

Beispiele aus der Praxis

Beratung durch Pflegende in der Rehabilitation



Der Beratungsanteil in der rehabilitativen Pflege nimmt einen wichtigen Stellenwert ein und setzt eine hohe fachliche und soziale Kompetenz des Beraters voraus. Die Autorinnen arbeiten in unterschiedlichen Rehabilitationskliniken und zeigen anhand von drei Beispielen ihres Arbeitsalltags auf, wie sie beratend tätig werden.

Professionelles Pflegehandeln – wo auch immer es stattfindet – beinhaltet einen hohen Anteil an Beratung. Dieser pflegerischen Selbstverständlichkeit wurde im Jahr 2003 mit der Änderung des Krankenpflegegesetzes Rechnung getragen. Nach § 3 KrPflG heißt es zum Ausbildungsziel: „Die Ausbildung für die Pflege soll dazu befähigen die folgenden Aufgaben auszuführen (...) Beratung, Anleitung und Unterstützung von

zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit.“ Das Fundament zu jeder Beratung bildet umfassendes pflegerisches Fachwissen mit der entsprechend hohen fachlichen und sozialen Kompetenz.

Beratung stellt hohe Anforderungen an die Person des Beraters. Hier wird insbesondere seine/ihre soziale Kompetenz ge-

fordert. Voraussetzungen für eine gelungene Beratung:

- Echtheit, als dem eigenen Wesen getreu, keine wertenden und verletzenden Äußerungen;
- Empathie, sich vergegenwärtigen, wie dem Gegenüber zumute sein könnte und ihm dies mitteilen;
- positive Wertschätzung, damit das Gegenüber das Gefühl bedingungsloser Annahme hat und sich als wertvoller Mensch akzeptiert fühlt;
- eindeutige Kommunikation, wohl wissend, dass Botschaften mehr als eine Ebene haben, nämlich einen Sachaspekt und einen Gefühlsaspekt.

Funktionierende Kommunikation als Basis

So vielfältig die Beratungssituationen sind, so vielfältig sind mögliche Definitionen von Beratung. Beratung als professionelle Unterstützungsleistung versucht in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Entscheidung und Handlung vorhandene Ressourcen zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Diese Schritte beginnen auch bei Patienten in Rehabilitationseinrichtungen mit dem Aufnahmegespräch und setzen sich in der darauf folgenden Gestaltung des Pflegeprozesses fort. Pflegeziele in der Rehabilitation sind begleitend zu anderen Rehabilitationsaktivitäten häufig an eine pflegerische Beratungsleistung gebunden.

Koch-Straube (2008, S. 64) benennt die Ziele von Beratung in der Pflege als „dialogische Kommunikation, Achtung vor der

Einzigkeit der Würde des Menschen, Wahrnehmung der Kompetenz der Pflegebedürftigen, Förderung der Ressourcen, Respekt vor der Selbstbestimmung, Wahl ermöglichen, Umweltbedingungen einbeziehen, vom biographischen Gewordensein und den Zukunftsperspektiven ausgehen.“ Basis einer gelungenen Beratung ist also eine funktionierende Kommunikation. Da die Pflegenden erste Ansprechpartner der Patienten sind und dieses an sieben Tagen und rund um die Uhr, kommt ihnen eine besondere Bedeutung zu. Was das konkret bedeutet, soll in den folgenden drei Beispielen aus dem pflegerischen Rehabilitationsalltag deutlich gemacht werden.

Individuelle Informationen zeigen verschiedene Ansatzmöglichkeiten

Frau G., eine onkologisch erkrankte Patientin, ist morgens häufig unausgeschlafen. Ihr gehen viele Fragen durch den Kopf, sie fühlt sich erschöpft und hat nur einen Wunsch: endlich wieder mal eine Nacht durchschlafen. In ihrem Beratungsansatz wendet sich die Pflegende der Patientin zu und versucht in einem Gespräch, genau herauszufinden, wie das Schlafverhalten der Patientin bisher war, wann sie wach liegt, in welcher Zeit sie wieder einschläft, wann sie aufsteht und ob sie sich tagsüber hinlegt. Wichtig ist auch, zu erfragen, was die Patientin bisher schon ausprobiert hat, was hilfreich war und was nicht.

So werden individuelle Informationen gewonnen, die verschiedene Ansatzmöglichkeiten zeigen (z. B. beruhigende Tees, atemstimulierende Einreibungen mit ätherischen Ölen oder Ölaufgaben). Kontraindikationen werden durch die Pflegende berücksichtigt und gemeinsam wird überlegt, welche Vorteile oder auch Nachteile die Maßnahmen beinhalten. Reagiert die Patientin auf bestimmte Öle allergisch oder sind sie mit negati-

ven Erlebnissen verbunden? Wird Lavendel mit der Mottenkiste der Großmutter in Zusammenhang gebracht oder Tee mit der Zeit der Chemotherapie? Kann sich die Patientin eine Einreibung am Rücken als wohltuend vorstellen oder ist solch eine Nähe unangenehm? Auf diese Art und Weise nähern sich die Patientin und die Pflegende den Maßnahmen, zu denen die Patientin nach Möglichkeit angeleitet wird. Sie bestimmt, welche Maßnahmen sie ausprobieren möchte. Durch fortwährende Evaluation der Wirkung vergrößern sich die Ressourcen der Patientin.

Information, Anleitung und aufmerksames Zuhören

Herr V., 67 Jahre, kam nach kardiologischer Behandlung und septischem Schock bei Pneumonie mit Trachealkanüle, PEG-Sonde, Dekubitus-Ulcera Grad 4 und schlechtem Ernährungszustand in die Rehabilitationsklinik. Er war ansprechbar und orientiert. Die Tochter wollte ihren Vater so bald wie möglich zuhause versorgen. Die verantwortliche Pflegende führte ein Gespräch mit ihr und erklärte die pflegerischen Maßnahmen für die folgenden Tage. Individuelle Besonderheiten konnten im Dreiergespräch mit dem Vater über Zeichensprache erörtert werden. Die Tochter nahm das Angebot an, beim nächsten Verbandswechsel mit der Wundexpertin anwesend zu sein. Ein Gespräch mit dem Ernährungsberater wünschte sie vorerst nicht, war aber über den Ernährungsplan unterrichtet.

Da der Krankheitsverlauf von Herrn V. zu weiteren Komplikationen führte und die Tochter gerne und häufig bei ihrem Vater sein wollte, konzentrierte sich die Kommunikation sehr auf eine einfühlsam mutmachende Begleitung und Beratung. Von der Pflegekraft wurden auch die möglichen Belastungen der Pflege zuhause thematisiert und die unterstützenden Hilfen in der

häuslichen Pflege. Das Expertenwissen des Sozialdienstes ergänzte die Beratungssituation.

Das Beispiel verdeutlicht das Zusammenspiel von Information, Anleitung und aufmerksamem Zuhören als Anteile eines Beratungsprozesses. Eine umfassende Beratungsleistung beinhaltet darüber hinaus eine „explizite und geplante Einbettung des kognitiven Verstehens von Krankheit und Behinderung und die körperbezogene Veränderungsunterstützung in ihren emotionalen und sozialen Dimensionen und Entwicklungschancen“ (Koch-Straube 2008, S. 80).

Auf Ängste und Sorgen eingehen

Frau G., eine 61-jährige Patientin, kommt aufgrund einer Critical-Illness-Polyneuropathie in die neurologische Rehabilitation. Sie verbrachte zuvor sechs Wochen im Krankenhaus wegen einer Pleuro-Pneumonie des linken Oberlappens mit Beatmung, antibiotischer Behandlung, Rhabdomyolyse mit der Folge einer Crush-Niere und passagerer Dialysepflicht. Zum Aufnahmezeitpunkt ist sie in allen Bereichen auf fremde Hilfe angewiesen. Essen und Trinken müssen verabreicht werden. Sie ist mit einem Blasendauerkatheter versorgt und stuhlkontinent. Frau G. ist wach, freundlich zugewandt und voll orientiert. Sie reagiert etwas verlangsamt, zeigt lediglich im Rechnen Auffälligkeiten und eine verminderte Ausdauerbelastung.

Gemeinsam mit Frau G. definieren die Pflegenden unterschiedliche Rehabilitationsziele. Neben der alltagsrelevanten Funktionsverbesserung der Arme und Beine und dem freien Stehen und Gehen mit Hilfsmitteln spielt für Frau G. die Selbstständigkeit in der Körperpflege eine besonders wichtige Rolle. Um die Kontinenz wieder zu erlangen, werden von den Pflegenden erste Beratungsgespräche über das Entfernen des Dauerkatheters

geführt. Es erfolgt eine ausführliche Information über Inkontinenzmaterial. Frau G. äußert Angst einzunässen.

In der Nacht spürt sie zwar den Harndrang rechtzeitig, möchte aber auf die Bettschüssel und muss somit bis zu acht Mal in einer Nacht zum Wasserlassen. Nach eingehenden Gesprächen ist sie bereit, in der Nacht den Toilettenstuhl auszuprobieren. Sie fürchtet, zu wach zu werden und schlecht wieder einschlafen zu können. Bereits in der ersten Nacht merkt sie jedoch, dass sie bei völliger Blasenentleerung im aufrechten Sitzen, statt acht Mal nur noch vier Mal gestört und somit ihr Nachtschlaf gewahrt wird. Im Lauf der nächsten Tage lernt sie den Transfer allein und schafft es so bereits nach einer Woche, auch in der Nacht auf die Toilette zu gehen. Die Häufigkeit der Blasenentleerung reduziert sich auf zwei Mal.

Hier zeigt sich deutlich, dass im Gespräch mit den Patienten immer wieder auf deren Ängste und Sorgen eingegangen werden muss und sich der Fortschritt in der pflegerischen Versorgung durch die klientenzentrierte Beratung begründet. Die Beraterin nimmt die bestehenden Ängste ernst, geht darauf ein, entwickelt mit der Patientin Maßnahmen und Lösungsvorschläge.

Darüber hinaus legt Beratung in der rehabilitativen Pflege einen Schwerpunkt auf die aktivierende, ressourcenorientierende Arbeit. Wie in den Praxisbeispielen gezeigt hat sie auch eine komplementäre Funktion. Auch für die so überaus wichtige erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet dies, den eigenen Handlungsspielraum aktiv zu gestalten. Pflegerische Arbeit hat einerseits durch die permanente Nähe zum Patienten vielfältige Möglichkeiten, spontan mittels Beratung die körperbezogenen Veränderungen kognitiv und emotional zu unterstützen. Andererseits benötigt eine solchermaßen an-

spruchsvolle Pflege entsprechende Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel einen ruhigen Raum, definierte störungsfreie Beratungszeiten, entsprechende Wertschätzung für die Beratungsleistung der Pflegenden sowie genügend Zeit. Es ist heute nur in Ausnahmefällen geübte Praxis, Beratungszeiten fest in den Tagesablauf zu terminieren. Das hat den großen Nachteil, dass diese Leistung nicht sichtbar wird. Hinzu kommt auch bei pflegerischen Mitarbeitern die Einstellung, dass erst alles andere, wie die Fülle der administrativen Arbeiten – oft als Zuarbeit für den ärztlichen Dienst – erledigt wird. Wenn dann noch Zeit übrig bleibt, kann Beratung stattfinden. Im Alltag zeigt sich hier deutlich, dass viele Beratungsmöglichkeiten nicht genutzt werden.

Ausblick

Die Anforderungen an die Pflege, auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, steigen ständig. So erwartet seit dem 1. Januar 2007 die Deutsche Rentenversicherung (DRV), als häufigster Kostenträger von Rehabilitationsmaßnahmen, in einem Katalog therapeutischer Leistungen auch von professionell Pflegenden Beratung und Anleitung. Das Beratungsthema (das Pflegeproblem, zu dem Beratung ggf. kombiniert mit Anleitung erforderlich war) und die Zeitdauer müssen sorgfältig dokumentiert werden.

Aktivitäten der Patienteninformation, der Schulung und Beratung in der Pflege in Deutschland werden zunehmend wichtiger. Immer noch findet Beratung informell, quasi nebenbei statt, und häufig punktuell und zufällig (Zegelin 2007). Beratung gehört jedoch zu den pflegerischen Interventionen, die Pflegende erlernen können und müssen, wenn sie diesem sich verändernden Aufgabenprofil gerecht werden wollen (Koch-Straube 2008). Auf internationaler Ebene werden die Aktivitäten der Patienten-

tedukation vor allem durch die Pflegeberufe getragen. In zahlreichen Projekten und Studien zeigen Ergebnisse die gute „Wirkung“ der Pflegenden: Sie genießen Vertrauen, sind alltagsorientiert und finden die richtigen Worte (Zegelin 2007).

Beratung in der rehabilitativen Pflege hat den ganz besonderen Auftrag, die Patienten wieder für den Alltag zu Hause oder ihre Berufstätigkeit zu befähigen. Sie ermöglicht einen Zugewinn an Lebensqualität. Wir möchten dazu ermutigen, die eigene pflegerische Beratungstätigkeit anzuerkennen, sie zu formulieren und zu dokumentieren. Nur so können wir unser professionelles Pflegehandeln auch nach außen darstellen.

Das Profil der Pflege innerhalb der Rehabilitation sowie im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention zu schärfen und deren Komplexität in den Arbeitsfeldern darzustellen, ist eine Aufgabe der BAG Prävention, Rehabilitation und Beratung. Wir möchten unter Kollegen und Kolleginnen ein Bewusstsein dafür schaffen, welche Möglichkeiten in der Rehabilitation bestehen, präventiv und beratend tätig zu werden. Besonders die Pflegeberatung als originäres Arbeitsfeld der Pflegeprofession liegt uns am Herzen. Wir freuen uns über Anregungen oder auch Fragen und sind unter der aufgeführten E-Mail Adresse erreichbar.

Hinweisen möchten wir darauf, dass der DBfK Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Beratung in der Pflege anbietet. Siehe unter www.dbfk.de -> Bildung -> Weiterbildung in den Programmen der Regionalverbände.

Literatur:

Koch-Straube, Ursula (2008): Beratung in der Pflege, Huber, Bern.
Zegelin, Angelika (2007): Patienteninformationszentrum: Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus, in: Die Schwester/Der Pfleger 12/2007

Autoren:

Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)
Prävention, Rehabilitation und Beratung
DBfK Bundesgeschäftsstelle
Salzufer 6, 10587 Berlin
E-Mail: dbfk@dbfk.de