriedigung in der Arbeit (vgl. Manos, Braun; 2006, 87 f). Die Regeln für dieses Spiel sind:

- 1) There must be no open disagreement;
- 2) The nurse must make recommendations without appearing to do so
- 3) The physician must request recommendations without appearing to do so.

Im Dialysebereich gibt es relativ klare Grenzen zwischen Pflegepersonal und Ärzteteam. Das ist auch notwendig um diversen Verwirrungen und unbefriedigenden Gesprächen aus dem Weg zu gehen. Das Pflegepersonal hat einen weitaus intensiveren Kontakt zum Patienten. Aufgrund dessen ist die Zusammenarbeit einfacher, da eine gewisse Abhängigkeit zwischen dem Pflegepersonal und dem Arzt entsteht. Ohne das kompetente Wissen des Pflegepersonals über den Patienten, ist die Kommunikation zwischen Arzt und dem chronisch kranken Menschen erheblich schwieriger und aufwendiger. Dies ist mitunter ein Grund warum das Pflegepersonal einen hohen Beratungsaufwand in der tagtäglichen Pflege hat. Die positive Beziehung zwischen den Patienten und dem Pflegepersonal wird häufig von den Ärzten benützt um schwierige Themen anzusprechen. Nicht selten wird der Pflegeperson eine gewisse Aufklärung zugeteilt, da die Erfolgsaussichten erheblich höher sind, wenn das Gespräch von einer vertrauenswürdigen Pflegeperson durchgeführt wird (vgl. Manos, Braun, 2007, 110-111).

Ein weiterer, mir erscheinender wichtiger Punkt in der Zusammenarbeit mit den Ärzten sind Pflegegespräche oder Pflegevisiten. Als gemeinsames Team aufzutreten, bedeutet nicht nur gemeinsam als Gruppe bei der Visite anwesend zu sein. Im medizinischen Handeln ist Pflege integriert, sowie Pflege im medizinischen Handeln integriert ist. Daher ist es sehr bedeutend als gemeinsame Gruppe mit Ärzten und Pflegenden Besprechungen durchzuführen. Sei es Teambesprechungen, Gruppengespräche oder Pflegevisiten, die allerdings nur dann sinnvoll sind, wenn diese regelmäßig durchgeführt werden oder noch besser ein Fixtermin eingerichtet wird (jour fixe). Es sollte auch von beiden Berufsgruppen angenommen, akzeptiert und eingehalten werden um auch

eine gewisse Routine miteinander zu bekommen. Bei einer derartigen Arzt-Pflegeteambesprechung könnten auch Probleme von Patienten besprochen werden, die momentan eine besondere Betreuung benötigen. Außerdem ist es einfacher, sollte es zwischen den Berufsgruppen zu Ungereimtheiten kommen, diese gleich zu bearbeiten um eine adäquate Lösung zu finden. Ich bin sehr davon überzeugt, dass aus solchen Sitzungen durchaus positive Ergebnisse für alle Beteiligten (Arzt, Pflegeperson sowie auch Patient) erzielt werden können.

Trotz aller positiven Beispiele die oben angeführt sind, ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen nicht immer realisierbar. Brobst et al. beschreibt, dass negative gesellschaftliche Faktoren, die in der Geschichte fest verankert sind, einen Einfluss auf die Zusammenarbeit haben können.

So zum Beispiel ist Pflege ein vorwiegend weiblicher Beruf, und diese Berufsgruppe hat sich an ein unterordnendes und selbstloses Verhalten gewöhnt. Es kann jedoch sein, dass diesen Personen indirekt über Jahre hinweg ein selbstbewusstes Auftreten, Ärzten oder Verwaltungsangestellten gegenüber, als unangemessen und nicht tragbar vermittelt wurde. Finanzielle Faktoren oder Bildungsstatus sowie unterschiedliche Berufserfahrungen können für viele Ungleichheiten und Konflikte zwischen Arzt und Pflegepersonal die Ursache sein. Häufig kommt noch hinzu, dass Pflegepersonen und hier ganz besonders diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern, gewohnt sind zu verhandeln und zu versöhnen, während die Ärzte historisch gesehen selbstsicher, autoritär und wettbewerbsorientiert auftreten und auch handeln. Um diesen Verhalten entgegen wirken zu können, ist es wichtig, dass die Richtlinien des Krankenhauses, welche sich auf das Niveau der Zusammenarbeit auswirkt, immer wieder überdacht und diskutiert werden.

Daher sollten sich Verwaltungspersonen, Pflegepersonen sowie Ärzte sich immer wieder der Frage stellen: „Sprechen Ärzte und Pflegepersonal auf gleicher Hierarchiestufe? Wissen Ärzte und Pflegekräfte welche Rolle die Pflege bei der Genesung des Patienten spielt? Sind die Pflegekräfte bereit Verantwortung zu übernehmen und an den Zielen mitzuarbeiten? Wie sehen die Befehlshierarchien aus und werden diese von beiden Berufsgruppen akzeptiert und respektiert? (vgl. Brobst et al., 2007, 172 ff). Brobst et al. beschreibt außerdem folgende Instrumente, die eine bessere Zusammenarbeit fördern:

-„Gemeinsame Dokumentation mit Interdisziplinären Behandlungspfaden – diese erfüllt gemeinsame Standards für eine interdisziplinäre Qualitätssicherung,

-gemeinsame Arbeitsgruppe – beobachtet die Zusammenarbeit im klinischen Alltag, verbessert die Kommunikation und steigert die Effizienz,

- gemeinsame Auswertung der Patientenpflege – dies ist besonders empfehlenswert, wo spezialisierte Pflegende und Ärzte eng zusammenarbeiten,

-Primary Nursing – eine Pflegende ist für alle pflegerischen Entscheidungen für eine bestimmte Gruppe von Patienten verantwortlich, dies steigert und fördert die Kommunikation und das Vertrauen,

-unabhängige Entscheidungen des Pflegepersonals – die Rollen von Arzt und Pflegepersonen sollten klar definiert sein,

-Fortbildung – intensive Fortbildung fördert die berufliche Kompetenz, wenn Ärzte Vertrauen in die Kompetenzen des Pflegepersonals haben sind diese eher zur Zusammenarbeit bereit“ (Brobst et al., 2007, 172 f).

### **2.5.1. Kommunikation zwischen Pflegepersonal**

Eine gut funktionierende Kommunikation zwischen den Kollegen ist eines der wichtigsten Themen in der alltäglichen Zusammenarbeit im Team. Vor allem auf Stationen, wo aufgrund der Menge des Pflegepersonals ein ständiger Wechsel des Teams zu Stande kommt, ist es meiner Meinung nach enorm wichtig, Grenzen zu erkennen und aufzuzeigen. Selbstbewusst zu handeln und Respekt vor den Kolleginnen und Kollegen zu haben, ist der Schlüssel für eine gute Zusammenarbeit. Es arbeiten unterschiedlichste Menschen miteinander, die unterschiedliche Charaktere aufweisen und möglicherweise noch verschiedene ethnische Hintergründe haben. Auch sprachliche Barrieren können das Konfliktpotential erhöhen. Daher ist meiner Meinung nach ein respektvoller Umgang miteinander, eine gute Möglichkeit um Konflikte besser auszutragen und zu bewältigen. Wie bereits weiter vorne angesprochen, sollten fixe Teamgespräche unterstützend eingesetzt werden. Jedoch muss sich jede/r für sich gewisse Regeln aneignen um in einem Team bestehen zu können. Wichtig erscheint mir hier das selbstbewusste Handeln. Man muss nein sagen können. Sich dabei jedoch nicht

schuldig zu fühlen, vor allem wenn es um zusätzliche Tätigkeiten geht, die eine mögliche Überforderung und somit einen Schaden für den Patienten bewirken können. Präzise und genaue Aussagen und zu den eigenen Bedürfnissen und Gefühlen zu stehen zeichnet ein selbstbewusstes Handeln aus. Auch das Zuhören will gelernt sein. So kann zum Beispiel eine Verständnisfrage dem Gesprächspartner zeigen, dass Interesse besteht bzw. ob das Gesagte richtig interpretiert wurde. Um Ideen oder Vorschläge durchzubringen, ist eine selbstüberzeugte Haltung von großem Vorteil. Auch wenn man das eine oder andere Mal mit Forderungen zurückgewiesen wird, so kann man aus dieser Erfahrung lernen und es beim nächsten Mal besser argumentieren. Nicht zuletzt will auch das Lob annehmen oder auch das Loben gelernt sein. Denn bei aller Bescheidenheit ist es bedeutsam, ein Kompliment anzunehmen und es nicht zurückzuweisen oder zu bagatellisieren (vgl. Brobst et al., 2007, 167 f).

Wie geht man nun mit Kritik um, wie vermittelt man diese und wie nimmt man es an?

Es ist von Vorteil Kritik nicht aufzuschieben. Man sollte wenn möglich die Probleme gleich ansprechen und den anderen nicht mit vielen Beschwerden überrollen. Außerdem sollten Dinge kritisiert werden, welche die andere Person auch ändern kann, denn ansonsten macht sich Frustration breit. Die Kritik als Vorschlag oder Frage zu formulieren vermittelt Respekt. Mit Anschuldigungen wie „immer“ oder „nie“ sollte sehr sparsam umgegangen werden. Da meist der Nachweis für dieses Verhalten fehlt, kann daraus eine unangenehme Situation entstehen. Zynische und aggressive sowie beleidigende Aussagen sind ebenfalls zu vermeiden, diese nicht Zielführend und eine dauerhafte Krise zwischen den Personen kann entstehen. Mit Lob hingegen sollte nicht gespart werden. Kritik ist leichter zu verarbeiten und zu akzeptieren, wenn auch gelobt und geschätzt wird. Wie nimmt man nun Kritik an. Mit Kritik umzugehen oder diese anzunehmen ist meist sehr schwer. Jedoch ist festzuhalten, dass Kritik entwicklungsfördernd sein kann und somit ein Weiterkommen beweist. Über Kritik sollte man nachdenken können. Diese Zeit sollte man sich nehmen können, um sich zu fassen und auch entsprechende Reaktionen zeigen zu können. Man sollte ebenfalls versuchen ruhig zu bleiben. Sollte dies nicht gelingen, ist es besser das Gespräch zu beenden, und es später fortzusetzen bevor es eskaliert. Um nicht defensiv zu reagieren, sollte man der Kritik zustimmen oder nötigenfalls um eine genauere Erklärung bitten (vgl. Brobst et al., 2007, 169). Brobst et al. beschreibt fünf Möglichkeiten einen Konflikt zu lösen.

Diese sind:

Konkurrenz: Ein Gesprächspartner versucht den anderen zu dominieren und mit einem unangebrachten aggressiven Stil zu konfrontieren.

Anpassung: Bei diesem Verhalten gibt einer nach. Das ist zwar sehr kooperativ, aber hat mit einem selbstbewussten Auftreten nichts zu tun und führt nur zu Verärgerung und Unsicherheit oder Gereiztheit.

Vermeidung: Hier wird ganz bewusst einem Konflikt aus dem Weg gegangen. Die Gesprächspartner tun oder sagen etwas, was letztendlich nicht eingehalten wird. Das führt zu extremen Spannungen und zu Missstimmung, die sich auch auf andere übertragen kann. Die sinnvollsten Konfliktlösungen sind der

Kompromiss bzw. die Zusammenarbeit: Der Kompromiss allerdings kann problematisch ausfallen, wenn zum Beispiel nur eine Seite bereit ist Änderungen anzunehmen. Bei der Zusammenarbeit hingegen versuchen beide Parteien bestenfalls gemeinsam eine Lösung zu finden, an der gleichermaßen gearbeitet wird. Das ist die wünschenswerteste Konfliktbewältigung (vgl. Brobst et al., 2007,170).

### **3. Compliance – Non-compliance**

Compliance: „(engl. Einwilligung, Bereitschaft); Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, z.B. Zuverlässigkeit, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden (sog. Verordnungstreue). Die Compliance ist unter anderem abhängig von Persönlichkeit, Krankheitsverständnis und Leidensdruck des Patienten, Arzt-Patient-Verhältnis, Anzahl und Schwierigkeit der Anweisungen, Art der Therapie und eventuell erforderlichen Verhaltensänderungen.“ (Pschyrembel, 1994, 277-278).

„Der Begriff "Compliance" entstand zu Beginn der 70er Jahre, als erste systematische wissenschaftliche Untersuchungen gestartet wurden, die sich mit der Frage befassten: Wie viel von dem, was Ärzte ihren Patienten raten, tun diese wirklich? Compliance ist kein sehr glücklicher Begriff, weil es im Deutschen keine inhaltlich kongruente Bezeichnung gibt; er ist jedoch inzwischen in der Fachterminologie fest verankert. Compliance darf nicht verwechselt werden mit Dressur, unreflektiertem Gehorsam

oder Bevormundung des Patienten. Im weitesten Sinne bedeutet Compliance Kooperation durch eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung“. ([www.linus-geisler.de/ap/ap00\\_inhalt.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap00_inhalt.html), 15.3.2010).

Non-compliance hingegen beinhaltet die Nichtbefolgung ärztlicher oder pflegerischer Anordnungen. Es gibt zahlreiche veröffentlichte Untersuchungen, in denen bekannt gemacht wird, dass Non-compliance eines der großen praktischen Probleme der Medizin ist. Vor allem bei Dialysepatienten kann Non-compliance zum Tod führen. Die Compliance Forschung hat sehr deutlich gezeigt, dass das Phänomen weiter verbreitet ist als bisher angenommen. „35-40% aller verordneten Medikamente werden nicht eingenommen. Die regelmäßige Einnahme selbst lebensnotwendiger Medikamente liegt unter 50%. Die Non-Compliance bei Hypertonikern beträgt 50-80%. Diabetikerinnen essen täglich 100-200 kcal mehr als gleichaltrige stoffwechselgesunde Frauen. Die Non-Compliance für Schwangerschaftsgymnastik liegt bei 50%„ ([www.linus-geisler.de/ap/ap16\\_compliance.html#ap16a](http://www.linus-geisler.de/ap/ap16_compliance.html#ap16a); 16.3.2010).

Die Folgen eines derartigen Verhaltens können vor allem bei Dialysepatienten weitreichend sein. In einem Symposium Vortrag aus dem Jahre 2006 der deutschen Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Personal geht folgendes hervor: Wenn ein Dialysepatient nur eine Dialyse pro Monat überspringt bzw. auslässt hat dieser ein 25-30% höheres Risiko in den nächsten zwei Jahren zu versterben; jede ausgelassene Dialyse erhöht das Risiko um 10% ([www.afnp.de/symposien/2006/Vortrag/Der%20Non-compliance-Patient.pdf](http://www.afnp.de/symposien/2006/Vortrag/Der%20Non-compliance-Patient.pdf); 16.3.2010).

Compliance ist ein wichtiges Ergebnis einer erfolgreichen und guten Kommunikation zwischen Arzt und Patient und nicht zu vergessen dem Pflegepersonal. Daher zählt das Ziel einer guten Compliance zu den wichtigsten Aufgaben im Gespräch mit den Patienten, sowohl auf pflegerischer als auch auf ärztlicher Seite. Hiermit möchte ich den führenden amerikanischen Compliance-Forscher A.R. JONSEN zitieren:

"In Wirklichkeit ist Compliance weniger ein Ergebnis der Ethik als vielmehr der Redekunst." „Bei der Erziehung zur Compliance spielt das Pflegepersonal eine außerordentlich wichtige Rolle, indem es auf den Lebensverlängernden Nutzen der Dialyse hinweist. Die Wege zum Patienten, die hier beschritten werden müssen sind vielschichtig. Der Erfolg kann trotz intensiver Überzeugungsarbeit häufig lange auf sich

warten lassen. Geduld ist hier das oberste Gebot, Verärgerung des Personals eher abträglich“ (Hörl, Wanner, 2004, 444).

Linus Geissler 2002 beschreibt außerdem wichtige Faktoren, die aus einer gewissen Demotivation heraus auch zu Non-compliance führen kann bzw. eine wesentliche Rolle dabei einnehmen kann.

Unklare Zielformulierung: "Wir müssen den Blutdruck runterkriegen";

unpersönliche, allgemein gehaltene Argumentation: "Übergewicht ist ungesund";

hypothetische Argumente: "es ist denkbar, dass Sie eines Tages durch die Zuckerkrankheit ein Bein verlieren";

Operieren mit der Angst: "Wenn Sie mit dem Rauchen so weitermachen, gebe ich Ihnen keine zwei Jahre mehr";

überzogene Zielsetzung: "Sie müssen von nun an ein Leben lang 3x täglich, morgens - mittags – abends, diese Tablette einnehmen, wenn das Ganze einen Sinn haben soll";

mangelnde Kompromissfähigkeit: "Entweder Sie halten sich an diese Diät oder ...".

Argumentation in verschiedenen Wirklichkeiten: der Patient befindet sich in einer Lebenskrise, über die er sprechen möchte, und bekommt stattdessen wegen eines Nebenbefundes ein Medikament verordnet“ (Geissler, 2002, 16).

Patienten die nun als non-compliant eingestuft werden, fordern besonders auf einer Dialysestation das Pflegepersonal in einem hohen Masse. Da in erster Linie die/der DGKS/P Zeit mit dem Patienten verbringt, ist auch die Pflege, die aufgrund des Verhaltens des Patienten anders ausfällt, meist aufwendiger und problematischer. Komplikationen vor, während und nach der Dialyse sind somit häufig ein Resultat eines non-complianten Verhaltens. Es ist schwierig ein allgemein gültiges Rezept für non-compliance zu empfehlen. Jede Pflegeperson muss für sich selbst herausfinden, in wie weit die Unterstützung erfolgen kann. Trotzdem kann abschließend zu diesem Thema, wie bereits angesprochen, gesagt werden, dass Geduld und Empathie die

wesentlichsten Instrumente sind, um eine gute Compliance und somit Mitarbeit herzustellen.

### **3.1. Der „schwierige Patient“**

Der schwierige Patient ist eigentlich ein alltagsgebräuchliches Synonym für Verhaltensauffälligkeiten. Der tägliche Alltag in der Praxis zeigt, dass bei Ärzten als auch beim Pflegepersonal, zwischen unangenehmen und angenehmen sowie beliebt und unbeliebten Patienten unterschieden wird. Auch die Intensität in der Pflege wird bewusst oder unbewusst demensprechend verteilt. Speziell im Dialysebereich gibt es aufgrund der Chronizität und Abhängigkeit durch die Erkrankung oftmals Probleme mit Patienten, welche die Merkmale eines „schwierigen Patienten“ aufweisen. Ein paar wesentliche Merkmale „schwieriger Patienten“ sind:

„fragen zu viel, passen sich nicht an, lehnen Untersuchungen und Behandlungsvorschläge ab, sind überkritisch, reagieren nicht in üblicher Art und Weise, kritisieren Ärzte, Pflegepersonal, Krankenhaus und Praxis, erscheinen misstrauisch und uneinsichtig, gebärden sich aggressiv, sind unhygienisch, schamlos und grenzüberschreitend, scheinen undankbar zu sein“ (Sokol, Hoppenworth, 2006, 109).

Außerdem kommt hinzu, dass diese Patientengruppe sehr schwer motivierbar ist, was wiederum zu einer Haltung führt, welche man als non compliant bezeichnet. Sie wollen besondere Zuneigung vom Team einerseits und andererseits ist die Bereitschaft zur Konfrontation mit der Pflegeperson besonders hoch. Zusammenfassend kann man sagen, dass der „schwierige Patient“ Unbehagen, Frust und Überforderung auslöst. Außerdem kostet er viel Zeit und Energie und hemmt den täglichen Arbeitsablauf von Pflegepersonal und Ärzten (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 109). In der Literatur wurden bereits 1978 „schwierige Patienten“ beschrieben (Groves, 1978, in Sokol, Hoppenworth, 2006,109). Es wurden „schwierige Patienten“ in vier Kategorien eingeteilt:

Die Abhängigen, Die Forderer, Die Ablehner, Die Selbstdestruktiven:

1. Die Abhängigen (DEPENDENT CLINGERS): Diese Patienten wünschen sehr viel Aufmerksamkeit und fordern ständige Präsenz vom Pflegepersonal. Auch „die Dauerredner“ gehören dieser Gruppe an. Dabei ist jedoch anzumerken,

dass hinter diesem Verhalten oft Lebensläufe, die von Trennungen sowie Vernachlässigungen geprägt sind, stehen. Hier ist besonders bedeutsam, dass den Patienten die Grenzen sanft aufgezeigt werden, um eine weitere Verstärkung der Ängste zu verhindern. Wenn das Pflegepersonal den Patienten in diversen Entscheidungen mit einbezieht um eine Transparenz in die Behandlung zu bekommen, kann dies eine wirksame Vorbeugung gegenüber dem Wunsch nach ständiger Versorgung sein (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006,110).

2. Die Forderer (ENTITLED DEMANDERS): Diese Patientengruppe steht auf dem Standpunkt, nicht die beste medizinische oder pflegerische Behandlung zu erhalten. Sie drohen mit gerichtlichem Nachspiel oder äußern Verleumdungen. Hinter dieser oft aggressiven Haltung ist die Angst vor der eigenen Wertlosigkeit zu erkennen. Daher muss solchen Patienten das Selbstwertgefühl gestärkt, bzw. gehoben werden. Außerdem sind auf besondere qualitativ hochwertige diagnostische oder pflegerische Maßnahmen vermehrt hinzuweisen (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 110).

3. Die Ablehner (MANIPULATIVE HELP-REJECTERS): Der ablehnende Patient hat immer neue Symptome, Beschwerden und Wünsche. Dieses Verhalten zeigt eine tiefe innere Angst, die Pflegeperson zu verlieren. Nicht selten wünschen die Patienten immer von derselben Pflegeperson behandelt, bzw. im Fall der Dialyse, punktiert zu werden. Außerdem gibt es auch Situationen wo Patienten bestimmte Pflegepersonen kategorisch ablehnen. Oftmals ist dieses Verhalten auf eine Störung der psychischen Entwicklung durch ständigen Wechsel der Bezugsperson zurückzuführen. Daher ist besonders zu beachten, dass ein ständiger oder oftmaliger Wechsel der Bezugsperson bzw. Pflegepersonen vermieden werden sollte (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 111).

4. Die Selbstdestruktiven (SELF-DESTRUCTIVE DENIERS): Diese Gruppe von Menschen haben jede Hoffnung auf Erfüllung der Lebenswünsche oder Lebensträume aufgegeben. Der einzige Weg sich selbst zu behaupten oder darzustellen ist sich selbst zu zerstören. Hierbei handelt es sich oft um Personen, die in ihrer Kindheit misshandelt wurden. Die Vernichtungsängste werden auf das Team übertragen. Durch das besonders aggressive Verhalten ist eine Behandlung nur erschwert möglich (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 111).

Es bedarf einer besonderen Auseinandersetzung und Begleitung von sogenannten „schwierigen Patienten“. Beim Umgang mit dieser Patientengruppe ist besonders zu beachten, dass es sich beim Verhalten des Kranken um Reaktionen handelt, die auf das persönliche Erleben der Krankheit zurückzuführen sind. Aggressionen entstehen, welche auf das Pflegepersonal übertragen werden. Diese fungieren als „Puffer“ oder „Klagemauer“. Dem Personal gegenüber kann der Patient allen Wut und jede Verzweiflung zum Ausdruck bringen. Das Pflegepersonal ist äußerst gefordert und nicht selten überfordert, was häufig zu einer Kategorisierung der Patienten führt. Dies wird durch unzureichendes Wissen über die Verhaltensweisen der Patienten bzw. die Entstehung und die dahinterstehende Ursache noch stärker geprägt. Das Pflegepersonal verdrängt gewisse Themen. Eine Distanzierung zum Patienten ist nur schwer möglich. Das heißt, dass das Verhalten der Patienten persönlich genommen wird, woraus eine gewisse Frustration entsteht, welche zu einem Rückzug des Pflegepersonals führt. Das Personal und auch der Patient fühlen sich überfordert. Schließlich kann die Pflegeperson nicht immer „emotional funktionieren“ und eine Stütze sein. Durch solche oder ähnliche Grenzerfahrungen mit den Patienten versuchen betreuende Pflegepersonen nicht auf den Patienten einzugehen. Das Gespräch bleibt sehr oberflächlich und die nötigsten Pflegeaktivitäten werden durchgeführt. Dieses Verhalten resultiert nicht selten aus einer Angst heraus, nicht zu versagen oder sich nicht in eine unangenehme Situation zu bringen und daran zu scheitern (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 111-112).

### **3.1.1. Kooperation seitens des Patienten**

Eine der konfliktreichsten Diskussionen zwischen Pflegepersonal und Patient/in kommt beim Thema Mitarbeit an therapeutischen lebensnotwendigen Maßnahmen auf. Besonders die Trink bzw. Ernährungsproblematik ist ein Auslöser für heftige Diskussionen. Hier besteht nämlich eine absolute Notwendigkeit Verhaltensvorschläge oder Änderungen von geschultem Personal anzunehmen. Da es letztendlich zu schwerwiegenden Komplikationen vor, während und nach der Dialyse kommen kann und im schlimmsten Fall sogar zum Tod führen kann.

In der Regel werden die Dialysepatienten von geschulten Diätassistenten/innen betreut. Aufgrund der ständigen Präsenz des Pflegepersonals, werden diese jedoch von den Patienten zu Rate gezogen und befragt. Somit wird ein erheblicher Beratungsauf-

wand bezüglich Diät und Ernährung von den diplomierten Gesundheit- und Krankenschwestern/pflegern übernommen.

Der Dialysepatient wird durch die Krankheit gezwungen, seine bisherigen Gewohnheiten und Bedürfnisse radikal zu ändern. Nichts ist so wie es vor der Erkrankung war. Vor allem die Trink- und Ernährungsgewohnheiten, welche einen wichtigen Teil der Bedürfnisbefriedigung eines jeden Menschen ausmachen zu ändern, können viele Patienten nicht hinnehmen und akzeptieren. Es ist auf jeden Fall ein Gefühl- und verständnisvoller Umgang mit sehr viel Geduld gefragt. Die/der DGKS/P weiß von den Problemen die am Beginn und auch während eines Dialyselebens auftreten und kann somit besser auch auf diverse Umstände, welche eine Ernährungsumstellung mit sich bringen würde, eingehen.

### **3.1.2. Eigenständigkeit des Patienten unterstützten: Balance zwischen Technik und Mensch**

Besonders auf der Dialyse ist es von großem Vorteil, wenn man dem Patienten eine gewisse Eigenständigkeit zutraut und diese auch fördert. Da die Lebensqualität zu einem sehr großen Teil vom Verhalten des Patienten abhängt, muss das Pflegepersonal immer wieder die Eigeninitiative des Patienten unterstützen und darüber informieren. Das bedeutet konkret, dass die Pflegeperson Vorschläge oder Behandlungswünsche von Seiten des Patienten, mit einbezieht und berücksichtigt. Das ist natürlich nur dann möglich, wenn es medizinisch-technisch auch vertretbar ist.

Es gibt durchaus Patienten, welche diverse Einstellungen an der Maschine von sich aus wünschen und es von der Pflegeperson durchgeführt wird. Diese Patientengruppe ist meist lange Jahre an der Dialyse und hat sich sehr mit der Erkrankung sowie den technischen Gegebenheiten auseinandergesetzt. Sie wissen ausgezeichnet über ihren Körper und dessen Reaktionen Bescheid und haben auch die volle Verantwortung über deren Entscheidungen. Dies wird entsprechend dokumentiert - Auf Wunsch des Patienten – und auch meist von ärztlich-medizinischer Seite akzeptiert. Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass diese Art des Einbindens sehr gut funktioniert. Das Pflegepersonal weiß, dass der Patient sowohl emotional als auch kognitiv in der Lage ist, wichtige Dinge selbst zu arrangieren. Der Patient fühlt sich in seinem Verhalten ernst

genommen, ihm wird zugetraut selbst intervenieren zu können. Das kann zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls führen. Solch selbstgewählte Entscheidungen oder Lösungen sind meist auch wesentlich effektiver als vorgeschriebene, weil sie viel mehr Überzeugung und Verantwortung enthalten.

Das sich der Patient verstanden fühlt und auch versteht ist ebenfalls eine gute Basis für eine funktionierende zwischenmenschliche Kommunikation. Trotzdem ist nicht zu vergessen, dass doch ein Großteil der Patienten die Maschine, deren Technik und die damit verbundenen Abhängigkeit als ambivalent bezeichnet. Der Patient weiß, dass dieses Gerät sein Leben aufrecht erhält, und er diese jedoch selbst nicht bedienen kann. Jedes noch so harmlose Geräusch der Maschine, wird mit Angst, Sorge oder auch Unsicherheit bewertet. Noch hinzu kommt die Abhängigkeit von der Pflegeperson, welche die Maschine bedient und die Unmöglichkeit diese Abhängigkeit aktiv beeinflussen zu können. Sobald die Pflegeperson beginnt die Maschine zu bedienen, wird bereits in den Intimbereich des Patienten eingedrungen. Wenn jedoch die Pflegeperson die Lage richtig erkennt, weiß diese, dass durch ein vorsichtiges und sensibles Verhalten dem Patienten sehr viel Angst und Unsicherheit genommen werden kann. Es ist wesentlich jeden Handlungsschritt genau zu erklären, sodass der Patient immer weiß was gerade passiert und sich auf mögliche, harmlose Alarmer einstellen kann. Außerdem ist es von großer Bedeutung den Patienten zu vermitteln, dass man für ihn Zeit hat. Zeit, alles gut zu kontrollieren und auf eventuelle Fragen näher eingehen zu können. Der Patient fühlt sich somit sicher und gut aufgehoben.

## **4. Angst und Schmerz**

### **4.1. Angst**

Angst: „ engl. Anxiety: Emotionaler Erregungszustand als Folge der Erwartung oder geistigen Vorwegnahme physischer oder psychischer Bedrohung. Äußere Anzeichen sind unter anderem: Aufmerksamkeitserhöhung, Zunahme der Pulsfrequenz, Gefäßveränderungen, Übelkeit, Abwehr oder Fluchtreaktion. Angst ist eine grundsätzlich nützlich und biologisch sinnvolle Reaktion auf bedrohliche Umstände; ein moderater Ausprägungsgrad führt zu Leistungssteigerungen“ (Georg, Frowein, 1998, 40).

Angst gehört zur menschlichen Existenz dazu, genauso wie Essen und Trinken. Angst kann sehr unterschiedlich im Erleben und in der Ausprägung sowie der Intensität dargestellt werden. Auch Dialysepatienten haben Angst und drücken dies in verschiedensten Situationen aus. Sokol, Hoppenworth beschreiben Angstsymptome und führen Zustände an, welche Ängste speziell bei Dialysepatienten ausgelöst werden können.

„Probleme mit dem Shunt; Punktion; Schmerzen, Symptome wie Atemnot, Herzbeschwerden; Komplikationen während der Dialyse, Blutdruckabfall; Probleme mit der Maschine während der Dialyse; Mithören von Gesprächen des Pflegepersonals über Schwierigkeiten an der Dialyse; Unangenehme Gefühle, Frust, Wut, Hilflosigkeit; Pflegebedürftigkeit, Immobilität; Befürchtung, nicht transplantiert zu werden – lebenslange Dialyse; Verlust körperlicher Fähigkeiten, nachlassende Kraft; Bewusstsein der Tatsache, allein zu sein; Todesbedrohung; Sorge um die Familie; Unsicherheit des Pflegefachpersonals“ (Sokol, Hoppenworth, 2006, 39).

Ängste werden sehr häufig in Verbindung mit dem Shunt erlebt. Nachdem der Shunt oder auch Katheter die wesentlichste Verbindung zur Maschine ist, gibt es hier besonders viele Ängste und Unsicherheiten. Der Shunt wird zur wichtigsten Lebensader, der wie ein Heiligtum behütet und versorgt wird. Der Shunt zeigt jedoch auch eine Verunstaltung, vor allem wenn Aneurysmen vorhanden sind. Dies zieht eine gewisse Aufmerksamkeit in der Gesellschaft nach sich und deutet auf eine Erkrankung oder Behinderung hin. Somit entwickelt der Patient zu dem Shunt eine Art Hassliebe und nicht selten wird dies der Pflegeperson übertragen, welche das Heiligtum punktiert.

Es werden häufig Lieblingsschwestern/pfleger ausgewählt, die mit der Punktion des Shunts beauftragt werden. Aus organisatorischen Gründen ist es weder einfach noch möglich und auch nicht gut, dass der Patient immer von derselben Pflegeperson punktiert wird. Trotzdem sollte vor allem bei sehr ängstlichen Patienten versucht werden, den Wechsel der Bezugspersonen so gering wie möglich zu halten. Was mir ebenfalls wichtig erscheint ist, den Patienten immer darüber zu informieren, welche wesentliche und lebensnotwendige Funktion der Shunt hat. Auch der Patient hat die Aufgabe, die Pflegeperson darüber zu informieren, wie sein Shunt beschaffen ist und wie dieser zu behandeln ist. Auf jeden Fall sollte bei der Punktion versucht werden, eine entspannte

Atmosphäre zu schaffen. Denn bei Anspannung reagiert der Körper mit Verkrampfung und somit sinkt die Schmerzgrenze massiv.

## **4.2. Schmerz**

Schmerz und Leid oder Leiden sind ebenfalls ständige Begleiter von Dialysepatienten. Obwohl sich eine gewisse Routine auch während der Dialyse verbreitet, gibt es immer wieder Situationen, in denen Patienten Schmerzen haben und oder leiden. Sei es durch unerwartete Zusatzerkrankungen oder zunehmende Immobilität oder auch das lange Warten auf eine Transplantation und die erhoffte zumindest teilweise Gesundheit.

„Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“ - „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ ([www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home](http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home); 21.3.2010).

Unterschieden wird in erster Linie zwischen akuten und chronischen Schmerzen. Akute Schmerzen dienen als Warnsignal und haben meist eine wichtige Funktion. Chronische Schmerzen hingegen, werden dann als chronisch eingestuft, wenn diese zwischen drei und sechs Monate andauern.

Bei Dialysepatienten sind beide Schmerzarten anzutreffen. Der akute Schmerz ist nicht selten ein Warnsignal für folgende Notfallsituationen. Die Intervention geht oft klar aus den Symptomen hervor. Der chronische Schmerz steht meist in Verbindung mit zusätzlichen Erkrankungen oder Unfällen. Aufgrund dessen kommen häufig Beschwerden, da der Patient drei bis fünf Stunden, mehr oder weniger in einer Position ausharren muss. Mit einfachen Lagerungshilfen kann die Pflegeperson doch das eine oder andere Mal Abhilfe schaffen.

#### 4.2.1. Unterstützung durch das Pflegepersonal

In diesem Unterpunkt ist mir besonders wichtig die Beziehungsarbeit zwischen Patient und Pflegepersonal zu beschreiben. Denn bei der Pflege von chronisch kranken Patienten ist die Pflege von Beziehungen ebenso von großer Bedeutung, wie die Versorgung im medizinisch-technischen Bereich.

Die Pflege von Beziehungen beginnt allererst mit der zwischenmenschlichen Kommunikation.

„Dieser sollte eine gewisse Wertschätzung zu Grunde liegen. Das heißt, dass der Empfänger, sprich Patient, als eine vollwertige, gleichberechtigte Person angesehen wird. Dazu gehören Höflichkeit, Taktgefühl, freundliche Ermutigung und eine gewisse Reversibilität. Reversibilität bedeutet so viel wie Umkehrbarkeit, damit ist gemeint, dass die Pflegeperson in einer Art und Weise mit dem Patienten spricht, wie auch der Patient umgekehrt zur Pflegeperson spricht, ohne dabei die Beziehung zu gefährden“ (Schulz von Thun, 1993, 162). Dies erfordert ein gewisses Maß an Kongruenz. „Ein kongruentes Verhalten ist die Übereinstimmung verbaler und nonverbaler Elemente in der Kommunikation. Bei einer Person, die kongruent ist, stimmt der Inhalt der Botschaft mit der Körpersprache und mit den auditiven Untereigenschaften der Botschaft überein. Alle kommunikativen Aspekte, wie die Worte, der Tonfall oder die Körpersprache passen zueinander. Sie transportieren die gleiche Botschaft. Inkongruenz bedeutet demgegenüber einen Widerspruch, z.B. zwischen dem Gesagten und dem Verhalten“ ([www.nlp.at/lexikon/k2.htm](http://www.nlp.at/lexikon/k2.htm), 5.2.2010).

Zum Beispiel wenn ein Lob mit einem äußerst mürrischen Blick dem Patienten gegenüber ausgesprochen wird, oder man äußert eine sehr fröhliche Aussage mit einem traurigen Blick, so bedeutet dies ein Inkongruentes Verhalten. Schulz von Thun beschreibt ebenfalls zum kongruenten Verhalten eine gewisse Authentizität. Die Pflegeperson teilt dem Patienten klar und deutlich ihre professionelle Sicht und Erfahrung mit. Sie ist offen authentisch und sagt, was sie meint. Und immer mit einer gewissen Wertschätzung und Empathie. Mit Empathie versucht die Pflegeperson sich in die Erfahrungs-, Gedanken- und Gefühlswelt des Patienten zu versetzen. Den Versuch die Dinge so zu sehen, wie sie der Patient sieht, heißt unter anderem auch alle Vorurteile, Voreingenommenheit und Sichtweisen gegenüber den Patienten zurückzunehmen (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 82). Sich auch immer wieder die Frage zu stellen, wie

es einem selbst in bestimmten Situationen gehen würde, ist hilfreich um den Patienten in seiner Welt verstehen zu können. Empathie erleichtert wesentlich eigene Auffassungen und Gefühle, sowie auch die des Patienten zu klären und diese zu verstehen. Empathie unterstützt Lösungen und Perspektiven zu entwickeln und weiter zu geben. Der Beratende kann da ansetzen, wo er mit seinen Erfahrungen, Gefühlen und Fragen steht (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 83).

Die Unterstützung des Pflegepersonals kann nur in der Art und Weise erfolgen, der die Pflegeperson auch mächtig ist. Daher ist es meiner Meinung nach immer wichtig, die verschiedensten Situationen erstmals richtig zu erkennen und zu interpretieren. Aus der Sicht der Coping-Konzepte versucht man jedoch die Art und Weise im Umgang mit chronisch Kranken zu verändern. Chronisch Kranke werden nicht mehr als „Opfer“ eines Krankheitsgeschehens gesehen, sondern als aktive Gestalter der veränderten Lebenssituation. Daher ist es wesentlich nicht nur die schwer erkrankte Person, sondern vielmehr die vitalen Anteile des jeweiligen wahr zu nehmen und falls diese in Vergessenheit gelangt sind wieder zu aktivieren (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 88). Das bedeutet, dass man als Pflegeperson doch immer wieder die Aufgabe hat, die Patienten auf ihre vitalen Anteile des Körpers bzw. die positiven Umstände in deren persönlichen Umfeld aufmerksam zu machen. Die situationsbezogenen Reaktionen oder Interventionen fallen bei jeder Pflegeperson ein wenig anders aus. Eben je nach dem Wissen um die Erkrankung und die Geschichte des Patienten, sowie der Tagesverfassung des Patienten und der Pflegeperson und nicht zuletzt dem Wissen einer professionellen Handlung. Mir persönlich hat mir immer geholfen, den Patienten als Ganzes, als eine Einheit zu betrachten. Nicht die Erkrankung steht im Vordergrund, sondern der Mensch und das dazugehörige psycho-soziale Umfeld. Der Patient ist krank und benötigt eine außergewöhnliche Unterstützung und Pflege, das war für mich immer wieder ein Motivator, mein Bestes zu geben. Zu erkennen was der Patient benötigt und demensprechende Interventionen und Handlungen zu planen und durchzuführen zeichnet meiner Meinung nach eine gute/n diplomierte/n Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger auf einer Dialyse besonders aus.

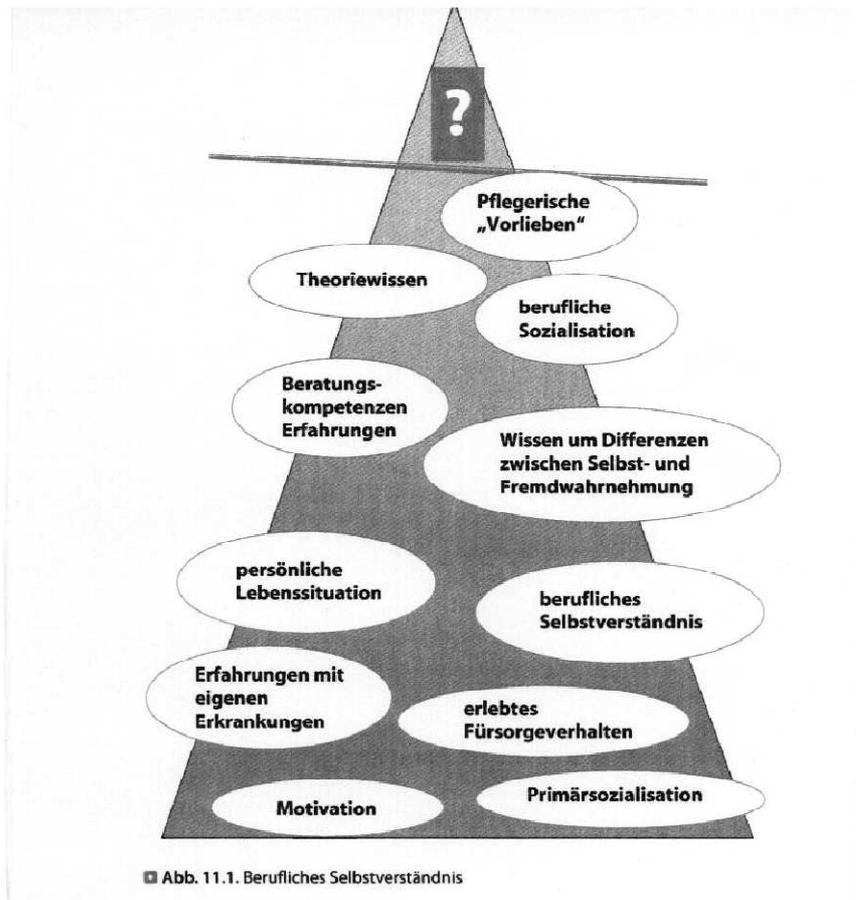
### 4.3. Nähe und Distanz zum Patienten

Generell hat eine Pflegeperson zum Patienten ein gewisses Naheverhältnis. Es kommt allerdings in unterschiedlicher Art und Weise zu tragen. Auf Akutambulanzen wird weniger eine persönliche Beziehung zum Patienten aufkommen, als zum Beispiel auf einer internen Abteilung, wo man durch die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ein Verhältnis aufbaut.

Im Dialysebereich hingegen entsteht beinahe selbsterklärend ein hohes Maß an Nähe, Zuwendung und eine besondere zwischenmenschliche Art miteinander umzugehen. Durch die häufige und oft über Jahre andauernde Betreuung und Pflege durch das Fachpersonal, kann eine tiefe vertrauensvolle und auch freundschaftliche Beziehung entstehen. Jedoch kann diese positive Beziehung auch immer wieder durch verschiedene Rückschläge und Erschütterungen belastet werden.

Sei es ausbleibende Erfolgserlebnisse, Verschlechterung des Krankheitsverlaufes, zusätzliche Diagnosen und Krankheiten und nicht zuletzt die Trennung durch sterbende Patienten. Eine weitere Belastungssituation kann sein, wenn der eigene Wunsch nach Zuwendung und Anerkennung durch die Hilfsbedürftigkeit des Patienten kompensiert wird. Die Pflegeperson fühlt sich gebraucht und wertvoll. Dieses Verhalten hindert Patienten, die nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit streben, massiv. Wie sich nun eine Beziehung zwischen Patient und Pflegenden auswirken kann, hängt sehr stark von der Selbstwahrnehmung und vom beruflichen Selbstverständnis ab.

In der folgenden Grafik 9 schreibt Sokol, Hoppenworth all jene Bereiche die ein berufliches Selbstverständnis ausmachen.



Grafik 9: Berufliches Selbstverständnis nach Sokol, Hoppenworth 2006;

#### 4.3.1. Die vier Arten von Distanz

Sozialpsychologisch unterscheidet man 4 Arten von Distanz: (vgl. Kulbe, 2009, 99-100)

1. Die Intime Distanz: Findet statt zwischen sehr eng miteinander verbundenen oder vertrauten Personen; zum Beispiel: Freunde, Kinder; Lebenspartner; Familienmitglieder. Kontakt ist meist sehr eng, emotional und auch intim.
2. Die persönliche Distanz: Diese befindet sich im Bereich zwischen 50 cm und 1,20m. Ist vor allem im beruflichen sowie im tagtäglichen Alltag zu finden. Diese persönliche Distanz entsteht aufgrund eines unbewussten sozialen Lernens, welches schon als Kind stattfindet. Diese beiden Distanzarten, werden meist bei pflegerischen Tätigkeiten überschritten.

3. Die soziale Distanz: Diese befindet sich im Bereich zwischen 1,20m bis 2,70m. Diese Distanz ist vor allem in Gruppen zu sehen. Der Abstand spielt eine zentrale Rolle.
4. Die öffentliche Distanz: Diese befindet sich im Bereich zwischen 2,50m und 4m. Diese Distanz ist im Unterrichts- und Vortragswesen zu finden. Jedoch kann sich diese Distanz aufgrund neuer Vortragsmethoden ändern. (persönliche Ansprache, Kleingruppen...)

Im pflegerischen Alltag werden, wie bereits angesprochen intime sowie persönliche Distanzen beinahe ständig überschritten. Die Erkrankung zwingt den Patienten dazu, intimste persönliche Bereiche und Seiten dar und offen zu legen. Dies ist ganz besonders auf Intensivstationen oder auch auf Akutambulanzen der Fall. Aufgrund einer gewissen Routine werden diese massiven Einschnitte in ein Patientenleben von den Pflegenden meist nicht bewusst wahr genommen. Ich denke, dass es auch hier wieder sehr nützlich sein kann zu reflektieren, sich die Frage zu stellen: welche Art und Weise der Pflege würde ich mir wünschen, wenn ich in der momentanen Patientensituation wäre? Dieses Verhalten verändert meiner Meinung nach das Handeln der Pflegeperson und auch das Empfinden des Patienten. Zusätzlich ist es von großer Bedeutung den Patienten über jede Pflegetätigkeit vorab zu informieren und im Gespräch zu bleiben. So können Distanzen, auch wenn diese sehr intim sind, leichter überwunden werden.

Was wird nun als professionelle Grenze angesehen?

“Professional boundaries separate therapeutic behaviour of the registered nurse from any behaviour which, well intentioned or not, could lessen the benefit of care to clients, families and communities. Boundaries give each person a sense of legitimate control in a relationship. Professional boundaries set limits to the nurse-client relationship, which establish a safe, therapeutic connection between the professional and the person who seeks care.

([www.nurses.ab.ca/pdf/Professional%20Boundaries%20Guidelines.pdf](http://www.nurses.ab.ca/pdf/Professional%20Boundaries%20Guidelines.pdf); 12.3.2010).

Die eigenen Stärken, Schwächen und Emotionen des Fachpersonals beeinflussen sowohl die Wahrnehmung zu sich selbst, als auch die Wahrnehmung zu den Kollegen. So kann zum Beispiel eine erfolgreiche Punktion als sehr stark, leistungsfähig und er-

fahren empfunden werden. Jedoch eine Ablehnung vom Patienten bzw. eine Bevorzugung einer/s anderen Kollegin/en sehr kränkend sein und Selbstzweifel hervorrufen.

Selbsterfahrung bedeutet auch, die eigenen Fähigkeiten und Grenzen zu erkennen, sodass in gewissen Beratungssituationen die Probleme der Pflegeperson nicht auf die Patienten übertragen werden. Sich selbst erfahren und wahrnehmen bedeutet auch immer sich selbst zu hinterfragen. Wie wirke ich auf andere Personen bzw. Kollegen, wie wirke ich auf Patienten, wie verhalte ich mich in Konfliktsituationen. Um auf diese Fragen eine Antwort zu erhalten, ist es einfacher sich im Spiegel anderer zu sehen.

#### **4.5. Feedback geben und nehmen**

Eine Möglichkeit ist, sich im beruflichen Feld Rückmeldungen, so genannte Feedbacks zu holen. Über diese Rückmeldungen können wir bei Bedarf unser Handeln beeinflussen. Die Fähigkeit emphatisch zu handeln, sowie der Umgang mit Nähe und Distanz kann erweitert werden (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 129ff).

Feedback einholen ist ein wesentlicher Teilbereich der Profession. Dies kann in Supervisionsgruppen, in denen das berufliche Handeln reflektiert und von professionellen Helfern sowie von Kolleginnen und Kollegen thematisiert wird, bearbeitet werden. Außerdem kann man mit Hilfe von direkten Fragen an den Patienten, Vorgesetzten oder Kollegen ein Feedback bekommen.

Im Speziellen möchte ich hier die Teamsitzung nennen, welche eine große Bedeutung für einen gut funktionierenden Dialysealltag hat. Das Pflegepersonal hat dabei die Möglichkeit das Geschehen auf der Dialyse aktiv mit zu gestalten. Es können schwierige Fälle angesprochen und diskutiert werden, um gemeinsam eine Lösung zu finden. Diese gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. Problemlösung wird von der Gruppe meist besser akzeptiert, als wenn eine Entscheidung von einer einzelnen Person getroffen wird (z.B. von der Stationsleitung). Somit hat jede/r Mitarbeiter/in die Möglichkeit den Arbeitsplatz aktiv und vielfältig mitzugestalten. Je mehr Ideen und Vorschläge vorhanden sind, umso besser kann die Umsetzung von Statten gehen. Die Teamsitzung mit ihren unterschiedlichsten Möglichkeiten zur Durchführung, ist ebenfalls eine

gute Option um ein Feedback von den Kollegen oder auch vom gesamten Team zu erhalten.

Ein Feedback sollte konstruktiv sein, d.h. es sollten Perspektiven für die Zukunft ausgehandelt werden können. Außerdem sollte man beim Feedback geben immer darauf achten, dass die zu klärenden Punkte höflich und sachlich besprochen werden. Beschimpfungen oder Unhöflichkeiten sind völlig unangebracht und absolut zu vermeiden. Die Aussagen sollten konkret und nicht pauschal getroffen werden. Beim Feedback geben sollte ebenfalls darauf geachtet werden, „Ich“ Botschaften zu formulieren. Wenn man von eigenen Beobachtungen oder Erlebnissen ausgeht, ist es oft leichter das Feedback anzunehmen.

Zum Beispiel: Ich habe das Gefühl, ich habe beobachtet, usw. Hingegen haben „Du“ Botschaften einen weitaus aggressiveren Charakter und taugen eher einem „Kampfmittel“ als einer konstruktiven zwischenmenschlichen Kommunikation. (vgl. Schulz von Thun, 2010, 112). Bei einem guten Feedback sollten auch die positiven Seiten des Anderen beleuchtet werden. Dies erleichtert Verbesserungsvorschläge vom Team oder von Kollegen anzunehmen, wenn der Empfänger ebenfalls das Gefühl hat, vieles sehr gut zu machen.

## **5. Ethische Hintergründe**

Nachdem es in der Medizinethik bereits einiges zu finden gibt, steckt die Ethik in der Pflege noch sehr in den Kinderschuhen. Gerade deshalb möchte ich diesen Bereich kurz erörtern, da ethische Kenntnisse in der tagtäglichen Pflege sehr hilfreich sein können. Nämlich einerseits für das Pflegepersonal sowie den Medizinern und andererseits den Patienten.

„Ethik ist die selbstreflexive Theorie der Moral, d.h. die Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von Gut und Böse bzw. Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit hin überprüft“ (Körtner, 2004, 16).

Oftmals werden die Medizinethik und die Pflegeethik unter einem Dach der Gesundheitsethik gesehen. Obwohl die Aufgabenbereiche beider Berufsgruppen sehr ver-

schieden sind, besteht doch eine gewisse Überschneidung. Das Pflegepersonal hat jedoch den meisten Kontakt zu den Patienten und auch einen eigenen Tätigkeits- und Verantwortungsbereich, daher muss es eine getrennte Ethik geben, welche auch andere Ziele verfolgt. Ethik in der Pflege ist somit kein Teilbereich der Medizinethik, sondern eine autonome Bereichsethik im Sozial- und Gesundheitswesen. Sie nimmt ihren Platz zwischen Ethik der Medizin und Ethik in der sozialen Arbeit ein und reflektiert vier Handlungsfelder der Disziplin Ethik:

1. Ethik in der Pflegepraxis (Pflegeethik)
2. Ethik in der Pflegepädagogik
3. Ethik im Pflegemanagement
4. Ethik in der Pflegewissenschaft. (vgl. Lay, 2004, 80 f)

In diesen vier Handlungsfeldern hat Ethik unterschiedliche Prioritäten. Wobei man sagen kann, dass die Pflegeethik der wesentlichste und der am besten ausgearbeitete Bereich ist. „Die Präambel des ICN-Ethikkodex für Pflegende beinhaltet vier grundlegende Aufgaben (Fassung 2000):

- Gesundheit zu fördern,
- Krankheit zu verhüten,
- Gesundheit wieder herzustellen,
- Leiden zu lindern.“ (Körtner, 2004, 78)

„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Unterschied auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt. Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen ([www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf](http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf), 12.4.2010).“

## 5.1. Ethische Urteilsbildung nach D. Lange

Was bedeutet nun ethisches Handeln, wie bildet man sich ein ethisches Urteil? Körtner 2004 beschreibt in seinem Buch „Grundkurs Pflegeethik“ das Modell der ethischen Urteilsbildung nach D. Lange. Dieses Modell enthält folgende Schritte:

1. „Analyse der Situation: dazu gehört die Benennung des Konflikts, Feststellung der Umstände wie z.B. Lebensgeschichte, Diagnose, seelische Befindlichkeit, religiöse Einstellung usw.
2. Prüfung der subjektiven Bedingungen: hier werden die Möglichkeiten und Grenzen erforscht, in wie weit sind intellektuelle und praktische Fähigkeiten vorhanden, gibt es die erforderliche Distanz die eventuell durch Befangenheit, Egoismus oder Stress aufgehoben werden kann, ist die seelische und körperliche Kraft vorhanden, sind Kooperationsmöglichkeiten vorhanden usw.
3. Genaue Bestimmung des Konflikts: bisherige Erkenntnisse miteinander in Verbindung bringen, spezielle Situation in die Gesamtsituation ordnen, d.h. Rahmenbedingungen des Hauses einbinden, rechtliche, wirtschaftliche und politische Konstellationen sowie institutionelle Gegebenheiten einfließen lassen, genaue Einschätzung der Kräfte und Interessen usw.
4. Abwägen der Verhaltensalternativen: die Möglichkeiten der Handlungen feststellen, mögliche oder wahrscheinliche Folgen bzw. Konsequenzen abwägen und kalkulieren, vorhandene Mittel feststellen, Untersuchung auf ihre technische und ethische Anwendbarkeit usw.
5. Reflexion der Maßstäbe: Erhebung der Normen in Bezug auf das Kriterium Menschsein und der Menschenwürde, Schutz des Lebens und des Rechtes auf Leben, seelische und körperliche Unversehrtheit, Autonomie und Wahrnehmung von Eigenverantwortung, Regeln kritischer Vermittlung bedenken usw.
6. Güterabwägung: Bestimmung des relativ höchsten erreichbaren Gutes bzw. des kleinsten Übels usw.
7. Entscheidung: Begründete, rechenschaftsfähige Wahl einer der zur Diskussion stehenden Handlungsalternativen usw.
8. Überprüfung: auf Angemessenheit zu den Kriterien und Vermittlungsregeln des ethischen Urteils, Plausibilität der Begründung, Einmischung illegitimer Interessen des Handlungssubjekts“ (Körtner, 2004, 167 ff).

„Ethische Kompetenzen und Fähigkeiten weisen nach Giese drei wichtige Aspekte auf:

- Sich seiner Überzeugungen, Werthaltungen und Prinzipien bewusst sein
- Seine Auffassung zu denen anderer Personen in Beziehung setzen können
- Und diese bei praktisch auftretenden Problemen in Sprache fassen und im Diskurs auf ihre Gültigkeit in der jeweiligen Situation überprüfen können“ (Giese 1998, in Lay, 2004, 227).

## 5.2. Relevanz von Ethik in der Pflege

Hier muss man sich insbesondere die Frage stellen, ob das Pflegepersonal die Fähigkeiten besitzt moralische Probleme zu lösen. Meiner Meinung nach häufen sich die moralischen und ethischen Fragestellungen auf den Stationen. Daher ist es notwendig, zumindest eine ethische Grundbildung zu haben. In der dreijährigen Ausbildung zur/m DGKS/P sind im Wiener Krankenanstaltenverbund zumindest 80 Stunden Berufsethik vorgesehen (vgl.: [www.wienkav.at/kav/ausbildung/](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/), 18.5.2009).

In der Sonderausbildung für Nierenersatztherapie wird ebenfalls Kommunikation und Ethik gelehrt. Kemetmüller 1998 wird in Lay 2004, 215 zitiert: „Wenn es in Zukunft notwendig gehalten wird, berufsethisch qualifiziertes Pflegepersonal mit der Fähigkeit zu eigenständiger Urteilsbildung bei den vielfältigen pflegerischen Dilemmata auszubilden, dann wird das Konsequenzen für Art und Umfang berufsethischer Unterweisung haben müssen. Andernfalls wird die Praxis einer ungenügenden Umsetzung ethischer Prinzipien in unmittelbares Handeln und Verhalten weiterbestehen“ (Kemetmüller 1998, in Lay, 2004, 215).

Der Ansatz, grundsätzlich Ethik in der Ausbildung zu lehren ist sehr sinnvoll und notwendig. Eine Aus-, Weiter- und Fortbildung im ethischen Bereich ist unabdingbar und als zentraler Lerninhalt mit interdisziplinärer Bedeutung zu sehen. Die gesellschaftlichen sowie pflegerischen Rahmenbedingungen haben sich stark verändert, ethische Fragestellungen und deren Entscheidungsfindung finden sich in der tagtäglichen Pflege und im Umgang mit den Patienten (Vgl. Lay R., 2004, 216).

Sollte es trotz Ausbildung zu scheinbar unlösbaren ethischen Fragestellungen kommen, gibt es noch die Möglichkeit eines Ethikkomitees. Dieses kann in Form von

Ethik-Foren oder auch Ethik-Cafes oder Ethik-Konsilien organisiert werden. Hier können allgemein pflegeethische Probleme diskutiert werden, jedoch gibt es keine konkrete Einzelfallberatung (vgl. Körtner, 2004, 173).

Die Einzelfallberatungen können in Form von klinischen Ethikkomitees abgehalten werden. Diese Ethikkomitees setzen sich in der Regel aus Personen

- aus dem ärztlichen Bereich
- aus dem pflegerischen Bereich
- aus dem Verwaltungsbereich
- aus dem Sozialdienst

zusammen (vgl. Körtner, 2004, 176).

Ziel dieser Komitees ist es einzelne „Sonderfälle“ zu begutachten um eine Empfehlung abgeben zu können. Ethikkomitees treffen keine Entscheidungen, sie haben kein Weisungsrecht sondern stehen lediglich als Berater zur Verfügung um die Entscheidungsfindung für die beteiligten Personen einfacher zu gestalten (vgl. Körtner, 2004, 173ff).

In Österreich gilt diesbezüglich die Universitätsklinik Graz als Vorreiter. Diese verfügt als einziges Krankenhaus Österreichs über ein Ethikkomitee. Seit ca. einem Jahr steht ein professionelles interdisziplinäres Team bei ethischen Fragestellungen als Berater für das Krankenhaus zur Verfügung (vgl. Land Steiermark, Amt der steiermärkischen Landesregierung, Gesundheitsserver, 19.4.2010).

Zitat: „Wir sind ein Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen und Juristen. Wir schauen uns da natürlich jeden Fall genauestens an, studieren die Befunde. Dazu kommen wir in einem absolut ruhigen Raum zusammen, da darf kein Handy eingeschaltet sein, da liegt die ganze Aufmerksamkeit beim Patienten. Natürlich ziehen wir auch die Angehörigen hinzu - fragen sie, ob der Patient je Wünsche in diese Richtung geäußert hat. In den meisten Fällen ist die Familie dann auch dafür, dass unnötig verlängertes Leiden erspart werden soll. So kommen wir schließlich zu einem Entschluss und geben dem verantwortlichen Arzt eine Empfehlung ab - das heißt, nicht wir entscheiden, sondern der Arzt. Aber er trägt nicht die gesamte Last auf seinen Schultern, sondern hat eben unsere Expertenempfehlung als Unterstützung“ (www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10615913/842125/, 19.4.2010).

Solche Einrichtungen sind sehr bedeutsam im Hinblick auf die fortschrittliche und vor allem ganzheitliche Versorgung des Patienten bzw. der Angehörigen im Krankenhaus. Trotzdem sollte meiner Meinung nach der Pflegebereich noch mehr in die Ausweitung der Ethikkomitees involviert werden. Durch diverse ethische Unterstützungen für Pfl-

gende können somit Überforderung oder Gleichgültigkeit vor allem auf Stationen wie Kinder, Onkologie, Intensiv oder Dialyse entgegengewirkt werden.

## **6. Umgang mit Tod und Sterben eines Dialysepatienten**

Das Sterben und der Tod eines Dialysepatienten ist eine äußerst heikle und außergewöhnliche Angelegenheit für jede/n DGKS/P, weil man auch immer wieder mit dem Thema konfrontiert wird und sich damit auseinandersetzen muss.

Speziell möchte ich auf die Zeit eingehen, in der der Patient aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten ein gewisses Unbehagen spürt. Nicht selten fühlen chronisch Kranke Dialysepatienten intuitiv eine gesundheitliche Veränderung. Dies kann sich in Traurigkeit, Angst und dem Bedürfnis der Mitteilung zeigen. Als Pflegende/r, welche/r sich um die Probleme des Patienten annimmt, kann man solche Situationen häufig erkennen. Nun liegt es im Ermessen der jeweiligen Pflegeperson Belastungen und Beschwerden unterschiedlicher Natur wie gesagt zu erkennen, anzusprechen und zu thematisieren. Wie schon des Öfteren angesprochen, haben Dialysepatienten und deren betreuende DGKS/P über die Jahre, ein sehr tiefes, vertrauensvolles und Familienähnliches Verhältnis. Trotz dieser guten Beziehung ist es schwer Themen anzusprechen, die den eigenen Tod oder das Ableben betreffen. Das Thema Tod beinhaltet viele Ängste. Zum Beispiel die Angst es so zu formulieren, sodass der Patient nicht die Hoffnung verliert (vgl. Rosemeyer, 2008, 513).

Gleichzeitig ist es wichtig, über das Sterben und den Tod zu sprechen, da vielleicht noch für den Patienten wichtige private Dinge zu klären oder zu erledigen sind. Je früher das heikle Thema kommuniziert wird, umso eher kann der Patient oder auch die Pflegeperson die Bedürfnisse, Wünsche sowie die Pflege den Umständen entsprechend mit dem Kranken planen und anpassen. Außerdem kann es sein, dass die/der Patient/in bei Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, den Prozess des Mitentscheidens und Mitbestimmens aktiv beizuwohnen (vgl. Rosemeyer, 2008, 514), auf das sollte jedenfalls Rücksicht genommen werden.

Das kann sehr wohl für den Patienten und auch für das Pflegepersonal eine schöne Erfahrung im Umgang mit dem Tod sein (vgl. Davison, 2001, 41).

Wenn nun allerdings das Pflegepersonal an sich Angst vor dem Tod hat, wird es mit Sicherheit schwieriger sein, den Tod und das Sterben eines Patienten hinzunehmen.

Wie kann nun jemand diese Angst reduzieren? Saunders und Valente, 1994, in Manos und Braun, 2006, haben eine Reihe von Möglichkeiten und Fragen erarbeitet, um diese Angst zu bewältigen.

- Der eigene Tod sollte bewusst gemacht werden und alle möglichen Ängste, die damit in Verbindung stehen.
- Man sollte sich fragen ob heute ein guter Tag zum Sterben ist, warum oder warum nicht?
- Man sollte versuchen den eigenen Tod zu visualisieren.
- Ebenfalls empfiehlt der Autor sich eine Grabinschrift zu überlegen oder einen letzten Wunsch.
- Außerdem wird empfohlen sich über die Erwartungen vom Tod und das Leben danach Gedanken zu machen.

Eine doch eher unübliche Empfehlung, wenn man bedenkt, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod für niemanden einfach, oder tabu ist (vgl. Manos, Braun, 2006, 118).

Es kann jedoch auch vorkommen, dass das Pflegepersonal um die verstorbenen Patienten massiv trauert. Diese Trauerarbeit ist möglicherweise noch nicht abgeschlossen, bevor schon der nächste Patient stirbt. Häufen sich derartige Verluste, kann dies in Ärger, Frust, Gefühl der Hilflosigkeit, Schlaflosigkeit sowie auch zu Depressionen führen.

Oftmals fehlt die Zeit und Möglichkeit für eine notwendige Nachbesprechung. Bleibt dann noch der Beistand oder das Verständnis von Kolleginnen oder Kollegen aus, oder es fehlt die Möglichkeit sich Auszeit zu nehmen, kann daraus ein sozialer und emotionaler Rückzug resultieren. Dieser Rückzug wiederum kann einen Ausstieg aus der Krankenpflege zur Folge haben kann (vgl. Vachon, 2001, in Sherman, 2004, 50). Daher ist es wesentlich sich emotionale Unterstützung zu holen um solche Problematiken so gut wie irgendwie möglich, zu vermeiden.

Jede Pflegeperson findet zwar letztendlich eigene Strategien um mit dem Tod eines Dialysepatienten umzugehen, trotzdem schmerzt die Situation und eine gewisse Trauer ist doch meistens zu spüren.

Zu wissen, dass der/diejenige Patient/in nicht mehr kommen wird, dass einem lieb gewonnene Gesten oder Freundlichkeiten vorenthalten bleiben – für immer, ist meiner Erfahrung nach ein schmerzliches Erlebnis und das aufzuarbeiten, ist ein schwieriger Prozess.

Unterstützend kann daher das Gespräch mit anderen Kolleginnen oder Kollegen die ähnliche Situationen erlebt haben, sein. Über erlebtes zu reden ist meines Erachtens die beste Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategie. Außerdem kann es hilfreich sein, die Angehörigen nochmals zu einem Gespräch über den Patienten einzuladen. Das kann sowohl für das Pflegepersonal als auch für die Angehörigen ein persönlicher Abschied sein.

In meiner Literatur habe ich über Artikel recherchiert, welche sich mit der Pflege im Endstadium der chronischen Nierenerkrankung auseinandersetzen. Hierzu möchte ich insbesondere auf eine Studie hinweisen, die im Jahre 2006 (Davison, Jhangri, Holley und Moss) mit 360 teilnehmenden Nephrologen aus Amerika und Kanada, durchgeführt wurde. In dieser Studie wurde speziell der Behandlungsabbruch von der Dialyse analysiert. Es wurden verschiedene Gründe angegeben, warum Pflegepersonen oder auch Nephrologen so große Schwierigkeiten oder Abneigungen bezüglich der Diskussion über kritische Themen haben. Erstens: der Patient ist nicht empfänglich für das Thema Tod und Sterben; Zweitens: der Patient verleugnet die Realität, dies kann die Kommunikation stark behindern; und nicht zuletzt hat vor allem das Pflegepersonal Angst davor, dass der/die Patient/in die Hoffnung verliert, falls das Thema Tod und Sterben näher diskutiert wird (vgl. Davison, 2001, in Rosemeyer, 2008, 514).

Es ist daher sehr grundlegend eine gewisse Offenheit im Umgang mit dem Thema zu haben. Der/die Patient/in sollte das Gefühl haben, Fragen jederzeit ansprechen zu können, sei es diverse Wünsche oder gesundheitliche Veränderungen.

„It is my responsibility to begin the discussion about death and dying, including the purpose and availability of palliative care and treatment preferences of the patient. Quality EOL (end of life) care must be a priority in dialysis units. While encouraging patients to live life to the fullest, I must also be aware of when it is time for the patient to withdraw from treatment. Only then will I be successful in facilitating quality EOL care” (Rosemeyer, 2008, 514).

In solchen prekären Situationen kann es sehr hilfreich sein, eine ethische Grundbildung, wie bereits im vorigen Kapitel besprochen, zu haben. Ebenfalls glaube ich, dass Ethikkomitees, sich aufgrund der Unvoreingenommenheit in jeder Hinsicht, leichter eine Meinung bilden oder eine Entscheidungshilfe sein können. Außerdem stellt sich für mich auch die Frage in wie weit eine palliative Pflege in das System der Dialyse integriert werden kann.

### **6.1. Palliativpflege auf der Dialyse**

„Das Wort „palliativ“ kommt von palliare (Latein) und bedeutet mit einem Mantel bedecken. Palliative Medizin und palliative Pflege sind lindernde im Gegensatz zu heilenden (kurativen) Behandlung. Es sind die lindernden Mittel, die gegen einzelne Symptome aber nicht gegen die Ursache der Krankheit selbst wirken“ (Weissenberger, Leduc, 2008, 1).

Hier stehen die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit im Vordergrund. Im Fall der Dialyse bedeutet das, dass der /die Patient/in ein Leben lang von einer Maschine und die Pflegeperson angewiesen ist. Aufgrund von zahlreichen Zusatzdiagnosen bzw. ein zu hohes Alter oder einfach nur der Wunsch des Patienten, ist eine Transplantation für viele nicht mehr erstrebenswert. Daher ist meiner Meinung nach palliative Pflege ein durchaus angebrachter und richtiger Begriff wenn man von Dialysepatienten im bereits beschriebenen EOL (End-of-Life) oder end-stage renal disease (ESRD) Stadium spricht.

„The concept of renal nursing being a form of palliative care is very much in evidence.“ (Bevan, 1998, 730). Obwohl es statistisch nachweisbar ist (Kap. 2.5.2.), dass die Patienten auf der Dialyse immer älter werden, und die Anzahl dieser auch kontinuierlich ansteigt, wird die Palliativpflege äußerst vernachlässigt. Daher ist es notwendig den Bereich der Palliativpflege auszuweiten (vgl. Gunda, Thomas, Smith, 2005, 392).

Im Jahre 2005 wurde in Israel eine Studie durchgeführt, an welcher 105 Personen von fünf verschiedenen Dialysestationen teilnahmen. Hierbei wurde die Stellung bzw. Haltung von Palliativpflege von Mitarbeitern im nephrologischen Bereich erfasst. 92% der Teilnehmer waren DGKS/P, welche auf verschiedenen Dialysestationen arbeiten und Erfahrungen gesammelt haben. 93% derer behaupten, dass die Symptom-bzw.

Schmerzbehandlung und deren Kontrolle, die Lebensqualität der Patienten verbessert. 96,2% stimmen zu, dass eine Palliativpflege eine zentrale Rolle in der professionellen Arbeit des Dialysepersonals spielen sollte. Interessant ist auch, dass 96% der Befragten der Meinung sind, dass die psychosozialen Aspekte für die Betreuung in der tagtäglichen Pflege äußerst wichtig sind, jedoch nur 60% behaupten, diese psychosoziale Unterstützung routinemäßig durchzuführen. Weitere 76% sind der Meinung, dass eine Palliativpflege für Patienten welche sich einen Behandlungsabbruch unterziehen, essentiell sei, aber nur 64% wenden diese Pflege tatsächlich auf deren Stationen an. Nur 60% finden, dass die Familien in die terminale Phase einbezogen werden sollen (vgl. Madar, Gilad, Elenhoren, Schwarz, 2007, 37).

Es gibt daher verschiedene Empfehlungen zur Implementierung wie z.B.

- Das interdisziplinäre Team vergrößern bzw. verbessern.
- Das Pflegepersonal im Palliativbereich aus-und weiterbilden.
- Assessmentinstrumente erarbeiten (zur Kontrolle und Beurteilung).
- Einbeziehung und Betrachtung verschiedener Aspekte (auch rechtliche) bei Behandlungsabbruch.
- Einbeziehung und Förderung der Kommunikation mit der Familie (vgl. Madar, Gilad, Elenhoren, Schwarz, 2007, 38) .

Ein weiteres, meiner Meinung nach sehr interessantes Ergebnis einer deskriptiven Studie von Tyree, Long und Greenberg, 2005, in Haras 2008, 454 ergab folgendes: 82% hatten sich im Laufe ihrer Karriere mit dem Thema EOL (End-of-Life) auseinandergesetzt. Der Großteil meinte, dass aufgrund der jahrelangen Erfahrung die Wörter „Tod“ und „Sterben“ nicht unangenehm seien und die Diskussionen rundum erleichtern die Wahl der Art der Behandlung und das Gespräch zwischen Patient und Pflegenden (vgl. Haras, 2008, 454). Auf der Homepage der ANNA (American Nephrology Nurse Association) sind diverse Website Links angegeben, in denen Leitfäden und Tipps für CDK (chronic kidney disease) oder EOL (End-of-life) bzw. die Rolle der pflegenden Personen nachlesbar sind.

([www.annanurse.org/cgi-bin/WebObjects/ANNANurse.woa/wa/viewSection?s\\_id=1073744048&ss\\_id=536873278](http://www.annanurse.org/cgi-bin/WebObjects/ANNANurse.woa/wa/viewSection?s_id=1073744048&ss_id=536873278); 22.4.2010). Hier gibt es meiner Meinung nach sehr gute Möglichkeiten für das Pflegepersonal, sich Tipps zu holen, welche eventuell auf die jeweilige Station adaptiert und auch angewendet werden.

## 7. Burnout und Stress

Burnout ist in den letzten Jahren ein häufig verwendeter Begriff geworden. Es gibt kaum jemand, der nicht schon einmal von Burnout gehört oder sogar damit zu tun gehabt hat.

Burnout ist ein Phänomen, welches sehr stark im Dienstleistungsbereich zu finden ist. Viele Studien beweisen immer wieder, dass vor allem im Gesundheitsbereich das Risiko für Unzufriedenheit, Stress und Burnout höher ist als in anderen Arbeitsbereichen (vgl. Ross, Jones, Callaghan, Eales, Ashman, 2009, 127).

Herbert J. Freudenberger war ein Initiator der wissenschaftlichen Diskussion bezüglich Burnout und definierte das Syndrom im Jahre 1974 wie folgt:

„Nachlassen bzw. Schwinden von Kräften oder Erschöpfung durch übermäßige Beanspruchung der eigenen Energie, Kräfte oder Ressourcen“

([www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/ew/eb/eb.../VLPS03\\_12\\_02.ppt](http://www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/ew/eb/eb.../VLPS03_12_02.ppt); 12.7.2010).

Maslach Christina, eine Burnout Forscherin aus den USA unterteilt das Burnout-syndrom in drei Subdimensionen:

1. Emotionale Erschöpfung, rasche Ermüdung
2. Depersonalisierung, Gleichgültigkeit im sozialen Kontakt
3. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit im Beruf, Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung (vgl. Maslach, Jackson; 1981; 99 ff).

Aronson et al. 1983 beschreibt in Litzcke, Schuh 2007 drei Kategorien.

Zur Kategorie körperliche Erschöpfung zählen unter anderem:

Chronische Müdigkeit, Schwäche, Schlafstörungen, Alpträume, Energiemangel, Verspannungen im Hals und Schulterbereich, Rückenschmerzen, Veränderung des Körpergewichts, Veränderung der Essgewohnheiten, Unfallträchtigkeit, erhöhte Anfälligkeit für Virusinfektionen und Erkältungen, erhöhte Einnahme von Medikamenten und Alkohol um körperliche Erschöpfung auszugleichen;

Zur Kategorie emotionale Erschöpfung zählen unter anderem:

Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Lustlosigkeit, Entmutigung, Ernüchterung, sowie unbeherrschtes Weinen, Versagen der Kontrollmechanismen

gegenüber Emotionen, Vereinsamung, emotionales Ausgehöhltsein, Leere und Verzweiflung;

Zur Kategorie geistige Erschöpfung zählen unter anderem:

negative Einstellung zu sich selbst, zur Arbeit und zum Leben, Verlust von Selbstachtung, Minderwertigkeitsgefühl, Verlust von sozialer Kontaktbereitschaft, Überdruß, Zynismus, Verachtung, Aggressivität; (vgl. Litzcke, Schuh, 2007, 160).

Sokol, Hoppenworth 2006 hingegen beschreiben sehr aufschlussreiche Dialysespezifische Ursachen für ein Burnout-Syndrom. Diese können sein:

- „ permanente Überforderung (fachlich, zeitlich, emotional)
- unzureichende Einarbeitung, Weiterbildung und Einsichten in die Patientendynamik,
- Angst um den Arbeitsplatz,
- schlechtes Teamklima,
- fehlende Anerkennung,
- fehlender Ausgleich im Privatleben,
- widersprüchliche Anweisungen mehrerer Vorgesetzter,
- ungenügende Absprachen,
- fehlende Teambesprechungen und
- fehlende Supervisionen: Fall-, Team-, Organisationssupervision“ (Sokol, Hoppenworth, 2006, 132).

Die Symptome sind ähnlich jenen, die bereits oben angeführt worden sind. Die Folgen können jedoch sehr weitreichend sein. Nämlich nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Kollegen bzw. das Team und nicht zuletzt für den Patienten. Hier sind besonders hohe Krankenstände oder mangelnde Arbeitsqualität, häufige Fehleranfälligkeit, sowie schlechtes Betriebsklima oder unruhige Patienten und hohe Fluktuationen zu nennen (vgl. Sokol, Hoppenworth, 2006, 133). Das kann eine allgemeine Unruhe in das Haus bringen, welcher großen Unmut und Motivationslosigkeit mit sich bringt. Sehr sensible Patienten können vermehrt mit Komplikationen während der Dialyse reagieren, wenn eine solche Unruhe verspürt wird.

Eine Idee, wie diesem oder ähnlichen Problematiken entgegengewirkt werden kann, könnte meiner Meinung nach eine private Veranstaltung für das Personal sein. Sei es

ein gemeinsames Team- Abendessen oder ein Wandertag oder ein Ausflug mit den Kollegen und Kolleginnen. Man lernt sich auf eine andere Art und Weise kennen, nicht nur im alltäglichen funktionierenden Team sondern als private Person und Persönlichkeit. Kein Maschinenalarm, fragende Patienten oder Ärzte beeinträchtigen das Gespräch. Das vereinfacht ausführliche Gespräche unter- und miteinander und führt zu einem besseren Verständnis. Mit einem besseren Verständnis untereinander steigt auch die Akzeptanz nicht immer perfekt sein zu können oder zu müssen. Durch diese Erkenntnis kann wieder die Motivation gesteigert werden, wenn das Team weiß, dass zum Beispiel ein Kollege/in vorübergehend mehr Unterstützung benötigt und diese dann auch bekannt.

## **7.1. Bewältigungsstrategien für das Pflegepersonal**

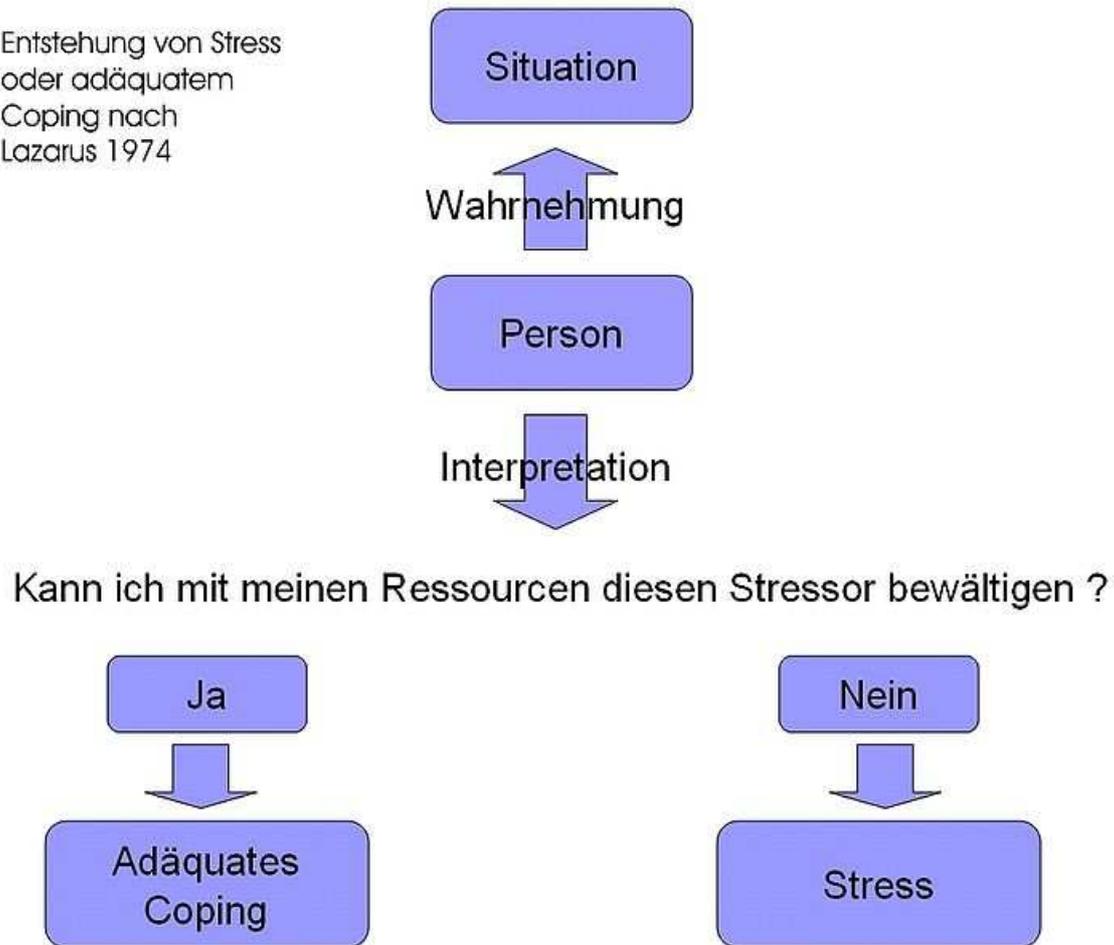
Was ist Stress?

Wie geht das Pflegepersonal mit Stresssituationen und Belastungen um, die auch zu einem Burnout führen können?

Gibt es Bewältigungsstrategien und wie könnten diese aussehen?

In der nächsten Abbildung ist das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus dargestellt. Dieses Modell sieht Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person. Es wurde im Jahre 1974 von Richard S. Lazarus veröffentlicht. Lazarus ging davon aus, dass nicht die Beschaffenheit der Reize oder Situationen für die Stressreaktion von Bedeutung sind, sondern deren individuelle kognitive Verarbeitung durch den Betroffenen. Stress entsteht weniger durch die Ereignisse selbst als vielmehr dadurch, wie wir diese bewerten. Menschen können für einen bestimmten Stressor höchst unterschiedlich anfällig sein; d.h. was für den einen bereits Stress bedeutet, wird von dem anderen in keiner Weise als Stress empfunden. Das Modell ist transaktional, das bedeutet, dass ein Bewertungsprozess zwischen dem Stressor und der Reaktion zwischengeschaltet ist (vgl. [www.de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell\\_von\\_Lazarus](http://www.de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell_von_Lazarus), 20.5.2010).

Entstehung von Stress  
oder adäquatem  
Coping nach  
Lazarus 1974



Grafik 10: Vereinfachte Darstellung der Primär- und Sekundärbewertung im Stressmodell von Lazarus (vgl. [www.de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell\\_von\\_Lazarus](http://www.de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell_von_Lazarus); 20.5.2010)

Jede Person hat einen anderen Zugang zu Problemsituationen und Belastungen und dementsprechend unterschiedlich fällt auch die Intervention aus. Lazarus geht in seiner Bewertung von drei Stufen aus:

1. Primary Appraisal (Primäre Bewertung)
2. Secondary Appraisal (Sekundäre Bewertung)
3. Reappraisal (Neubewertung)

Ad 1.) Hier wird der Reiz hinsichtlich seiner Gefährlichkeit bewertet. Wird der Reiz als positiv wahrgenommen, kann es eine Herausforderung (challenge) sein. Jedoch kann dieser Reiz genauso als Bedrohung (threat) oder als Schädigung/Verlust (harm/loss) empfunden werden.

Ad 2.) Bei der sekundären Bewertung überprüft die Person alle ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen, um auf eine Herausforderung einzugehen, eine Bedrohung abzuwenden oder die Konsequenzen eines Verlustes zu mildern. (vgl. Starke 1999; 8 f) Das kann zum Beispiel Angriff oder Flucht bedeuten oder Änderungen im Verhalten oder auch Verleugnung von Situationen. Je nachdem ob ein Erfolg oder auch Misserfolg aus dem Verhalten resultiert, lernt die jeweilige Person diese Bewältigungsformen in unterschiedlichen Situationen einzusetzen. Dieses Verhalten wird auch Coping genannt. (vgl. Hill, 1999, 203-205)

Ad 3.) „Die Neubewertung (reappraisal) geschieht nach erfolgter Reaktion - die Stress auslösenden Reize sowie die persönlichen Ressourcen können neu bzw. anders bewertet und auch neu eingeordnet werden.

Der Prozess der Neubewertung ermöglicht es, Erfahrungen zu sammeln, die bei wiederholtem Auftreten der Person-Umwelt Konstellation berücksichtigt werden. Dadurch wird der Stressprozess dynamisch, auf gleiche Reize kann je nach Erfahrung zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich reagiert werden.“

([www.unitrier.de/fileadmin/fb1/prof/PSB/TKP/Unterlagen\\_Lehre\\_2007\\_2008/Biospsychologie](http://www.unitrier.de/fileadmin/fb1/prof/PSB/TKP/Unterlagen_Lehre_2007_2008/Biospsychologie), 21.5.2010).

Wenn nun eine Person in einer Stresssituation ist, und diese weiß wie man zum Beispiel mit einer Bedrohung umgeht, so kann diese Bedrohung auch eine Herausforderung sein, ebenso kann eine Herausforderung zur Bedrohung werden, wenn die notwendige Ressource nicht zur Verfügung steht.

## **7.2. Coping/ Sense of coherence, Stressmanagement**

Wie bereits im vorigen Kapitel kurz angesprochen, ist die Antwort auf Stress und Belastungen ein adäquates Coping und ein hohes Maß an Kohärenz.

Der Begriff Coping stammt aus dem Englischen und bedeutet „fertig werden mit“. Coping wird in der Psychologie und Medizin synonym mit dem Begriff des Bewältigungsverhaltens in Stresssituationen verwendet. Lazarus und Folkman 1984 (vgl. Hill, 2000, 203 ff) bezeichnen alle kognitiven, emotionalen und behavioralen Reaktionen und Ak-

tivitäten, die eine Person vornimmt, um Belastungen innerer und äußerer Art zu meistern oder zu mindern, als Coping.

Coping - Verhalten setzt dann ein, wenn Anforderungen, die an die Person gestellt werden, die Reaktionsmöglichkeiten überschritten werden und eine über die Routinemöglichkeiten hinaus reichende Situationsanpassung erforderlich wird (vgl. Lazarus, Folkman, 1984; in: Hill, 2000; 203;).

„Coping bezeichnet einen andauernden Prozess, in dem das Individuum auf die Erreichung eines Ziels hin arbeitet. Die Wirksamkeit einer Coping-Strategie hängt von der Art der Stress erzeugenden Situation ab.“

([www.neuro24.de/show\\_glossar.php?id=361](http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=361); 20.5.2010)

„Das Kohärenzgefühl (sense of coherence) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, 36).

Des Weiteren setzt sich das Kohärenzgefühl aus drei Komponenten zusammen.

- ❖ Verstehbarkeit: diese beschreibt den Eindruck, dass Ereignisse im Leben geordnet, vorhersagbar, auch verständlich und nachvollziehbar sind.
- ❖ Bewältigbarkeit: meint, das optimistische Vertrauen, Lebensaufgaben aus eigener Kraft oder mit Hilfe sozialer Unterstützung meistern zu können.
- ❖ Sinnhaftigkeit umfasst die Freude am Leben und ein grundlegendes Gefühl von der Bedeutsamkeit des eigenen Lebens. (vgl. Antonovsky, 1997, 34-36)

Nach einer Reihe von Definitionen ist es meiner Meinung nach sinnvoll, hierzu Beispiele anzuführen. Viele Pflegepersonen sind nicht in der Lage offen über Probleme auf der Station zu reden. Es ist für sie schwierig Erfahrungen und Gefühle auszutauschen und negativen Gefühlen auch den Patienten gegenüber, Ausdruck zu verleihen.

Oft sind die notwendigen und adäquaten emotionalen und sozialen Copingstrategien nicht oder nur unzureichend vorhanden. (vgl. Lewis, Bonner, Campell et al., 1994, 334)

Der erste Schritt in ein erfolgreiches Coping ist, den Stress zu identifizieren, sich im Klaren zu sein, was für einem persönlich Stress auslöst. Viele Pflegepersonen reden über diesen Prozess, andere hingegen bearbeiten die Situation mit sich selbst. (vgl. Lewis, Bonner, Campell et al., 1994, 334).

Die bereits angesprochene Studie schlägt auch diverse Copingstrategien vor. Unter anderem kann ein erfolgreiches Coping auch bedeuten, regelmäßig Bewegung oder Sport zu machen, sich gesund zu ernähren und zum Beispiel Yoga oder Entspannungsübungen durch zu führen. Außerdem wird empfohlen, sich immer wieder Urlaub bzw. Auszeit zu nehmen und vor den Diensten im Krankenhaus oder auf der Station genügend Schlaf zu bekommen. Im ausgeschlafenen Zustand kann die tagtägliche Arbeit leichter bewerkstelligt werden. Ebenfalls wird Musik als entspannend empfunden. In einer anderen Studie wird unter den bereits angegebenen Strategien, auch die psychosoziale Unterstützung durch professionelle Helfer angegeben. (vgl. Mimura, Griffiths, 2003; 10-15).

Demnach möchte ich noch kurz die Supervision in Krankenhäusern ansprechen, die ebenfalls einen positiven Effekt für das Pflegepersonal, besonders in der Angstbekämpfung bzw. die Kontrolle über diversen Situationen zu haben, hat. (vgl.: [www.3.interscience.wiley.com/journal/118662763/abstract](http://www.3.interscience.wiley.com/journal/118662763/abstract))

Nachfolgend sind Beispiele für Stressmanagement angegeben. Nach Auseinandersetzung mit dem Modell und der eigenen Stresssituation, kann man meiner Meinung nach durchaus Lösungsansätze für einen adäquaten Umgang in den verschiedensten Situationen finden und entsprechend umsetzen.

In Anlehnung an Halsey 1985 in Lewis, Bonner, Campell et al., 1994, 334-335, möchte ich noch kurz auf die drei Kategorien des Stressmanagements eingehen.

1. Selbstmanagement: Das betrifft vor allem den Gesundheitsbereich wie zum Beispiel: genügend Schlaf, gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, positives Denken.
2. „Karriereplanung“: Das beinhaltet die Festlegung der Interessen, Fähigkeiten und Talente sowie Planung bzw. Lenkung persönlicher Ziele und Pläne.

3. „Use of support systems“: Das beinhaltet individuelle, organisatorische oder finanzielle Ressourcen, sowie persönliche Hobbys oder auch Gefühle, die es zu unterstützen gilt. (vgl. Lewis, Bonner, Campell et al., 1994, 334-335).

Außerdem möchte ich, wie in der folgenden Aufstellung ersichtlich ist, auf mögliche Stressmanagementinterventionen verweisen. Diese erleichtern den Umgang mit Stress und deren Folgen und enthalten ebenso Tipps um möglich aufkommenden Stress rechtzeitig entgegenwirken zu können.

Stressmanagementinterventionen – Interventionsebenen und Beispiele (nach DeFrank und Cooper 1987, zitiert nach Giga et al. 2003)

Ebene der Intervention:

Individuell	Entspannungstechniken Ausgleichssport Vermittlung kognitiv-verhaltensbezogener Fähigkeiten Zeitmanagement Meditation Biofeedback
Organisatorisch	Modifikation technischer und umgebungsbedingter Gegebenheiten Neugestaltung/ Umstrukturierung der Arbeitstätigkeit Änderung der Hierarchiestrukturen Mitarbeiterbeteiligung
Individuell/ organisatorisch	unterstützende Peergruppen Persönlich angepasstes Arbeitsfeld/ Arbeitsausstattung Lösung von Rollenkonflikten Partizipation und Autonomie

### 7.3. Zusammenfassungen diverser Studien zum Thema

In den nächsten Seiten folgen diverse Zusammenfassungen von Studien, die sich mit dem Thema Burnout des Krankenpflegepersonals beschäftigen. Für die meisten Untersuchungen bzw. Befragungen wurde die sogenannte MBI (Maslach Burnout Inventory) eingesetzt. Diese einheitliche Methode erleichtert die Zusammenfassung und die Schlussfolgerungen von den Studien bzw. für die Praxis.

Zu diesem sehr spannenden Thema möchte ich gerne auf eine Studie hinweisen, welche im Jahre 2008 in London an zwei Dialysezentren vom Pflegepersonal sowie von Patienten durchgeführt wurde. Es galt herauszufinden, wie hoch das Level von Burnout, Befriedigung in der Arbeit und psychische Belastung beim Pflegepersonal war.

80% der Befragten Pflegepersonen gaben an, sich in den Patienten hinein versetzen zu können, sie verstehen den Patienten und dessen Gefühle und reagieren adäquat und angemessen. Außerdem können Probleme des Patienten gut bewältigt werden und eine angenehme und entspannte Umgebung kann geschaffen werden. Äußerst interessant ist jedoch, dass es im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich keinen signifikanten Unterschied im Burnout Verhalten gibt (vgl. Ross, Jones, Callaghan, Eales, Ashman, 2009, 132).

Eine andere Studie aus dem Jahre 2009 aus den Niederlanden besagt folgendes. Hier wurde das Pflegepersonal auf der Dialyse hinsichtlich verschiedener häufig auftretender Thematiken befragt. Zum Beispiel: Wie massiv sind moralische Probleme mit Hintergründen wie: Dialysestopp oder Fortsetzen der Behandlung, Compliance des Patienten, Patientenwünsche versus professionelle Meinung des Pflegepersonals, Nierentransplantation, Diskretion, Entscheidung nicht zu reanimieren oder der „Schwierige Patient?“

Das Pflegepersonal äußert die größten Schwierigkeiten der psychosozialen sowie auch pflegerischen Unterstützung beim Thema: soll die Dialyse gestoppt werden oder soll die Behandlung fortgesetzt werden? Die Frage ist, welche moralische Regeln oder Kriterien sind ausschlaggebend ob der Patient nun weiterleben darf oder ob dieser sterben wird. Eine ständige Evaluierung der Prognose bzw. der Wirkung der Dialyse

und nicht zuletzt der Wunsch des Patienten sollte daher durchgeführt werden. Dies scheint als eines der schwierigsten Themen für das Pflegepersonal laut dieser Studie zu sein.

Als zweites großes Thema, welches eine Belastung bzw. Probleme für das Pflegepersonal darstellt, wurde die non-compliance des Patienten angegeben. Speziell wenn Patienten sich in keinster Weise an die für ihn lebensnotwendigen Umstellungen der Ernährung bzw. des Trinkverhaltens halten und eine zusätzliche und außertourliche Dialyse durchgeführt werden muss.

Die drittgrößte Kategorie für moralische Bedenken und Probleme sind die Patientenwünsche versus die professionelle Meinung des Pflegepersonals. Selbstverständlich haben die Patientenwünsche hohe Priorität im alltäglichen Umgang. Diese Wünsche sind vom Pflegepersonal zu respektieren. Jedoch wird es schwierig, wenn der Patient irrationale Entscheidungen trifft bzw. diverse Wünsche einfach nicht durchführbar sind. Außerdem müssen diverse Standards für eine gute Pflege eingehalten und verantwortungsvoll gehandelt werden. Auf die anderen Themenbereiche, wie bereits weiter oben angeführt, möchte ich nicht näher eingehen, da diese in der Studie nur nachrangig bewertet wurden. (vgl. Hermsen; van der Donk; 2009, 186 ff)

Für die folgende Studie welche in Japan 1999 durchgeführt wurde, wurden 286 ausschließlich weibliche diplomierte Krankenschwestern befragt. Diese Studie besagt, dass junge Pflegepersonen, also jene deren Erfahrung als Pflegeperson unter drei Jahren liegt, schwerer mit den Belastungen im Krankenhaus zurechtkommen, als jene die schon einige Jahre Erfahrung, sprich mehr als vier Jahre bis max. 20 Jahre in der Pflege haben. Trotzdem ist sehr interessant, dass es einen Zusammenhang zwischen Erfahrungsjahren und dem Burnoutsyndrom gibt. Genauer gesagt, dass ein Burnoutsyndrom jene Personen mehr betrifft, welche zwischen 10 und 19 Jahre Erfahrung als Pflegepersonen haben.

Laut Studie ist dies darauf zurückzuführen, dass Personen die schon lange im Krankenhausalltag tätig sind, (also mehr als 10 Jahre) meist noch eine oder mehrere Rollen zu erfüllen haben. Nämlich die Hausfrau bzw. Mutterrolle, was wiederum in Kombination mit der Schichtarbeit im Krankenhaus vermehrt zur Erschöpfung und in weiterer Folge zum Burnout führen kann. Hier gibt es jedoch einen signifikanten Unterschied zwischen Mütter welche Kinder von 0-12 Jahren betreuen versus Mütter die Kinder betreuen welche älter sind als 12 Jahre. Also, Mütter die Kinder zwischen 0-12

Jahre zu Hause zu betreuen haben, verzeichnen in dieser Studie einen weitaus höheren physischen sowie psychischen Erschöpfungszustand, als jene die ältere Kinder haben - nämlich älter als 12 Jahre. Diese Mehrbelastung ist auf jeden Fall ein Grundstein dafür, an einem Burnout zu erkranken.

Ebenfalls ist noch anzumerken, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitszeiten und Erschöpfung gibt. Hier werden vor allem die unterschiedlichen Schichten bzw. Dienstzeiten beschrieben. Im speziellen jedoch wird der Zusammenhang bei einer Konstellation aus drei Schichten beschrieben (three-shift work). Was erstaunlich ist, ist die Tatsache, dass verheiratete Pflegepersonen weniger zur Erschöpfung oder Müdigkeit neigen, als jene die Single sind. Außerdem fühlen sich verheiratete Pflegepersonen weniger emotional überfordert und mehr erfüllt in ihrer tagtäglichen Pflege von Patienten (vgl. Higashiguchi et al., 1999, 221).

Eine weitere Studie wurde in Norditalien im Jahre 2007 durchgeführt. Hierbei wurden 10 Dialysezentren involviert, wovon drei Universitätskliniken waren. Insgesamt beteiligten sich 344 Personen (davon 273 Pflegepersonen und 61 Ärzte). Ebenfalls wurde zur Befragung die Maslach Burnout Inventory herangezogen. Zusätzlich wurde allerdings die Frage gestellt, ob es einen Unterschied zwischen Ärzten und Pflegepersonal gibt, wenn es um den emotionalen Erschöpfungszustand geht. Es wird deutlich beschrieben, dass das Pflegepersonal mehr oder häufiger an emotionaler Erschöpfung, welche unter anderem auch zum Burnout führen kann leidet, als Ärzte - nämlich 80 Pflegepersonen (30%) zu 11 Ärzten (18%). Dies wird damit erklärt, dass das Pflegepersonal doch wesentlich mehr Zeit am und mit den Patienten verbringt und generell eine intensivere Beziehung herrscht, als in der Arzt-Patientenbeziehung.

Zusätzlich spielen die Arbeitsbedingungen und die personelle Situation eine Rolle. Trotzdem kann aus dieser Studie gesagt werden, dass das Burnoutphänomen kein generelles Problem auf der Dialyse darstellt. Die wenigen die es tatsächlich betrifft, würden auf jeden Fall von Unterstützungsmaßnahmen profitieren (vgl. Klersy et al., 2007, 2283 ff).

In einer weiteren Studie, welche in Süditalien durchgeführt wurde und sozusagen mit jener aus Norditalien verglichen wurde, ergaben sich ähnliche Resultate. Hierfür wurden 226 Pflegepersonen und 72 Ärzte befragt. Diese Studie besagt, dass das Pflegepersonal auf der Dialyse ein hohes Maß an Empathie aufbringt und das eine persönli-

che Befriedigung und Erfüllung im täglichen Umgang mit Dialysepatienten durchaus gegeben ist. Dies schließt ebenfalls eine gute Patienten-Arztbeziehung sowie eine gute Patienten-Pflegepersonalbeziehung mit ein (vgl. Biagio Di Iorio, Cucciniello, Bellizzi, 2008, 775-776).

Obwohl die folgende Studie in erster Linie Pflegepersonal von Peritonealdialysen betrifft ist das Ergebnis sehr interessant, da es einem Resultat einer Studie die weiter oben beschrieben wurde, ähnlich ist. Hierzu wurden 277 Pflegepersonen und 55 Ärzte von einer Universitätsklinik in Missouri-Columbia befragt. Erstaunlich hierbei ist die Tatsache, dass ein emotionaler Erschöpfungszustand mit dem Familienstand im Zusammenhang steht. Genauer gesagt, eine emotionale Überforderung wurde bei Pflegepersonen mit dem Status „Single“ am meisten beschrieben. Bei Personen mit dem Status „Single“ wurde der emotionalen Erschöpfung ein Wert von 24,4 zugeschrieben. Hingegen bei Personen mit einem „Witwenstatus“ wurde lediglich ein Wert von 15,4 verzeichnet. ( $p < 0,02$ , analysis of variance) Verheiratete Personen hatten einen Wert von 19,3 und geschiedene Personen wiesen einen Wert von 22,7 auf. Das heißt die emotionale Erschöpfung liegt bei verheirateten und geschiedenen Pflegepersonen im Mittelfeld.

Außerdem ist erstaunlich, dass das Pflegepersonal welches ausschließlich für Peritonealdialyse zuständig ist, einen niedrigeren Wert bzgl. Depersonalisierung (=Selbstentfremdung) aufweisen, als jene die auch Hämodialysepatienten betreuen. „Eine Depersonalisierung bedeutet in diesem Zusammenhang einen Zustand der Entfremdung einer Person gegenüber ihrem eigenen Ich und ihrer Umwelt. Die Handlungen und Erlebnisse des Betroffenen haben für diesen einen traumhaft-unwirklichen Charakter und werden nicht mehr auf die eigene Person bezogen, sondern wie aus einer Zuschauerrolle heraus beobachtet. Depersonalisationsphänomene treten bei psychischer Erschöpfung und in psychischen Krisen auf“ ([www.spinx-suche.de/psychologie2/depersonalisation.html](http://www.spinx-suche.de/psychologie2/depersonalisation.html); 19.5.2010).

Bei Peritoneldialysepatienten wurde ein Wert von 4,7 angegeben. Hingegen bei Pflegepersonen welche Hämodialyse- und Peritonealdialysepatienten pflegen, wurde ein Wert von 6,2 festgestellt ( $p < 0,01$ , analysis of variance).

## **II. Empirischer Teil:**

### **8. Problem und Fragestellung**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Krankenpflegepersonen, die sich der Pflege von chronisch kranken Dialysepatienten widmen. Die gesamte Arbeit ist darauf aufgebaut, das Erleben von Pflegepersonen im Umgang mit Dialysepatienten festzuhalten und zu analysieren. Ziel dieser Diplomarbeit ist es, Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu ziehen, welche eine mögliche Erleichterung für Patient und Personal im tagtäglichen Umgang miteinander mit sich bringt.

Es wurden daher folgende Forschungsfragen gewählt.

1. Wie erlebt das Pflegepersonal den tagtäglichen Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten?
2. Welche besonderen Herausforderungen sowohl im fachlichen als auch im kognitiven und psycho-sozialen Bereich bietet dieses spezielle Feld der Krankenpflege?
3. Ist es möglich durch entsprechende Interventionen und Hilfsmittel Erleichterung in der tagtäglichen Arbeit mit chronisch kranken Dialysepatienten zu schaffen?

#### **8.1. Forschungsmethode**

„Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus also subjektiv erfahren und verstehen. Die Datenerhebung ist offen und wird mithilfe von halb oder nicht standardisierten Instrumenten durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgt mittels interpretativer Methoden und erzeugt Beschreibungen. Ziel der qualitativen Forschung ist es, aus den gewonnenen Daten Theorien und Konzepte zu entwickeln; sie ist daher theoriebildend, man geht induktiv vor.“ (Mayer, 2007, 89).

Dieser von Hanna Mayer entwickelte Merksatz entspricht meiner Forschungsmethode. Es ist mir wichtig das Erleben des Krankenpflegepersonals festzuhalten und zu verstehen. Durch dieses Verständnis und die Erlebnisse des Personals können wiederum neue Theorien im Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten entwi-

ckelt werden, die letztendlich allen, Patienten, Ärzten und nicht zuletzt dem Pflegepersonal zu Gute kommen können und werden.

Nach Parse, Coyne und Smith, 1985 in LoBiondo, Wood, Haber, 2005, 224, sollten Forschungsmethoden, ob qualitativ oder quantitativ, folgende fünf Grundelemente beinhalten, nämlich:

1. Identifizierung des Phänomens
2. Strukturierung der Studie
3. Datensammlung
4. Datenanalyse
5. Beschreibung der Befunde

Anhand von diesen fünf Grundelementen möchte ich gerne die Methode beschreiben, welche ich bei meiner empirischen Arbeit verwendet habe.

1. Identifizierung des Phänomens: Nach reiflicher Überlegung und Gesprächen mit betroffenen Pflegepersonen, war mir besonders wichtig herauszufinden und vor allem zu verstehen, wie das Pflegepersonal den tagtäglichen Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten empfindet und erlebt. Somit war das Thema klar.
2. Aufgrund dieser Überlegungen entstanden die Forschungsfragen, auf welchen die gesamte Diplomarbeit aufgebaut ist.  
„Wie sehen die Erlebnisse des Pflegepersonals im tagtäglichen Umgang mit chronisch Kranken Dialysepatienten aus?“  
„Welche besonderen Herausforderungen sowohl im fachlichen, als auch im kognitiven und psycho-sozialen Bereich bietet dieses spezielle Feld der Krankenpflege?“  
„Ist es möglich durch entsprechende Interventionen und Hilfsmittel Erleichterung in der tagtäglichen Arbeit mit chronisch kranken Dialysepatienten zu schaffen?“
3. Die Datensammlung erfolgte über Expertengesprächen welche anhand eines halbstandardisierten Leitfadens durchgeführt wurden. „Das Experteninterview ist eine gute Methode, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren.“( Mayer, 2007; 183). Der Leitfaden wurde anhand von häufig angesprochenen Themen oder auch Problemen im täglichen Ablauf entwickelt.

Somit wurde kein Punkt übersehen, da der Leitfaden ebenfalls von einer externen Expertin teilweise mitentwickelt und überprüft wurde.

Die Gruppe der Experten setzt sich in meinem Fall aus diplomierten Krankenpflegepersonen zusammen, die mindestens bzw. mehr als fünf Jahre auf einer Dialysestation arbeiten bzw. gearbeitet haben. Ebenfalls sollte eine Sonderausbildung für Nierenersatztherapie erfolgreich absolviert worden sein. Die Interviews dauerten im Schnitt ca. 15 bis 20 Minuten und wurden mittels eines Diktiergerätes absolut anonymisiert aufgenommen. Die Experten wurden vorab über das Gespräch aufgeklärt und es waren ausnahmslos alle Teilnehmer freiwillig an der Befragung beteiligt. Dies wurde dem Forscher auch schriftlich bestätigt. Diese Bestätigungen wurden ebenso den Interviewpartnern ausgehändigt. Außerdem wurde mit den Experten vereinbart, dass die Daten ausschließlich für meine Diplomarbeit verwendet werden dürfen.

4. Die Datenanalyse erfolgt unmittelbar danach. Die Gespräche wurden wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden in Schriftdeutsch übertragen um eine einfachere und bessere Lesbarkeit gewährleisten zu können. Die Textteile und Passagen wurden nummeriert. Somit ist war die Auswertung einfacher und präziser. Nun kam es anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zur Auswertung bzw. Interpretation der Daten. Mayring beschreibt in der qualitativen Inhaltsanalyse speziell drei Grundformen des Interpretierens nämlich:
  - Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, die Daten so zu reduzieren, dass die wesentlichsten Inhalte erhalten bleiben, jedoch das Abbild des Grundmaterials erhalten bleibt.
  - Explikation: Ziel dieser Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen zusätzliches Material zu sammeln, sodass diese Textstellen genau erläutert und erklärt werden.
  - Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte vom gesammelten Material herauszufiltern um die Daten aufgrund bestimmter Kriterien einschätzen zu können. (vgl. Mayring, 2008, 58 f).

Die Daten konnten aufgrund dieser Analyse derart reduziert werden, sodass der wesentliche Inhalt erhalten blieb, das Grunddatenmaterial bzw. die Grundaussagen jedoch bewahrt werden konnte. Durch aufmerksames und mehrmaliges Lesen der

transkribierten Interviews wurden die zur Beantwortung der Forschungsfrage wesentlichen Textbausteine markiert und kategorisiert.

Aufgrund dieser Analyse wurden folgende Ergebnisse und die daraus folgenden Schlussfolgerungen (in 7.3. bzw. 7.4.) erzielt.

## **8.2. Interviewleitfaden**

Die Interviewpartner wurden von mir im Vorfeld ausgewählt. Da es sich um Experten handelte, kam nur ein geringer Teil der Kollegschaft in Frage. Diese sollten ebenfalls eine erfolgreich abgeschlossene Zusatzausbildung für Nierenersatztherapie nachweisen können. Nach der Terminvergabe wurden die Interviewpartner genau über das Procedere aufgeklärt. Auch die Themen wurden überblicksmäßig bekanntgegeben, damit die Kolleginnen und Kollegen auch wussten, welche Schwerpunkte behandelt werden würden. Jedoch die genauen Fragen wurden erst beim Interview bekannt gegeben um keine vorgefertigte Meinung von den Experten zu erhalten.

Folgende Fragen wurden als Leitfaden während der Interviews (halbstandardisiertes Experteninterviews) verwendet. Der Interviewpartner wurde von mir aufgefordert, von sich aus zu reden und zu erzählen. Mit meinen gezielten Fragen und den sich daraus ergebenden Antworten wollte ich jedoch sicherstellen, dass eine Beantwortung meiner Forschungsfrage möglich ist.

- Das kooperative Verhalten des Patienten:

Der Konflikt im Aufklärungsgespräch und bei der Betreuung während der Therapie ist ein häufiges Thema. Immer wieder werden Verhaltensvorschläge von Seiten der DGKS/DGKP eingebracht, welche oft von Seiten des Patienten nicht wahrgenommen werden.

- Welche Erfahrungen machen Sie mit Patienten, die Sie nicht „hören wollen“?
- Welche Lösungsansätze finden Sie für sich?

- Der „schwierige“ Patient:

Der „schwierige“ Patient löst oft Unbehagen und Frust bei Ärzten und Pflegepersonal aus, er kostet viel Zeit und Energie und fordert alle Verantwortlichen auf eine besondere Art und Weise.

- Gibt es für Sie ein „Geheimrezept“ mit „schwierigen“ Patienten um zu gehen?
- Suchen Sie eher den Kontakt und versuchen die Konflikte zu lösen oder vermeiden Sie den Konflikt?

- Motivation:

Der Patient ist oft ein Leben lang an eine Maschine gebunden (vor allem Patienten, die gewisse Transplantationsvorgaben nicht erfüllen: Alter, persönliche Ablehnung...).

- Wie motivieren Sie den Patienten immer wieder aufs Neue?
- Wie motivieren Sie sich selbst, um eine wirkliche Unterstützung für den Patienten zu sein?

- Psyche:

Mit der Pflege eines chronisch kranken Dialysepatienten übernimmt das Pflegepersonal eine wesentliche Rolle in der Unterstützung im psycho-sozialen Bereich.

- Wie notwendig empfinden Sie eine Betreuung der Patienten durch eine/n professionellen Mitarbeiter/in?
- Wäre auch eine Betreuung des Pflegepersonals Ihrer Meinung nach sinnvoll? Wenn ja, warum? (z.B. Supervision, Gesprächsrunden, Tipps von professionell ausgebildeten Therapeuten oder Experten?)

- Abhängigkeit:

Der Patient ist nicht selten ein Leben lang von einer Maschine und einer Pflegeperson, die diese Maschine bedient, abhängig. Es ist nicht immer nur die Abhängigkeit an sich, die traumatisch erlebt wird, sondern vielmehr die Unmöglichkeit, die Abhängigkeit aktiv zu beeinflussen. Das bringt sehr viel Frust und Ungeduld und auch Hass mit sich, jedoch immer mit dem Wissen der Notwendigkeit für die jeweilige Person.

- Wie schaffen Sie die Balance in den Gesprächen und im Umgang mit den Patienten, zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeit bzw. Eigenverantwortung?

- Angst:

Angst gehört zur menschlichen Existenz sowie Essen und Trinken. Auch bei Dialysepatienten ist Angst ein ständiger Begleiter und kommt selbst bei langjährigen Patienten immer wieder vor. (z.B. Angst vor Schmerzen bei der Punktion, Angst vor Komplikationen während der Dialyse, Angst vor Unsicherheit des Pflegepersonals.....)

- Wie gehen Sie mit Patienten um, die besonders ängstlich sind? Wie verhalten Sie sich?
- Wie nehmen Sie den Patienten die Angst vor der bevorstehenden Therapie?

- Leiden, Tod und Sterben:

Im Laufe der Zeit entwickelt sich zum Dialysepatienten ein gewisses „Naheverhältnis“. Zu manchen mehr, zu manchen weniger.

Man „leidet“ häufig mit den Patienten mit, da eine völlige Abgrenzung nicht immer oder nur schwer möglich ist.

- Wie stehen Sie den Patienten mit und in seinem Leid bei?
- Wenn nun ein langjähriger Patient, welcher häufig von Ihnen betreut wurde stirbt, wie gehen Sie mit dem Tod des Dialysepatienten um?
- Haben Sie für sich Verarbeitungsstrategien entwickelt, wenn ja welche?

Zum Abschluss wurde eine generelle Frage gestellt. Die Befragten sollten in kurzen Sätzen beantworten, wie diese grundsätzlich die Arbeit und der Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten erleben und empfinden und ob eine Änderung gewünscht ist.

### **8.3. Ergebnisse**

#### **Frage 1: Auf die erste Frage bezüglich des kooperativen Verhaltens:**

- **Welche Erfahrungen machen Sie mit Patienten, die Sie nicht „hören wollen“?**
- **Welche Lösungsansätze finden Sie für sich?**

IP A: Man merkt rasch welcher Patient wirklich Interesse an einer genauen Aufklärung hat, bei dem bemühe ich mich dann auch sehr, bei denen die von Anfang an blockieren, lass ich es bleiben und wende mich denen zu die es wirklich interessiert.

IP B: Ich versuche auf angenehme lustige Art und Weise darauf hinzuweisen, was die Folgen sein können und dass wir sie unterstützen und helfen wollen, jedoch auch, dass es ihr Leben ist und bei nicht kooperativen Verhalten der Patient es zu spüren bekommt. Wenn der Patient nicht zugänglich ist, hat es jedoch keinen Sinn.

IP C: Jeder ist seines Glückes Schmied – ich will keinen zu irgendwas zwingen, man erreicht sowieso nie alle. Ein kleiner Teil tut das eh und ist empfänglich für Ratschläge.

IP D: Ich versuche immer wieder den Patienten aufzuklären, damit darf man nicht aufhören, außerdem ist Vertrauen wichtig und das man sich als Pflegeperson wirklich mit der Problematik des Patienten auseinandersetzt – ihn ernst nimmt und das auch vermittelt.

IP E: Ich schau, wie die psychische Lage des Patienten ist, und erkläre dann genau - das Vertrauen muss aufgebaut werden, dann kann man Sachen erklären. Man muss auch oft kontrollieren, ob das, was gesagt wurde, auch gemacht wird.

IP F: Man muss solche öfters ansprechen und immer wieder sagen, was wichtig ist, dann realisieren sie auch was sie tun sollen.

IP G: Ich denke, dass es wichtig ist den Kranken Menschen immer und immer wieder zu informieren, auch wenn man das Gefühl hat, dass es nichts bringt. Es bleibt immer ein bisschen hängen und so steigt das Vertrauen. Durch Vertrauen glauben und hören Patienten auch öfter.

IP H: Ist mir wurscht. Es ist sein Körper und sein Leben. Früher hab ich alles probiert doch nach einigen Jahren hab ich es aufgegeben, ich kann den Patienten zu nichts zwingen.

## **Frage 2:**

- **Gibt es für Sie ein „Geheimrezept“ mit „schwierigen“ Patienten um zu gehen?**
- **Suchen Sie eher den Kontakt und versuchen die Konflikte zu lösen oder vermeiden Sie den Konflikt?**

*IP A: Ich versuche mich in den Patienten hinein zu fühlen und mit Humor und Schmäh das Ganze anzugehen, jeder hat einen Weg um zu ihm durchzudringen, den muss man finden.*

*IP B: Ich suche sogar den Konflikt, ich habe kein Problem mit solchen Patienten. Wenn der Patient jedoch ungehalten wird, muss man eine Grenze setzen, da braucht man leider auch den Arzt dazu. Ich muss ruhig bleiben und schaffe das auch in 90% der Fälle, die Situation führen zu können. Ich gehe auf die Probleme ein und versuche es mit den Patienten zu lösen.*

*IP C: Ich versuch es von mir abprallen zu lassen. Wenn ich gezwungen bin, versuch ich halt den vernünftigen höflichen Weg zu gehen. Du wirst keinen Menschen ändern können.*

*IP D: Ich versuche Vertrauen aufzubauen und mit dem Patienten Dinge zu reden, die ihm eine Freude bereiten. Erst langsam kann man dann die Krankheit und die Gegebenheiten auf der Station einbauen. Humor kann auch sehr hilfreich sein, wenn der Patient dafür zugänglich ist, das Alles braucht viel Zeit.*

*Mit Konflikten tue ich mir sehr schwer, ich mag es nicht wenn ich Probleme mit Patienten habe, es belastet mich, dann mache ich vielleicht Sachen, die andere Kollegen nie tun würden um den Konflikt aus dem Weg zu gehen und denk mir „ der hat es eh nicht leicht, oder das kann ich schon tun für den Patienten“...*

*IP E: Ich versuche beim ersten Eindruck das Beste zu geben und von da an läuft alles gut, das ist mein Geheimrezept.*

*IP F: Es gibt keine schwierigen Patienten, es gibt nur schwierige Verhaltensweisen. Es gibt Leute die mich einfach nerven und mir unsympathisch sind, das bin dann ich und*

*das hat mit dem Patienten nichts zu tun. Sonst kann ich mich gut abgrenzen. Ein Konflikt entsteht erst dann, wenn ich emotional reagiere, das Ziel ist jedoch mit den schwierigen Verhaltensweisen umzugehen und nicht den Konflikt zu lösen.*

*IP G: Ich erkläre die Schwierigkeit ihrer Krankheit, und dass das Pflegepersonal und die Ärzte unser Bestes tun um die Krankheit leichter zu machen.*

*IP H: Du darfst es nicht zu sehr an dich herankommen lassen, du musst dir sagen, der Mensch ist mir egal.*

### **Frage 3:**

- **Wie motivieren Sie den Patienten immer wieder aufs Neue?**
- **Wie motivieren Sie sich selbst, um eine wirkliche Unterstützung für den Patienten zu sein?**

*IP A: Das fällt mir sehr schwer, aber ich schau auf andere Patienten, die relativ gut mit der Situation umgehen, und versuche herauszufinden, wie die das machen, wo die ihre Kraft hernehmen und probiere das an andere weiterzugeben. Wenn man eine gute Dialyse macht, wo es den Patienten danach gut geht, daraus hole ich mir meine Motivation – das ich sehe, ich mach meine Arbeit gut und tu dem Patienten etwas Gutes, das motiviert mich weiter zu machen.*

*IP B: In dem ich mir immer wieder sage, sei froh, dass du die betreuende Person bist und nicht jene, die dort liegen muss. Ich bekomme oft positives Feedback, die Menschen freuen sich wenn sie mich lächeln sehen, das motiviert schon sehr.*

*IP C: Im Prinzip versuche ich den Leuten klar zu machen, dass sie eigentlich schon tot sind, oder quasi tot wären ohne Dialyse und dass es an ihnen liegt.*

*IP D: Ich sage zum Spaß, dass wir ein gutes Team sind und sie doch zu uns kommen sollen und dass es notwendig ist aufgrund der Erkrankung.*

IP E: Ich erkläre dem Patienten, dass es sehr wichtig für sein Leben ist. Ich muss da wirklich Kompetenz zeigen, wenn der Patient das merkt und sieht, dann wird er auch zuhören und das glauben, was ich ihm empfehle und sage.

IP F: Da kommt es sehr auf die familiäre Situation an, gibt es Kinder oder Enkelkinder – mit dem kann man eigentlich sehr gut motivieren – indem der Patient es nicht nur für sich tut sondern eben auch für die Familie oder um die Enkel noch groß werden zu sehen. Wir sind vier Stunden dafür verantwortlich, dass er wieder in ein Gleichgewicht kommt mit seinem Körper – das ist für mich Motivation für meinen Beruf. Diese vier Stunden können den Patienten helfen, dass er sich zwei Tage wohlfühlt.

IP G: Ich versuche die momentanen Downs zu bearbeiten, ich versuch zu vermitteln das ich den Patienten verstehe und wie ich ihm in der momentanen Situation helfen kann. Und die Familie ist immer ein guter Ansatz – für die lohnt es sich immer und immer wieder. Ich motiviere mich darin, für den Patienten das Beste zu geben und wenn ich sehe, dass es Früchte trägt, und es dem Menschen gut geht, ja dass motiviert mich und stärkt mich und baut auf. Oft reicht ein Lächeln und ich weiß ich hab die Dialyse gut gemacht.

IP H: Man muss bei jedem Patienten individuell den Ansatzpunkt finden, vielleicht auf die Enkel aufpassen oder in der Familie, wofür es sich lohnt fit zu bleiben und weiterzuleben. Wenn mir ein Patient sympathisch ist und es versucht und nicht alleine schafft, dann steigere ich mich auch mehr hinein. Das ergibt sich von alleine.

IP I: Das ist einfach: ich zeige die Alternative auf – und die ist sterben.

Bzgl. Motivation für Sie selbst: Das ist die Professionalität die ich habe, die liegt darin, eine gute Dialyse zu machen und dem Patienten eine Sicherheit zu vermitteln, die er verdient – und das schlägt über.

#### **Frage 4:**

- **Wie notwendig empfinden Sie eine Betreuung der Patienten durch eine/n professionellen Mitarbeiter/in (Psychologin/en, Expertin/en)?**

- **Wäre auch eine Betreuung des Pflegepersonals Ihrer Meinung nach sinnvoll? Wenn ja, warum? (z.B. Supervision, Gesprächsrunden, Tipps von professionell ausgebildeten Therapeuten bzw. Experten?)**

*IP A: Ich finde, dass wäre gut und wichtig. Ein Jahr Psychologie in der Schule ist ein bisschen wenig, ich fände es sehr wichtig, dass wir besser ausgebildet werden würden. Ich kann vielleicht die Situation vielleicht nicht richtig einschätzen, oder gehe bestimmten Dingen aus dem Weg, da ich Angst habe, etwas falsch zu machen. Ich wäre froh, wenn mir jemand Tipps geben könnte. Für mich persönlich wären Einzelgespräche gut. Ich denke oft an einen Dienst, wo drei meiner „Lieblingspatienten“ innerhalb kurzer Zeit verstorben sind, und es wäre hilfreich gewesen, wenn ich da jemanden hätte, mit dem ich darüber reden kann.*

*IP B: Wir als Pflegepersonal würden auf jeden Fall dringend Unterstützung brauchen. Selbst wenn man jahrelang mit den Patienten arbeitet, kann es einem passieren, dass manche Patienten auf einem böse sind, und man nicht einmal genau den Grund dafür weiß. Das ist dann ein Problem für mich, wo ich sage, ich würd unbedingt dann für mich mit dem Patienten zusammen psychologische Betreuung benötigen. Problematiken werden auch dann aufgeworfen, wenn sich der Patient nicht verstanden fühlt, sich nicht respektiert fühlt, und nicht jeder mit jedem Menschen umgehen kann und da bräuchte ich Hilfe.*

*IP C: Auf einer Skala von 1-10 würd ich sagen acht. Also schlecht wär's nicht. Es gibt ja auch Fortbildungen und ich versuche oder möchte die Leute in weiterer Zukunft gezielt motivieren, dass sie dorthin gehen.*

*IP D: Ja, für Patienten die ihre schwere Krankheit nicht akzeptieren können, finde ich es schon notwendig, dass professionelle Hilfe gebraucht wird, weil die sind doch besser ausgebildet als wir, das Pflegepersonal. Obwohl wir das auch in unserer Schule ein bisschen gelernt haben, aber professionelle Hilfe ist doch notwendig finde ich.*

Bzgl. Unterstützung bzw. Betreuung des Pflegepersonals: *Ja, auf jeden Fall!!*

*IP E: Ich finde es sehr sinnvoll. Hier machen wir die psychosoziale Unterstützung, aber auf anderen Stationen wo ich war, da kommt der Psychiater einmal in der Woche*

*und wir besprechen mit ihm den Patienten. Und das finde ich sehr sehr wichtig und ich hoffe, dass das in dieser Abteilung auch irgendwie vorhanden ist.*

*Supervision finde ich sehr toll, wenn man es wirklich braucht, dann ist es da – und ich bin dafür, ja!*

*IP F: Also einen Psychologen auf der Station für die Patienten wurde ich sehr begrüßen. In schwierigen Fällen wäre es super-angebracht wenn einer mit den Patienten auch reden würde – eben mit der Information des Pflegepersonals im Vorhinein.*

*Sinnvoll empfinde ich, dass eben ein Psychologe an Ort und Stelle sein sollte, der eben dem Personal gewisses aus der Hand nimmt; der sie dadurch entlastet – und dadurch, wenn man sich das schön „runterreden“ kann beim Psychologen über den Patienten hat das Pflegepersonal auch schon viel gewonnen. Einer Supervision steht sowieso nichts im Wege, die wird ja seit Jahren angeboten – man kann es annehmen wenn man es verlangt.*

*IP G: Das ist meiner Meinung nach ein sehr notwendiger Punkt, denn die Krankenpflegepersonen sind für die psychische Betreuung nicht ausgebildet – das ist in Wirklichkeit auch gar nicht unser Job. Und gerade in so einer komplexen Krankheitssituation, die alle Bereiche des täglichen Lebens betrifft, sollte das unbedingt professionell behandelt werden und nicht von jemand, der zwei Stunden Psychologievorlesung vor zwanzig Jahren in der Schule gehabt hat, und den Rest mit Menschenverstand macht. Bzgl. Supervision: Für alle kann ich nicht reden, von Team zu Team wird die Häufigkeit sicher unterschiedlich sein, ich selber brauche es nicht, vielleicht noch nicht.*

*IP H: Meiner Meinung nach wäre das absolut notwendig, da sind schwerste Defizite und ich sehe es auch nicht als meine Aufgabe, diese Defizite alle auszugleichen.*

*Bzgl. Supervision: Das ist meiner Meinung nach nicht sinnvoll, ich bin professioneller Krankenpfleger, hoch professionelle Dialysefachkraft, und ich will da nicht „herumtherapeuteln“. Unterstützung ja, dass muss unter einer Führung eines Professionisten ablaufen. Ein bisschen Unterstützung ja, dass alle an einem Strang ziehen – aber klare Abgrenzung!*

### Frage 5:

- **Wie schaffen Sie es im Gespräch mit dem Patienten, dass dieser eine gewisse Selbstständigkeit oder Eigenverantwortung behält obwohl der Patient sehr stark oder beinahe ausschließlich von der Pflegeperson abhängig ist?**

*IP A:* Das ist sehr vom Patienten abhängig, manche sind froh, dass ihnen alles abgenommen wird. Die die wirklich interessiert sind, versuche ich in die Arbeit mit einzubeziehen, dass ich ihnen erkläre, was ich da mache und warum ich es tue. Auch dass der Patient dann sagen kann „stich wo anders“ oder „stell zum Beispiel 36 Grad ein“ – denn die Patienten wissen oft was ihnen gut tut und sie in kleinen Bereichen noch mitarbeiten und selbstständig sind oder wie der Verband angelegt wird und sie frei entscheiden können und somit das Gefühl haben sie sind doch nicht komplett abhängig.

*IP B:* Mir ist sehr wichtig, dass der Patient sehr auf sich selbst achtet, dass er den Shunt als sein Eigentum bezeichnet und sich auch darum kümmert. Dass man ihn dann aufklärt, wie wichtig dieser Shunt für ihn ist und dass er da auch sehr egoistisch handeln darf und mitbestimmen soll, wo gestochen werden soll, wie er behandelt wird und wo das letzte Mal gestochen wurde. Ich habe es sehr gerne, wenn ich zu einem Patienten komme und die sagen, „schauen Sie her Schwester, da und da habe ich letztes Mal ein Problem gehabt.“ Wie machen wir das, sollten wir da einmal anders stechen, eine andere Nadel verwenden? Ich versuche den Patienten sehr gut aufzuklären - das minimale Mitspracherecht auszunützen und dann genauso zufrieden ist, wenn die Dialyse vier Stunden problemlos funktioniert als im anderen Fall.

*IP C:* Ich denke da am ehesten an die Gewichtskontrollen, wo der Patient etwas mitgestalten kann. Ich denke, wenn Du es ihm bewusst machst, dass, wenn er weniger trinkt, er keine Krämpfe hat, dann ist das eine der wenigen Sachen, wo Du ihm seine Selbstständigkeit geben kannst, wo er halt die Behandlung beeinflusst.

*IP D:* Der Patient soll versuchen alleine aufzustehen, ich stehe gleich daneben aber... dieses Selbstwertgefühl, dass sie noch nicht ganz abhängig sind von uns.

IP E: Ich versuche den Patienten zu motivieren, dass er viele Sachen, die für ihn natürlich nicht gefährlich sein, auch selbst tun kann – ich glaube das ist nicht schwierig, aber es braucht Zeit!

IP F: Den Patienten aktiv mitarbeiten lassen, indem er z.B. schaut, dass sein Katheterschwänzchen immer gut versorgt ist. Dass er sich meldet wenn der Katheder zu verbinden ist, oder auf seinen Shunt achtet, dass muss er auch zu Hause tun. Man kann ihn (den Patienten) aktiv mitarbeiten lassen, dass seine Blutschläuche ordentlich liegen – man kann den Patienten schon gut aktivieren.

IP G: Den Patienten in vielen Dingen integrieren und ihm einmal zu Wort kommen lassen, schließlich ist es sein Körper und er weiß am besten darüber Bescheid. Kleine Vorbereitungen treffen lassen, oder Gewicht selbst ausrechnen. Und wenn die Patienten geistig in der Lage sind auch selbstständig Einstellungen an der Maschine bestimmen lassen. Ihn auch immer wieder auffordern selbst Dinge zu tun oder gut auf sich zu achten damit meine ich Gewichtskontrolle oder Essen zu Hause. Durchaus mal was ausprobieren natürlich immer mit Rücksprache zu uns falls es gefährlich werden sollte. Und immer wieder loben und motivieren. Jeder Mensch wird hört es gerne wenn er etwas besonders gemacht hat, das denke ich ist NIE falsch.

IP H: Man kann den Patienten sehr viele Aufgaben selbst machen lassen, wenn er geistig dazu in der Lage ist. Das Gewicht selbst ausrechnen lassen, das Material selbst herrichten lassen, die Geschickten kann man selbst punktieren lassen. Man kann ihm sehr wohl das Gefühl geben, dass er ein Teil seiner Therapie ist. Also den Patienten mit einbeziehen, in dem man ihnen zum Beispiel kleine Arbeiten gibt.

IP I: Ich artikuliere das ganz deutlich. D.h. aus meiner Sicht wäre das so oder so günstig! Es gibt keine Zwangsbehandlung, aber ich lege dem Patienten ganz klar dar, welche Nachteile er haben kann und auch die Folgen, entscheiden muss aber der Patient.

### **Frage 6:**

- **Wie gehen Sie mit Menschen um, die besonders ängstlich sind? Wie versuchen Sie den Patienten die Angst zu nehmen bzw. wie verhalten Sie sich wenn Sie die Angst beim Patienten erkennen?**

*IP A: Wichtig ist, die Angst ernst zu nehmen, nicht „runter zu spielen“, sondern wirklich zu hinterfragen, wovor hat er genau Angst? Punktion, Schmerz, Angst, dass etwas schief geht oder dass man daneben sticht. Durch Aufklärung, oder durch eine anästhesierende Salbe oder durch Lagerung versuche ich die Angst zu nehmen. Mit anderen Patienten zusammenbringen, die schon länger an der Dialyse sind, denn ich bin ja trotzdem ein „Außenstehender“ ich therapiere sie aber bin kein Kranker, deshalb glaube ich, dass ein Gespräch mit anderen Patienten sicherlich gut ist.*

*IP B: Mir ist wichtig, den Patienten ernst zu nehmen und ihm das auch vermitteln, teilweise nehme ich auch Kollegen/innen auch beim Stechen mit (wenn da die Angst liegt), sodass einer die Hand halten kann und der andere sticht, sodass der Patient merkt, dass wir ihn unterstützen wollen. Die Angst kann sich sehr „aufpushen“, gerade bei der Dialyse – es kann zu Situationen kommen, die sehr schlimm werden und eine 4-stündige Dialyse gar nicht möglich ist. Für mich ein ganz wichtiger Punkt, auf den Menschen sehr einzugehen und ihm wirklich helfen die Angst zu nehmen.*

*IP C: Ein Gespräch, wieso er Angst hat oder was ihn erwartet – und dann aufklären und professionelles Auftreten!*

*IP D: Ich erkläre, dass wir, das Personal immer unser Bestes versuchen besonders bei neuen Patienten - am Anfang zu erklären was man machen wird. Ich sage auch, dass das Stechen schon weh tut, aber es mit der Zeit besser wird, weil der Nerv bei der Punktionsstelle abgetötet wird.*

*IP E: Am Anfang haben Patienten meiner Erfahrung nach oft Angst vor der Pflegeperson, wie kompetent sie ist, ich glaube das ist nur am Anfang. Immer einen guten ersten Eindruck zu geben. Wenn ich im Dienst bin, da bin ich ganz fit und klar im Kopf und ich weiß ich bin kompetent – und diesen Eindruck muss ich den Patienten geben. Und wenn Sie merken vor der Dialyse, dass der Patient sehr viel Angst hat?*

IP F: Also ich würde den Patienten über jeden Schritt aufklären und immer mit Reden so ist der Patient auch abgelenkt. Sollte das nicht helfen, so kann man eine zweite Pflegeperson hinzuziehen, sodass eine die Hand hält und ein bisschen mit dem Patienten redet. Dem Patienten die Angst nehmen kann man sowieso nur durch Aufklärung, immer wieder mit ihm reden.

IP G: Ich mache dann meine Arbeit nicht schnell, ich nehme mir Zeit, spreche in einem angenehmen Ton, kein Stress, es muss eine angenehme Atmosphäre aufgebaut werden, das nimmt auch ein bisschen die Angst und auch zeigen, dass ich selbst keine Angst habe das zu tun, das dämpft auch die Angst des Patienten.

IP H: Prinzipiell versuch ich immer ehrlich zu den Patienten zu sein, wenn mich einer fragt ob das weh tut, dann sage ich, „weiß nicht, wahrscheinlich wird's weh tun“, ja stechen tut weh. Ansonsten probiere ich das Ganze mit Schmäh rüber zu bringen, damit sich die Leute nicht so sehr darauf konzentrieren, ob es weh tut oder nicht.

IP I: Ich versuche souverän aufzutreten und eine Lösung im Humor zu finden – Lachen ist die beste Medizin. Es ist auch zu unterscheiden ob Angst oder Furcht. Viele Leute fürchten sich vor Sachen, wo sie sich imaginieren, dass das passieren könnte – das ist schwer zu nehmen. Eben nur durch selbstsicheres Auftreten und in der Überzeugung, dass man das auch wirklich gut macht, was man macht.

#### **Frage 7:**

- **Wie stehen Sie Patienten in ihrem Leid bei? Wenn ein langjähriger Dialysepatient stirbt, wie gehen Sie damit um? Wie sehen Ihre Verarbeitungsstrategien aus?**

IP A: Das ist manchmal wirklich schwer zu ertragen. Diese Menschen sind ja schon fast Freunde über die Jahre und wenn diese leiden, ist das schon sehr, sehr schmerzhaft, hier wäre gut eine professionelle Unterstützung. Du gewöhnst dich daran und musst das nicht so an dich heran lassen. Ich versuche trotzdem da zu sein, Körperkontakt also Hand halten oder den Arm streicheln oder irgendwie Freude bereiten.

*Viele Möglichkeiten hat man nicht – ich kann nur versuchen ein bisschen Liebe zu geben.*

Und wenn nun ein langjähriger Patient stirbt, wie gehen Sie damit um wie verarbeiten Sie die Situation?

*Ich zünde in der Kirche eine Kerze an und halt mit jemandem darüber reden, dem Partner oder einer lieben Kollegin die das versteht. Die Sachen vom Patienten auch liebevoll zusammenräumen und sei es nur die Krankengeschichte – irgendwie Abschied nehmen. Auch mit anderen Patienten darüber reden ihn so in Erinnerung zu behalten.*

*IP B: Es besteht ein sehr großes Naheverhältnis und man muss sich irgendwo abgrenzen. Da war eine Patientin, und ein richtig gutes Verhältnis – wie zu einer Großmutter. Sie wurde transplantiert mit 80 Jahren, ich habe mich sehr für sie gefreut, doch dann ist ein Krebs ausgebrochen und noch dazu ein Hospitalismuskeim dazugekommen – das war für mich ein ganz ganz schlimmes Erlebnis, eine psychologische Betreuung wäre hier für mich sehr wichtig gewesen. Ich wusste nicht wie ich mich verhalten sollte.*

Und wie verarbeiten Sie solche Situationen?

*Ich versuche Grenzen zu setzen, auch wenn ich den Patienten sehr gerne habe sage ich mir, dass ist ein Mensch der nierenkrank ist und der aufgrund dessen früher sterben wird – sterben muss. Ich lerne eben das zu akzeptieren, dass ich die Zeit die ich habe nutze und den Patienten begleite.*

*IP C: Wichtig ist für mich, dass ich nach so einer Situation mit jemandem reden kann, mit meiner Freundin zum Beispiel und ja, Bier saufen gehört auch dazu.*

Wie versuchen Sie den Patienten beizustehen?

*Ich kann eigentlich nur zuhören und versuchen die Schmerzen zu lindern.*

*IP D: Ich versuche zu erklären, dass es nicht so schlimm wird wie der Befund ist und erkläre auch das wir dabei und da sind.*

Wenn nun ein Patient stirbt, wie gehen Sie mit dem Tod eines Dialysepatienten um?

*Das Leben ist so, es gibt ein Ende und ich habe mein Bestes für den Patienten getan und es muss für mich und meinen Beruf weitergehen.*

*IP F: Ich stehe den Patienten voll und ganz bei. Wenn man das wirklich bis zur letzten Sekunde aussitzt mit dem Patienten kann man sich danach betreuen lassen – oder man redet im Team darüber.*

Wie gehen Sie mit dem Tod eines Dialysepatienten um?

*Also ich hab das schon zwei Mal erlebt und für mich war es, wie wenn ein Familienmitglied sterben würde. Es war mit Trauer, mit Weinen, teilweise Zorn verbunden, vielleicht hätte man noch etwas tun können. Zeit ist ein großer Faktor – ich habe die Erfahrung gemacht darüber zu reden und nachher wieder in die Arbeit zu gehen. Dadurch kannst du sehen, dass es den anderen wieder besser geht die du natürlich weiter betreust.*

*IP G: Oftmals bin ich selbst überfordert und sage nichts, dass kann jedoch auch helfen. Einfach da zu sein, die Nähe zu vermitteln und versuchen, dass der Patient keine Schmerzen hat, ihm kleine Wünsche erfüllen. Hin und wieder weine ich dann auch, weil es einfach weh tut. Die Patienten stehen einem teilweise so nah und sie vertrauen einem so viel an, man wird mit der Zeit ein Teil von ihnen. Ich weiß nicht ob uns das Pflegepersonal immer bewusst ist, wie wichtig wir für die Patienten sind. Ein Gespräch mit lieben Kollegen kann auch helfen, den Partner will ich damit erst gar nicht belasten, der kann die Situation nicht nachvollziehen, das ist so speziell. Ich kann diese Patienten nicht vergessen, die kommen mir immer wieder in den Sinn. Auch wenn viel Zeit vergeht, aber vergessen kann ich sie nicht.*

*Es kann auch hilfreich sein, nochmals mit den Angehörigen zu reden, wenn diese das wollen.*

*IP H: Das ist wirklich ganz schwierig. Da versuche ich, die Patienten gar nicht so nah an mich herankommen zu lassen, und Sterbebegleitung ist in den vier Stunden eigentlich schon fast nicht möglich.*

Wie gehen Sie mit dem Tod eines Dialysepatienten um, wie sieht Ihre Verarbeitungsstrategie aus?

*Wenn ich die Nachricht vernehme, bin ich natürlich schon betroffen, die beste Verarbeitungsstrategie ist ganz einfach Verdrängung. Nach dem Motto „die Zeit heilt alle Wunden“. Ich versuche es nicht an mich so nah heran zu lassen.*

*IP I: Ich kann ihm sein Leiden nicht abnehmen, das ist ein Weg den er allein gehen muss, ich kann ihn nur ein Stück begleiten. Die Leute ohne Dialyse wären tot, die sterben. D.h. jeder Tag an der Dialyse ist eine Lebensverlängerung. Zu diskutieren ist nur ob es ein lebenswertes Leben ist, dass muss jeder für sich entscheiden.*

Wenn nun ein langjähriger Patient stirbt, wie gehen Sie mit dem Tod eines solchen Patienten um? Wie verarbeiten Sie so eine Situation?

*Manchmal sind doch gewisse Trauermomente vorhanden, aber prinzipiell ist es schon so, dass das fremde Menschen zu mir sind die ich betreue. Ich werde natürlich um einen Angehörigen anders trauern als um einen Patienten. Tatsache ist aber, dass schon manchmal Trauer vorhanden ist und im Gedanken bleibt das da.*

#### **Frage 8:**

- **Wie empfinden Sie nun den Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten?**

*IP A: Einerseits ist es schwierig, weil die Patienten immer wieder kommen und man auch sieht wie sie leiden oder es ihnen von Jahr zu Jahr schlechter geht oder sie versterben. Andererseits kommt auch sehr viel zurück, man freut sich schon auf die Patienten mit denen man gerne arbeitet.*

*Also einerseits schwieriger als anderswo und eine große Herausforderung, aber für mich befriedigender und erfüllender als eben zum Beispiel in einer Ambulanz.*

*IP C: Ich finde es sehr angenehm, weil es vieles erleichtert. Du kennst den Menschen und erkennst, wenn er mal nicht so gut drauf ist, man hat es im Gespür, wenn man mehr aufpassen muss. Das ist der große Vorteil und dass eben dadurch ein gegenseitiges Verständnis heranwächst. Ja.*

*IP D: Das Arbeiten mit Dialysepatienten finde ich schön. Manchmal natürlich schwierig, das kommt auf den Tag und die Patienten an – die Arbeit hier ist einfach schön.*

*IP E: Ich bin auf der Dialyse schon ein Fachmann geworden und mag es sehr sehr gerne – ich will nirgendwo anders hin. Es ist ein schönes Arbeiten und man kann auch*

*viel von diesen schwer kranken Patienten lernen – man wird auch das Leben anders sehen. Ich bin sehr nützlich für diese schwer kranken Menschen und das macht mich glücklich!*

*IP F: Den Umgang mit Dialysepatienten finde ich sehr angenehm. Man weiß ob sie einen Witz vertragen oder ob man eher ruhig sein soll. Der Zugang ist leicht, man braucht nur anfangen zu reden und fast jeder Patient der zu uns kommt hat das Bedürfnis zu reden. Einen Zugang zum Patienten zu finden ist für mich kein Problem und das Arbeiten mit Dialysepatienten ist sehr angenehm – ich möchte eigentlich auch nichts anderes tun zur Zeit.*

*IP G: Man kennt den Patienten sehr gut, das vereinfacht vieles, macht aber auch manches schwieriger. Grundsätzlich macht es mir sehr viel Spaß und Freude, mit Dialysepatienten zu arbeiten. Nichts desto trotz ist es jeden Tag neuerlich eine Herausforderung den Wünschen oder Gegebenheiten gerecht zu werden. So schön es auch ist Vertrauen zu haben bzw. vertraut zu sein, kann es Situationen geben wo dies kein Vorteil ist, weil es einem zu nah geht. Aber es ist schön und ich möchte auf keine andere Station – ich habe meinen Bereich gefunden in welchem ich gut bin und der mir Freude bereitet.*

*IP H: Es hat einen Vorteil und einen Nachteil. Der Vorteil ist, man lernt die Patienten richtig kennen über Jahre und man kann eine Beziehung aufbauen, wenn man möchte. Das kann auch ein Nachteil sein, dass man sich über lange Zeit mit Patienten auseinander setzen muss, die man vielleicht gar nicht mag oder es einem zu nahe geht. Ich versuche keinen Patienten zu nah an mich heranzulassen.*

#### **8.4. Interpretation der Ergebnisse**

Nachdem die Interviews ausgearbeitet sind, möchte ich die einzelnen Themen in einer kurzen Zusammenfassung wiedergeben und interpretieren. Gleich im Anschluss an das jeweilige Thema möchte ich meine Ideen dazu vorstellen. Es erscheint mir einfacher, diese Ideen Schwerpunktmäßig wiederzugeben, da ansonsten Einzelheiten möglicherweise zu wenig Beachtung finden.

Ad 1) Das kooperative Verhalten:

Ein Teil der Befragten findet einen Lösungsansatz darin, dass das Vertrauen aufgebaut werden soll und dies durch Gespräche und Wiederholungen möglich ist. Ein anderer Teil findet, dass der Patient für sich selbst verantwortlich ist, und wenn der Patient nicht zugänglich ist für eine Kooperation, es keinen Sinn hat immer wieder Ratschläge zu verteilen, da diese nicht akzeptiert werden wollen.

Meiner Meinung nach ist es für jeden Menschen, der an die Dialyse kommt sehr schwer sein Leben komplett zu ändern. Es ist ein großer Veränderungsprozess, der entsprechend lange dauert und auch die Kooperation und Mitarbeit von Patientenseite erst im Laufe der Zeit kommt. Manche Menschen können besser mit der Situation umgehen als andere und wiederum andere haben vielleicht nicht das private Umfeld, um die Krankheit leichter zu akzeptieren, zu verarbeiten und damit umzugehen. Als pflegende Person kennt man diesen Umstand und mit der Erfahrung lernt man darauf zu reagieren. Ich denke, man muss den Patienten Zeit lassen, um sich an die neue Situation gewöhnen zu können. Auf jeden Fall sollte jedoch Unterstützung angeboten werden und auch ich glaube, so wie viele der Befragten, dass man sich immer wieder wiederholen muss und appellieren muss, wie wichtig und lebensnotwendig eine Kooperation mit dem Team ist.

Ad 2) „Schwieriger Patient“:

Hierzu gibt es sehr unterschiedliche Meinungen. Mit Humor und Schmäh versuchen es manche, andere wiederum versuchen Probleme im Konflikt zu lösen. Mit schwierigen Patienten umzugehen versuchen zwei der Befragten, indem sie versuchen, sich in den Patienten hineinzufühlen und Vertrauen entgegen zu bringen bzw. aufzubauen. Ein anderer versucht den Konflikt nicht emotional werden zu lassen und sich gut abzugrenzen, in der Meinung mit den schwierigen Verhaltensweisen besser umgehen zu können. Dieser Kollege meint auch, dass es nur schwierige Verhaltensweisen gibt und man sich diese annehmen muss oder auch nicht. Je nachdem wie man sich den Patienten nähern will.

Hier kommt es, wie bereits erwähnt, sehr auf den jeweiligen Patienten an. Meine Idee wäre, der Versuch über ganz gewöhnliche Alltagsthemen wie Medien oder Politik mit den Patienten ins Gespräch zu kommen, um die Situation möglichst neutral zu halten.

Erst durch viele Diskussionen verbunden mit etwas Humor kann man eventuell eine Situation erkennen, in der der Patient zugänglich wird. Erst dann kann man versuchen Schwierigkeiten anzusprechen. Immer jedoch sachte und einfühlsam und respektvoll. Falls es jedoch zu Beschimpfungen und Handgreiflichkeiten kommt, muss auf jeden Fall eine Grenze gezogen werden, welche das gesamte Team bestimmt formuliert und jeder sich daran zu halten hat.

#### Ad 3) Motivation:

Hier versucht der Großteil der Befragten auf die Patienten einzugehen. Sei es durch Kompetenz, Professionalität oder durch empathisches Handeln und Miteinbeziehung des Umfeldes bzw. der Familie. Oder aber auch durch Aufzeigen der Alternative und diese ist im Fall des Dialysepatienten, der Tod.

Als Ansatz die Familie bzw. das nähere Umfeld zu Hause zu wählen ist sicherlich ein guter Weg um zu motivieren. Das kann auch als gemeinsames Gespräch oder Treffen mit den Angehörigen stattfinden. Falls jedoch keine Familie im Hintergrund ist, kann man immer auf die Wichtigkeit bzw. Lebensnotwendigkeit der Dialyse hinweisen. Leider ist es dabei oft notwendig die Alternativen bzw. Konsequenzen aufzuzeigen. Das ist auch ein Prozess des Lernens, welcher über einen längeren Zeitraum andauern kann. Trotzdem ist es wichtig, dass Patienten die Alternative kennen, denn nur so können sie Verhaltensregeln besser akzeptieren und leben. Meiner Erfahrung nach ist, wie sehr oft, auch Humor ein Weg um den Patienten aufzumuntern. Es gibt jedoch auch und gar nicht selten Patienten, welche gerne zur Dialyse kommen. Dort haben sie eine Ansprache, die vielleicht zu Hause nicht gegeben ist, da sie vielleicht alleine sind oder in einem Zimmer im Heim wo kein Zimmernachbar vorhanden ist. Da besteht die Schwierigkeit eher darin, diese für zu Hause zu motivieren. Patienten welche alleine sind, sich dann noch das Essen selbst vorbereiten müssen, verlassen die Dialyse oft nur ungern.

#### Ad 4) Psyche:

Hierzu gibt es ziemlich deutliche und einstimmige Aussagen. Laut meinen Ergebnissen wäre es eigentlich allen gedient, oder besser gesagt ist von allen Befragten eine psychische Betreuung durch einen professionellen Mitarbeiter gewünscht. Nicht nur das Pflegepersonal soll hierbei unterstützt werden sondern vor allem der Patient sollte

eine fixe Betreuung durch einen Psychologin/en oder einen Experten erhalten können. Dies kann doch sehr gut in Form von Gesprächstherapien während der Dialyse stattfinden. Der Patient hat Zeit und auch die Intimsphäre kann gewahrt werden, indem der Patient in ein kleineres Zimmer kommt. Somit wäre das Pflegepersonal in gewissen Situationen entlastet und kann sich vielmehr der eigentlichen Pflege des Patienten, wofür sie letztendlich ausgebildet sind, widmen. Es wurde von den meisten Interviewpartnern die „schlechte“ Ausbildung oder Weiterbildung in der psychischen Betreuung der Patienten kritisiert bzw. bemängelt.

Nachdem es der Wunsch von allen Befragten ist, eine Unterstützung durch eine Psychologen oder Experten zu bekommen, liegt es deutlich auf der Hand hier einzugreifen und dieser Forderung Folge zu leisten. Anscheinend fühlen sich viele der Mitarbeiter in diesem Bereich zu wenig ausgebildet oder sogar überfordert. Eine optimale Pflege kann nicht gewährleistet werden, wenn das Pflegepersonal von Überforderung spricht. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel, wenn bei einer Teamsitzung eine/e Psychologe/in oder Expertin/e vor Ort wäre um die Probleme direkt zu besprechen. Ob dies nun Probleme mit den Patienten sind oder der Patient selbst Hilfe benötigt. Je früher interveniert werden kann umso besser ist es für alle Beteiligten.

Diese Teamsitzungen könnten als Jour fixe z.B. einmal im Monat abgehalten werden, sowie in dringenden Fällen sofort einberufen werden. Bei diesen Besprechungen sollte meiner Meinung nach jede Berufsgruppe die sich um das Wohl des Patienten kümmert, dabei sein um einen optimalen Informationsfluss zu gewährleisten. Außerdem könnten Schwerpunktmäßige Fortbildungen im psychologischen Bereich angeboten werden, welche verpflichtend vom Pflegepersonal bzw. Ärzteteam besucht werden müssen. Eine Verpflichtung ist meiner Meinung nach insofern sinnvoll, da auch Personen angesprochen werden, welche sich mit diesem Thema vielleicht nicht unbedingt auseinandersetzen, sehr wohl aber Tipps annehmen und diese dann umsetzen.

Ich habe des Öfteren in diesem Zusammenhang von Experten gesprochen. Damit meinte ich Personen, welche sich schon lange mit Dialysepatienten auseinandersetzen und daher als Experten gelten. Diese Personen könnten im psychosozialen Bereich so weitergebildet werden, dass es somit eine gute Alternative zur/m klassischen/en Psychologen wäre. Dieses Expertenwissen kann sehr gut mit dem Wissen aus dem psychosozialen Bereich vernetzt werden und im alltäglichen Stationsleben

unterstützend zur Anwendung kommen. Somit wäre sowohl der pflegerische als auch der psychosoziale Bereich, natürlich immer wenn Notwendigkeit besteht, gut unterstützt.

#### Ad 5) Abhängigkeit:

Hier gibt es eigentlich eine einheitliche deutliche Aussage. Jeder/e Befragte ist der Meinung, dass sie den Patienten aktiv mitarbeiten und sofern auch geistig in der Lage, mitbestimmen lassen. Jede Pflegeperson hat zwar für sich seinen Schwerpunkt gefunden, indem er den Patienten eine Wahl bzw. Eigenverantwortung lässt, trotzdem ist hier eine Einheit und Einigkeit zu erkennen. Das gesamte Team strebt sehr danach, die Selbstständigkeit des Patienten zu fördern und zu unterstützen.

Nach der Befragung zu schließen, funktioniert die Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung des Patienten sehr gut. Demnach ist nichts hinzuzufügen, außer dass das Pflegepersonal immer wieder dazu motiviert werden sollte, die Patienten in Richtung Selbstständigkeit zu fördern und zu fordern.

#### Ad 6) Angst:

Mit Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit, Kompetenz, empathisches Handeln, Aufklärung, Gesprächen und außerordentlich viel Verständnis versucht das Pflegepersonal ängstliche Patienten zu unterstützen. Diesem Handeln ist nichts hinzuzufügen, da für jedes ängstliche Verhalten oder Auffälligkeiten des Patienten individuell reagiert und mit bestem Wissen und Gewissen interveniert und gehandelt wird. Meine Hochachtung!

#### Ad 7) Leiden, Tod und Sterben:

Die Pflegepersonen haben zu diesem Thema unterschiedliche Strategien zu begleiten und zu verarbeiten. Ein Teil der Befragten findet Gespräche mit Freunden oder Kollegen einen wichtigen Faktor um Erlebtes zu bewältigen. Für die meisten ist es jedoch äußerst wichtig, für sich persönlich Grenzen zu setzen, um nicht zu sehr mit den Patienten zu leiden. Diese Grenzen sehen unterschiedlich aus. Von „die Zeit heilt alle Wunden“, bis „ich kann sein Leid in den vier Stunden nicht abnehmen“ über „das sind fremde Menschen die ich da betreue“.

Was für mich jedoch sehr überraschend war, ist die Tatsache, dass das Pflegepersonal, zumindest teilweise, in das Geschehen der Dialyse so sehr involviert ist, dass sogar bei der Aufarbeitung von Problemen, von tiefer Trauer und Überforderung gespro-

chen wird. Das bedeutet, dass das Pflegepersonal sehr betroffen sein muss, wenn der Fall von Leiden oder sogar der Tod eintritt.

Es ist wichtig, dass jede einzelne Pflegeperson für sich das Thema bearbeitet und so herausfindet, wie es sich verhalten soll. Jedoch kann ich mir sehr gut vorstellen, dass auch hier eine Unterstützung von psychologischer Seite sehr sinnvoll sein kann um mit schwerwiegenden Belastungen wie Tod und Sterben zurecht zu kommen. Vor allem bei Patienten, welche einem sehr „ans Herz gewachsen“ sind, ist der Prozess der Trauerverarbeitung umso schwieriger und dauert auch länger. Schließlich muss das Pflegepersonal mit der Situation klar kommen, dass Menschen letztendlich bis zum Tod betreut werden und es in diesem Sinne keine Heilung für den kranken Menschen gibt. Dies betrifft vor allem bei Patienten, welche den Transplantationsvorgaben nicht entsprechen, oder jene die nicht mehr transplantiert werden wollen.

Ad 8) Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten:

Was beinahe alle Befragten hier zur Antwort gaben erstaunt und erfreut mich gleichermaßen. Die meisten empfinden es sehr angenehm mit Dialysepatienten zu arbeiten, da man den Patienten und all seine Verhaltensweisen schon sehr gut kennt. Es sei befriedigender, erfüllender als anderswo oder ganz einfach nur schön auf der Dialyse zu arbeiten und ein Teil davon zu sein. Außerdem „könne man sehr viel von den kranken Menschen lernen und man würde auch das Leben anders sehen“.

Das Naheverhältnis oder besser gesagt „das gut Kennen“ erleben manche auch als einen Nachteil, weil man erkennen muss „wie es den Patienten von Jahr zu Jahr schlechter geht“, oder „man muss sich mit Menschen auseinandersetzen, die man vielleicht gar nicht mag“. Jedoch sei es „ein großer Vorteil mit Dialysepatienten zu arbeiten, weil das gegenseitige Verständnis heranwachse bzw. sehr viel Vertrauen entgegengebracht werde“. Dieses Vertrauen wächst von beiden Seiten sowohl von Patientenseite, als auch von Pflegepersonalseite und das bereitet Freude.

## 9. Schlussfolgerungen

Um die Schlussfolgerungen zu schreiben versuche ich mir, die gestellten Forschungsfragen noch einmal bewusst zu machen und anhand meiner Diplomarbeit diese zu beantworten.

1. Wie erlebt das Pflegepersonal den tagtäglichen Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten?“
2. Welche besonderen Herausforderungen sowohl im fachlichen, als auch im kognitiven und psycho-sozialen Bereich bietet dieses spezielle Feld der Krankenpflege?
3. Ist es möglich durch entsprechende Interventionen und Hilfsmittel Erleichterung in der tagtäglichen Pflege von chronisch kranken Dialysepatienten zu bekommen?

Nach Auswertung der Daten komme ich zu folgendem Schluss.

Der Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten wird grundsätzlich als sehr angenehm und positiv empfunden. Es gibt jedoch seitens des Pflegepersonals immer wieder Situationen, wo der chronisch kranke Dialysepatient als schwierig eingestuft wird. Diese enge und vertraute Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Patienten wird hin und wieder als auch Nachteil gesehen, da Konflikte sehr auf der emotionalen Ebene ausgetragen werden. Jedoch kann als durchgehende Meinung gesagt werden, dass das Arbeiten auf der Dialyse und mit den chronisch kranken Patienten Spaß macht und dem Pflegepersonal große Freude bereitet.

Eine Herausforderung wird zumeist im positiven Sinn wahrgenommen.

Als Herausforderung im fachlichen Sinn gelten unter anderem, die hohen Anforderungen und Qualifikationen, welche eine Pflegenden Person auf der Dialyse mitbringen muss. Diese werden jedoch laut Angaben der Experten nicht als belastend angesehen. Die psychosoziale Unterstützung ist jedoch immer wieder von Neuem eine Aufforderung zu einem alternativen Handeln. Da hier nicht einheitliche oder gelernte Standards zur Anwendung kommen können, muss sich der/die Pflegenden immer wieder neue Wege, um zum Patienten durchzudringen, suchen. Diese Individualität wird ebenso als enorme Herausforderung, selbst nach Jahren der Betreuung betrachtet.

Ähnlich herausfordernd wird die oftmals langjährige Bekanntschaft gegenüber Dialysepatienten gesehen. Demnach wird das „Schwestern/Pfleger – Patientenverhältnis“ sowohl als Vorteil, als auch als Nachteil empfunden. Durch das Vertrauen und Zutrauen, das doch im Laufe der Zeit zu den kranken Menschen aufgebaut wird, verschwimmen die Grenzen und ein respektvoller Umgang miteinander, ist daher nicht immer möglich. Die daraus entstehende oftmals freundschaftliche Verbindung kann sogar bis in den privaten Bereich reichen und nicht immer als angenehm erlebt werden.

Ebenfalls eine Herausforderung stellt der dauerhafte Druck dar. Das Leben des kranken Dialysepatienten nur zu verlängern und nicht heilen zu können wird schon als schwierig betrachtet. Die daraus resultierende Hilflosigkeit, nehmen manche Experten sogar als Belastung wahr.

Auf die dritte und somit letzte Frage bzgl. der Interventionen und Hilfsmittel war eine relativ klare Aussage von den Experten abgegeben worden.

Die wünschenswerteste Hilfestellung für die Kollegen wäre eine Unterstützung Seitens eines Psychologen bzw. eines Experten, welcher eine Hilfe für die Betreuung im psychosozialen Bereich anbieten kann. Dies würde laut Expertenmeinung eine massive Erleichterung und Unterstützung für das Pflegepersonal sein. Sie könnten sich somit mehr der Pflege des Patienten widmen, wofür sie eigentlich ausgebildet sind. Anscheinend belasten die psychischen Probleme der Patienten das Pflegepersonal in einem so hohen Maße, dass sehr stark der Ausdruck von Hilfe angegeben wird. Hier scheint es Mängel zu geben, da eine einstimmige und klare Aufforderung zur Unterstützung des Pflegepersonals gefordert wurde.

### **9.1. Empfehlungen für die Praxis – Ausblick**

Die Praxisempfehlungen finden sich teilweise schon in den Interpretationen der Themen, trotzdem möchte ich diese noch einmal kurz zusammenfassen.

Fortbildungen und Weiterbildungen sollten verpflichtend angeboten werden. Hier ist meiner Meinung vor allem, wie bereits mehrmals erwähnt, der psychosoziale Bereich,

der weitergebildet werden sollte. Ob das die von mir vorgeschlagenen Teamsitzungen mit allen Berufsgruppen sind, oder ob dies in Einzelsitzungen oder Einzelgesprächen stattfinden soll, ist letztendlich vom Team zu entscheiden. Die Notwendigkeit besteht jedoch nach meiner qualitativen Datenauswertung auf jeden Fall.

Ich denke auch, dass eine neuerliche Befragung und zwar von nicht Experten, sprich Kolleginnen oder Kollegen, welche eine ein bis fünfjährige Erfahrung im Dialysebereich haben, sehr aufschlussreich sein kann. Hier könnte vor allem die Sonderausbildung ein Schwerpunkt sein. Zwar wird den gesetzlichen Vorgaben absolut entsprochen, jedoch wäre noch zu hinterfragen, ob oder wie sehr das betroffene Pflegepersonal die Aus- bzw. Weiterbildung eine Beibehaltung oder Veränderung des Curriculums wünscht. Hier könnte vor allem die Wichtigkeit der im Curriculum verankerten Einheiten, wie zum Beispiel Ethik, Psychologie, Medizin, Pflege, Pflegeforschung u.s.w. abgefragt werden. Die Auswertung würde möglicherweise einen Wunsch der Veränderung des Curriculums nach sich ziehen.

Ein weiterer Ansatz wäre noch eine quantitative Forschung, welche sich auf den gesamten Wiener Krankenanstaltenverbund bezieht. Alle Dialysestationen des gesamten KAV-Wien werden mittels schriftlichen Fragebögen befragt. Die Stichprobe hätte somit eine repräsentative Größe und es könnten Zusammenhänge und Ausprägungen genauer beschrieben und interpretiert werden. Auch hätte man hiermit einen direkten Vergleich mit verschiedenen Häusern und somit wäre eine Entwicklung neuer, einheitlicher Standards einfacher durchzubringen. Ebenso könnte hier ein Ansatz für eine Veränderung in der Ausbildung liegen. Sollte diese quantitative Forschung in Wien gute Erfolge erzielen, wäre zu überdenken ob solche Befragungen nicht in allen Dialysestationen Österreichs durchgeführt werden könnten.

## 10. Literaturverzeichnis

ANTONOVSKY A. (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Verlag dgvt, Tübingen.

ARGENTERO P., DELL OLIVO B., FERRETTI M.S. (2008): Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care, *Journal of kidney diseases*, 51,.1, 80-92.

BEHRENS J., LANGER G. (2006): *Evidence-based Nursing and Caring*, 2.Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

BEVAN M. T. (1998): Nursing in the dialysis unit: technological enframing and a declining art, or an imperative for caring; *Journal of Advanced Nursing*, 27, 4, 730-736.

BIAGIO D. I., CUCCINIELLO E., BELLIZZI V. (2008): Differences in burnout between Northern and Southern Italian dialysis health-care providers, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23, 2, 775-776.

CARESS A.L., LUKER K.A., OWENS G. (2001): A descriptive study of meaning of illness in chronic renal disease; *Journal of Advanced Nursing*, 33, 6, 716-727.

CARY S., (2008): Disaster preparedness-nephrology nurses were ready, *Nephrology nursing journal*, 35, 6, 547-548.

CHAYU T., ZUR R., KREITLER S. (2007): Taking care of the caregiver: support groups for nephrology nurses, *Journal of renal care*, 33, 4, 187-190.

DAVISON S. N. (2001): Quality End-of-Life Care in Dialysis Units, *Seminars in Dialysis*, 15, 1, 41-44.

DI IORIO B., CILLO N., COCCINELLO E. (2008): Burn-out in the dialysis unit, *Journal of Nephrology*, 21, 13, 158-162.

DÖRNER D. (1994): *Die Logik des Misslingens, Strategisches Denken in komplexen Situationen*, Rowohlt Verlag, Hamburg.

FUNK S.G., TORNQUIST E.M., CHAMPAGNE M.T., WIESE R. A. (1997): *Die Pflege chronisch Kranker: Key Aspects*, Verlag Hans Huber, Bern.

GEISLER L. (2002): Arzt und Patient im Gespräch. Wirklichkeit und Wege, 4. Auflage, pmi Verlag AG, Frankfurt am Main.

GEORG J., FROWEIN M., (1998): Pflegelexikon, Ullstein Medical Verlag, Wiesbaden.

GROVES J. E. (1978): Taking care of the hateful patient, NEM J., 298, 16, 883-887.

GUNDA S., THOMAS M., SMITH S. (2005): National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK, NDT-Nephrology Dialysis Transplantation, 20, 2, 392-395.

HARAS MS., (2008): Planning for a good death: a neglected but essential part of ESRD care, Nephrology nursing journal, 35, 5, 451-458.

HERMSEN M., VAN DER DONK M. (2009): Nurses moral problems in dialysis, Nursing ethics, 16, 2, 184-191.

HILL V. R. (2000): Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory and practice, Sage Publication, California.

HIGASHIGUCHI K. (1999): Burnout and related Factors among Hospital Nurses, Journal of Occupational Health, 41, 215-224.

HORNUG S., STICHLER T. (2007): Im Gespräch – Supervision ein essentieller Beitrag zur Qualitätssicherung in der Dialysepflege, Dialyse aktuell, Verlag Georg Thieme, 11, 7, 34 – 35.

HÖRL W.H., WANNER C. (2004): Dialyseverfahren in Klinik und Praxis, 6. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart.

KAUFMÄNNISCHE KRANKENKASSE (2006): Stress?. Weissbuch Prävention – Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze, Verlag Springer, Berlin – Heidelberg.

KEIL RUTH M.K., (2002): Coping and stress: a conceptual analysis; Journal of Advanced Nursing, 45, 6, 659-665.

KLINISCHES WÖRTERBUCH (1994): Pschyrembel, 257. Auflage, de Gruyter Verlag, Berlin.

KLERSY CATHERINE et al. (2007): Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy, a multicentre study, Nephrology Dialysis Transplantation, 22, 8, 2283-2290.

- KÖRNTER ULRICH H.J. (2004): Grundkurs Pflegeethik, Facultas Verlag, Wien.
- KULBE A. (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik, Lehrbuch für Pflegeberufe; 2.Auflage; Verlag Kohlhammer, Stuttgart.
- KÜHNE-PONESCH S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege, 1.Auflage, Facultas Verlag, Wien.
- LAY R. (2004): Ethik in der Pflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- LITZCKE S.M., SCHUH H. (2007): Stress, Mobbing und Burnout am Arbeitsplatz, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- MADAR H., GILAD G., ELENHOREN E., SCHWARZ L. (2007): Dialysis nurses for palliative care, Journal of renal care, 33, 1, 35-38.
- MANOS P.J., BRAUN J. (2006): Care of the Difficult Patient, 87-144.
- MAYER H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 2. Auflage, Facultas Verlag, Wien.
- MASLACH CH., JACKSON S. (1981): The measurement of experienced burnout, Journal of occupational Behaviour, 2, 2, 99-113;
- MOROF LUBKIN et al. (2002): Chronizität, Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, Hans Huber Verlag, Bern.
- MOROF LUBKIN I., LARSEN PAMALA D. (2006): Chronic Illness; Impact and Intervention, sixth edition; Jones and Bartlett Publishers, Inc., Massachusetts.
- MIMURA C., GRIFFITHS P. (2003): The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review, Occupational and environmental medicine, 60, 10-15.
- MURINGAI T., NOBLE H., MC GOWAN A., CHAMNEY M. (2008): Dialysis access and the impact on body image: role of the nephrology nurse, British Journal of Nursing, 17, 6, 362-366.
- NOBLE H. (1998): The challenges of setting up a teaching event for health-care staff, British Journal of nursing, 18, 6, 374-377.

NOWAK R., BIRCK R., WEINREICH T. (2002): Dialyse und Nephrologie für Pflegeberufe, 2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg.

PONFERRADA L.P., NOLPH G.B., STRAUB V. (1990): Do Peritoneal Dialysis Providers Experience Burnout? *Advanced Peritoneal Dialysis*, 6, 85-87.

PRITCHARD C., CHRIER W., WANG W. (2005): Herausforderungen für die Pflege des Langzeit-Dialysepatienten, *Journal für das nephrologische Team*, 22, 2, 76.

REUSCHENBACH B., MOHR T. (2005): Anforderungen an Pflegenden in Dialyseeinrichtungen aus Sicht von Patientinnen/en, *Pflege*, 81.Jg. Heft 2; 86-94.

ROSEMEYER AK. (2008): The nurses role in end-of-life decision making for people on hemodialysis, *Nephrology nursing Journal*, 35, 5, 513-514.

ROSS J., JONES J., CALLAGHAN P., EALES S., ASHMAN N. (2009): A survey of stress, job satisfaction and burnout among haemodialysis staff, *Journal of renal care*, 35, 3, 127-133.

ROYER A. (1998): *Life with Chronic Illness*, Praeger Publishers, Connecticut-USA.

SCHLIEBEN S. (2009): The handling of dying and death Terminal Care and farewell to a dialysis patient, *Dialyse aktuell*, 13, 3, 150-155.

SMITH C., LAZARUS R. (1990): *Handbook of Personality: Theory and Research*; 23, 609-637, New York.

SCHÖNWEISS G. (1996): *Dialysefibel*, 2. Auflage, Abakiss Verlag, Bad Kissingen.

SCHULZ V. THUN F. (2010): *Miteinander reden 1, Störungen und Klärungen*, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

SCHUSSLER G. (1992): Coping Strategies and individual meanings of illness, *Social Science & Medicine*, 34, 4, 427-432.

SHERMAN D. (2004): Nurses Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness, *American Journal of Nursing*, 104, 5, 48-56.

SINGER A. (2002): Multikulturalität in der Dialyse Pflege, Ein All-inklusive Paket? Journal für das nephrologische Team, 19, 1, 14.

SEIDL E., WALTER I. (2005): Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag, Band 8, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.

SOKOL CH., HOPPENWORTH U. (2006): Arbeiten mit Dialysepatienten, Springer Verlag, Berlin.

STARKE D. (1999): Kognitive, emotionale und soziale Aspekte zur menschlichen Problembewältigung, LIT-Verlag, Münster.

STATISTIK AUSTRIA: Bericht -Gesundheitsbefragung 2006/2007.

STEIN L. I. (1967): The Doctor Nurse Game, Arch Gen Psychiatrie, 16, 6, 699-703.

WEISSENBERGER-LEDUC M. (2008): Handbuch der Palliativpflege, 4. Auflage, Springer Verlag, Wien.

Alberta Association of Registered Nurses (AARN), Recherche über die professionelle Grenzsetzung in der Pflege, [www.nurses.ab.ca/pdf/Professional%20Boundaries%20Guidelines.pdf](http://www.nurses.ab.ca/pdf/Professional%20Boundaries%20Guidelines.pdf) (14.4.2010).

American Nephrologie Nurse Association, Recherche über diverse Themen der Nephrologie, [www.annanurse.org/cgi-bin/WebObjects/ANNANurse.woa/wa/viewSection?s\\_id=1073744048&ss\\_id=536873278](http://www.annanurse.org/cgi-bin/WebObjects/ANNANurse.woa/wa/viewSection?s_id=1073744048&ss_id=536873278) (22.4.2010)

Balck F., Compliance und Dialysepatienten, [www.afnp.de/symposien/2006/Vortrag/Der%20Non-compliance-Patient.pdf](http://www.afnp.de/symposien/2006/Vortrag/Der%20Non-compliance-Patient.pdf) (18.3.2010).

Geisler L., Compliance Forschung, [www.linus-geisler.de/ap/ap16\\_compliance.html#ap16a](http://www.linus-geisler.de/ap/ap16_compliance.html#ap16a) (15.3.2010).

Ohne Autor, Recherche über Schmerzen, [www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10615913/842125](http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10615913/842125) (19.4.2010)

ICN, Ethikrecherche, [www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf](http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf) (12.4.2010).

Mayer Karl C., Recherche über Coping, [www.neuro24.de/show\\_glossar.php?id=361](http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=361) (20.5.2010).

Österreichische Gesellschaft für Nephrologie, ÖDTR – Berichte und Statistiken, [www.nephro.at/oedr2009/oedr2009.htm](http://www.nephro.at/oedr2009/oedr2009.htm) (10.10.2010)

Österreichische Gesellschaft für Nephrologie, Recherche Statistiken Dialyse, [www.nehpro.at](http://www.nehpro.at) (10.3.2010).

Ohne Autor, Recherche über Schmerzen, [www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home](http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home) (21.3.2010).

Ohne Autor: Recherche über Kongruenz, [www.nlp.at/lexikon/k2.htm](http://www.nlp.at/lexikon/k2.htm) (25.2.2010).

Ohne Autor: Recherche zu Statistik chronisch Kranker, [www.statistik.at](http://www.statistik.at) (1.2.2010).

Ohne Autor, Recherche über Psychologie und Depersonalisation, [www://sphinxsuche.de/psychologie2/depersonalisation.htm](http://www.sphinxsuche.de/psychologie2/depersonalisation.htm) (19.5.2010)

Wiener Krankenanstaltenverbund, Recherche über die momentane Aus- und Weiterbildung einer/s DGKS/P, [www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte\\_anzeigen.asp?id=447](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=447) (30.11.2009)

# CURRICULUM VITAE

## PERSÖNLICHE DATEN



Weinrauch Gerlinde  
28. April 1976  
Hirschengasse 15/1/7  
1060 Wien  
Verheiratet mit Roland Weinrauch  
2 Kinder (Lorenz-2003, Jana-2006)  
Email: gerlindeweinrauch@web.de  
Röm.-kath.  
Österreichische Staatsbürgerin

## SCHULAUSSILDUNG

1982 - 1986	Volksschule in Edelsbach
1986 - 1990	Hauptschule II in Feldbach
1990 - 1992	Hauswirtschaftsschule in Feldbach
1993 - 1996	Allgemeine Krankenpflegeschule Graz
2001 - 2003	Berufsreifeprüfung berufsbegleitend

## BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

03/1992 – 10/1993	ungeprüfte Pflegehilfe im Dialysezentrum in Feldbach
10/1996 – 05/1998	DGKS im Dialysezentrum Graz-West, Prim. Dr. Winkler
06/1998 – 01/2000	DGKS – Interne Abteilung BHB-Graz, Marschallgasse
02/2000 – 07/2000	DGKS – Dialysestation BHB-Graz, Marschallgasse
08/2000 – 04/2001	Bürotätigkeit bei Xacti-Corporation, New York, USA
05/2001 – 05/2003	DGKS – WSP-Wien, Dialyse, Pav. 17
06/2003 – 08/2008	Elternkarenz (Nov. 2003: Geburt von Lorenz , März 2006: Geburt von Jana)
03/2007 bis heute	Studium IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
09/2008 – 03/2009	DGKS – WSP Wien, Dialyse, Pav.19
04/2009 – 03/2010	Bildungskarenz für IDS Pflegewissenschaft Uni Wien
04/2010 – bis heute	Bürotätigkeit in der Rechtsanwaltskanzlei meines Mannes
08/2010 – bis heute	Lehrtätigkeit im Pflegehelferlehrgang Krankenpflegeschule Graz, Sigmund Freud Klinik;

## SONSTIGE KENNTNISSE:

Diverse Fortbildungen im Bereich Krankenpflege und Dialyse  
PC-Kenntnisse: MS-Word, Internet, Krankenhausübliche Softwareprogramme, Advokat;  
Sehr gute Englischkenntnisse in Wort und Schrift

## INTERESSEN:

Reisen, Sport, Lesen, Wandern, mit den Kindern beschäftigen;