



Österreichs Fachzeitschrift für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege[®]
Newsletter Nr. 13-2008

(ISSN 1024-6908)

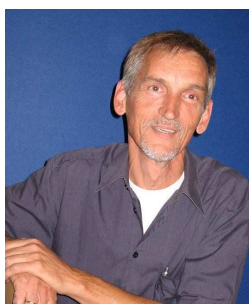
23. Jahrgang – 29. März 2008

Geschätzte Leserinnen und Leser !

Wenn Sie diesen Newsletter zukünftig nicht mehr erhalten möchten, klicken Sie bitte hier:
www.lazarus.at/index.php?content=newsletteranmeldung&emailabmelden=1

**Alle früheren Wochenausgaben seit 2005 sind im PflegeNetzWerk
www.LAZARUS.at (Startseite → Archiv) als PDF-Downloads verfügbar.**

Editorial



Lebens(un)tüchtigkeit?

Es häufen sich die grauenvollen Unfälle an Bahnkreuzungen. Was ist los? Investieren die ÖBB plötzlich nicht mehr genug in unsere Sicherheit? Nein, keineswegs. Denn es häufen sich auch die Massenkarambolagen auf unseren Autobahnen, ohne dass die ÖBB etwas dafür können. Bereits jetzt leben wir in einem „Schilderwald“ aus Gebots- und Verbotstafeln, Absperrungen und Zäunen. Und ertrinken förmlich in einer Gesetzesflut an neuen Geboten und Verboten. Was noch alles, damit wir endlich merken, was **Selbstverantwortung** bedeutet? Sind wir auf dem direkten Weg in US-amerikanische Zustände, wo auf jeder Kaffeetasse schon der Warnhinweis „Vorsicht heiß, Sie könnten sich verbrühen!“ stehen muss, und auf jedem Mikrowellenherd: „Bitte keine Haustiere trocknen“, um keine Millionenklage eines Idioten (zu deutsch: Unkundigen) zu riskieren? Dann sollten wir schleunigst die Notbremse ziehen, bevor noch mehr Opfer zu beklagen sind, und rasch ein **neues HAUPTfach „Lebenstüchtigkeit“** in der Schule einführen. Das ist mein kreativer Beitrag zur gegenwärtigen, sich immer wieder im Kreis drehenden Schuldebatte, der mangels behördlicher Erlaubnis zum Denken wohl nicht ernst genommen wird, meint Ihr

Erich M. Hofer
Chefredakteur

Rüdiger Bauer:

Kongruente Beziehungspflege

Die Kongruente Beziehungspflege wurde erstmals 1997 von mir beschrieben und hat sich seitdem in vielen Krankenhäusern, Psychiatrien wie auch somatischen Kliniken und in Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz etabliert. In diesen letzten zehn Jahren hat sie sich aber auch wesentlich weiterentwickelt. Nicht nur, dass bald empirische Nachweise der Wirkungen und Wirksamkeiten (Forschungsprojekt der Technischen Universität München) vor allem für die Altenhilfe vorliegen werden, so haben sich durch neue Instrumente, wie z.B. die Lebensereignisskala und die Beziehungsprozessplanung völlig neue Möglichkeiten der Anwendbarkeit, der Dokumentation und der Evaluation ergeben.

Die theoretischen Grundlagen wurden deduktiv und induktiv wesentlich erweitert und die Voraussagen aus der Theorie, etwa die Veränderungswirkung an Symptomen, ohne an den Symptomen direkt zu arbeiten oder die Bedeutungslosigkeit von Diagnosen für den Beziehungsprozess haben sich in der Beobachtung vieler Fälle als wahr herausgestellt.

Im Modell der Kongruenten Beziehungspflege wird die Beziehung in fünf verschiedenen Phasen durch die Pflegekraft verantwortlich und zielgerichtet gestaltet. Die Pflegekraft selbst ist dabei das Instrument der Beziehungsgestaltung, sie ist Teil der entstehenden Beziehung und bearbeitet die entstehenden Wechselwirkungen hin zu einer Symmetrie oder Kongruenz. Kongruenz bedeutet hier zum einen eine Deckungsgleichheit, beschreibt aber zum anderen den Prozess des Zusammenwachsens zwischen der Person der Pflegenden und der Patienten. Aus den Wechselwirkungen heraus entstehen häufig Behinderungen der Beziehungsgestaltung, die durch einen diagnostischen Prozess bearbeitet und gelöst werden können.

Die Beziehungsprozessplanung

ist ein Instrument zur Planung, Durchführung und Evaluation eines Beziehungsverlaufes zwischen Pflegenden und Patienten/ Bewohnern. Die Grundlagen des Instrumentes finden sich in der Darstellung der Psychodynamik der Beziehung von Jean Watson (1996), der Dynamik von Beziehungsbehinderungen von Rüdiger Bauer (2004) und neuer Erkenntnisse der Neurobiologie von Joachim Bauer (2006). In der Planung werden bewusst die Bedeutungen der Lebensereignisse von Menschen durch die Pflegenden erfasst.

Positive und negative Lebensereignisse werden im Limbischen System, v. a. im Mandelkern (Amygdala) biologisch abgebildet und gespeichert (J. Bauer 2006). Die Erinnerung und interaktionelle pflegerische Bearbeitung der positiven Lebensereignisse führt biologisch, über die Fähigkeit des Menschen zur Antizipation, zu Nervenzellaktivitäten, die Netzwerkstrukturen im Limbischen

System wieder aktivieren können. Dabei erfolgen u.a. Oxytozinausschüttungen, die das Vertrauen der Bewohner zur Pflegeperson erhöhen. Die Folgen können gesteigertes Wohlbefinden, verbesserte Wundheilung und eine Stärkung des Immunsystems sein.

»Aufbruch im Umbruch«

so der Titel der Veranstaltung, die 2004 in Bethel (Bielefeld) stattfand, und der diesem Band zugrunde liegt.

Die sich rasch wandelnden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zwingen auch psychiatrische Pflege dazu, ihr Berufsprofil zu überdenken. Dabei gilt es auch, ein für den Patienten gewinnbringendes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis herzustellen.

Für diesen Band ist es gelungen, national und international anerkannte Referenten der psychiatrischen Pflege und der Pflegewissenschaft zusammenzubringen. So ergibt sich ein umfassendes Bild aktueller Themen und Entwicklungstendenzen psychiatrischer Pflege, sowie des wissenschaftlichen Forschungsstandes. Es wendet sich von daher sowohl an Praktiker als auch an Pflegewissenschaftler und befruchtet die notwendige Diskussion über verstärkte wirtschaftliche und fachliche Kooperation, über Art und Wirksamkeit von Pflege und über ein zukunftsfähiges Berufsfeld der psychiatrischen Pflege.

Dieser Band enthält Beiträge von:

Christoph Abderhalden, Rüdiger Bauer, Johann Behrens
Francis C. Biley, Kevin Gournay, Richard Gray
Ian Needham, Hilde Schädle-Deiningner
Susanne Schoppmann, Michael Schulz
Jean Watson, Klaus Wingenfeld
Christa Winter-von Lersner

ISBN 3-9809304-8-3



IBICURA
Der neue Verlag für die Pflege
Dorfstr. 13
D-86889 Unterostendorf
Tel.: 09344/991597
Fax.: 09344/991598
E-Mail: info@ibi-institut.com
www.ibicura.de

Der Beziehungsprozess

In der Darstellung des Beziehungsprozesses einer kongruenten Beziehung ist die Erkenntnis eine wesentliche Bedingung des Prozesses selbst. Der Prozess wird in fünf Phasen beschrieben, die jedoch nicht linear abfolgen, sondern eher einem ständig wiederkehrenden Prozess von Begegnung, Inkongruenz, Bearbeitung, Integration und Kongruenz entsprechen.

Die entscheidenden Momente sind Erkenntnisprozesse. Sie steuern den Prozess hin zur Kongruenz oder Inkongruenz. Geschieht durch die Pflegekraft ein Erkennen des Anderen in seiner biographischen Existenz, ist der Prozess der Kongruenz erreicht. Findet kein oder kein

ausreichendes Erkennen des Anderen statt, ist sie im Prozess der Inkongruenz.

Die kongruente Beziehungspflege findet heute in vielen Einrichtungen statt und bringt dort wesentliche Veränderungen hervor. Die Patienten- und Bewohnerzufriedenheit steigt, die Gaben von Neuroleptika gehen zurück, Beschwerden von Angehörigen gehen zurück, die Fehlzeiten von Mitarbeitern verringern sich. Beziehungspflege ermöglicht für die Gestaltung von Beziehungen eine einheitliche Sprache zu finden, was in Folge für die Arbeit im pflegerischen Team große Vorteile bringt.

Literatur: www.ibi-institut.com

Workshop zum Thema: Das Modell der kongruenten Beziehungspflege.

Termin: 17. und 18. 04. 2008 von 9.00 bis 17.00 Uhr Referent: Rüdiger Bauer

Ort: Ausbildungszentrum des WRK, Franzosengraben 6, 1030 Wien

Infos, Anmeldung: abz-kundenzentrum@w.rotekreuz.at

Buch-Tipp online (Abb. Oben): Download als PDF möglich unter

www.ibicura.de/Interventionen%20Psychiatrischer%20Pflege.pdf

* * *

Möglichkeiten und Grenzen der Ernährungswissenschaft:

Mangelernährung bei hoch betagten Menschen

Die Anzahl der hoch betagten Menschen wird in den Industrieländern in den nächsten Jahren rasant ansteigen. Dennoch gibt es nur wenige Forschungsergebnisse im geriatrischen Bereich bzw. nur spärliche Ernährungsempfehlungen für ältere und hoch betagte Menschen.

Ziel der Ernährung im Alter ist die Erhaltung der Lebensqualität. Das bedeutet für die meisten Menschen vor allem eine unabhängige Lebensführung und den Erhalt der Alltagskompetenz. Doch kämpfen ältere Menschen, die noch in den eigenen vier Wänden wohnen, bzw. Patienten häufig mit einer ganzen Reihe von Problemen, die sich unmittelbar auf den Ernährungszustand auswirken können. Dazu zählen etwa Krankheiten, Kau- und Schluckbeschwerden, Altersanorexie, Immobilität, Verdauungsprobleme, Obstipation, Osteoporose, Vergesslichkeit, Verwirrtheit, Demenz, Depression, Medikamenteneinnahme, aber auch Einsamkeit und Armut.

Schwerpunkt der ernährungsmedizinischen Beratung in der Geriatrie stellt die Mangelernährung in Kombination mit Multimorbidität dar. Laut einer im Jahr 2004 durchgeführten Erhebung des Ernährungszustandes von Pflegeheimbewohner/innen in Ostösterreich (das sind die letzten verfügbaren Daten, Anm.) waren von insgesamt 876 Heimbewohnern (24 % Männer, 76 % Frauen) rund 26 % der Stichprobe in NÖ und Wien mit einem durchschnittlichen BMI von 19,6 untergewichtig. In der Literatur wird die Prävalenz der Mangelernährung bei geriatrischen Patient/innen zwischen 20 und 80 % angegeben.

Wie kommt es zu Mangel- bzw. Unterernährung bei älteren Menschen?

Die Nahrungsaufnahme nimmt im Alter generell aufgrund des verminderten Geruchs- und Geschmacksempfindens ab. Weiters kommt es zu einer fehlenden Kompensation nach längeren Fastenperioden. Als Folge von Krankheiten werden bei älteren Menschen regelmäßig Zytokine, wie Interleukin 1, Interleukin 6 und TNF-alpha freigesetzt. Diese leiten eine katabole Stoffwechselphase mit dem Abbau von Muskelzellen und einem rasch einsetzenden Appetitmangel ein. Krankheit und Appetitmangel halten die katabole Stoffwechselsituation aufrecht. In den Wochen und Monaten bis zur Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim verzehren sie nur noch kleine Nahrungsmengen, weil sie an Appetitmangel leiden bzw. aufgrund eines speziellen Zytokinmusters. Sie essen kaum noch Fleisch und nehmen geringere Mengen an Energie, Eiweiß, Vitaminen und anderen lebenswichtigen Nährstoffen auf, als sie benötigen.

Hauptursache für Mangelernährung ist eine durch Appetitlosigkeit bedingte, zu geringe Nahrungsaufnahme bei oft ungenügender Nährstoffdichte der Nahrung. Unterernährung entsteht durch wiederholt auftretende Phasen mit auffallendem Gewichtsverlust. Gleichermäßen ist eine schleichende Entwicklung von Man-

gelernährung über längere Zeit mit langsamer unmerklicher Gewichtsabnahme durch dauerhaft leichte Einschränkung der Nahrungsaufnahme oder erhöhten Bedarf ebenfalls denkbar. Bei chronischen Krankheiten oder Belastungen kann sich ein Gewichtsverlust über Jahre erstrecken und wird so kaum zur Kenntnis genommen.

Begleiterscheinungen und Folgen von Mangelernährung

Eine Mangelernährung kann bei geriatrischen Patienten anhand des Gewichtsverlaufes frühzeitig erkannt werden (10 % Gewichtsverlust in 6 Monaten, 5 % in einem Monat, 1-2 % in einer Woche).

Die Begleiterscheinungen bzw. Folgen einer Mangelernährung können vielfältig sein: eine eingeschränkte physische oder psychische Leistungsfähigkeit, Müdigkeit, Depression, Kälteempfindlichkeit, Schwindel, die Störung von Genitalfunktionen und ein erhöhtes Infektionsrisiko stellen wichtige Symptome für eine Mangelernährung dar; weiters wird das Entstehen von Dekubiti begünstigt.

Interventionsmaßnahmen

Um einer Mangelernährung bzw. Kachexie (= „Auszehrung“) entgegen zu wirken, bedarf es vielfältiger Interventionsmaßnahmen, die alle Berufsgruppen betreffen. Sie reichen vom angenehmen Ambiente und einer ansprechenden Gestaltung des Tisches bis zum appetitlichen Anrichten der Speisen sowie Essen in Gemeinschaft. Der Einsatz von Hilfsmitteln wie etwa Bestecken mit verdickten Griffen oder rutschfesten Unterlagen (am Tisch) ist genauso wichtig wie eine Überprüfung der verordneten Medikamente.

Durch eine früh eingesetzte orale/non-orale Ernährungstherapie in Form von Sondennahrungen oder oralen Trink-, Aufbau- und Zusatznahrungen werden eine Steigerung der Nähr-, Wirkstoff- sowie Flüssigkeitszufuhr und eine Verbesserung des Ernährungszustandes erzielt. Somit kann gravierenden klinischen und in der Folge auch ökonomischen Auswirkungen einer Mangelernährung vorgebeugt werden. **Zusätzlich zur Kalorienanreicherung ist aber eine Mobilisierung notwendig, um verloren gegangene Muskelmasse wieder aufzubauen!**

Aufgaben der Diätolog/innen bei geriatrischen Personen:

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit bzw. Schulung, damit die Mangelernährung bereits frühzeitig erkannt wird
- Ernährungsassessment zur frühzeitigen Erkennung der Risikopersonen
- Interventionsmaßnahmen bei bereits mangelernährten Patient/innen (Kalorienanreicherung, Appetit fördernde Maßnahmen, geeignete Kostform ...)
- Angehörigenberatung
- Abklärung der Essenssituation zu Hause
- Diagnose Kachexie im Entlassungsbrief anregen.

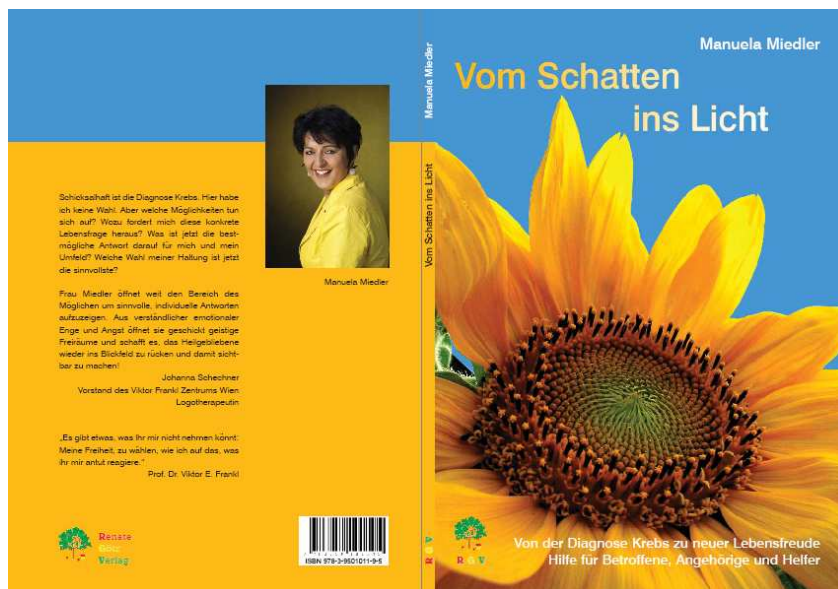
Maria Kandlbauer, Diätologin
Arbeitskreisleitung Ernährung & Geriatrie
Verband der Diätologen Österreichs
www.diaetologen.at

* * *

Buch-Tipp:

Vom Schatten ins Licht – von der Diagnose Krebs zu neuer Lebensfreude

DGKS Manuela Miedler arbeitet als Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege und hat lange Erfahrung in der Betreuung, Begleitung und Beratung von Patienten und in der Ausbildung von Pflegepersonal. Vor sechs Jahren wurde sie selbst nach einer Routineuntersuchung mit der Diagnose Krebs konfrontiert.



Die sportliche Kärntnerin durchlebte alle Facetten von Ängsten, Aggressionen, körperlichen und seelischen Schmerzen. In dieser Notlage lernte sie Motivationstechniken und den effizienten Umgang mit den schulmedizinischen Ressourcen.

Heute ist Manuela Miedler gesund und schätzt diese Erfahrung als wertvollen Beitrag in ihrem Leben. Sie kann so mit einer unvergleichlichen Tiefe an Verständnis an diese Probleme herangehen, hält Seminare und Workshops zum Thema ab und orientiert sich stark an den logotherapeutischen Ansätzen nach Viktor Frankl.

Frau Miedler zeigt in ihrem Buch Menschen, die an Krebs erkrankt sind, einen Weg zurück zu ihrem Urvertrauen. Aus verständlicher emotionaler Enge und Angst öffnet sie geschickt geistige Freiräume und schafft es, das Heilgebliebene wieder ins Blickfeld zu rücken und damit sichtbar zu machen. Das Buch ist durch die Abwechslung von selbst erlebten und praktischen Passagen sowie durch einen lockeren Erzählstil leicht lesbar und anwendbar.

Bei alledem versteht sich das Buch als praktischer ‚Beipacktext‘ zur schulmedizinischen Versorgung, die sich in Österreich auf einem dankenswert hohen Niveau befindet. In Seminaren erprobte praktische Beispiele, Checklisten und

Arbeitsseiten unterstützen den didaktischen Charakter. Die Autorin enthält sich zwingender Vorgaben oder Konzepte und gibt dem individuellen Bedürfnis des Lesers Raum: „Ich habe dieses Buch für Menschen geschrieben, die einen „Reiseführer“ suchen, aber ihre Route selbst planen wollen.“ (Manuela Miedler).

Manuela Miedler: Vom Schatten ins Licht. ISBN 978-3-9501011-9-5, Götz Verlag, im Buchhandel erhältlich



Kostenloser Info-Abend für Seminare:

1. April 2008, 18.00 Uhr

Verein Hospiz Mödling, Josefgasse 27, 2340 Mödling

Anmeldung und Information: Manuela Miedler,

www.sonnenseiten-miedler.at

LAZARUS Gewinnfrage:

Welches Angebot macht die Autorin Betroffenen und deren Angehörige sowie Betreuungspersonen? Sie hält und zum Thema in Mödling ab.

Unter allen Email-Einsendungen bis **spätestens 1. April 2008, 12.00 Uhr** (ganz ernst!) verlosen wir 5 Exemplare des obigen Buches von DGKS Miedler.

* * *

LeserInnen meinen

Reaktion zum Offenen Brief des Herausgebers am Ostersonntag 2008 an die Politik, in LAZARUS Nr. 12-2008 über den „Dauerbrenner“:

Pflegeausbildung reformieren - wozu?

Beschämend ...

Vielen Dank für Ihren Beitrag zur Stellung der Pflegeausbildung in Österreich. Die neuen EU Staaten durften tlw. erst nach Reformierung der Pflegeausbildung d.h. mit mindestens Bachelareat-Abschluss zur EU beitreten, da dies eine Grundvoraussetzung war. Unter den derzeitigen Umständen dürften Deutschland und Österreich eigentlich nicht mehr der EU beitreten, da sie die Kriterien nicht erfüllen. Beschämend.

Harald STEFAN, MSc
akad. Pflegemanager
www.boegk.at

* * *

Family Nurse: Keine neue Spezialisierung schaffen !

Ihre Stellungnahme an alle "BewahrerInnen" in der letzten LAZARUS-Ausgabe habe ich gelesen - ich habe meine Position schon im letzten Newsletter abgegeben und es wird eine gute Lösung für die Kinderkrankenpflege geben, wenn die ExpertInnen gehört und zu Gesprächen eingeladen werden.

Was mir auffällt ist Ihr wichtiger Hinweis zur **Family Nurse** - der Meinung bin ich auch, dass wir hier ExpertInnen sind und noch werden müssen, aber worin liegt die Begründung der Einschränkung bzw. Spezialisierung auf den Demenzschwerpunkt? Ist Demenz die alleinige Belastung in familiären Systemen oder sind es nicht im Allgemeinen alle Veränderungen im Bezug auf Gesundheit und Krankheit in Familien, und auch Veränderung von Familiensystemen - vergessen wir auch hier nicht die Problematik und Herausforderung in Bezug auf die Geburt eines Kindes, bzw. Erkrankung und Behinderung von Kindern - bitte vergessen Sie nicht diese Altersgruppe - die professionelle Pflege betrifft alle Altersstufen, das wissen wir, und sie betrifft sie auch dann, wenn wir von älteren Menschen und deren Problemen auf Grund der Geburtenentwicklung "überschwemmt" werden. Dadurch verändern sich nicht automatisch die Probleme der jüngeren Menschen - sie bestehen und dürfen nicht übersehen werden.

Fazit: Family Nurse soll den Blick auf die **Gesamtfamilie** richten und braucht eine Generationen übergreifende Kompetenz - sobald sie sich hier wieder spezialisiert, verliert sie leicht die Gesamtfamilie aus dem Blickfeld. Gerade auf einer FH soll m. E. auch hier nicht mit einer Spezialisierung (z.B. Demenz) begonnen werden - das wollen Sie und viele andere ja auch nicht in Bezug auf die FH-Spezialisierung der Pflege kranker Kinder (z.B. Weiterführung Grundausbildung KiJu auf FH-Ebene).

Christa Santner
BFI Salzburg
Fachbereich Gesundheit und Pflege
csantner@bfi-sbg.at

Ein Demenz"schwerpunkt" ist ja nicht alleiniger Studieninhalt, aber jedenfalls vonnöten, wie sich jetzt schon in der Mobilen Pflege immer deutlicher abzeichnet. Die Red.

Demos, wozu? (zum Editorial in Newsletter Nr. 11 vom 15. März)

Ich war dabei. In der ersten Reihe sogar. Jedoch gebe ich Dir in allem was Du in dem Leitartikel schreibst Recht. Unser Problem liegt auch ein wenig im Demokratieverständnis. **Einige sind für das Eine und einige für das Andere und die dritten sind gegen Beides.** Wenn ich in meinem Betriebsrat eine Abstimmung durchführe, bestimmt die Mehrheit die Richtung für alle ohne wenn und aber. Nur so lassen sich die Dinge ändern und bewegen.

Auf jeden Fall werde ich mich dafür einsetzen, dass alle drei wichtigen Interessensvertretungen der Pflege, Gewerkschaft durch die Fachgruppe für Gesundheitsberufe, die Arbeiterkammer und der ÖGKV zumindest in Kernfragen **eine gemeinsame Linie** bekommen. Der nächste Bundesfachgruppentag könnte ein Anstoß dafür sein, wer weiß? Neue Gesichter in den Landesfachgruppen sowie die/der neue Vorsitzende/r der Bundesfachgruppe hätten die Möglichkeit, einen positiven Einfluss geltend zu machen. Ich hoffe und arbeite daran.

DGKP Branko Novaković
AKH Linz GmbH
branko.novakovic@akh.linz.at

Neue Kampagne

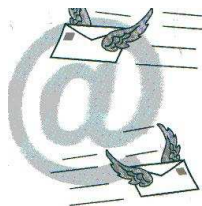


**WIR SIND
MÄNNER
OHNE GEWALT**

**„Es gibt Probleme, aber
keine Gewalt.“**

Partnerschaft ist meine Stärke. Meine Stärke tut niemandem weh.

 **bmsk: SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ** **Stadt:Wien** **www.whiteribbon.at** 



Liebe Leser/innen !

Wenn Ihnen der Newsletter gefällt, dann machen Sie doch auch Ihre Kolleg/innen und interessierte Freunde darauf aufmerksam! Auf der Startseite des PflegeNetzWerks www.LAZARUS.at kann sich jede/r kostenlos mit der dienstlichen oder privaten Email-Adresse registrieren und problemlos wieder löschen lassen.

* * *

Eine sonnige, x´unde Woche wünscht Ihnen

®

LAZARUS

Erich M. Hofer
Gründer & Chefredakteur

Impressum:

Medienbüro LAZARUS
A-3062 Kirchstetten, NÖ.
E-mail: office@lazarus.at

PflegeNetzWerk: www.LAZARUS.at