

ANP - Fallbeispiele Österreich

Komplexität meistern



ANP-Fallbeispiele Österreich

Komplexität meistern

Herausgeberinnen und Autorinnen:

Claudia Leoni-Scheiber

Silvia Neumann-Ponesch

Autor*innen

Alexandra Dalla-Rosa

Magdalena Fischill-Neudeck, Tina Kubesch, Melitta Horak

Sabine Grünberger

Daniel Hausmann

Franziska Rumpf

Gabriele Schreib

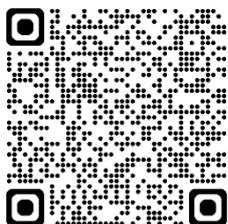
Barbara Semlitsch

Mit freundlicher Unterstützung der FH Oberösterreich.

Keywords: Fallbeispiel, Komplexität, ANP

Zitiervorschlag:

Leoni-Scheiber, C., & Neumann-Ponesch, S. (2024). *ANP-Fallbeispiele Österreich. Komplexität meistern*. Forum ANP Austria.



Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	2
2 ANP-Fallbeispiele Österreichs.....	4
2.1 ANP-Fallbeispiele Individuum.....	4
2.1.1 Fallbeispiel onkologische Patientin inkl. Palliativversorgung.....	5
2.1.2 Fallbeispiel Patientin mit diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 nach Myokardinfarkt .	15
2.1.3 Fallbeispiel Patient mit postoperativem Delir	21
2.2 ANP-Fallbeispiele Familie.....	25
2.2.1 Fallbeispiel Schülerin mit Erstmanifestation Diabetes mellitus Typ 1	26
2.2.2 Fallbeispiel Lukas und seine Familie, die den Kampf gegen den Krebs schlussendlich verloren haben	31
2.2.3 Fallbeispiel einer 83-jährigen Frau mit rezidivierenden Hypoglykämien	39
2.3 ANP-Fallbeispiele Gemeinde	46
2.3.1 Fallbeispiel Frau Isolde Neumüller	47
3 Quellen/Literatur.....	60

1 Einleitung

Advanced Nursing Practice (ANP), die erweiterte Pflegepraxis, ist in Österreich angekommen, „um zu bleiben“. Die Implementierung und die weitere Entwicklung von ANP in Österreich haben an Fahrt aufgenommen. Ergänzend zum ANP-Rahmenkonzept Österreich (Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024) stellt die ANP-Beispielsammlung die wirksame pflegerische Betreuung und Behandlung von Patient*innen¹ in den Mittelpunkt. Pflegende in Advanced Practice Nurse-(APN-) und Expert*innenrollen in der Praxis, die meist dem des Forums ANP Austria +² zugehörig sind, beschreiben reale Versorgungssituationen. Ihr Agieren und Gestalten sollen beispielgebend sein für Nachahmer*innen.

Die Beschreibung der Beispiele folgt einer konsequenten Struktur. Zu Beginn werden die Autor*innen des Fallbeispiels genannt sowie das Setting (z. B. der Spezialbereich innerhalb der Akut- oder Langzeitpflege) und die Ebene (Individuum, Familie oder Gemeinde), in welche dieses zugeordnet werden kann. Dies erfolgt auch dann, wenn die Zuordnung nicht zweifelsfrei zu einer der drei Gliederungsvorgaben möglich ist. Beispielsweise sollte jedes Individuum im Kontext seiner Vertrauenspersonen innerhalb des Pflegeprozesses betrachtet werden, was auch der Ebene Familie entspricht. Generell wird unter Individuum der einzelne Mensch verstanden, die Familie als „zwei oder mehr Menschen, die eine dauerhafte Beziehung unterhalten, wechselseitige Verpflichtungen wahrnehmen, gemeinsam Sinn finden und bestimmte Verpflichtungen gegenüber anderen (verwandtschaftlich verbundenen und/oder frei gewählten) Personen teilen“ (Herdman et al., 2022, S. 212) definiert. Die Gemeinde besteht aus einer „Personengruppe, die am selben Ort und unter derselben Führung/Verwaltung lebt“ (ebd.), das kann ein Stadtbezirk sein, eine Katastralgemeinde oder ähnliches umfassen. Darüber hinaus wird in jedem der Fallbeispiele Bezug auf die vier Säulen genommen, die im ANP Rahmenkonzept Österreich dargestellt sind: die Implementierung von ANP/APN, die Pflegepraxis ANP/APN, die Qualität ANP/APN und das Pflegemanagement ANP/APN (Abbildung 1). Jene zwei Elemente, welche das jeweilige Beispiel im Kern prägen, werden am Beginn der Beispielbeschreibung anhand der Dreiecke visualisiert wie z. B. die Bürger*innenorientierung. Darauf folgend werden die wichtigsten Inhalte der Phasen des Advanced Nursing Process (Müller-Staub et al., 2014) präsentiert. Es handelt sich um den erweiterten, vertieften Pflegeprozess, der auf validierten Assessment-Tools und validen Konzepten basiert, die systematisch in wissenschaftlich basierten Klassifikationssystemen wie der NANDA-I Pflegediagnosenklassifikation (Herdman et al., 2022) geordnet sind. Dem Pflegeassessment folgen die bedeutendsten Pflegediagnosen, pflegesensitive Patientenoutcomes in Form der Pflegeergebnisklassifikation NOC (Moorhead et al., 2013), welche mittels Interventionen der Pflegeinterventionsklassifikation NIC (Bulechek et al., 2016) erreicht werden können. Alternativ werden Pflegeziele und -interventionen anhand von Doenges et al. (2018) und/oder frei formuliert dargestellt. Zusammenfassend wird die Komplexität des Fallbeispiels deskriptiv beschrieben.

Abschließend sind die APN-Kernkompetenzen, das klinische Leadership und die Zusammenarbeit, die zur Bewältigung/zum „Handling“ des Fallbeispiels erforderlich sind, formuliert. Dies,

¹ Unter Patient*innen sind auch Bürger*innen, Klient*innen, Bewohner*innen oder An- und Zugehörige zu verstehen.

² Das Forum ANP Austria + ist eine „Dachvereinigung“ von „Pflegefachgesellschaften“ (wie beispielsweise der Berufsverband der Kinderkrankenpflege Österreichs [BKKÖ] oder die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie [ÖGP]) mit dem Ziel, ANP in ihren Gremien verstärkt einzubringen.

um die Bedeutung der hohen fachlichen und wissenschaftlichen Kompetenz sowie das Rollenprofil deutlich herauszustreichen.

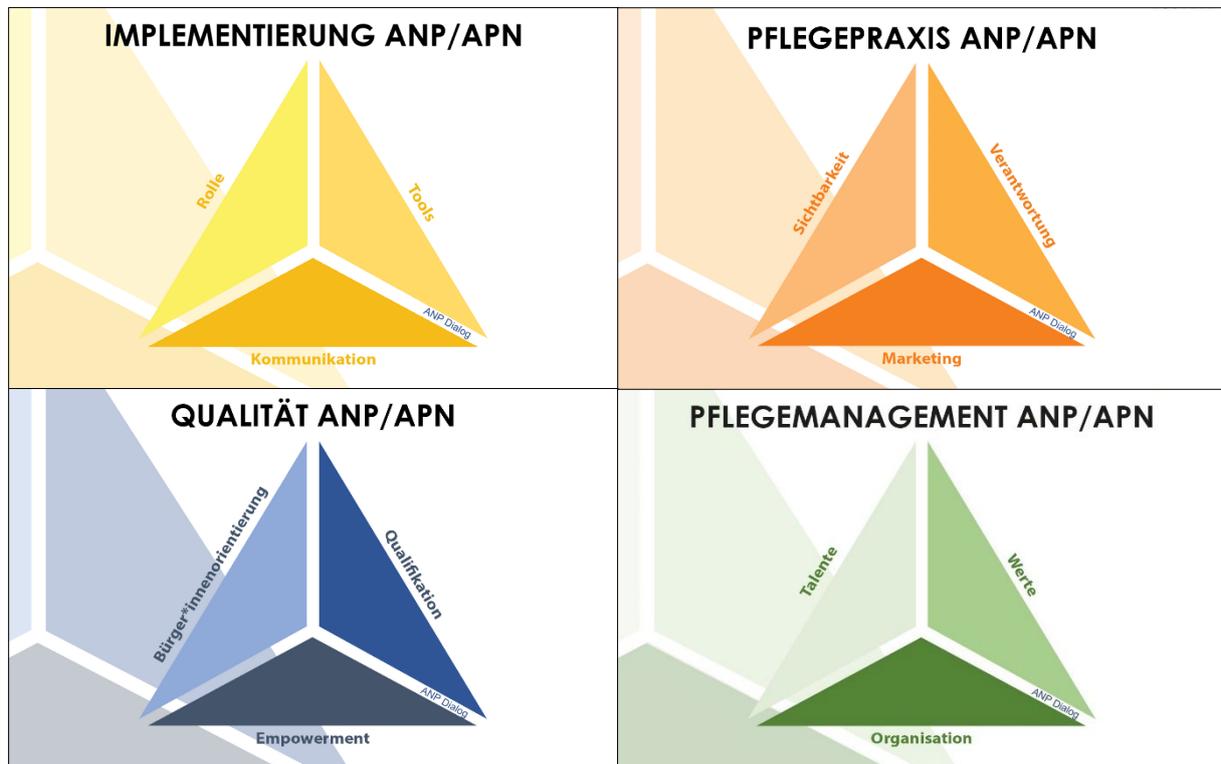


Abbildung 1

Die vier Säulen des ANP-Rahmenkonzeptes, jeweils mit ihren drei Elementen

Die ANP-Beispielsammlung Österreich ist als „living document“ zu verstehen: es folgen in regelmäßigen Abständen Adaptierungen und Ergänzungen durch weitere Beispiele.

Eine weitere Schwerpunktsetzung auf der Metaebene

- Organisation und Management

folgt. In dem Sinne, wie APN-Rollen in Organisationen integriert sind, wie „shared leadership“ gelebt wird etc.

Wenn Sie wollen, dass Ihre APN- oder Spezialist*innenrolle in der österreichischen Beispielsammlung aufgenommen wird, diese als „Role-model“ anderen zur Verfügung gestellt wird, um davon lernen zu können, ermutigen wir Sie, diese bei uns einzureichen.

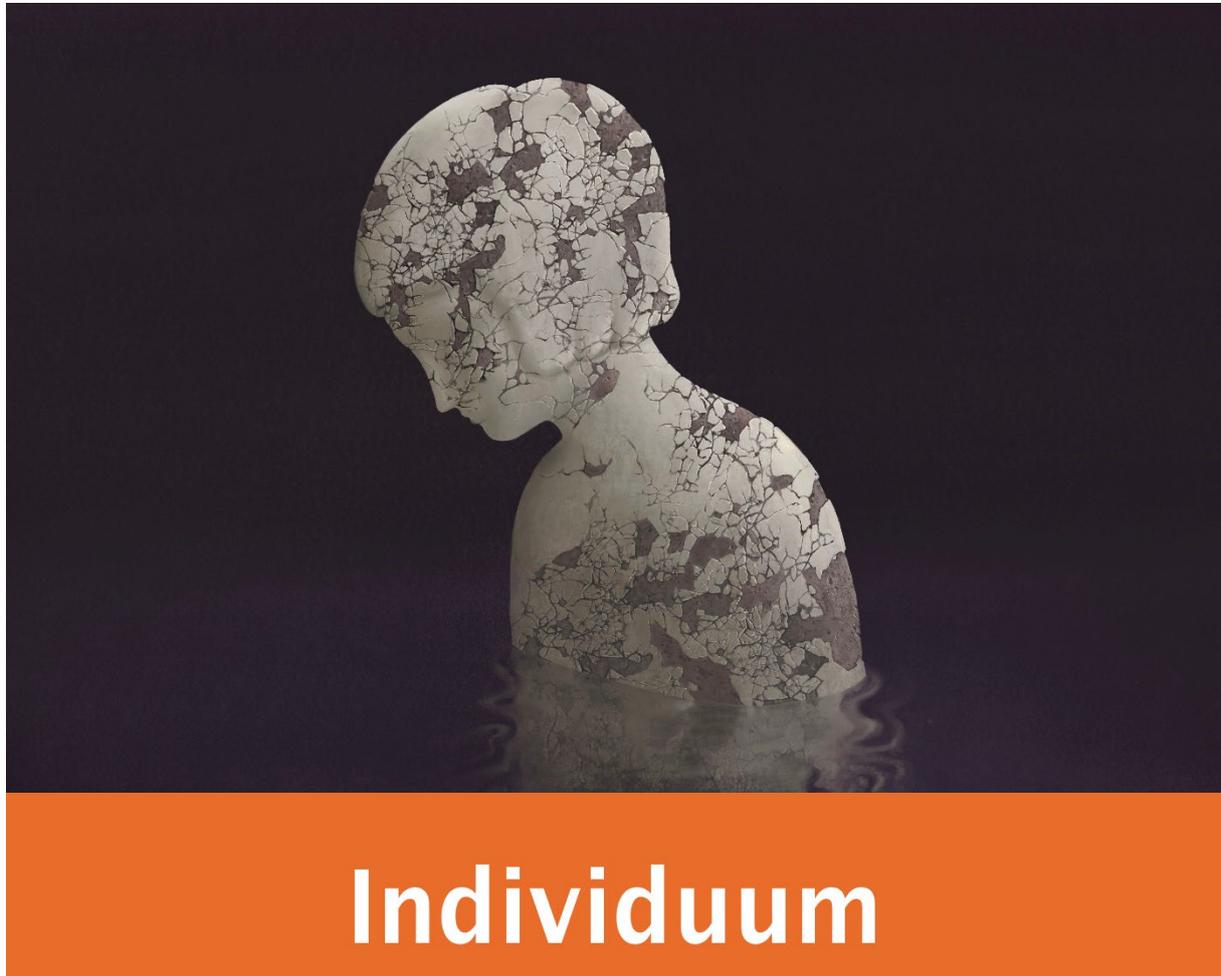
Kontakte:

Claudia Leoni-Scheiber (c.leonischeiber@aon.at)

Silvia Neumann-Ponesch (Silvia.Neumann-Ponesch@fh-linz.at)

2 ANP-Fallbeispiele Österreichs

2.1 ANP-Fallbeispiele Individuum



[Jorm Sangsorn](#) (295100719)

2.1.1 Fallbeispiel onkologische Patientin inkl. Palliativversorgung

SETTING	Cancer Nursing Klinik
AUTOR*INNEN	Dalla Rosa, Leoni-Scheiber, & Neumann-Ponesch
EBENE	Individuum, Familie
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 <p>Ein ausgeprägtes Pflegeverständnis zeigt sich im Agieren auf der höchst verfügbaren Evidenz: ein Kernelement der Qualifikation. Die APN verknüpft Prozess-Ownership mit multiprofessioneller Zusammenarbeit. Sie ist empowert und übernimmt die pflegerisch fachliche Führung, die den Umgang mit der komplexen Situation der Patientin weiter stärkt.</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT und PFLEGEINTERVENTIONEN	<p>Frau F. ist 1957 geboren. Bei Diagnosestellung im Mai 2022 ist die Patientin 64 Jahre alt. Die Patientin ist verheiratet und lebte mit ihrem Mann und ihrer Familie in einem Mehrgenerationenhaus. Die Patientin hat keine weiteren medizinisch relevanten Nebendiagnosen und ist bei Diagnosestellung selbständig, orientiert und vollständig mobil.</p> <p>Mai 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staging/Diagnosestellung: N. ovarii, high-grade serös, FIGO IIIc • BRCA negativ, HRD positiv • Erstkontakt mit APN für Cancer Care im Zuge des Staging-Prozesses. Aushändigung von Kontaktdaten der APN an die Patientin. Auch der Tätigkeitsbereich der APN für Cancer Care wird mit der Patientin besprochen. Danach wird der Patientin erklärt, welche bildgebenden und medizinischen Verfahren und zusätzliche Untersuchungen im Stagingprozess (inkl. Ablauf) auf sie zukommen. • Der Patientin wird Ablauf von Tumorboard erklärt, und wie sich die Informationsweitergabe der Ergebnisse an die Patientin gestaltet (Knötgen, 2020). • Psychoonkolog*innen durch APN für Cancer Care konsiliarisch angefordert und über nächsten geplanten stationären

	<p>Aufenthalt der Patientin informiert (Schnittstellenmanagement/multiprofessionelle Zusammenarbeit).</p> <p>Juni 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorative Laparotomie und Anlage eines doppelläufigen Ileostomas • Postoperative Visite der Patientin durch die APN für Cancer Care: Entlastungsgespräch mit Patientin geführt, da die Stomaanlage für die Patientin sehr einschneidend ist hinsichtlich ihres Körperbildes (vor allem die tägliche Stomaver-sorgung). • Kontaktaufnahme mit Ernährungsberatung und Stomaambulanz durch APN-Cancer Care. Die Patientin erhält spezielle Informationen bezüglich der Ernährungsempfehlung bei Ileostoma durch die Ernährungsberatung und wird auf der Stomaambulanz durch die Stoma-Pflegeexpert*innen hinsichtlich der Versorgung geschult (Schnittstellenmanagement/multiprofessionelle Zusammenarbeit). • Nach ausreichender postoperativer Genesungszeit und dem Ergebnis des Tumorboards (Empfehlung zur CTx) wird die Patientin im Zuge eines ausführlichen Gesprächs durch die APN für Cancer Care hinsichtlich vorbekannter Informationen zu den CTx-Therapien befragt, und es wird auf Sorgen und Ängste auch auf familiärer Basis eingegangen. • Mit Patientin nach ärztlicher Befundbesprechung bezüglich Tumorboardergebnissen erstes Informationsgespräch geführt – wie CTx-Therapie abläuft, welche Nebenwirkungen zu erwarten sind, welche Möglichkeiten es für den Chemotherapie induzierten Haarausfall (Perücke, Kopftücher, Mützen) im Umfeld der Patientin gibt, Bedarfsmedikation/Begleitmedikation während CTx erklärt. Zudem wird die schlechte Venensituation der Patientin durch die APN für Cancer Care thematisiert und die Patientin über die Möglichkeit und Handhabung eines Ports oder PICC-Line informiert. Die Patientin entscheidet sich für eine Portanlage (Haselmayer, 2022). • Portanlage und erster Zyklus Carbo/Taxol wegen starker Fatigue abgebrochen. • Unterstützung der Patientin und ihrer Familie bei der Krankheitsbewältigung, Beratung und psychosoziale Begleitung (Hellmuth, 2022).
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Edukation der Patientin hinsichtlich Nebenwirkungsmanagement, Bedarfsmedikation/Begleitmedikation bei CTx-Therapie (Haselmayer, 2022). <p>Juli – Dezember 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 Zyklen Carbo/Taxol im Elderly Schema • Beratung/Edukation der Patientin hinsichtlich Nebenwirkungsmanagement bei neuer CTx-Therapie und Teilnahme der APN-Cancer Care im Tumorboard. • Durchführung des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress Thermometers (NCCN, 2024) und Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte mittels Dekurs. <p>Jänner – August 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avastin und Lynparza p.o. • Patientenedukation: Umgang mit PARP-Inhibitor (Naegele & Heinemann, 2024), Teilnahme der APN-Cancer Care am Tumorboard, NCCN-Distress Assessment inklusive Dokumentation der Ergebnisse und Beratungsinhalte in der Patientenakte mittels Dekurs. <p>September 2023 – April 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progress-Start Caelyx-Yondelis Therapie • Teilnahme der APN für Cancer Care am Tumorboard, erneute Konsultation der Psychoonkolog*innen für Befundbesprechung im multiprofessionellen Team, NCCN-Distress Assessment inklusive Dokumentation der Ergebnisse und Beratungsinhalte in der Patientenakte mittels Dekurs (Schnittstellenmanagement/multiprofessionelle Zusammenarbeit). <p>Anfang Mai 2024</p> <p>Auf Intensivstation wegen massiver Urosepsis wegen zunehmender Peritonealcarzinose des Beckens, zusätzliche Anlage eines Uro Stomas und PCNs zur Harnableitung.</p> <p>Mai – Juni 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übernahme der Patientin auf allgemeine Gyn-A-Station zur weiteren pflegerischen Betreuung und Versorgungsplanung für zuhause mit Illeostoma, Urostoma, zweifacher PCN und parenteraler Ernährung. • Komplexe Wundversorgung aufgrund der angelegten Stomata und Wundheilungsstörungen nach Urostomaanlage (Verbandswechsel ein- bis zweimal täglich, Dauer: jeweils eine Stunde).
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose Armvenenthrombose-Vollantikoagulation mit Bandagierung des Arms. • Enger Austausch mit Psychoonkolog*Innen, Stomaambulanz, Wundmanagement, Teilnahme der APN-Cancer Care an multiprofessioneller Onko-Besprechung, um Interessen der Patientin zu vertreten. Bei zeitlichen Ressourcen Unterstützung Pflegefachpersonal bei Verbandswechsel und Wunddokumentation (Hellmuth, 2022). • Entlastungsgespräche durch die APN Cancer Care bei pflegerischen Interventionen wie z.B. Verbandswechsel/Stomaver-sorgung. Sorgen und Ängste bezüglich Überforderung (vorwiegend durch die Stomata und komplexe Verbandswechselsituationen) im häuslichen Umfeld werden seitens der Patientin ausgesprochen. Die APN nimmt diese Sorgen und Ängste ernst und berichtet davon in der multiprofessionellen Psychoonkologischen Besprechung. • Die Mobilität der Patientin ist massiv eingeschränkt aufgrund der vielen zu- und ableitenden Systeme. Die Patientin wirkt sehr bedrückt und auch verzweifelt aufgrund der aktuellen Situation, möchte aber hinsichtlich palliativer Versorgung nur wenig Informationen erhalten. • Durch intensive Gespräche im multiprofessionellen Team wird gemeinsam mit der Patientin entschieden, ein palliatives Setting einzuschlagen. • Teilnahme der APN Cancer Care am DNR-Arztgespräch der Patientin in Anwesenheit von Ehemann – anschließendes Gespräch mit Frau F. und ihrem Ehemann, ob es noch Fragen oder Anliegen gibt hinsichtlich der palliativen Betreuung. • Frau F. äußert, dass ihr sehnlichster Wunsch ist, nochmals nach Hause gehen zu können; der Patientin und dem Ehemann verfügbare extramurale Versorgungsangebote erklärt (mobiles palliativ Team, Hauskrankenpflege, etc.). • Enger Austausch der APN Cancer Care mit Psychoonkolog*innen und Onkolog*innen, Stomaambulanz, Wundmanagement, Teilnahme an multiprofessionellen Onko-Besprechungen und Physiotherapie, um Interessen der Patientin zu vertreten (OEGHO, AHOP, 2023). <p>Juli 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entlassung nach Hause ins palliative Setting – gemeinsam mit Patientin und ihrer Familie organisiert und besprochen.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • APN Cancer Care als zentrale Ansprechpartnerin für Familienmitglieder von Frau F. für Fragen und Anliegen bezüglich der Versorgung für zu Hause (Haselmayer, 2022). • Pflegerische Hilfsmittel und Pflegegeldantrag (Pflegebett), Betreuung: tägliche HKP, Betreuung durch mobiles Palliativteam und Hausarzt durch Entlassungsmanagement organisiert. • Parenterale Ernährung über Port – Organisation über Firma F. • Firma F. organisiert alle benötigten Materialien und schult Angehörige im Umgang mit Port System. • Koordination der Entlassung und Telefonate mit externen Betreuer*innen, Austausch von Informationen – Vorbereitung der Entlassung (z.B. pflegerischer Entlassungsbrief, Verbands- und Stomamaterialien ausreichend mitgeben). Übernahme des Informations- und Schnittstellenmanagements durch die APN (Kobleder et al., 2019; OEGHO, AHOP, 2023). <p>August 2024</p> <p>Die Patientin wurde daheim von der APN telefonisch kontaktiert. Patientin berichtet, dass alle extramural am Versorgungsprozess beteiligten Dienstleistenden sie pflegerisch sehr gut daheim versorgen und dass es ihr im Kreise ihrer Familie gut gehe. Sie bedankt sich beim gesamten multiprofessionellen Team der GYN A herzlich dafür, dass es ihr ermöglicht wurde, am Lebensende nochmals nach Hause zu kommen.</p>
<p>PFLEGE-DIAGNOSEN</p>	<p>PF1: Gestörtes Körperbild (Herdman et al., 2022, S. 399) Definition: Negatives mentales Bild des eigenen physischen Selbst. Beeinflussende Faktoren: Körperbewusstsein (durch körperliche Veränderungen durch die Stomata), Geringe Selbstwirksamkeit (Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen) Bestimmende Merkmale: Negative Gefühle gegenüber dem eigenen Körper, Gefühle von Scham oder Verzweiflung, Depressive Symptome Risikopopulation: Personen mit Stomata Assoziierte Bedingungen: Chirurgische Eingriffe, Therapieregime</p> <p>PF2: Unausgeglichene Ernährung: weniger als der Körper benötigt (Herdman et al., 2022, S. 249) Definition: Nährstoffzufuhr, die unzureichend für die Deckung des Stoffwechselbedarfs ist.</p>

	<p>Beeinflussende Faktoren: Depressive Symptome, Aversion gegenüber Nahrungsmittel (unzureichender Nahrungsabsorption bei Ileostoma)</p> <p>Bestimmende Merkmale: Körpergewicht unterhalb des Idealgewichtsbereichs für Alter und Geschlecht, Gewichtsverlust bei angemessener Nahrungsaufnahme (ungewollt), Lethargie (Schwäche und Müdigkeit), Muskelhypotonie (verminderte Muskelmasse)</p> <p>Assoziierte Bedingungen: Neoplasmen</p> <p>PF3: Beeinträchtigte physische Mobilität (Herdman et al., 2022, S. 324)</p> <p>Definition: Einschränkung der unabhängigen, zielgerichteten Bewegung des Körpers oder einer oder mehrerer Extremität(en).</p> <p>Beeinflussende Faktoren: Angst (vor Bewegung), Body-Mass-Index > 75. Perzentile des alters- und geschlechtsentsprechenden Gewichts, Malnutrition, Schmerzen, unzureichende Muskelmasse, unzureichende physische Ausdauer, verminderte Muskelkraft, physischer Konditionsabbau</p> <p>Bestimmende Merkmale: Verminderte Bewegungsfähigkeit, versucht die Bewegung zu kompensieren, verändertes Gangbild (Schwierigkeiten sich allein fortzubewegen)</p> <p>Assoziierte Bedingungen: Depression, Beeinträchtiger Metabolismus, Pharmazeutische Präparate, Muskuloskelettale Beeinträchtigung (auch durch viele zu- und ableitende Systeme)</p>
<p>PFLEGE- ERGEBNISSE</p>	<p>PF1: Pflegeziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls • Förderung eines positiven Körperbildes <p>NOC-Ergebnis</p> <p>Körperbild (Moorhead et al., 2013, S. 545)</p> <p>Definition: Die Wahrnehmung des eigenen Erscheinungsbildes und der Körperfunktionen.</p> <p>Indikatoren: Übereinstimmung zwischen Körperrealität, Körperideal und Körperdarstellung, Haltung gegenüber der Anwendung von Strategien zur Verbesserung der äußeren Erscheinung, Haltung gegenüber der Anwendung von Strategien zur Funktionsverbesserung, Anpassung an Veränderungen der Körperfunktion, Anpassung an Veränderungen des Gesundheitszustands</p> <p>PF2: Ernährungsstatus (Moorhead et al., 2013, S. 488)</p> <p>Definition: Das Ausmaß, in dem Nährstoffe für den Stoffwechselbedarf zur Verfügung stehen.</p> <p>Indikatoren: Nährstoffzufuhr, Energie, Verhältnis von Gewicht und Körpergröße, Muskeltonus</p>

	<p>PF3: Mobilität (Moorhead et al., 2013, S. 327)</p> <p>Definition: Die Fähigkeit, sich zielgerichtet, mit oder ohne Hilfsmittel, im eigenen Umfeld zu bewegen.</p> <p>Indikatoren: Koordination, Gang, Ausführung der Körperpositionierung, Transferausführung, Gehen, Leichtigkeit des Sich-Bewegens</p>
<p>PFLEGEINTERVENTIONEN</p>	<p>PF1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche zur Förderung der Selbstakzeptanz und des positiven Körperbildes führen • Schulung im Umgang mit dem Stoma und Förderung der Selbstpflegekompetenz • Bereitstellung von psychologischer Unterstützung oder Beratung • Ressourcen fördern – Unterstützung durch Familie, Freunde und soziale Netzwerke <p>(Brock et al., 2021)</p> <p>PF2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung: Zusammenarbeit mit einem Ernährungsberater, um einen individuellen Ernährungsplan zu erstellen. • Essensumgebung: Schaffung einer angenehmen und stressfreien Essensumgebung. • Nahrungsergänzung: Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln oder hochkalorischen Getränken. • Überwachung: Regelmäßige Überwachung des Gewichts und der Nahrungsaufnahme • Ressourcen fördern: Patientin kennt gewichtssteigernde Faktoren anhand der Ernährungsberatung und kann diese auch umsetzen. <p>(Polzer, 2020)</p> <p>PF3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Mobilität: Unterstützung bei Bewegungsübungen und physiotherapeutischen Maßnahmen. • Schmerzlinderung: Anwendung von Schmerzmanagement-Techniken, um die Bewegungsfähigkeit zu verbessern. • Sicherheitsmaßnahmen: Sicherstellung einer sicheren Umgebung, um Stürze und Verletzungen zu vermeiden. • Ressource: Pat kann mit Unterstützung /Gehilfe kurze Strecken selbständig zurücklegen <p>(Zoth et al., 2023)</p>

	<p>Mögliche NIC-Interventionen, zu denen Aktivitäten ausgewählt und wie oben dargestellt spezifiziert werden sollen:</p> <p>Körperbildverbesserung (Bulechek et al., 2016, S. 526, 527) Definition: Verbessern der bewussten und unbewussten Wahrnehmungen und Einstellungen gegenüber seinem Körper.</p> <p>Copingverbesserung (Bulechek et al., 2016, S. 267-269) Definition: Verbessern der bewussten und unbewussten Wahrnehmungen und Einstellungen gegenüber seinem Körper.</p> <p>Ernährungsberatung (Bulechek et al., 2016, S. 378, 379) Definition: Einsatz eines interaktiven Hilfsprozesses mit Schwerpunkt auf der Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung.</p> <p>Körperbewegungs- und -haltungsförderung (Bulechek et al., 2016, S. 525, 526) Definition: Fördern und Erleichtern des Einsatzes von Körperhaltung und -bewegung bei täglichen Aktivitäten, um Erschöpfung und muskuloskelettale Fehlbelastungen oder Verletzungen zu verhindern.</p> <p>Schmerzmanagement (Bulechek et al., 2016, S. 682-684) Definition: Linderung oder Minderung von Schmerzen auf ein für den Patienten annehmbares Maß an Wohlbehagen.</p>
<p>APN Kernkompetenzen</p>	<p>Spezialisierte Pflegepraxis: Die Patientin wird durch die APN für Cancer Care in der gynäkologischen Onkologie zu Autonomie und Selbstwirksamkeit befähigt. Die APN erarbeitet dazu beratungsrelevante Inhalte in der Onkologie und vermittelt diese der gynäkologisch onkologischen Patientin im stationären, tagesklinischen oder auch ambulanten Bereich. Zusätzlich optimiert die APN für Cancer Care die Betreuungskontinuität der Patientin und fungiert als zentrale Ansprechpartnerin für pflegerische Themen im onkologischen Behandlungsprozess die Patientin, das gesamte Pflgeteam der GYN A und auch für das gesamte multiprofessionelle Behandlungsteam.</p> <p>Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz: Die gynäkologisch onkologische Patientin erlebt in ihrem Behandlungspfad unterschiedliche Settings ihrer Therapie (tagesklinisch, ambulant, stationär) inklusive verschiedener am Behandlungsprozess beteiligter Berufsgruppen und daraus resultierenden ausbaufähigen interdisziplinären Informationsfluss. Zudem zeigt sich aus der Praxis, dass diese spezielle Patientengruppe erhöhte Informationsbedürfnisse aufweist. Um auf diese speziellen „Needs“ reagieren zu können, ist notwendig, das interprofessionelle Schnittstellenmanagement mittels einer APN für Cancer Care zu optimieren (OEGHO, AHOP, 2023).</p>

	<p>Konsultation:</p> <p>Die APN für Cancer Care erstellt relevante Inhalte für die APN Cancer-Care Sprechstunden/Beratungssequenzen. Dabei kann die APN Cancer Care telefonisch, per E-Mail oder auch mittels Konsil von Pflegepersonen oder Ärzt*innen bei komplexen Patientenfällen angefordert werden.</p> <p>Fachliches Leadership:</p> <p>Die APN für Cancer Care ist im „Shared Governance“-Modell mit der leitenden Pflegeperson (LPP) für die fachliche Leitung der Station zuständig. Die APN führt Mitarbeiter-Schulungen und Beratungen durch und leitet mit der LPP gemeinsam Team-meetings. Die APN versucht die pflegerische Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau zu halten und erkennt durch eine fixe Verankerung in der Praxis (z.B. durch partielle Mitarbeit in der stationären Patientenversorgung) mögliche Verbesserungsfelder des Pflegeteams. Es werden dann gemeinsam mit LPP und Praxisanleitung (PAL) Lösungsvorschläge für vorherrschende Probleme erarbeitet und durch die APN und PAL in die Praxis integriert. Diese Interventionen führen zu befähigten Pflegefachpersonen und einer gesteigerten Fachkompetenz des gesamten Pflegeteams.</p> <p>Forschung:</p> <p>Die APN für Cancer Care ist für die Planung und Durchführung von pflegewissenschaftlichen Projekten und Erstellung von Richtlinien zuständig. Zudem nimmt die Pflegeexpertin passiv und aktiv an Kongressen mit Projektergebnissen teil.</p>
KOMPLEXITÄT	
<ul style="list-style-type: none"> • Durchführen von Assessments (z.B. NCCN Distressthermometer) • Entlastungs- und Informationsgespräche mit Patientin und Angehörigen • Zusätzliche Begleitung der ärztlichen onkologischen Visite bei komplexen Patientensituationen für den multiprofessionellen Austausch • Durchführung Pflegevisite gemeinsam mit LPP (Leitende Pflegeperson) & tagesverantwortlicher DGKP • Adaptierung der Pflegeplanung onkologischer Patient*innen • Unterstützung Pflegefachpersonal auf Station bei komplexen Versorgungssituationen von Patient*innen (z.B. aufwändige Verbandswechsel, Port/PICC Probleme...) • Übernahme Schnittstellenmanagement im multiprofessionellen Team – Planung und Durchführung von multiprofessionellen Onko-Besprechungen (Psychoonkolog*innen, Onkolog*innen, Sozialdienst, Entlassungsmanagement, Zytonurses) 	

- Beratung und Edukation der Patient*innen hinsichtlich Nebenwirkungsmanagement während der Chemo-/Immun-/Antikörpertherapie oder oralen Erhaltungstherapie
- Teilnahme der APN Cancer-Care am Tumorboard, um Informationsfluss zu gewährleisten
- Schnittstellenmanagement: enger Kontakt mit extramuralen Pflegediensten zur Abstimmung der Entlassung

KLINISCHES LEADERSHIP

Gemeinsam mit LPP im Sinne des Shared Governance Modells. APN ist für die fachliche Leitung zuständig und LPP für die disziplinierte Leitung.

Fachliche Leitung:

- Zentrale Ansprechpartnerin im pflegerischen und multiprofessionellem Versorgungsprozess (Pflegerpersonen GYN A, Ernährungsberatung, Psychoonkolog*innen, Ärzt*Innen, Physiotherapeut*innen, extramurale Pflegedienste...)
- Patientenorientierung: Im Mittelpunkt der medizinischen/pflegerischen Versorgung soll stets die Patientin stehen (Initiierung regelmäßiger Austausch des multiprofessionellen Teams)
- Übernahme fachliches Leadership: Verantwortlich für die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientin z.B. mittels Bedside Teaching, Erstellung von (Mikro)-Schulungsinhalten für das Pflegefachpersonal

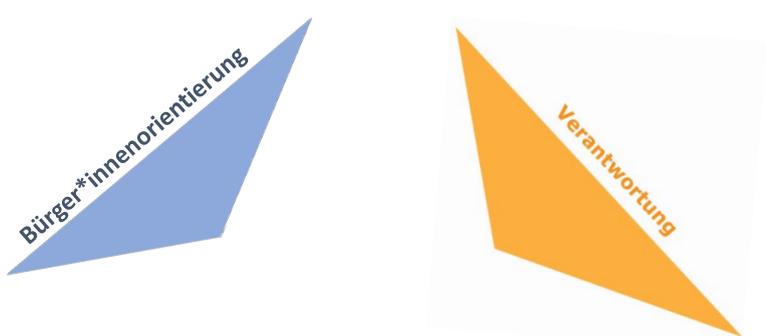
Zusätzlich:

- Begleitung und Durchführung von Praxisprojekten
- Erstellung von Richtlinien/Standards

ZUSAMMENARBEIT

- Die APN fungiert als zentrale Ansprechpartnerin für alle Mitglieder des multiprofessionellen Behandlungsteams
- Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungsberatung, Psychoonkolog*innen, Entlassungsmanagement, um eine holistische, den Patientenbedürfnissen entsprechende Versorgung zu erarbeiten
- Zusätzlich fördert eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit auch den Austausch von Fachwissen
- Organisation und Durchführung von multiprofessionellen Onko-Besprechungen durch die APN für Cancer Care
- Teilnahme Tumorboard der APN für Cancer Care, um Informationsfluss zu gewährleisten und pflegerische Beobachtungen und Auskunft über den Pflegestatus der Patientin zu geben
- Partizipation an ärztlicher Onko-Visite/Pflegevisiten
- Vernetzung mit externen Dienstleistern (z.B. Sanitätshaus, Anbieter*innen Parenterale Ernährung, Mobiles Palliativteam, Hospiz, Hausärztin/Hausarzt)

2.1.2 Fallbeispiel Patientin mit diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 nach Myokardinfarkt

SETTING	Diabetes Care Akutbereich
AUTOR*INNEN	Semlitsch
EBENE	Individuum
DOMINANTE ANP-KERNELEMENTE	 <p>Die Bürger*innenorientierung des Fallbeispiels zeigt sich an der zentralen Ausrichtung der Bedarfe und Bedürfnisse der Patientin. Die Partizipation der Patientin war im Sinne der Stärkung des Selbstmanagements gegeben. Die APN übernimmt die Verantwortung und Advocacy in jenen Bereichen, die die Gesundheitskompetenz der Patientin zu stärken vermag.</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	<p>Frau Maier, 75 Jahre, wurde im Rahmen eines Myokardinfarktes stationär im Krankenhaus aufgenommen. Sie konnte nach einem Tag auf der Intensivstation auf die Normalstation verlegt werden. Im Rahmen der Laborkontrollen wurde ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert, der bis dato der Patientin nicht bekannt war. Die Glukosewerte waren anfangs mehrheitlich über 250 bis 300, wurden aber sofort mit Insulin behandelt. Bei der Kontrolle des HbA1c wurde ein Wert von 74 mmol/mol (8,9%) (Normal: 20 – 42 mmol/mol) festgestellt. Frau Maier ist mit einem BMI von 33,2 als adipös zu bezeichnen.</p> <p>Frau Maier lebt allein in einem Haus in einer ländlichen Gegend, hat sich bis zum Krankenhausaufenthalt allein versorgt, alle Einkäufe und Besorgungen selbstständig erledigt.</p> <p>Die Entlassung erfolgte nach sechs Tagen auf der Normalstation. Neben der neuen Medikation, die dem Infarkt geschuldet war, erhielt die Patientin auch eine Insulintherapie mit Basisinsulin bzw. Bolusinsulin zu den Mahlzeiten. Die Entlassung erfolgte aber mit einer Misch-</p>

	<p>insulintherapie morgens und abends, die Patientin wurde mit einem Blutzuckermessgerät und den notwendigen Pen versorgt. Im Rahmen einer kurzen Diabetesberatung wurde sie auch auf diese Geräte geschult und wurde zu Hypoglykämie (Ursachen, Symptome und Therapie) informiert. Sie erhielt auch eine Ernährungsberatung sowie ein Schema zur Insulindosierung für zu Hause.</p> <p>Ihr Ehegatte ist schon vor einigen Jahren verstorben, ihre beiden Söhne, einer lebt in einer Großstadt (200 km entfernt), der andere Sohn ca. 30 km von ihr entfernt. Sie war während des Krankenhausaufenthaltes ängstlich und sehr beunruhigt, hatte Sorge, wie sie zu Hause alleine die Insulintherapie bewältigen sollte. Sie war auch der Meinung, dass sich die erhöhten Glukosewerte zu Hause auch ohne Insulin wieder normalisieren würden, da sie ja vorher auch nie einen Diabetes mellitus hatte.</p> <p><u>Erstkontakt durch die APN:</u></p> <p>Im Rahmen des Entlassungsmanagements wurde für Frau Maier der Kontakt zur APN Diabetes Care (APN DC) hergestellt.</p> <p>Die APN DC besuchte Frau Maier am Tag ihrer Entlassung zu Hause in den eigenen vier Wänden. Sie erlebte Frau Maier als mit der momentanen Lebenssituation, aber vor allem mit der Diabetestherapie überfordert. Anfangs wollten die Angehörigen, dass Frau Maier zumindest in ein betreutes Wohnen übersiedelt, da sie der Meinung waren, dass sie nicht mehr in der Lage sei, eigenständig und allein zu Hause zu verbleiben. Daher erarbeitete die APN DC gemeinsam mit Frau Maier einen Betreuungsplan mit kurz- und mittelfristigen Maßnahmen, die gemeinsam mit dem Hausarzt, der mobilen Pflege und den Angehörigen umgesetzt werden sollen (Ethische Entscheidungsfindung).</p>
<p>PFLEGE-DIAGNOSEN</p>	<p>PF1: Defizitäres Wissen (Herdman et al., 2022, S. 374)</p> <p>Definition: Fehlen der kognitiven Informationen über ein spezielles Thema oder ihrer Aneignung.</p> <p>G1: Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2022, S. 238)</p> <p>Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann.</p> <p>G2: Bereitschaft für eine verbesserte Selbstversorgung (Herdman et al., 2022, S. 363)</p> <p>Definition: Ein Muster der Ausübung von selbstbezogenen Aktivitäten zum Erreichen von gesundheitsbezogenen Zielen, welches gestärkt werden kann.</p>

<p>PFLEGE- ERGEBNISSE</p>	<p>Das Erlangen vollständiger Unabhängigkeit innerhalb von 12 Wochen ist das primäre Ziel der Betroffenen. Weiters möchte sie in der Lage sein, ihre Insulintherapie eigenständig durchzuführen und die Insuline gegebenenfalls auch eigenständig zu adaptieren.</p> <p>Daher muss eine Stärkung der Selbstmanagementkompetenz angestrebt werden. Frau Maier muss in der Lage sein, die laufenden Kontrollen der relevanten Parameter durchzuführen, entsprechende Lebensstilmaßnahmen umzusetzen sowie Verhaltensmuster in der Durchführung der Therapie zu erkennen.</p> <p>Sie ist in der Lage, das BZ-Messgerät zu bedienen und die Werte/Parameter zu interpretieren. Auch ist sie in der Lage, mit dem Insulinpen umzugehen und die Insulindosis nach dem vorgegebenen Titrationsschema an die BZ-Werte anzupassen und das Insulin korrekt zu verabreichen.</p> <p>Ein weiteres Ziel ist es, dass die Patientin äußert, sich in dieser ersten Phase der Erkrankung sicher im Umgang mit der Krankheit zu fühlen und sie weiß, wo sie Hilfe einholen kann, wenn sie einen Bedarf sieht.</p> <p>Zudem ist sie in der Lage, Akutkomplikationen (z.B. Hypoglykämien) anhand von Symptomen einzuschätzen und rasch entsprechend zu reagieren.</p>
<p>PFLEGEINTER- VENTIONEN</p>	<p>Für Frau Maier wurde über den Hausarzt die medizinische Hauskrankenpflege beantragt, die sie bei der Insulintherapie anfangs unterstützen sollte. Parallel dazu wurde sie von der APN DC mittels Mikroschulungseinheiten zu Glukoseselbstkontrolle, Insulininjektion und Hypoglykämie über mehrere Sitzungen geschult und beraten. Ziel dieser Schulungen war es, Frau Maier inhaltlich zu diesen Themen zu informieren, sodass sie die Stoffwechselfelbstkontrolle und die Insulininjektionen so rasch als möglich selbstständig durchführen kann, um wieder einen guten Teil ihrer Unabhängigkeit zu erlangen.</p> <p>Anfangs gemeinsam mit der mobilen Pflege, bald aber eigenständig, war Frau Maier in der Lage, ihre Glukosewerte selbst zu messen und ihre Insulindosen zu verabreichen. Die APN DC hielt auch gemeinsam mit Frau Maier den Kontakt zum Hausarzt sowie den Angehörigen, um ihnen von den Fortschritten zu berichten (Spezialisierte Pflegepraxis).</p> <p>Nach nur drei Wochen war Frau Maier so sicher, dass sie die Behandlung ihres Diabetes mellitus weitgehend eigenständig übernahm.</p> <p>Im Rahmen der managementorientierten Behandlung stellten sich immer wieder Fragen, die Frau Maier gemeinsam mit der APN DC in Schulungseinheiten bearbeitete. Fragen zur Ernährung wurden in einem Gespräch mit einer Diätologin beantwortet, dieser Termin</p>

wurde, ebenso wie der erste Augenkontrolltermin bezüglich Augenhintergrundveränderungen bei Diabetes mellitus, durch die APN DC organisiert. Die mobile Pflege war, weil sich Frau Maier in ihrer Lebenssituation deutlich sicherer wurde, nach sechs Wochen nicht mehr von Nöten.

Anfangs durch den Infarkt eingeschränkt, stellte Frau Maier im Verlauf der Betreuung durch die APN DC fest, dass sie bei körperlicher Aktivität teilweise massive Glukoseschwankungen hat. Daher wurde in einer eigenen Beratungseinheit mittels Mikroschulung nochmals die Hypoglykämie besprochen. Zusätzlich wurde ihr – auch mit der Angabe von Vor- und Nachteilen – vorgeschlagen, wieder auf eine Insulintherapie mit Basis- und Bolusinsulin zu wechseln (**Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz**).

Nach Rücksprache mit dem Hausarzt wurde Frau Maier auf diese Insulintherapie umgestellt, erhielt in diesem Zusammenhang eine weitere vertiefende Schulung zu den Insulinwirkungen sowie zur eigenständigen Adaptierung der Insuline (Semlitsch et al., 2023) (**Fachliches Leadership**).

Während der Umstellung auf die neue Insulintherapie gab es engmaschige Kontakte mit der APN DC, Frau Maier nutzte diese Möglichkeit sehr intensiv, und es wurden die aufgetretenen Fragen zeitnahe besprochen. Damit konnten in kurzer Zeit auch die Stoffwechseleinstellung sowie die Selbstmanagementfähigkeiten von Frau Maier weiter deutlich verbessert werden. Die Dosisanpassung und vorbeugenden Maßnahmen bei körperlicher Aktivität zeigten ebenso Erfolge.

Frau Maier war nach zwölf Wochen absolut selbstständig in der Lage, ihren insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit einer Basal-Bolus-Therapie zu behandeln. Auftretende Fragen dazu werden weiterhin gemeinsam mit der APN DC besprochen, die Frau Maier regelmäßig besucht, bzw. bei akut auftretenden Fragen für sie jederzeit auch telefonisch erreichbar ist. So wurde und wird erfolgreich die Selbstmanagementkompetenz von Frau Maier entwickelt.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen wird weiterhin dem Bedarf entsprechend durch die APN DC koordiniert. So wurde für Frau Maier nochmals ein Termin mit der Diätologin geplant, die mit ihr zusätzliche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion besprach. Da Frau Maier, nach Rücksprache mit ihrem Hausarzt, auch mehr körperliche Aktivität anstrebt, wurde sie durch die APN DC über diverse Bewegungsangebote in ihrer Umgebung informiert.

Ebenso erfolgte durch die APN DC die Planung und Durchführung diverser Kontrolluntersuchungen (diverse Laborparameter, Fußkont-

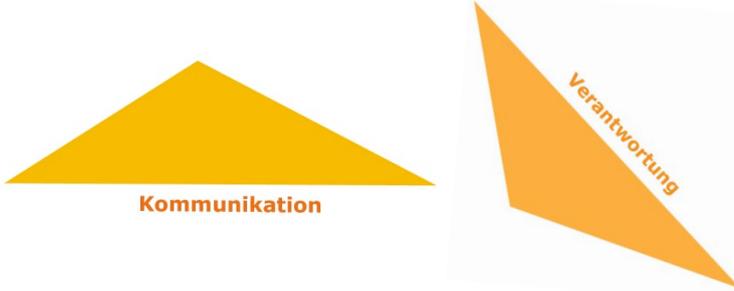
	<p>rolle, Facharztkontrollen etc.) nach aktuellen medizinischen Leitlinien und, wenn notwendig, in Absprache mit dem Hausarzt.</p> <p>Zusammenfassend kann man sagen, dass mit diesem Ablauf eine umfassende pflegerische Fallführung durch die APN DC gegeben ist. Frau Maier ist mit der Unterstützung durch die APN DC in der Lage, weiterhin eigenständig in ihrem Haus zu leben, sich selbst zu versorgen und ihre Unabhängigkeit zu bewahren.</p>
KOMPLEXITÄT	
<p>Aktuelle Situation von Fr. Maier ist hochkomplex, eine Begleitung durch die APN DC ist indiziert. Die Durchführung eines Basis-Bolus-Prinzip zur Stoffwechselkontrolle mittels engmaschiger Kontrollen und die Abstimmung der aktuellen BZ-Werte, welche die Patientin eigenständig ermittelt, setzen anfangs eine Unterstützung durch eine APN DC voraus. Auch muss die Expertin gezielt Entgleisungen wie Hyperglykämie bzw. Unterzuckerungen mit Frau Maier besprechen, da diese in Folge Angst auslösen können und damit wiederum eine Hemmung zur Korrektur mit Bolusinsulin entstehen könnte. Dieser Mechanismus könnte im weiteren Verlauf eine Verschlechterung der Stoffwechsellage mit allen daraus folgenden Komplikationen nach sich ziehen.</p> <p>Wenn die Erstbetreuung und die Umsetzung der Therapie gut angelaufen ist und sich Frau Maier entsprechend sicher fühlt, ist eine Übergabe an die DGKP einer mobilen Pflege möglich. Im Hintergrund steht die APN DC natürlich für Fachfragen, aber auch in speziellen Situationen, als erste Ansprechpartnerin zur Verfügung.</p>	
KLINISCHES LEADERSHIP	
<p>Die klinische Führung weist sich durch die Koordinierung in dieser besonderen Fallsituation aus. Die APN DC übernimmt die Koordinierung bzw. die Abstimmung mit der Medizin und ist auch ein Bindeglied zwischen der Patientin und dem medizinischen Team. Sie optimiert in Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen die Therapie und gibt Hilfestellung bei der Umsetzung deren Empfehlungen.</p> <p>Auch bietet sie des Weiteren Fortbildungen für das Team der mobilen Pflege zum Thema Diabetes und der aktuellen Therapie bei Frau Maier an.</p> <p>Das Thema Titration-Dosisanpassung lt. SOP / Kompetenzbereiche der Pflegeberufe werden geklärt (PA/PFA/...), die Zuständigkeiten klar definiert (GuKG §15 (20), 2024).</p> <p>Eine unmittelbare Nachbarin von Fr. Maier ist eine Ressource für die Patientin, da sie sich auch schon vorher um sie gekümmert hat. Die Nachbarin wird von der APN DC hinsichtlich Diabetes mellitus (Basiswissen inkl. Akutkomplikationen) eingeschult.</p>	
ZUSAMMENARBEIT	
<p>Die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Hausarzt erfolgt über gegenseitigen Austausch und gegebenenfalls bei gemeinsamen Hausbesuchen. Eine medizinische Fußpflege wird von der Patientin besucht, die APN DC achtet hier auch auf die Qualität der Durchführung und die entsprechenden Intervalle. Ein Kontakt zu einer Orthopädie-Schuhtechnik kann, wenn notwendig, jederzeit hergestellt werden. Bei speziellen Fragen zur Ernährung gibt es die Möglichkeit, eine Fachkraft aus der Diätologie zu kontaktieren. Der</p>	

Kontakt der mobilen Pflege zur APN DC ist jederzeit möglich. Bezüglich der regelmäßigen Kontrolle des Augenhintergrundes gibt es Kontakte zu Augenärzten.

Bei Bedarf wird Wundmanagement durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte oder Physiotherapie hinzugezogen.

Falls die Patientin den Wunsch äußert, eine Rehabilitation zu besuchen, wird die APN DC diese gemeinsam mit dem niedergelassenen Arzt organisieren.

2.1.3 Fallbeispiel Patient mit postoperativem Delir

SETTING	Gerontopsychiatrie Langzeitpflege
AUTOR*INNEN	Daniel Hausmann, Claudia Leoni-Scheiber, & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Individuum
DOMINANTE ANP-KERNELEMENTE	 <p>Die betroffene Person wird von der APN ins Zentrum ihres Handelns gestellt. Auf Basis der klaren Kommunikation in der Fallführung, wie des zuverlässigen, ziel- und wertorientierten Handelns wird die APN zum Role Model. Sie übernimmt Verantwortung in der Einschätzung und im Umgang mit der Selbstgefährdung des Betroffenen und spricht sich gegen die Unterbringung in einem geschützten Bereich aus.</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	<p>Patient D. ist männlich, 89 Jahre alt, verheiratet und im ländlichen Umfeld auf einem Bauernhof wohnhaft. Die Familie besteht aus seiner Gattin, drei Söhnen und einer Tochter. Er wohnt gemeinsam mit seiner Gattin, Schwiegertochter und einem seiner Söhne auf dem Hof und unterstützt die Familie im Rahmen seiner Ressourcen in der Landwirtschaft. Im Berufsleben führte Herr D. eine Viehwirtschaft, züchtete, verkaufte und verarbeitete Schweine. Einer der Söhne des Patienten hatte die Wirtschaft vor einigen Jahren übernommen.</p> <p>Der geriatrische Patient ist neben einer leichtgradigen Demenz von mehreren Erkrankungen/Einschränkungen betroffen. Dazu zählen in erster Linie eine essenzielle primäre Hypertonie mit terminaler Herzinsuffizienz und einer Niereninsuffizienz Grad 4. Begleitet werden diese Erkrankungen von einer pAVK IV der unteren Extremitäten beidseits, Vorhofflimmerarrhythmien und einer akuten Schmerzsymptomatik.</p> <p>Der Aufnahmegrund im geriatrischen Setting ist der Zustand nach einer Schenkelhalsfraktur rechts aufgrund von Sturz mit anschließendem postoperativem Delir.</p>

	<p><u>Erstkontakt durch die APN:</u></p> <p>Der Patient ist mit dem Pfl egeteam am Balkon, sitzt auf einem Sessel und will flüchten. Absprache mit Pflegepersonal sowie die fachliche, praktische Übernahme des Falls erfolgte durch die APN (Leadership). Erstmaßnahme durch Verschaffung eines Zugangs zum Patienten mit bedürfnisorientiertem Ansatz und einfühlsamer Empathie (Kommunikations-Skills).</p> <p>Er ist mit Gesprächen im Zimmer einverstanden, dabei paranoid wahnhaft. Er erzählt, dass er Schweine züchtet, glaubt, hier werden Experimente gemacht, man wolle ihn im Bauch operieren. Der Versuch einer Realitätsorientierung gelingt aufgrund der bereits bestehenden Demenz nur bedingt in örtlicher, zeitlicher und persönlicher Dimension. Der Patient stimmt jedoch einer Untersuchung des Abdomens zu (Klinisches Assessment/ Klinische Expertise).</p> <p>Es wurde anhand von Palpation eine erhöhte Schmerzreaktion im linken Oberbauch festgestellt (Diagnostik). Eine Schmerzbehandlung wird vehement abgelehnt. Herr D. bleibt weiterhin agitiert, will dann erneut auf den Balkon und ist sichtlich erschöpft. Im Gespräch über biographische Lebensthemen wird der Patient dann ruhiger.</p> <p>In Kombination mit Intervention: Wegen paranoidem Wahn wurde nach Rücksprache mit dem medizinischen Personal ein weiteres Einzelfallmedikament gegeben (Risperdal 1mg) (Teamfähigkeit interprofessionell).</p> <p>Der Patient berichtet dann im weiteren Gesprächsverlauf von seiner Landwirtschaft, er baue auch Kürbis sowie "Kukuruz" an und spricht vom Mähen. Er scheint sich mit Aussagen wie "man könne in Frauen nicht hineinschauen" etwas über die Gattin zu ärgern. Gespräche über Familie und Soziales zeigen Wirkung. Trinkt ein Glas Wasser zwischendurch und berichtet von verschiedenen Ereignissen klar. Keine wahnhaften Gedanken mehr im weiteren Verlauf, lächelt öfter und erscheint entspannter bei guter Vigilanz. Zuletzt will der Patient nicht mehr flüchten, äußert keine Ängste. Auf Nachfrage sei das Bein schon besser, und er verspüre keine Schmerzen aktuell.</p>
<p>PFLEGE-DIAGNOSEN</p>	<p>PF1: Akute Verwirrtheit (Herdman et al., 2022, S. 369)</p> <p>Definition: Reversible Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der Kognition und der Wahrnehmung, die sich über einen kurzen Zeitraum entwickeln und weniger als 3 Monate andauern.</p>
<p>PFLEGE-ERGEBNISSE</p>	<p>Der Patient fühlt sich orientiert, sicher und angenommen.</p> <p>Einer Fremd- und Selbstgefährdung ist vorgebeugt.</p>
<p>PFLEGEINTERVENTIONEN</p>	<p>Dauer der Behandlung und Betreuung: 1,5 Stunden.</p> <p>Im Anschluss erfolgte eine Rücksprache und Übergabe mit dem Pflegepersonal, als auch der Stationsleitung. Die stattgefundenen</p>

	<p>Interventionen wurden erläutert und erklärt. Zudem wurden präventive Maßnahmen aus interprofessionellem Kontext als auch rein pflegerische Interventionen empfohlen (Coaching und Beratung). Es wurde eine initiale DOSS (Delirium Observation Screening Skala) zur Verlaufskontrolle eingeleitet. Die Pflegeplanung wurde gemäß NANDA-NIC-NOC Klassifikationssystem mit den zuständigen Pflegepersonen adaptiert. Von einer Verlegung in den geschützten Bereich wurde abgesehen (Entscheidungsfindung). Engmaschigere Evaluation durch die APN wurde terminlich koordiniert.</p> <p>Der Tätigkeitsbereich anhand dieser Fallvignette beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Fallverantwortungsübernahme von komplexen Pflegesituationen • Anwendung und systematische Evaluation von nicht-medikamentösen Interventionen bei Verhaltensauffälligkeiten • Erkennen von Komorbiditäten bei kognitiven Einschränkungen im Kontext zu Verhaltensauffälligkeiten bei Delir • Systematische Anwendung von Maßnahmen zur Förderung der Selbstkompetenz • Durchführung eines differenzierten Schmerzkonsils • Respektvoller Austausch und Mitgestaltung im interprofessionellen Team • Wissen um Risiken und unerwünschten Wirkungen bei pharmakologischen Interventionen im Kontext zur Multimorbidität. • Einbezug von validen Screening-Tools / Assessments auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes • Konzeptionelle Ausarbeitung von Inhalten, Rahmenbedingungen sowie Edukationsangeboten zum Thema Demenz/Delir • Federführende Entwicklung und Steuerung des interprofessionellen Demenz-/Delir-Managements
KOMPLEXITÄT	
<p>Die Anforderung (Konsultation) erfolgte durch die Stationsleitung und Psychiaterin nach aggressiven Verhaltensweisen mit Selbstgefährdung. Die Kontaktaufnahme erfolgt dabei entweder in akuten Fällen telefonisch oder elektronisch über ein Anforderungssystem (Zuweisung), wodurch ein Workflow erstellt wird. Konkret wollte der Patient auf einem zurechtgerückten Sessel über den Balkon (1. Stockwerk) den Balkon verlassen. Wegen vorbekanntem Alkoholabusus hat der Patient bereits Einzelfallmedikation erhalten (Temesta 1,25mg). Fallfrage seitens der Stationsleitung: Verlegung in einen geschützten Bereich notwendig? Weniger komplexe Situationen mit Verhaltensauffälligkeiten werden im Rahmen des interprofessionellen Demenz-Delir-Konzepts durch die Multiplikator*innen des Demenz-Delir-Teams auf den jeweiligen Stationen bereits eigenständig gelöst.</p>	
KLINISCHES LEADERSHIP	

Die klinische Führung weist sich durch die fachliche Übernahme von komplexen Pflegesituationen aus und versucht mittels vertiefter evidenzbasierter pflegerischer Praxis eine Vorbildfunktion zu erzeugen. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf nicht-medikamentöse pflegerische Interventionen gelegt. Damit einher geht die Praxisbegleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegepersonen. Diese beruhen einerseits auf den Ergebnissen von wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Demenz/Delir, als auch der Praxiserfahrung der APN selbst. Die praxisnahen Tätigkeiten sorgen dabei für erhöhte Akzeptanz der eigenen Rolle im Unternehmen. Eine gemeinsame interdisziplinäre oder multiprofessionelle Besprechung, moderiert durch die APN, sorgt dabei für mehr Sicherheit im pflegerischen Alltag. Es bewegt Pflegepersonal dazu, sich spezifisch mit komplexeren Themen zu beschäftigen, bezieht sie mit ein und erhöht die Qualität der pflegerischen Kompetenzen. Zusätzlich stehen im Rahmen des Demenz-Delirmanagements der Umgang mit und die Werte/Haltung gegenüber verhaltensauffälligen Menschen im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns. Der wertschätzende Umgang mit Patient*innen als auch im multiprofessionellen Team durch die APN bricht dabei Barrieren, baut Brücken und schafft Akzeptanz. Darüber hinaus generieren die APN-Fallbesprechungen sowohl für interne Besprechungen/Aufarbeitungen und Schulungen, als auch für externen Vernetzungsaustausch und Referententätigkeit. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse werden wiederum zurück mit in die pflegerische Praxis genommen.

ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team distanziert sich von streng hierarchischen Strukturen und wechselt zu Kreismodellen in denen Patient*innen, Bewohner*innen und Kund*innen im Mittelpunkt stehen. Die Pflegepraxis inklusive APN und andere Professionen von internen und externen Diensten arbeiten in Fachteams gemeinsam an der Implementierung und regelmäßigen Evaluierung des Demenz-Delir-Konzepts. Die hierfür benötigten Rahmenbedingungen werden von den Leitungen/der Managementebene geschaffen. Gelingen kann diese Form der Zusammenarbeit nur durch Transparenz und eine wertschätzende offene Kommunikationsstruktur.

2.2 ANP-Fallbeispiele Familie



([King Lawrence](#), 182939208)

2.2.1 Fallbeispiel Schülerin mit Erstmanifestation Diabetes mellitus Typ 1

SETTING	Schule
AUTOR*INNEN	Rumpf Franziska, Claudia Leoni-Scheiber, Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Individuell, Familie, Gemeinde
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 <p>Das Kernelement der Sichtbarkeit zeigt sich in der Verantwortung der School Health Nurse (SHN), das klinische Praxisumfeld der Schule kontinuierlich zu verbessern sowie innovativ die Versorgungsprozesse neu auszugestalten. Dabei verantwortet sie das klinische Leadership im Sinne einer gelingenden Integration der Schülerin. Es gelang, eine Betreuung zu schaffen, die das bestmögliche Behandlungsziel erreicht, ohne eine Komprimierung des Wohlbefindens der Schülerin (ethische Entscheidungsfindung).</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	Bei einer Schülerin kam es im Februar 2024 zu einer Erstmanifestation von Diabetes Mellitus Typ 1. Der Verdacht der Diagnose wurde im Rahmen eines Urlaubs im Ausland gestellt. Die Eltern des Kindes wandten sich mit der Information an die School Health Nurse (SHN). Diese empfahl, in Österreich eine medizinische Betreuung aufzusuchen, um Klarheit zu erlangen. Die Diagnose wurde bestätigt, und eine primäre Behandlung erfolgte daraufhin an einer Wiener Klinik.
PFLEGE-DIAGNOSEN	<p>R1: Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels (Herdman et al., 2022, S. 273) Definition: Anfälligkeit für eine Abweichung des Blutglukosespiegels vom Normbereich, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Unzureichenden Blutzuckerkontrolle, unzureichendes Diabetesmanagement, unzureichendes Wissen über das Management der Krankheit Risikopopulation: gefährdeter physischer Status</p> <p>G1: Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2022, S. 238) Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen</p>

	<p>Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann.</p> <p>Bestimmende Merkmale: Drückt den Wunsch aus, die Akzeptanz der Erkrankung zu verbessern; Drückt den Wunsch aus, das Therapieregime besser in den Alltag zu integrieren; Drückt den Wunsch aus, das Management von Symptomen zu verbessern.</p> <p>PF1: Angst (Herdman et al., 2022, S. 457)</p> <p>Definition: Eine emotionale Reaktion auf eine diffuse Bedrohung, bei der das Individuum eine unspezifische bevorstehende Gefahr, Katastrophe oder ein Unglück vermutet.</p> <p>Bestimmende Merkmale: Ruhelosigkeit, Besorgnis, Hilflosigkeit, Besorgt über die Veränderung im Leben, Verunsichert, Unsicherheit, erhöhte Anspannung, Gesichtsrötung</p> <p>Beeinflussende Faktoren: Stressoren</p> <p>Risikopopulation: Personen, die eine situative Krise erleben.</p> <p>G2: Bereitschaft für ein verbessertes Coping (Herdman et al., 2022, S. 462)</p> <p>Definition: Ein Muster einer wirksamen Bewertung von Stressfaktoren mit kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen, um mit Anforderungen bezogen auf das Wohlbefinden zurechtzukommen, welches gestärkt werden kann.</p> <p>Bestimmende Merkmale: Drückt den Wunsch aus, das Wissen über Stressbewältigungsstrategien zu erweitern.</p> <p>Drückt den Wunsch aus, das Management von Stressoren zu verbessern.</p> <p>Drückt den Wunsch aus, die Nutzung von emotionsorientierten Strategien zu verbessern.</p> <p>PF2: Beeinträchtiger Comfort (Herdman et al., 2022, S. 628)</p> <p>Definition: Wahrgenommener Mangel an Ruhe, Entlassung und Transzendenz in physischen, psychospirituellen, umgebungsbezogenen, kulturellen und sozialen Dimensionen.</p> <p>Bestimmende Merkmale: Angst, Weinen, Belastende Symptome, Ruhelosigkeit</p> <p>Beeinflussende Faktoren: Inadäquate Situationskontrolle</p> <p>Assoziierte Bedingungen: Krankheitsbezogene Symptome, Therapieregime</p>
<p>PFLEGE- ERGEBNISSE</p>	<p>Durch das frühzeitige Einschreiten der SHN konnten von Beginn an die Eltern, das Kind und die Pädagog*innen unterstützt und entlastet werden. Die Eltern wussten ihr Kind in der Schule sicher und kompetent versorgt, und so konnte die Sorge über Zwischenfälle bzw. Blutzuckerentgleisungen genommen werden. Die Schülerin wurde in der Schule kontinuierlich durch die SHN betreut und unterstützt. Dadurch wurde für die Schülerin eine sichere Umgebung geschaffen, in der sie sich mit der neuen Situation auseinandersetzen konnte, immer im Bewusstsein, nicht alleine zu sein. Die Pädagog*innen waren ebenfalls nie auf sich alleine gestellt. Durch frühzeitige Schulungen und Information zum</p>

	<p>Thema konnten viele Unsicherheiten aus dem Weg geschafft werden. Im Alltag wurden sie auch nie allein gelassen und konnten sich bei allgemeinen wie auch speziellen Fragen zur neuen Situation immer an die SHN wenden (Sportunterricht, Ausflüge, Geburtstagsfeiern in der Klasse, etc.)</p>
<p>PFLEGEINTER- VENTIONEN</p>	<p>Im Zeitraum der Ersteinstellung stand die SHN im engen Kontakt mit den Eltern und der Schule. Pädagog*innen und betreuende Personen an der Schule sowie Mitschüler*innen wurden, bereits bevor die betroffene Schülerin zurück in der Schule war, von der SHN über die neue Situation informiert und bezüglich des Verhaltens und neuen Abläufen geschult. Diese Schulung umfasste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Information über das Krankheitsbild und Versorgung • Verhalten bei Hyper-, Hypoglykämie • Verhalten bei (Sport-) Ausflügen, Klassenfahrten, Sportunterricht etc. • Speziell für das betreuende Team Umgang mit psychosozialen Belastungen durch die Diagnose <p>Die betroffene Schülerin hat eine bestehende Diagnose der Zöliakie. Bezüglich dieser Herausforderung vereinbarte die SHN mit den Eltern, für den Beginn immer Mahlzeiten von zu Hause mitzugeben, mit genauen Angaben über die Makronährstoffe. Die benötigten Dokumente (Befund, Verordnung, Therapieschema) wurden von der SHN hinterlegt. Die SHN war von Beginn an für die Therapie in der Schule zuständig. Dazu zählten die Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Messgeräts, durch eine Kapillarblutentnahme aus der Fingerbeere, die Berechnung des benötigten Insulins abhängig von der Mahlzeit und die Verabreichung des Insulins mittels Pen (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). Durch die SHN erfolgte eine ausführliche Schulung der beteiligten Personen bezüglich der Therapie und Notfallmedikation.</p> <p>Anfangs erfolgte die Durchführung der Therapie durch die SHN, immer mit genauer Erklärung für die Schülerin (Spezialisierte Pflegepraxis). Schrittweise kam es über die Beratung zur Durchführung unter Anleitung, und schließlich zur Durchführung unter Aufsicht durch die Schülerin selbst. Es fand ein kontinuierlicher Austausch mit den Eltern statt, um auch Feedback zum Therapieverlauf zu Hause zu erhalten und vice versa. Es folgte ein weiterer geplanter Krankenhausaufenthalt, bei dem die Therapie auf eine kontinuierliche subkutane Insulin-Infusion (CSII) mittels Ypsomed-Insulinpumpensystem und CamAPS (mylife App Diabetescare) umgestellt wurde. Die Eltern wurden bereits während des Krankenhausaufenthalts auf die neue Therapieart geschult. In der</p>

	<p>Schule übernahm die SHN die Schulung auf das Pumpensystem und die Verwendung der App für die Schülerin, Pädagog*innen und betreuten Personen im Beisein des Vaters. Während des ganzen Prozesses stand und steht die SHN für alle beteiligten Personen für etwaige Fragen, Unklarheiten und andere Anliegen immer zur Verfügung. Die SHN adaptiert die benötigten Insulinmengen unter Einbezug der Schülerin, je nach Bedarf und Mahlzeit. Aktuell erfolgt das Diabetes-Monitoring in der Schule durch die SHN. Es erfolgten laufend Schulungen und Besprechungen bezüglich des Umgangs in der Schule, und auch die Schülerin wandte sich bei anfallenden Fragen an die SHN. Um eine kontinuierliche Betreuung gewährleisten zu können, war die SHN in der Anfangszeit fünf Tage die Woche in der Schule vor Ort. Mit erlangter Selbstständigkeit der Schülerin und vertiefenden Schulungen der Pädagog*innen wurde die Vereinbarung getroffen, bei Abwesenheit der SHN entweder die SHN telefonisch zu konsultieren oder den Vater zu verständigen. Die Schülerin konnte durch das bestehende Support-System schnell wieder in den Schulalltag eingegliedert werden und hat durch das Beisein der SHN die Handhabung der Pumpe, der App sowie der ganzen Therapie rasch selbstständig gut zu beherrschen gelernt.</p>
--	---

KOMPLEXITÄT	
--------------------	--

Die Komplexität ist gegeben durch die Konfrontation mit einem neu auftretenden Krankheitsbild in einem Setting, welches sich damit im Alltag nicht konfrontiert sieht. Zusätzlich handelt es sich hier auch um eine Multimorbidität, was die Versorgung zusätzlich vor eine Herausforderung stellte. Selbst nach Erarbeitung eines Schemas ist eine situative Adaption der Therapie oft notwendig und verlangt die Expertise einer SHN. Die SHN konnte bereits vor gesicherter Diagnose aktiv werden und stand den Eltern beratend zur Seite. Im Rahmen der Betreuung der Schülerin, wurde der Behandlungsplan durch die SHN auch evaluiert und Rückmeldungen bezüglich der Machbarkeit wurden an das behandelnde Team gegeben (**Konsultation**). Im Allgemeinen stellt das Setting Schule eine sehr abwechslungsreiche Umgebung dar, die einer SHN viel Flexibilität und Anpassungsfähigkeit abverlangt. Eine große Herausforderung stellt auch das breite Anforderungsprofil durch die Bedürfnisse der Schüler*innen dar.

KLINISCHES LEADERSHIP	
------------------------------	--

Die SHN war von Anfang an die Ansprechperson für alle Beteiligten und fungierte immer als zentrale Drehscheibe bei der Behandlung, Versorgung, Beratung und Schulung aller Beteiligten. Bezüglich des verordneten Behandlungsplans konnte die SHN dank ihrer Kompetenzen konstruktives Feedback an die verordneten Ärzt*innen geben und somit eine optimierte Behandlung durchgeführt werden (**Konsultation**). Sie evaluiert in regelmäßigen Abständen die verordnete Behandlung und stellt sicher, dass diese zu jedem Zeitpunkt die optimale Versorgung für die Schülerin darstellt. Um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten, steht die SHN auch in einem regelmäßigen Austausch mit den Eltern, um etwaige Herausforderungen frühzeitig zu erkennen und dementsprechend agieren zu

können. Im Rahmen von Round-Tables werden die aktuelle Situation mit den beteiligten Parteien besprochen und diverse Anliegen bearbeitet.

ZUSAMMENARBEIT

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wurde von Anfang an durch die SHN sichergestellt. Es wurde frühzeitig Kontakt mit den behandelnden Ärzt*innen aufgenommen und die Direktion, die Schulsozialarbeit, die Beratungspädagogin und die klinische Psychologin hinzugezogen.

Fazit: In diesem Beispiel ist gut zu erkennen, wie eine SHN sich als Bindeglied in die Versorgung bei einem Schulkind mit einer chronischen Erkrankung einbringen kann und somit den Alltag und das Leben mit der neuen Situation für alle beteiligten Personen erleichtern kann. Dabei ist nicht nur die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und die Versorgung in Notfällen gewährleistet, sondern zusätzlich auch die Unterstützung der Pädagog*innen und der Schülerin gegeben. Die SHN sorgt zusätzlich auch für die Förderung der Selbstständigkeit des Kindes und stellt somit sicher, dass das betroffene Kind Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen kann. So wird frühzeitig der Grundstein für eine langfristige Bewältigung der Diabeteserkrankung gelegt. Die Eltern haben die Sicherheit ihr Kind in der Schule professionell versorgt zu wissen und können sich bei Fragen ebenfalls jederzeit an die SHN wenden.

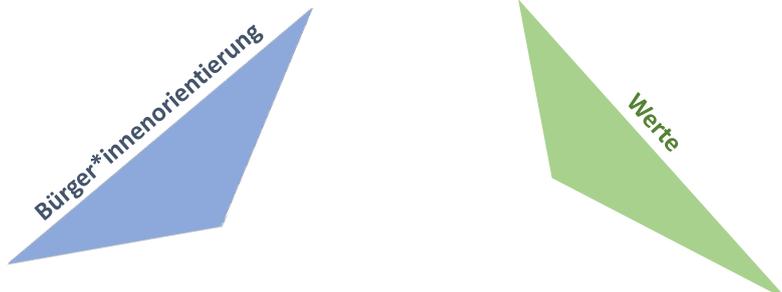
Weiterer/Geplanter Ausbau der Rolle: Im Moment befindet sich die Rolle School Health Nurse noch in der Entwicklung. Die SHN ist aktuell ein Pilotprojekt. Der geplante Ausbau umfasst eine schrittweise Ausrollung des Projektes – zuerst auf weitere Schulen der Stadt Wien, bis hin zur Ausbreitung über ganz Österreich. Für die Zukunft sind die Befugnisse, Überweisungen auszustellen bzw. Verschreibungen zu tätigen, geplant.

Aus datenschutzrechtlichen Vorgaben der Stadt Wien (MA 15) mussten personenbezogene Angaben in diesem Beispiel gelöscht werden.

2.2.2 Fallbeispiel Lukas und seine Familie, die den Kampf gegen den Krebs schlussendlich verloren haben

Die Anforderungen an die Pflege zu Hause durch die Eltern sind in kurativer Hinsicht als auch in präventiver Hinsicht enorm. Dies macht einen systemischen Blick hinsichtlich pflegewissenschaftlich orientierter Information, Schulung, Beratung und Anleitung durch eine APN nötig. Die Förderung einer familienorientierten Pflege, und demnach die Verfolgung eines ganzheitlichen Ansatzes, hat in der pädiatrischen Palliativversorgung höchste Priorität. Gleichermäßen muss die Familie im kurativen und palliativen Ansatz unterstützt werden. Die Netzwerkarbeit basiert immer im Sinne der Familie und der Klient*innen und ist somit in ein umfassendes Casemanagement eingebettet.

Im Besonderen gilt der Grundsatz: Klient*innenorientierung ist gleich Angehörigenorientierung

SETTING	Mobile pädiatrische Palliativpflege
AUTOR*INNEN	Sabine Grünberger, Claudia Leoni-Scheiber, & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Familie
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 <p>Die Bürger*innenorientierung des Fallbeispiels zeigt sich an der zentralen Ausrichtung sämtlicher Angebote am Kind und seiner Familie, im Sinne der familienzentrierten Pflege, unter anderem der Partizipation der Familienmitglieder. Die werteorientierte Haltung der APN, ihr ethisches Handeln (z. B. ethische Fallbesprechung) stechen in beeindruckender Weise hervor.</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	<p>Lukas (6) hat einen bösartigen Hirntumor – einen alterierenden Mittelliniengliom mit einer MET-Mutation („MET Proto-Oncogene Receptor Tyrosine Kinase“), einer genetischen Mutation. Weiters leidet er in Folge des Tumors an einer Abduzensparese am rechten Auge und einer Hemiparese rechts.</p> <p>Die Familie lebt im ländlichen Bereich nahe den Bergen in einem Einfamilienhaus mit zwei weiteren Söhnen (18 und 21 Jahre). Der Vater ist bei einem großen Unternehmen beschäftigt und kann sich die Arbeit</p>

gut einteilen, sodass auch Homeofficetage möglich sind. In unmittelbarer Nähe wohnen die Großeltern. Die Gemeinde ist sehr klein und die Nachbarschaftsbeziehungen sind eher eng.

Die Kontaktaufnahme durch die pädiatrische Onkologie in Graz erfolgte bereits Anfang Juni 2023. Das Erstgespräch mit der Mutter erfolgte am 19.06.2023.

Lukas bekommt zu diesem Zeitpunkt eine orale Chemotherapie, eine orale Cortisontherapie und Bestrahlungstherapie in der Klinik. Lukas hat einen zweischenkeligen Broviac-Katheter liegen.

Im Juli 2023 wurde im MRT eine Befundverbesserung festgestellt, woraufhin die Familie wieder zukunftsorientierte Pläne schmiedete. Dies jedoch immer mit dem Wissen, dass sich wieder alles ändern kann.

Im Oktober 2023 kommt es zu einer physischen Verschlechterung des Zustandes. Die Abduzensparese nimmt zu. Dadurch ist der Lidschluss nicht mehr gegeben und der Okklusionsverband muss durchgängig getragen werden. Die Halbseitensymptomatik hat sich verstärkt, und Lukas ist in seinen motorischen Fähigkeiten sehr stark eingeschränkt. Eine neue Therapie aus dem nichteuropäischen Ausland wird über einen Arzt der Klinik in Erwägung gezogen. Dieses ist in Europa noch nicht zugelassen und bedarf hoher finanzieller Ressourcen. Die Hoffnung in dieses Medikament ist einerseits belastend, und andererseits ist die Familie rund um die Beschaffung sehr beschäftigt.

Nach Weihnachten 2023 verschlechtert sich der physische Zustand von Lukas vehement. Er leidet unter Appetitmangel, Obstipation und Mundtrockenheit. Lukas ist weitgehend immobil und verlässt das Bett nicht mehr. Fernsehen und Spielen interessieren ihn so gut wie gar nicht, und er stellt die verbale Kommunikation vollständig ein. Eine Dauerinfusion von Flüssigkeit über den Broviac-Katheter mit einer minimalen Flussrate beruhigt die Mutter hinsichtlich des fehlenden Trinkens von Lukas. Die Mundpflege nimmt einen zentralen Stellenwert ein.

Der Schmerz-Notfallplan wird genauestens eingehalten, und Besuche zweimal pro Tag machen eine genaue Symptomkontrolle möglich. Vater und Brüder sind ständig anwesend. Die Mutter wird eingeschult, die Medikamente über den Broviac-Katheter zu geben.

Ab diesen Zeitpunkt wird der Mutter eine 24-Stundenerreichbarkeit angeboten, welche gerne in Anspruch genommen wird. Die Familie wird hinsichtlich ihrer spirituellen Bedürfnisse bezüglich der kirchlich orientierten Rituale beraten, und die gesamte Großfamilie kommt, um sich zu verabschieden. Hier unterstützt die APN beratend Familienangehörige hinsichtlich Trauer und Sterben.

	<p>An einem frühen Samstagmorgen verstarb Lukas im Beisein seiner Familie. Die APN ist anwesend, hält sich im Hintergrund und führt die erforderlichen Maßnahmen unter Berücksichtigung aller ethischen Gesichtspunkte durch.</p> <p>Folgende Maßnahmen im Rahmen der sieben Kernkompetenzen werden durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein ausführliches Anamnesegespräch mit Erhebung des pflegerischen Bedarfs wird mit der Mutter und Lukas gemeinsam geführt. Lukas spielt unterdessen mit Fußballkarten. • Erkennen und Beurteilen des Gesundheitszustandes von Lukas im Rahmen des Clinical Assessment. Das Bewegungsmuster wird beobachtet, seine Sehbeeinträchtigung und der Lidschluss beurteilt, anhand der Daten von Gewicht und Körpergröße wird eine Skalenbeurteilung vorgenommen. Eine Auskultation der Lunge wird vorgenommen und Lukas kindgerecht erklärt. Das Abdomen wird kurz abgetastet und Darmgeräusche eruiert. Dies alles passiert mit dem Einverständnis von Lukas, und nur soweit er dies auch toleriert. Im Gespräch mit der Mutter sind keine aktuellen Probleme hinsichtlich Magen-Darmtrakt oder Lunge bekannt. Die Ernährung wird gemeinsam mit der Mutter analysiert, da Lukas aufgrund der Cortison-Einnahme ein ständiges Hungergefühl äußert. Die Stimmungsschwankungen, die aufgrund der Nebenwirkungen der Cortison-Einnahme entstehen, belasten die Familie, vor allem die Mutter sehr (spezialisierte Pflegepraxis). • Erkennen der Bedürfnisse von Lukas und seiner Familie im Hinblick auf die Ressourcen im Rahmen ihrer Kultur und ihrer Spiritualität, angelehnt an das Familienzentrierte Pflegemodell nach Wright & Leahey. Erhebung einer psychosozialen Anamnese und Angebot regelmäßiger Familiengespräche (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). • Es erfolgt eine Erhebung der psychosozialen Anamnese mit Erstellung eines Genogramms bzw. Ökogramms (spezialisierte Pflegepraxis).
<p>PFLEGE-DIAGNOSEN</p>	<p>PF1: Akuter Schmerz (Herdman et al., 2022, S. 622)</p> <p>E: Biologische und physikalische Verletzungsursache (Tumor)</p> <p>S: Veränderte physiologische Parameter, berichtet Schmerzintensität/-charakteristika mit Hilfe einer stand. Schmerzskala (Smiley-Analogskala), Hoffnungslosigkeit, Stellvertreterbericht (Mutter) über Aktivitätsänderungen, Schlafzyklus und über das Schmerzverhalten</p>

	<p>G1: Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping (Herdman et al., 2022, S. 468)</p> <p>Definition: Ein Muster des effektiven Managements von Anpassungsaufgaben einer Bezugsperson (Familienmitglied, Vertrauensperson oder enger Freund), die in die gesundheitlichen Herausforderungen des Klienten einbezogen ist, welches gestärkt werden kann.</p> <p>S: Drückt den Wunsch aus, Empfehlungen anzunehmen, die das Wohlbefinden optimieren. ..., die Gesundheitsförderung zu verbessern. ..., eine bereichernde Lebensweise zu stärken („Genusszeit“)</p> <p>G2: Bereitschaft für ein verbessertes Trauern (insbesondere auf die Mutter bezogen) (Herdman et al., 2022, S. 477)</p> <p>Definition: Ein Muster der Integration einer neuen funktionalen Realität, das nach einem tatsächlichen, erwarteten oder wahrgenommenen signifikanten Verlust entsteht und verstärkt werden kann.</p> <p>S: Drückt den Wunsch aus, Gefühle der Verzweiflung zu verarbeiten, ..., auch positive Gefühle zuzulassen. ..., auch positive Erinnerungen an die verstorbene Person zuzulassen. Nimmt psychotherapeutische Unterstützung an.</p>
<p>PFLEGE- ERGEBNISSE</p>	<p>PF1: Ausmaß von Schmerz (Moorhead et al., 2013, S. 900, 901)</p> <p>Definition: Der Schweregrad von beobachtetem oder geäußertem Schmerz.</p> <p>Indikatoren: Angegebener Schmerz, Dauer der Schmerzepisoden, Stöhnen und Weinen, Unruhe, Agitiertheit, Schwitzen, Schmerzausdruck im Gesicht, Atemfrequenz</p> <p>Ausmaß von Stress (Moorhead et al., 2013, S. 569, 570)</p> <p>Definition: Der Schweregrad erkennbarer körperlicher oder geistiger Anspannung infolge von Faktoren, die ein bestehendes Gleichgewicht verändern.</p> <p>Indikatoren: beschleunigter Radialispuls, beschleunigte Atmung, erweiterte Pupillen, Spannungskopfschmerz, Trockenheit im Mund und Rachen, Unruhe, Schlafstörung</p> <p>G1: z.B. Beteiligung: Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung (Moorhead et al., 2013, S. 639, 640)</p> <p>Wohlbefinden der/des pflegenden Angehörigen (insbesondere Mutter) (Moorhead et al., 2013, S. 990)</p> <p>Definition: Das Ausmaß, in dem die/der pflegende Angehörige den eigenen Gesundheitszustand positiv wahrnimmt.</p> <p>Indikatoren: Physische Gesundheit, Psychische Gesundheit, Ausübung der normalen Rollen, soziale Unterstützung, Erholungsmöglichkeiten, Coping-Fähigkeit</p>

	<p>Coping-Verhalten der Familie (Moorhead et al., 2013, S. 1004, 1005) Definition: Die Handlungen der Familie zur Handhabung von Stressoren, die familiäre Ressourcen strapazieren. Indikatoren: Bezieht Familienmitglieder in die Entscheidungsfindung ein, äußert Gefühle und Emotionen offen unter Familienmitgliedern, nutzt familienzentrierte Strategien des Stressabbaus, legt Prioritäten der Familie fest, sorgt für die Bedürfnisse jedes Familienmitglieds.</p> <p>G2: Würdevolles Sterben (Moorhead et al., 2013, S. 586, 587) Definition: Die persönlichen Handlungen zur Aufrechterhaltung von Kontrolle beim Herannahen des Lebensendes. Indikatoren: Äußert Hoffnung, Beteiligt sich an Entscheidungen über die Pflege/Versorgung, Teilt seine Gefühle bezüglich des Sterbens mit, Behält das Gefühl von Kontrolle über die verbleibende Zeit, Tauscht Zuneigung mit anderen aus, Löst sich allmählich von Bezugspersonen</p>
<p>PFLEGEINTERVENTIONEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung der Familienangehörigen im Rahmen der systemorientierten psychosozialen Entlastungsgespräche hinsichtlich „Genusszeit“ mit Lukas und seinen Brüdern. (übergeordnete NIC-Interventionen: Pflege: Sterbende, Anwesend sein, Familienunterstützung) (Bulechek et al., 2016, S. 618; 169, 170; 399, 400) • Nach der Urlaubszeit verschlechtert sich der Zustand von Lukas. Aufgrund motorischer Beeinträchtigungen und eingeschränkter Mobilität ist ein effektives Casemanagement und die Vernetzung zur Sozialen Arbeit hinsichtlich der erweiterten Heilbehelferversorgung notwendig (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz). • Regelmäßige Familiengespräche im Sinne des Advanced Care Planning werden aufgrund der belastenden Situation angeboten. (spezialisierte Pflegepraxis) • Ein netzwerkübergreifendes Agieren im Sinne der Familie bezogen auf die Pflege, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz wird in Erwägung gezogen und somit das mobile Kinderpalliativteam – im Besonderen der Arzt – hinzugezogen. Es wird gemeinsam ein Schmerztherapie-Notfallplan erstellt. Dieser beinhaltet aufgelistet Schmerzmittelgaben mit genauen Zeit- und Dosisangaben. Auch Bedarfsmedikamente werden angegeben mit genauer Symptomangabe. Eine umfassende Symptomkontrolle erfolgt nach genauer Aufklärung und Beratung der Eltern – insbesondere der Mutter. (spezialisierte Pflegepraxis) <p>(NIC-Intervention: Analgetikaverabreichung, Schmerzmanagement) (Bulechek et al., 2016, S. 160, 161; 682-684)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Zuhören bei Äußerungen der Trauer, Finden empathischer Worte bezüglich der Trauer, Unterstützen, persönliche Copingstrategien zu erkennen, Ermutigen der Eltern, kulturelle, religiöse und soziale Bräuche hinsichtlich des Verlustes miteinzubeziehen, Ermitteln von Ressourcen gemeindenaher Unterstützung. • Gemeinsam mit dem mobilen Kinderpalliativteam der Klinik und der Klinik in Graz wird eine ethisch basierte Fallbesprechung vorbereitet. (Ethische Entscheidungsfindung) • Seitens der APN wird die Übernahme der Rolle des „Advocacy“ innerhalb der multiprofessionellen Entscheidungsprozessen angeboten. (Ethische Entscheidungsfindung) • Hinsichtlich der Symptomkontrolle und Beachtung des Notfallplanes wird die Mutter hinsichtlich der Förderung ihrer Selbstmanagementkompetenzen beraten und ihr eine psychologische Beratung zur Seite gestellt. Diese wird seitens der Mutter nicht in Anspruch genommen, jedoch unsererseits immer wieder auf die Notwendigkeit im Sinne der Prävention dieser Hilfe hingewiesen. (spezialisierte Pflegepraxis) • Aufgrund der Hoffnung einer oralen Chemotherapie aus dem Ausland, welche keine Zulassung in Europa hat, werden Spenden lukriert und die Familie über ein Netzwerk dabei unterstützt. Dahingehend wird die Familie beratend und im Sinne eines Coachings unterstützt. (Konsultation) • Dieses Coaching basiert im Hinblick auf die Einbeziehung von ethischen Aspekten bei Entscheidungsfindungen. (Ethische Entscheidungsfindung) • Eine bedarfsorientierte Beratung, Schulung und Anleitung der Mutter erfolgt hinsichtlich der Schmerzmittelgabe über den Broviac-Katheter. (Zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz) • Anpassung der Schmerztherapie und Sedierungstherapie in Abstimmung mit dem diensthabenden Arzt der Klinik auf die individuelle Situation von Lukas im Sterbeprozess. Dadurch erfolgte eine Übernahme der Verantwortung des Krankheitsmanagement, um die Mutter zu entlasten. (spezialisierte Pflegepraxis) • Beratung und Coaching von Familienangehörigen unter Einsatz selbstreflexiver Kompetenzen hinsichtlich Trauer und Sterben. (Konsultation)
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Übergabe in eine netzwerkübergreifende familienorientierte Trauerbegleitung (spezialisierte Pflegepraxis) (NIC-Intervention: Trauerarbeits erleichterung) (Bulechek et al., 2016, S. 764, 765)
KOMPLEXITÄT	
<p>Die Entwicklung von APN-Rollen- und Praxisfeldern erscheint wünschenswert und logisch. Der Pflegebereich hat ein hohes Entwicklungspotential mit Pflegeexpert*innen in den unterschiedlichsten Bereichen. Besonders in hochkomplexen Situationen im Rahmen der pädiatrischen Palliative Care, und insbesondere in der End of Life Phase kann eine APN eine entscheidende Rolle einnehmen. Die Rolle des „Advocacy“ für die Familie ist besonders am Lebensende eine bedeutende.</p> <p>Im Rahmen der Partizipation des PEPPA-Frameworks steht die Einbeziehung aller im Sinne der Familie relevanten Stakeholder im Mittelpunkt. Dies erfolgte innerhalb der Betreuung von Lukas mehrfach auf unterschiedlichen interprofessionellen Ebenen.</p> <p><i>Die hochkomplexe Situation wurde im Rahmen des Übergabegesprächs mit der Klinik in Graz von der APN festgestellt. Die APN ist bei MOKI Kärnten installiert und wird bei komplexen Pflegesituationen insbesondere der End of Life Versorgung hinzugezogen, bzw. ihr die Pflege und Betreuung übertragen.</i></p>	
KLINISCHES LEADERSHIP	
<p>Nach Beendigung der Betreuung und Überleitung in eine professionelle Familientrauerbegleitung erfolgte in Anbetracht der Qualitätssicherung eine eingehende Reflexion der Betreuung, wobei eine Stärken-Schwächenanalyse durchgeführt wurde, um so in zukünftigen Betreuungen eine optimale Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Eine supervidierte evidenzbasierte Nachbesprechung mit allen Beteiligten ermöglicht eine kooperative weitere Zusammenarbeit mit den wichtigsten Netzwerkpartnern, wie mobiles Kinderpalliativteam und Klinik. Es erfolgt eine innovative und nachhaltig gestaltete Praxisentwicklung gemeinsam im Team im Rahmen einer Fallbesprechung innerhalb des Teammeetings. Aus den Fallbesprechungen konnten Stärken bzw. Ressourcen und Schwächen des Teams eruiert werden. Hieraus entstand der Bedarf eines erweiterten Moduls des Clinical Assessment mit einem Blended Learning Angebot.</p>	
ZUSAMMENARBEIT	
<p>Insbesondere in der pädiatrischen Palliativversorgung und End of Life Versorgung ist hervorzuheben, dass APNs im besonderen Maße die inter- und transdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, um komplexe Herausforderungen zielorientiert zu bearbeiten. Sie bündeln das Wissen der involvierten Partner*innen und entwickeln gemeinsam mit diesen individuelle, institutionsübergreifende Behandlungs- und Versorgungspläne. Sie erkennen notwendige Prozesse und Strukturen, um die Zusammenarbeit kontinuierlich weiterzuentwickeln.</p> <p>Im Sinne der ethischen Entscheidungsfindung nehmen die APNs eine führende Rolle ein und sind in multiprofessionellen Entscheidungsprozessen involviert.</p>	

Fazit:

All die hier beschriebenen Prozesse sind eingebettet in ein positives, förderndes und wertschätzendes Arbeits- und Organisationsumfeld, um so eine mögliche proaktive Zusammenarbeit über Organisationsgrenzen im Sinne der Familie und der erkrankten Kinder und Jugendlichen zu erreichen und das bestmögliche Pflegeoutcome zu erwirken.

2.2.3 Fallbeispiel einer 83-jährigen Frau mit rezidivierenden Hypoglykämien

SETTING	Diabetic Care Nursing im niedergelassenen Gesundheitsbereich in der Freiberuflichkeit
AUTOR*INNEN	Gabriele Schreib, Claudia Leoni-Scheiber & Silvia Neumann-Ponesch
EBENE	Familie, Individuum
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 <p>Die APN wurde in diesem Beispiel durch die Ordinationsassistentz des Hausarztes vermittelt. Die Rolle ist im handelnden Umfeld etabliert und bekannt. In weiterer Folge des Versorgungsprozesses übernimmt die APN im Familienumfeld als auch für die Betroffene Verantwortung: Leadership und Fallführung ist gelebte Praxis. Die konsequente Anwendung des Advanced Nursing Process, basierend auf einer wachsenden gegenseitigen Vertrauensbasis, führt zur wiedergewonnenen Selbständigkeit. Weitere „Kontrollbesuche“ werden von Seiten der Klientin und der Familie nachgefragt. Dem Sicherheitsaspekt wird Rechnung getragen: ein Qualitätsmerkmal der Versorgung, das im ANP-Rahmenkonzept in der „Qualifikation“ abgebildet ist.</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	<p>Frau M., 83 Jahre, wurde im Krankenhaus wegen schweren, rezidivierenden Hypoglykämien unter zweimal täglich Basalinsulingabe (Insulatard) stationär aufgenommen. Die Blutglukose bei der Aufnahme war 39 mg/dl, der HbA1c 5,7%. Weitere Diagnosen neben Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) sind Polymyalgia rheumatica (Cortison- und Schmerztherapie), Diabetische Polyneuropathie, Diabetische Nephropathie, Carotisstenose bds., St. p. Insult, Depression, Hypothyreose, Hyperlipoproteinämie und Hypertonie. Bekannte Allergien auf Aspirin, Pflaster, Unverträglichkeit auf Tramal. Metformin wurde aufgrund der Verschlechterung der Nierenwerte und Forxiga (SGLT2-Hemmer) wegen eines Harnwegsinfekts (Harnkultur E. coli) abgesetzt. Im Krankenhaus wurde die Patientin auf Semglee (Insulin glargin), Beginn mit 8 Einheiten abends, umgestellt. Prandiales Insulin musste aufgrund von Problemen im Umgang mit der Insulinverabreichung wieder abgesetzt werden. Sie hatte mehrere kurze Schulungseinheiten von den</p>

Kolleginnen der Diabetesambulanz. Aufgrund von Verwirrtheit war es Frau M. schwer möglich, der Schulung zu folgen, und es wurde eine Abklärung bzgl. Demenz eingeleitet. Die Ursache der Verwirrtheit konnte aber hauptsächlich den rezidivierenden Hypoglykämien zugeordnet werden. Für die Betroffene wurde eine Erstverordnung für Freestyle-Libre 2 Sensor (Flash-Glukose-Monitoring) angesucht. Frau M. hat kurz vor der Entlassung bei ihrem Hausarzt angerufen und gefragt, ob es im häuslichen Setting Hilfe für ihr Diabetesmanagement gibt, was wiederum gegen eine Demenz spricht. Die Ordinationsassistentin hat die Betroffene an mich als APN Diabetes Care weiterverwiesen.

Spezialisierte Pflegepraxis:

Erster Hausbesuch (Die Betroffene wohnt mit ihrem Ehemann in einem Haus in einer ländlichen Gegend) erfolgte am Tag der Spitalsentlassung bei Frau M. (83 Jahre) und ihrem Ehemann (86 Jahre). Nach Durchsicht der Unterlagen, einem langen Gespräch und körperlicher Untersuchung (Pflegeanamnese und klinisches Assessment) mit Frau M. und ihrem Mann konnte ich eine erste Übersicht über die Bedarfe und die Pflegediagnosen erstellen, Ressourcen identifizieren und die notwendigen Interventionen einleiten (Pflegeprozess/Dokumentation).

Pflegeanamnese und klinisches Assessment:

In der Pflegeanamnese/Assessment wurden die persönlichen und medizinischen Daten, die ärztliche Betreuung, die aktuellen Laborbefunde und weitere relevante Befunde aufgenommen. Vertieft wurde auf das aktuelle Problem – die Hauptbeschwerde – eingegangen und mit der Diabetes-Pflegeanamnese abgeklärt.

Die körperliche Untersuchung der Spritzstellen, Größe, Gewicht und Bauchumfang sowie die Kontrolle/Überwachung der Blutdruck- und Blutzuckermessung. Kontrolle und Hilfestellung der Insulinverabreichung.

Anmerkung: Im ärztlichen Entlassungsbrief wurde der Versuch einer Basis-Bolus-Therapie mit Humalog und Semglee nicht erwähnt, auch nicht die Abklärung einer fraglichen Demenz. Diese Informationen stammen von den Kolleginnen in der Diabetesambulanz. Ein pflegerischer Entlassungsbrief wurde den Entlassungspapieren nicht beigelegt. Über eine Betreuung zuhause durch die mobile Pflege wurde im Krankenhaus ebenfalls nicht gesprochen. Laborbefunde waren den Entlassungspapieren beigelegt. Schulungsunterlagen bzgl. Diabetes mellitus Typ 2, Ernährung, Insulin, Insulininjektion mittels Pen und Hypoglykämie wurden der Patientin ausgehändigt. Mehrere kurze Schulungssequenzen wurden durch die Diabetesberaterinnen der Diabetesambulanz durchgeführt.

<p>PFLEGE-DIAGNOSEN</p>	<p>G1: Bereitschaft für eine verbesserte Selbstversorgung (Herdman et al., 2022, S. 363) Definition: Ein Muster der Ausübung von selbstbezogenen Aktivitäten zum Erreichen von gesundheitsbezogenen Zielen, welches gestärkt werden kann. R1: Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels (Herdman et al., 2022, S. 273) Definition: Anfälligkeit für eine Abweichung des Blutglukosespiegels vom Normbereich, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. G2: Bereitschaft für verbessertes Wissen (Herdman et al., 2022, S. 375) Definition: Ein Muster der kognitiven Informationen über ein spezielles Thema oder ihrer Aneignung, welches gestärkt werden kann. Ressourcen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ablauf der Blutzuckerselbstmessung, wenn das Gerät und die Materialien vorbereitet sind (durch den Ehemann), beherrscht die Patientin alleine sehr gut. 2. Ablauf der Insulininjektion, wenn die verordnete Insulindosis eingestellt ist (durch den Ehemann), kann die Patientin selbstständig durchführen. 3. Hilfe durch den Ehemann bei der Durchführung entsprechender Maßnahmen und der Mahlzeitenzubereitung. 4. Frau M. möchte unbedingt das Selbstmanagement weitestgehend wieder übernehmen. 5. Die Patientin und ihr Mann sind an weiteren Schulungen interessiert.
<p>PFLEGE-ERGEBNISSE</p>	<p>G1: Selbstversorgungsstatus (Moorhead et al., 2013, S. 367) Definition: Die Fähigkeit zur Durchführung grundlegender Aktivitäten der Selbstversorgung und der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Persönliche Autonomie (Moorhead et al., 2013, S. 900, 901) Definition: Die persönlichen Handlungen eines geschäftsfähigen Individuums, um Kontrolle über Lebensentscheidungen auszuüben. Ggf. weitere wie: Compliance-Verhalten: verordnete Medikation, Persönliches Wohlbefinden (Moorhead et al., 2013, S. 677-679, 871) R1: Selbstmanagement bei Diabetes (Moorhead et al., 2013, S. 665-668) Definition: Die persönlichen Handlungen im Umgang mit einem Diabetes mellitus, seiner Behandlung und dem Verhindern seines Fortschreitens. Wissen: Leben mit Diabetes (Moorhead et al., 2013, S. 757-759) Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf Diabetes mellitus, seine Behandlung und die Prävention von Komplikationen.</p>

	<p>Ggf. weitere wie: Ernährungsstatus, Gesundheitsförderndes Verhalten, Wissen: Medikation, Blutzuckerspiegel (Moorhead et al., 2013, S. 488, 633, 731-733, 506)</p> <p>G2: Wissen: Krankheitsprozess (Moorhead et al., 2013, S. 724, 725) Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf einen bestimmten Krankheitsprozess und die Prävention von Komplikationen.</p> <p>Klientenzufriedenheit: Edukation (Moorhead et al., 2013, S. 943-945) Definition: Das Ausmaß positiver Wahrnehmung von Instruktionen des Pflegepersonals, die Wissen über, Verstehen von und Beteiligung an Pflege verbessern sollen.</p> <p>Ggf. weitere wie: Wissen: Gesundheitsverhalten, Wissen: Schmerzmanagement, Konzentration, Informationsverarbeitung, Motivation (Moorhead et al., 2013, S. 728, 729, 810-812, 452, 456, 563, 564)</p>
<p>PFLEGEINTERVENTIONEN</p>	<p>Die Besprechung beim Hausarzt am nächsten Tag erfolgte mit der Patientin, ihrem Mann und mir. Die Therapie wurde an die Bedarfe zuhause adaptiert, und gemeinsam mit Frau M. wurden Ziele festgelegt. Während der Betreuungszeit wurden zusätzliche Gesundheitsprofessionals zugezogen, wie die mobile Hauskrankenpflege, das Wundmanagement (Wunde an der Ferse, aufgrund von schlechtem Schuhwerk) und der Physiotherapie. Bei der Aufnahme durch den mobilen Dienst war ich als APN anwesend und konnte gemeinsam mit Fr. M. die Bedarfe besprechen. Termine bei einer Internistin, einer Neurologin sowie in einer Schmerzambulanz wurden von mir vereinbart (Klinisches Leadership). Die erste Woche nach dem Klinikaufenthalt verbesserte sich ihr Allgemeinzustand nicht. Fr. M. gab an, dass sie unter ständiger Übelkeit und Erschöpfung litt. Nach Durchsicht der gesamten Patientenunterlagen aus den vorangegangenen Krankenhausaufenthalten bin ich auf eine Überempfindlichkeit gegen Novalgin gestoßen, die offenbar an den behandelnden Hausarzt nicht weitergeleitet wurde. Nach sofortiger Rücksprache mit dem Hausarzt wurde die Schmerztherapie adaptiert, und der Allgemeinzustand der Betroffenen verbesserte sich zunehmend. Das Basalinsulin war nicht ausreichend, deshalb musste mit prandialem Insulin begonnen werden, dies konnte durch häufige, kurze Mikroschulungseinheiten über Penanwendung und einer Hypoglykämie-Schulung, unter Einbindung des Ehemannes, erfolgreich umgesetzt werden (zielgruppenorientierte Entwicklung von Gesundheits- und Pflegekompetenz).</p> <p>Blutglukoseschwankungen waren hauptsächlich schmerzbedingt zu erklären. Nach Rücksprache mit Frau und Herrn M. und dem</p>

behandelnden Hausarzt wurde eine neuerliche Kontrolle in der Schmerzambulanz vereinbart. Die Adaptierung der Therapie, angepasst an die diabetische Nephropathie, wurde eingeleitet. Eine Abklärung in der rheumatologischen Ambulanz bzgl. der Diagnose Polymyalgia rheumatika (PMR) vs. Differentialdiagnose Fibromyalgie wurde vereinbart, da der behandelnde Arzt die PMR bereits in Frage gestellt hat. Bei Vorliegen einer Fibromyalgie kann die Cortisontherapie ausgeschlichen und abgesetzt und die medikamentöse Therapie angepasst werden. Die Absetzung der Cortisontherapie würde sich positiv auf das Diabetesmanagement auswirken.

In der Einschulungsphase auf die eigenständige Anwendung der Insulintherapie war ich als APN täglich bei der Familie zuhause, um die selbständige Verabreichung zu kontrollieren. Anfangs bereiteten Frau M. das prandiale Insulinschema und die Titrationskarte für das Basalinsulin Probleme in der Umsetzung der Insulinverabreichung. Dies war jedoch kein Verständnisproblem, sondern der Verschlechterung der Sehkraft zuzuordnen. Durch die Vergrößerung des Insulinschemas und der Titrationskarte war diese Problematik behoben, und es wurde eine Kontrolle bei ihrem Augenarzt vereinbart. Schulungsinhalte waren, wie oben erwähnt, die Anwendung der Insulinpens, die Hypoglykämieschulung, eine Fußschulung im Hinblick auf die Hautkontrolle, die Hautpflege und das Schuhwerk. Weitere Inhalte waren die Einnahme der verordneten Medikamente und was dabei zu beachten ist, die Blutglukoseselbstmessung und die gesunde Ernährung. Während der gesamten Betreuungszeit gab es enge Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, mobiler Pflege und mir. Frau M. betonte, dass ihre Lebensqualität deutlich gestiegen sei. Sie äußerte, dass sie nach der Spitalsentlassung überfordert war und ihre Selbstständigkeit verloren hatte, was sie psychisch sehr belastete.

(Hodek & Bahrmann, 2014; Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024; Doenges et al., 2018)

KOMPLEXITÄT

Durch die Komplexität des Falles ist die Expertise einer APN sinnvoll und unterscheidet sich hier vom Aufgabenfeld der DGKP. Die Betroffene leidet an mehreren chronischen Erkrankungen und bereits an Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Aus diesem Grund mussten die Maßnahmen und Interventionen priorisiert und laufend evaluiert sowie neu bewertet werden. Durch die direkte Beteiligung an der Versorgung der Betroffenen integriert die APN als spezialisierte Praktikerin fortgeschrittenes theoretisches Wissen in die Pflegepraxis. Die APN mit ihrer vertieften und erweiterten Pflegepraxis übernimmt das Management und die Einbindung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe sowie die Absprache mit dem Hausarzt, welche fachärztlichen Kontrollen sinnvoll und zielführend sind. Sie ist erste Vertrauens- und Ansprechperson für Klient*innen, identifiziert Ressourcen,

setzt Prioritäten, stärkt und fördert die Selbstmanagementkompetenzen der Betroffenen und sucht gemeinsam mit den Klient*innen nach Zielen und Lösungen, auch um die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu steigern. Die Qualifikationsanforderungen der APN in der Praxis sind u. a. gekennzeichnet durch die Wirkungsorientierung – in diesem Fall sind es die positiven Auswirkungen und Ergebnisse durch die Versorgung und Betreuung der APN. Beispiele sind die Ausführung der Qualitätskriterien, wie die Befähigung zum Selbstmanagement und die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen, die Anwendung des erweiterten und vertieften Pflegeprozesses sowie der Fachkompetenz (Advanced Nursing Process) mit dem klinischen Assessment, Guidelines, usw. Weiters nimmt die Beziehungs- und Vertrauensarbeit in der Tätigkeit als APN einen sehr hohen Stellenwert ein (Beispiel Gesundheitsförderung und Prävention).

(Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024)

KLINISCHES LEADERSHIP

Neben der spezialisierten Pflegepraxis und der damit verbundenen Übernahme der Steuerung des Managements bei Betroffenen von Diabetes mellitus Typ 2 und den Begleiterkrankungen und sonstigen Erkrankungen der Klient*innen ist auch die Fachexpertise von Bedeutung. Die APN arbeitet nach dem aktuellen, evidenzbasierten Stand der Forschung, sie gibt ihr Wissen an den Primärkund*innen sowie an ihre Kolleg*innen der Pflege und an andere Gesundheitsberufe weiter.

Die APN trägt eine hohe Verantwortung durch die Übernahme der Expert*innenrolle und des klinischen Leaderships – der Fach/Fallführung mit den dafür notwendigen Kompetenzen. Autonomie und Eigeninitiative sind für die Versorgung und Betreuung von Betroffenen unumgänglich. Die Tätigkeit der APN mit all ihren Aufgaben und Kompetenzen muss vor allem in der Freiberuflichkeit sichtbar gemacht werden.

(Leoni-Scheiber & Neumann-Ponesch, 2024)

ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Pflege, anderen Gesundheitsberufen und Mediziner*innen ist in der freiberuflichen Pflege eine Herausforderung. Es bedarf der Bildung und auch der „Pflege“ eines Netzwerkes. Die Kolleg*innen in den umliegenden Diabetesambulanzen und der mobilen Pflege sind meist die ersten Anlaufstellen. Von medizinischer Seite sind die Hausärzt*innen der Klient*innen erste Ansprechpartner*innen. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit im extramuralen Bereich ist für die Betreuung der Klient*innen zwingend notwendig und erfordert eine konsequente Netzwerkarbeit.

Im vorliegenden Fallbeispiel war die Zusammenarbeit mit der Diabetesambulanz von Bedeutung. Die Kolleginnen der Diabetesambulanz waren die einzige Informationsquelle, da die pflegerische Dokumentation in den Entlassungspapieren nicht beigelegt war. Für die Versorgung der Wunde wurde das Wundmanagement eingeschaltet, und die Physiotherapie für die Mobilisation.

Von mir als APN wurden das komplette Diabetesmanagement inklusive Schulung der Betroffenen und der Angehörigen, Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten, Ressourcenaktivierung (usw.) übernommen, die Abklärung bzgl. Demenz bei der Neurologin, die

Adaptierung der Diabetestherapie bei der Internistin und dem Hausarzt, die Adaptierung der Schmerztherapie in der Schmerzambulanz und beim Hausarzt sowie die Abklärung Polymyalgie vs. Fibromyalgie in der Rheumaambulanz, und insgesamt eine Verbesserung im Diabetesmanagement. Gleichzeitig zählte die Koordination zwischen den Gesundheitsberufen zu meinen Aufgaben. Die Rolle der APN Diabetes Care geht hierbei über das Krankheitsbild Diabetes mellitus hinaus, wobei die genannten Zusatzerkrankungen ebenfalls in die Kompetenzen durch die erweiterte und vertiefte Pflegepraxis sowie der Erlangung und Erweiterung von Fachwissen inkludiert sind.

Fazit:

Durch meine Beratung und Schulung sowie die Unterstützung ihres Mannes konnte Frau M. in kleinen Schritten ihre Selbstständigkeit zurückgewinnen und das Management ihrer Erkrankung weitgehend wieder übernehmen. Frau M. kocht mittlerweile wieder selbst und führt mit Hilfe eines Rollators auch leichte Hausarbeit durch. Sie möchte trotz wiedergewonnener Selbstständigkeit nicht auf meine Beratung und Schulung verzichten, auch aus Angst vor Hypoglykämien, obwohl seit der Entlassung aus dem Krankenhaus keine Unterzuckerungen aufgetreten sind. Die Patientin fühlt sich sicherer, wenn ich ihr Diabetesmanagement weiterhin kontrolliere und mit ihr und ihrem Mann bespreche sowie mögliche notwendige Interventionen in die Wege leite. Aus diesem Grund führe ich in regelmäßigen Abständen weiterhin Hausbesuche durch.

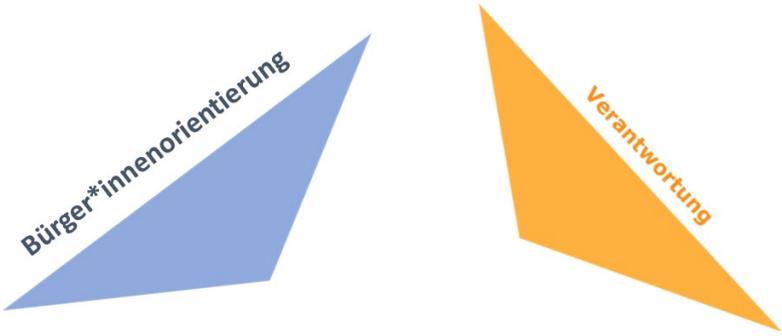
2.3 ANP-Fallbeispiele Gemeinde



Gemeinde

([beastfromeast](#), 1096171442)

2.3.1 Fallbeispiel Frau Isolde Neumüller

SETTING	Gemeindepflege – Community Nursing
AUTOR*INNEN	Magdalena Fischill-Neudeck, Tina Kubesch, Melitta Horak, & Claudia Leoni-Scheiber
EBENE	Gemeinde
DOMINANTE ANP-KERN-ELEMENTE	 <p>Die APN in der Rolle der Community Nurse (CN) orientiert sich an den Bedürfnissen von Frau Neumüller im Kontext ihrer familiären und gemeindenahen Umgebung. Sie sucht nach Ressourcen und lotet multiprofessionelle, ehrenamtliche, integrierte Versorgungsoptionen für krankheitsbezogene, psychosoziale und spirituelle Bedarfe aus und übernimmt damit umfassend Verantwortung.</p>
FALLBEISPIEL	
ASSESSMENT	<p>Alle in der Folge als „Cues“ erkannte relevante, mehrfach in Zusammenhang stehende Zeichen und Symptome sind fett markiert.</p> <p>Frau Isolde Neumüller (82 Jahre) hat in der Gemeindezeitung einen Artikel von der <i>Gesundheitspflege Thalgau</i> gelesen. Sie meldet sich daraufhin bei der Community Nurse, um über ihre Gesundheit zu sprechen und sich zu erkundigen, was sie tun kann, um ihre gesundheitliche Situation zu verbessern.</p> <p>Beim ersten Hausbesuch öffnet sie die Türe und fängt sofort an zu erzählen, dass sie die Wassereinlagerungen in beiden Unterschenkeln und ihre Schlaflosigkeit nachts am meisten belasten. Sie berichtet, dass sie vor einigen Wochen auch eine offene Wunde am linken Unterschenkel hatte, diese aber wieder abgeheilt sei. Seither machen ihr die dicken Beine sehr viel Angst, meint sie am Weg zum Küchentisch. Die Spannung in den Unterschenkeln schmerzt sie, das Gehen ist anstrengend. Dem letzten Entlassungsbrief, der am Tisch bereit liegt, wird entnommen, dass ihre aktuelle Hauptdiagnose lautet: „Chronische Herzinsuffizienz (NYHA IV)“. Frau Neumüller erzählt, dass sie früher Sekretärin bei einem Notar war. Sie lebt seit 45 Jahren mit ihrem 92-jährigen Mann zusammen. Ihr Ehemann, Clemens Neumüller, war</p>

Cellist mit Anstellung in einem Landestheater. Sie leben in ihrem großen, nicht barrierefreien **Haus** in einer **ländlichen, entlegenen Gegend** in Thalgau im Bundesland Salzburg. Frau Isolde Neumüller berichtet, dass sie die letzten Monate regelmäßig ins Krankenhaus gekommen ist, weil sie entweder **Atemnot** hatte oder ihr **Blutzucker entgleist** ist – sie hat seit Jahren auch einen **Diabetes mellitus (Typ 2)** diagnostiziert. Frau Neumüller wirkt beim Hausbesuch in allen Dimensionen **orientiert**, sie ist mit einem **Rollator** im Wohnbereich unterwegs und hat aktuell **Pflegestufe 1**.

Sie erklärt, dass es ihr nach den Krankenhausaufenthalten immer einige Tage sehr gut gehe – sie hält ihr Zielgewicht (77 kg) und nimmt die Medikamente wie verordnet. Zusehens verschlechtert sich ihre Situation aber dann wiederkehrend.

Sie beschreibt, dass sie täglich gegen 09:00 Uhr aufsteht, ihre **Medikamente**, die neben ihrem Bett stehen, mit einem Glas Wasser nimmt und sie sich ihr **Langzeitinsulin** spritzt. Sie meint, dass sie eigentlich immer schon von 04:00 Uhr nachts weg wach im Bett liegt und sich **Sorgen** macht, wie sie den Tag überstehen soll. Sie erzählt dann, dass sie sich neben dem Bett anzieht – meist ziehe sie nur einen Bademantel über ihr Nachtkleid an, weil sie beim **Anziehen** sonst so **außer Atem** kommt, dass sie nichts mehr machen kann. **Schuhe** oder **Socken** zieht sie **keine** an.

Sie führt weiter aus, dass sie mit dem Rollator in die Küche geht. Dort richtet sie für ihren Mann und sich das Frühstück am Esstisch in der Küche her. Das Frühstück essen sie gemeinsam (täglich 2 Stück **Gebäck** mit Butter und **Marmelade**, oder **Honig**) – sie trinkt dazu **vier Tassen Kaffee**. Sie hält fest, dass ihr Mann den Frühstückstisch immer abräumt.

Nach dem Frühstück muss sie sich im Wohnzimmer auf das Sofa legen um zu rasten, weil ihr einfach alles zu anstrengend sei, meint sie. Da das Sofa aber so kurz ist, kann sie die **Beine nicht hochlegen** und den Oberkörper muss sie immer mit drei bis vier Polster hochlagern, weil sie sonst das Gefühl hat zu ersticken, beschreibt sie und seufzt „die Situation ist sehr frustrierend für mich“. Sie erklärt, dass sie eine **Kanne grünen Tee trinkt** und ein paar ihrer **Lieblingszuckerl**, die das Atmen erleichtern sollen, nascht. Das Rasten wird durch mindestens drei Toilettenbesuche aufgrund des starken Harndrangs unterbrochen, ergänzt sie.

Gegen 13:00 Uhr, so Frau Neumüller, steht sie dann erneut auf und wärmt eine **Tiefkühlkost** auf, bzw. nimmt sie ihre Mittagsmedikation. Das Mittagessen isst sie dann erneut mit ihrem Mann im Esszimmer nebenan, meint sie. Ihr Mann ist zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen täglich mit seinen Erledigungen (Einkäufe für sein Cello,

ehemalige Musikerkollegen besuchen, dienstagsvormittags Schachklub, usw.) beschäftigt, erzählt Frau Neumüller.

Auf die Frage wie sie ihre Nachmittage gestaltet, meint Frau Neumüller, dass sie vorm Fernseher im Wohnzimmer sitzt und ihre Lieblingssendungen schaut, oder in der Laube im Garten sitzt. Dort sitze sie aber nicht wirklich gerne, meint sie, weil sie von dort sehe, wie viel Arbeit eigentlich im Garten zu tun wäre, die sie aber unmöglich schaffen kann. Nachmittags spielt ihr Ehemann immer über mehrere Stunden Cello in seinem Arbeitszimmer. Dabei darf sie ihn keinesfalls stören, erzählt sie.

Frau Neumüller sagt, dass sie sich gegen 17:00 Uhr dann erneut in die Küche schleppt und sich Abendessen macht – meistens eine Jause, oder einen Grießbrei, oder ein Kompott. Ihr Mann esse nie abends mit ihr, betont sie. Nach dem Abendessen gehe sie dann ins Badezimmer und versuche sich dort mit Katzenwäsche auf einem Hocker sitzend neben dem Waschbecken zu reinigen, schildert sie. Duschen traute sie sich in der **Badewanne** nicht mehr, weil sie **Angst hat zu stürzen**, berichtet sie. Sie führt aus, dass ihre **Einlage** am Abend oft schon **voll** sei, obwohl sie so oft aufs Klo gehen müsse und es nicht spüre, dass Harn abgehe.

Um 20:00 Uhr, so Frau Neumüller, gehe sie dann ins Bett. Sie liest noch ein paar Zeilen aus einem Buch, oder schaut ein YouTube-Video auf ihrem Smartphone, meint sie. Sie sei früher eine Leserratte gewesen, aber mittlerweile sehe sie schon so schlecht, dass sie die **Lesezeit begrenzen** muss, um nicht starke Kopfschmerzen zu bekommen, weil sie das Lesen so anstrengt, ergänzt sie. Sie erzählt weiter, dass sie die Schlaftablette, die sie um 21:00 Uhr nimmt, rasch einschlafen lässt, aber sie wache spätestens kurz nach Mitternacht das erste Mal wieder auf. Sie sagt, dass ihr Mann in einem Bett im Arbeitszimmer schläft – das tue er schon seit Jahren – weil er behauptet, dass sie sich zu viel bewegt beim Schlafen und er deshalb nicht schlafen könne.

Aus der Informationssammlung ergibt sich bei weiteren Hausbesuchen, dass Herr und Frau Neumüller einen gemeinsamen **Sohn** haben: David Neumüller (54 Jahre). Er lebt mit seiner Frau Helene (43 Jahre) und den beiden Kindern Lina (12 Jahre) und Paul (8 Jahre) 150 km entfernt in einer größeren Stadt. David Neumüller ist Physiotherapeut in einem Krankenhaus, und seine Frau ist IT-Technikerin bei einem Zeitungsverleger. David besucht seine Eltern immer nach den Krankenhausaufenthalten seiner Mutter und empfindet die Lebenssituation seiner Eltern stabil. Die **Schwiegertochter** ruft die Schwiegermutter jeden Donnerstagabend um 18:30 Uhr an – bei den wöchentlichen Telefonaten erzählt sie von den **Enkelkindern**. Dieser Fixtermin freut Frau Isolde Neumüller immer sehr.

Weiters zeigt sich im Verlauf der Begleitung, dass es Frau Neumüllers **Tochter** Ruth Neumüller (64 Jahre), aus einer Beziehung vor ihrem Ehemann Clemens, gibt. Sie wohnt in der Nähe (5 km entfernt). Sie ist geschieden und beruflich als selbständige Architektin sehr eingespannt. Sie leidet sehr darunter, dass sich ihre Mutter wiederkehrend in einem schlechten Gesundheitszustand befindet, und empfindet die Situation, anders als ihr Bruder, als instabil. Sie will, dass es der Mutter besser geht, aber weiß nicht, wie sie helfen kann. Jeden Dienstag geht sie für die Eltern einkaufen und bringt die Lebensmittel und Einkäufe dann entweder am Dienstagabend oder Mittwoch in der Früh vorbei. Sehr häufig verschiebt sich der fixierte Termin aber kurzfristig, weil sie wichtige, berufliche Termine wahrnehmen muss. Das „Umorganisieren“ ist für alle sehr mühsam. Zum Stiefvater hat sie ein angespanntes Verhältnis, weil sie immer das Gefühl hatte, dass der Stiefbruder mehr geliebt wurde als sie. Immer wenn sie auf Besuch kommt, verlässt der Stiefvater das Haus – meistens fährt er mit dem eigenen Auto zum **nächstgelegenen Nachbarn**, Helmut Stögmüller, einem verwitweten Neurologen, mit dem er dann mehrere Gläser Rotwein trinkt und über Opern diskutiert.

Montags kommt gegen 10:00 Uhr **Frau Zanzic**. Sie putzt für das Ehepaar Neumüller die Wohnung und wäscht die Wäsche, hängt sie im Keller auf und bügelt die Wäsche, die sie eine Woche zuvor gewaschen hat. Frau Neumüller und Frau Zanzic kennen sich von früher, sie haben beide für den gleichen Notar gearbeitet. Frau Neumüller freut sich immer, wenn Frau Zanzic nach der **Reinigung** noch ein bisschen bei ihr sitzt und sie über alte Zeiten reden können.

Frau Neumüller hat auch eine langjährige **Freundin, Susanne Klausner**. Leider ist diese vor einigen Jahren an Demenz erkrankt und lebt mittlerweile im örtlichen Seniorenheim. Besuche sind für Frau Neumüller selbständig unmöglich und einem Gespräch über das Telefon kann Frau Klausner nicht lange folgen.

Problemfelder	Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> - Fehlender Plan, den gesundheitlichen Zustand zu stabilisieren, zu verbessern - Keine Information über mögliche Unterstützungsangebote und Überforderung, diese zu organisieren. - Fehlende soziale Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> - Motiviert, ihre Situation zu verbessern (Kontaktaufnahme) - Kognitive Voraussetzungen, Informationen zu verstehen und in Begleitung Lösungswege zu beschreiten. - Ehemann, Sohn, Tochter, Reinigungskraft

<p>PFLEGE-DIAGNOSEN</p>	<p>Nachfolgend wird diese Fallsituation anhand der zu höchst priorisierenden NANDA-I Pflegediagnose mit Planung von Doenges-Zielen und -Interventionen inkl. möglichen verlinkten NOC-Pflegeergebnissen und NIC-Pflegeinterventionen dargestellt. Die Pflegediagnose lässt sich von den relevanten Reaktionen, Daten und Informationen ableiten. Damit soll gezeigt werden, inwiefern sich die in der Praxis durchgeführten Interventionen der CN mit den evidenzbasierten Ausführungen der Abbildung der Pflegediagnose, Zielen und Interventionen in Doenges et al. (2018) bzw. mit Hilfe von NOC und NIC abbilden lassen. Die Inhalte wurden ausgehend von der Fallbeschreibung und Einholung von zusätzlichen Informationen ausformuliert. In verstärkter Schrift zeigen sich nachfolgend immer die Angaben, die von Doenges et al. (2018) übernommen worden sind und darunter finden sich ohne Verstärkung die Inhalte, die von den CN's in der Praxis durchgeführt wurden.</p> <p>G1: Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheits-Selbstmanagement (Herdman et al., 2022, S. 238)</p> <p>Definition: Muster eines adäquaten Managements der Symptome, des Therapieregimes, der physischen, psychosozialen und spirituellen Konsequenzen und der Lebensstiländerungen, die mit dem Leben mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, das gestärkt werden kann.</p> <p>S: Drückt den Wunsch aus, die Alltagsentscheidungen zu verbessern, um Gesundheitsziele zu erreichen; ..., das Therapieregime besser in den Alltag zu integrieren; ..., das Management von Krankheitszeichen/Symptomen zu verbessern; ..., die Akzeptanz der Erkrankung zu verbessern.</p> <p>Spezifiziert: Die Klientin meldet sich bei der CN, um über ihre Gesundheit zu sprechen und sich zu erkundigen, was sie tun kann, um ihre Situation zu verbessern. Das bedeutet auch, dass die Klientin die Bereitschaft hat, ihre Situation verbessern zu wollen.</p>
<p>PFLEGE-ERGEBNISSE</p>	<p>G1: Wissen: Leben mit einem Herzleiden (Moorhead et al., 2013, S. 775-777)</p> <p>Definition: Das Ausmaß des zum Ausdruck gebrachten Wissens über Fakten und Zusammenhänge in Bezug auf das Herzleiden, seine Behandlung und die Prävention von Komplikationen.</p> <p>Indikatoren: Zeichen und Symptome einer sich verschlechternden Erkrankung, Vorteile des Krankheitsmanagements, Methoden zur Verringerung von Risikofaktoren der Behandlung, Rolle pflegender Angehöriger im Behandlungsplan, Strategien zur Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Empfohlenes Aktivitätsniveau.</p>

	<p>Symptomkontrolle (Moorhead et al., 2013, S. 643)</p> <p>Definition: Die persönlichen Handlungen zur Minimierung wahrgenommener ungünstiger Veränderungen des physischen und emotionalen Funktionierens.</p> <p>Indikatoren: Erkennt das Einsetzen von Symptomen, Überwacht den Schweregrad von Symptomen, Setzt Präventionsmaßnahmen ein, Verwendet ein Tagebuch zur zeitlichen Überwachung von Symptomen.</p> <p>Ggf. weitere wie: Adhärenzverhalten, Beteiligung: Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung, Beteiligung der Familie an der professionellen Versorgung, Klientenzufriedenheit: Case-Management (Moorhead et al., 2013, S. 627, 628, 639, 640, 1014, 851-953)</p> <p>Doenges-Ziele (Doenges et al., 2018, S. 424):</p> <p>Nahziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Klientin kann die ursächlichen Faktoren ihrer Erkrankungen und deren Symptome benennen. • Die Klientin benennt Maßnahmen, um die Risikofaktoren in Bezug auf die Entstehung der Ödeme im Zusammenhang mit der Erkrankung zu minimieren. • Die Klientin wendet die benannten Maßnahmen zur Reduktion der Entstehung von Ödemen ohne Unterstützung der CN an. • Die Klientin äußert, dass sich das Gefühl der Atemnot in Ruhe und bei Bewegung minimiert hat. <p>Fernziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Klientin berichtet, dass sich ihre Schlafqualität hinsichtlich Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund der Beschwerden und Sorgen verbessert haben. • Die Klientin kann Ressourcen in ihrem Umfeld, die sie in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen können, benennen. • Die Klientin äußert, dass sie bereit ist, Verantwortung für das Management ihrer Erkrankungen zu übernehmen. <p><i>(Die Pflegeziele sind exemplarisch angeführt, weiterreichende/fortführende Ziele werden im weiteren Verlauf der Begleitung formuliert.)</i></p>
<p>PFLEGEINTERVENTIONEN</p>	<p>Pflegemaßnahmen nach Doenges et al. (2018, S. 424, 425), zur besseren Nachvollziehbarkeit des Verlaufes sind vereinzelt Evaluationsergebnisse integriert.</p> <p>1. Pflegepriorität: Feststellen der Motivation für kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation</p> <p>1.1 Feststellen der Überzeugungen der Klientin in Bezug auf ihre Fähigkeit, ihre Gesundheit zu bewahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie erkundigt sich, möchte etwas zur Verbesserung tun, geht bei Verschlechterung immer wieder ins Krankenhaus, nimmt ihre Medikamente wie verordnet.

1.2 Feststellen des gegenwärtigen Gesundheitszustandes der Klientin und Wahrnehmung potenzieller Bedrohungen der Gesundheit

- War in den letzten Monaten immer wieder im Krankenhaus, wegen Atemnot oder Blutzuckerentgleisung, es geht ihr danach gut, aber nach ein paar Tagen zuhause tritt immer wieder Verschlechterung ein.
- Bei der Aufnahme IST-Analyse: Wassereinlagerungen in beiden Unterschenkeln, das beeinflusst ihre Schlaflosigkeit nachts am meisten, Spannung in den Unterschenkeln schmerzt sie, das Gehen ist anstrengend.
- Zieht sich frühmorgens nur einen Bademantel über ihr Nachthemd an, weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an.
- Nach dem gemeinsamen Frühstück mit ihrem Mann muss sie sich ins Wohnzimmer auf das Sofa legen, weil ihr alles zu viel ist. Kann aber Beine nicht hochlegen, da das Sofa zu kurz ist. Den Oberkörper muss sie mit drei bis vier Polster hochlagern, weil sie sonst das Gefühl hat zu ersticken.

1.3 Verifizieren, wie viel die Klientin über das Therapieschema weiß und inwieweit sie es versteht

- Grundsätzliches Wissen über Medikamente, aber fehlendes Wissen über Folgen der Nichteinnahme, fehlendes Wissen über Symptom-management hinsichtlich ihrer Erkrankungen, geringes Wissen über Unterstützungsangebote im Gesundheitssystem.

1.4 Feststellen der Quellen, deren sich die Klientin bei der Suche nach Gesundheitsinformationen bedient und was mit den Informationen geschieht

- Entlassungsbrief mit Diagnose Chronische Herzinsuffizienz als Brief an den Hausarzt wurde beim Erstbesuch vorgefunden, aber die Klientin konnte über keinerlei Gesundheitsinformationen berichten, die ihr helfen konnten, zuhause zurecht zu kommen.

1.5 Aktives Zuhören bei Sorgen, um Probleme im Hintergrund (physische oder emotionale Stressoren, äußere Faktoren etc.) zu ermitteln

- vor ein paar Wochen offene Wunde, die aber abgeheilt ist, aber seitdem machen ihr die dicken Beine sehr viel Angst.
- Liegt nachts ab ca. 4:00 wach und macht sich Sorgen, wie sie den Tag überstehen kann. Zieht sich neben dem Bett dann nur einen Bademantel über ihr Nachthemd an, weil sie beim Anziehen sonst so außer Atem kommt, dass sie nichts mehr machen kann. Schuhe oder Socken zieht sie keine an.
- Fr. N. beschreibt ihre Situation als sehr frustrierend.
- Konflikt zwischen Tochter und Stiefvater, wahrnehmbare emotionale Distanziertheit des Ehepartners.

	<p>1.6 Feststellen, der zurzeit genutzten Ressourcen, um festzustellen, ob sich etwas verändern lässt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fr. N. ist mit dem Rollator im Haus unterwegs. • Hat aktuell Pflegegeldstufe 1. • Richtet für sich und ihren Mann, das Frühstück am Esstisch her, Frühstück essen sie gemeinsam (2 Stk. Gebäck mit Butter, Marmelade oder Honig) und trinkt 4 Tassen Kaffee dazu. Ihr Mann räumt den Frühstückstisch ab. • Kann gut mit dem Smartphone umgehen, kann z.B. Videos über Therapieschemata abrufen. • Reinigungskraft unterstützt im Haushalt, haben beim selben Notar gearbeitet, dadurch vertrauter Austausch möglich. • Telefonat mit Enkelkindern – Klientin äußert, dass es ihr viel Kraft gibt. • Der Stolz auf ihre zwei Kinder, die trotz Herausforderungen immer für sie da sind. • Sie kann Inhalte verstehen und Zusammenhänge erkennen, sie ist in der Lage, über Telefon Inhalte bewusst wahrzunehmen und zu verstehen. <p>2. Pflegepriorität: Unterstützen der Klientin (der Bezugspersonen) beim Erstellen eines Plans zur Erfüllung individueller Bedürfnisse</p> <p>2.1 Anerkennen der Stärken der Klientin im gegenwärtigen Gesundheits-management und Aufbauen darauf beim Planen für die Zukunft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist kognitiv sehr gut in der Lage, Wissensinhalte aufzunehmen und zu verarbeiten. <p>2.2 Ermitteln notwendiger Schritte zur Erreichung der angestrebten Gesundheitsziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anfangs Übernahme der Medikamentenorganisation durch CN; dann Übernahme der Bestellung durch Sohn; Tochter holte die Medikamente ab, funktionierte nicht ausreichend, danach wollte es Klientin übernehmen. Aktueller Stand: Übernahme der Bestellung durch die Klientin selbst, Abholung nach wie vor von der Tochter, da die Apotheke weiter weg ist. • Organisation von Verordnungen für Kompressionsverband, Zusammenarbeit mit Bandagisten, Abmessung des Beinumfangs – Wissensvermittlung hinsichtlich der Bedeutung der Messung des Beinumfangs über den Verlauf des Tages, Sensibilisierung hinsichtlich Abweichungen von der Norm, Befähigung zur Selbsttestung durch Fingerdruck, Schulung vor ORT und über von der CN bereitgestellte Videos sorgen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Bandagierens. • Auf die Klientin angepasste Wissensvermittlung hinsichtlich der Bedeutung des Gewichtes in Bezug auf Anpassung der Diuretika.
--	---

	<p>(Info wurde bereits vom Hausarzt vermittelt, wurde aber noch nicht verstanden.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besorgung eines Pulsoxymeters durch Tochter, Schulung und Wissensvermittlung zur selbstständigen Verwendung des Pulsoxymeters durch CN. • Schmerzerfassung durch Schmerztagebuch – der Bedarf war nach einiger Zeit durch die Behandlung und das Selbstmanagement in Bezug auf die Ödeme nicht mehr gegeben. • Komplementäre Maßnahmen – Lavendelöl auf Taschentuch, war nicht hilfreich, dann wurde etwas anderes ausprobiert: Fußbäder wurden durch den Vorschlag der CN ausprobiert und dies zeigte sich als sehr hilfreich in Bezug auf die Schlafqualität (auch alle anderen Faktoren, die den Schlaf beeinflusst hatten, konnten verbessert werden). • Wissensvermittlung hinsichtlich Ernährung (Zuckerln, Honig etc.), Optimierung des Essverhaltens, am Anfang durch mobile Zustellung einer angepassten Hauptmahlzeit, danach wieder eigene Übernahme der Entscheidungen über eigenes Kochen – das war durch die Verbesserung der Ödeme und der Atemnot wieder möglich geworden. • Mobilitätssteigerung durch Schulung von einfachen Übungen (z.B. Einbeinstand, freihändig vom Sessel aufstehen – Sturzprophylaxe), Sohn ist auch Physiotherapeut und unterstützt. • Wohnraumadaptierung: Antirutschmatte, Haltegriffe im Bad, Toilettensitzerhöhung mit Griffen auf der Seite, drehbarer Badewannenstuhl, Steckdosennachtlicht, Antirutschsocken. • Inkontinenzversorgung: Anpassung der Einlagen, Ausprobieren der Pants (keine Bezahlung der Kassen, nur bei Bewilligung der Kassen Kostenübernahme). Klientin kauft sich nun eigene Einlagen, benötigt durch das gute Symptomanagement in Bezug auf Einstellung mit Diuretika weniger Einlagen am Tag. • Gedächtnistraining zur Prävention und Gesundheitsförderung kognitiver Beeinträchtigung – Vermittlung an Angeboten des betreuten Wohnens – Fahrgemeinschaft, um Angebot in Anspruch zu nehmen. <p>2.3 Akzeptieren der Einschätzung der Klientin bzgl. eigener Stärken und Schwächen bei gleichzeitigem Verbessern ihrer Fähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Selbstreflexion der Klientin war anfangs nicht gegeben, konnte aber sukzessive im weiteren Betreuungsverlauf entwickelt werden. <p>2.4 Sorgen für Informationen und Unterstützen der Klientin beim Ermitteln und Evaluieren von Ressourcen, zu denen sie selbst Zugang hat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, als Entscheidungshilfe für weitere Planungen.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung über Angebote des Palliativteams bei Fortschreiten der Symptomatik der Herzinsuffizienz. • Am Anfang waren die Einbeziehung der mobilen Dienste angedacht – war aber durch das effiziente Symptommanagement noch nicht nötig gewesen. • Pflegegelderhöhung wurde bewilligt (Pflegegeldstufe 3) – Einreichung mit Unterstützung des Sohns. CN hat den Antrag vor der Abgabe begutachtet. <p>2.5 Anerkennung der individuellen Anstrengungen und Fähigkeiten, um eine Entwicklung in Richtung des Erreichens erwünschter Ergebnisse zu verstärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der Medikamenteneinnahme • Organisation eines Besuchsdienstes • Optimierung im Umgang mit Kompressionsstrümpfen (eigene Schulung durch Videos) und Hilfsmitteln (wie Toilettensitz etc.). • Entwicklung von präventivem Verständnis für die Durchführung von Gedächtnistraining – Durchführung aufgrund sozialer Komponente optimiert: Mitfahrgelegenheit mit Nachbarin, Anregung durch CN <p>3. Pflegepriorität: Fördern optimalen Wohlbefindens</p> <p>3.1 Fördern der jeweiligen Auswahlentscheidungen der Klientin/der Bezugspersonen sowie der Beteiligung an der Planung und Implementierung zusätzlicher Aufgaben und Verpflichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation der Einkäufe durch die Tochter war konfliktbeladen und verursachte Stress, da die Tochter nicht immer termingerecht liefern konnte. Durch Vermittlung der CN konnte Verständnis und Toleranz aller Beteiligten erreicht werden, da ja ohnehin immer genug Essen da war. • Gemeinsames Gespräch mit Familienmitgliedern über mögliche Aufgabenverteilung (Garten, Einkauf, Besuch von Freundin einmal im Monat – im Heim etc.) <p>3.2 Ermutigen zu körperlicher Betätigung, Entspannungsübungen und Stressbewältigung etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führen eines Tagesbuches zur Selbstreflexion und zur Bewältigung ihrer Sorgen und Ängste (führte als junges Mädchen ein Tagebuch) • Schulung zur Durchführung von Atemübungen zur Beruhigung der Atemfrequenz • Außerhalb der Bewegungsübungen waren Spaziergänge durch die steile Umgebung beeinträchtigt und im Garten war der Rollator hinderlich – Spaziergänge sind außerdem nicht Teil ihres Lebens (Biographiearbeit)
--	--

3.3 Unterstützung beim Umsetzen von Strategien zur Überwachung von Fortschritten/Reaktionen auf die Behandlung

- **Medikamentencheck:** Erhebung der Medikamenteneinnahme mit Beschwerden und Wünschen, Überprüfung durch Apotheker und Ärzte und Optimierung der Medikamentenverschreibung (Apotheker mit Expertise für Wechselwirkungen), Optimierung der Medikamenten-einnahme im Tagesverlauf
- **Kardiomobilteam** wurde angedacht – könnte im weiteren Verlauf dazu gezogen werden
- **Kontrolltermine für Augenarzt und Internist** vorgeschlagen und organisiert (Verordnung von Hausarzt geholt)
- **Vermittlung von Angehörigengesprächen** (als Angebot des Bundesministeriums) durch die herausfordernde Situation mit ihrem Gatten und die immer wieder konfliktreiche Situation mit der Tochter wird angedacht (Herausforderung: Angebot ist in einer anderen Gemeinde, Transport müsste organisiert werden)
- Anregung einer **Diabetesschulung** bei der Österreichischen Gesundheits-kasse (ÖGK). Dabei Fahrdienste zu den Terminen mit der Klientin organisieren (Thalgau Mobil = ein Taxi, das von Senior*innen betrieben wird).

3.4 Ermittlung zusätzlicher kommunaler Ressourcen/Selbsthilfegruppen

- **Nachbarin** (hier sind aber weitere Distanzen zu überwinden) konnte bei der Organisation des Gedächtnistrainings als Ressource erfasst werden, bringt Klientin auch manchmal zu ihrer Freundin im Heim
- **Organisation eines Besuchsdienstes** durch die Vermittlung durch die Pfarre

Mögliche NIC-Interventionen, zu denen Aktivitäten ausgewählt und wie oben dargestellt spezifiziert werden sollen:

Pflegeassessment (Bulechek et al., 2016, S. 621, 622)

Definition: Gezieltes und fortlaufendes Sammeln, Interpretieren und Zusammen-führen von Patientendaten zur klinischen Entscheidungsfindung.

Edukation: verordnete Medikation (Bulechek et al., 2016, S. 323, 324)

Definition: Vorbereiten eines Patienten, verordnete Medikamente sicher einzunehmen und auf ihre Wirkung zu überwachen.

Weitere mögliche: **Flüssigkeitshaushaltsmanagement, Kardiales Risikomanagement, Energiemanagement, Case Management, Selbstwirksamkeitsverbesserung** (Bulechek et al., 2016, S. 412, 413, 502, 503, 362, 363, 261, 262, 710, 711)

KOMPLEXITÄT

Die Komplexität des „Falles“ wird anhand der mannigfaltigen Pflegebedarfe, der angedachten umfangreichen integrierten Lösungsmöglichkeiten und Empfehlungen, und den dazu erforderlichen, unter Zusammenarbeit dargestellten, Systempartnern dargelegt. Im Detail generiert sich die Komplexität aus der Interaktion der unten angeführten Faktoren bzw. Elemente.

- Ressourcenarbeit mit der Klientin und Entwicklung eines Plans für Änderungs- und Verbesserungsmöglichkeiten
- Kompressionstherapie
- Medikamentencheck
- Komplementäre Maßnahmen z.B. bei Schlaflosigkeit
- Ernährungsempfehlungen im Rahmen einer DGKP
- Wohnraumanpassungen
- Hilfsmittel
- Anträge
- Expert*innen hinzuziehen (Ernährung, Herz, usw.)
- Beschäftigungsangebote und soziale Kontakte stärken; Copingstrategien entwickeln
- Bestehende Hilfen optimieren durch Abstimmung

KLINISCHES LEADERSHIP

Bei der CN laufen die Fäden zusammen, sie führt den „Fall“, sie trägt Verantwortung für den gesundheitlichen Verlauf ihrer Klientin. Das erreicht sie, indem sie die Betroffene empowert, die Familie einbezieht und auf ihr eindrucksvolles Netzwerk zurückgreift, die Betroffene für entsprechende Leistungen zuweist.

ZUSAMMENARBEIT

Relevante Partner/innen zur Zusammenarbeit werden gesehen in

<ul style="list-style-type: none">• Familienangehörige• Hausarzt• Apotheker• Sanitätsfachhändler• Diätologin• Mobile Dienste• Mobile Pflege- und Betreuungsdienste• Kardiomobil	<ul style="list-style-type: none">• Krankenkasse• Betreutes Wohnen• Gedächtnistrainerin• Pfarre- Besuchsdienst• Augenarzt; Internist• Psychologin• ...
--	--

Die konkrete Zusammenarbeit wird in den folgenden Punkten dargelegt und argumentiert:

- **Kompressionstherapie** in Absprache mit dem *Hausarzt* vorschlagen und Zweck der Maßnahme der Klientin erklären. Organisation der Verordnung und Weitervermittlung an *Sanitätsfachhändler*, nach Wahl der Klientin, der auf Basis der Maße die erhoben wurden, Kompressionsstrümpfe anpasst und liefert. Idealerweise inklusive **Anziehhilfe** – sofern die Klientin diese kaufen möchte (keine Kassenleistung), auf deren Benutzung die CN die Klientin einschult.

- **Medikamentencheck** in Absprache mit dem Hausarzt und dem *Apotheker*.
- **Beratungsleistung** hinsichtlich grundlegender **Ernährungsempfehlungen** bei den bestehenden Krankheitsbildern (insb. hinsichtlich Frühstücksaufstriche, grünem Tee, Kaffee, Zuckerl, Tiefkühlkost). Konkrete Änderungsvorschläge mit der Klientin erarbeiten. Bei Interesse und Bedarf auch Weiterleitung an *Diätologin* im Ort. Oder Informationen über Angebote „**Essen auf Rädern**“, oder „**Zuhause Essen**“, als Unterstützung.
- Nach Installation von Hilfsmitteln und nach Maßnahmen zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustands mit der Klientin abstimmen, ob das Hinzuziehen eines **Mobilen Pflegedienstes** an einzelnen Tagen gewünscht wird.
- **Pflegegeldantrag** in Abstimmung mit der Klientin, mit dem Sohn besprechen, ihm bei Rückfragen zur Verfügung stehen (von „zur Verfügung stehen“ bis Hilfe beim Ausfüllen, je nach Bedarf).
- Hinzuziehen des **Kardiomobils** (Aufsuchendes Programm mit Pflegeexpert*innen für Herzerkrankungen) beim Hausarzt anregen und organisieren.
- Anregung einer **Diabetesschulung** bei der *Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)*. Dabei Fahrdienste zu den Terminen mit der Klientin organisieren (Thalgau Mobil = ein Taxi, das von Senior*innen betrieben wird).
- Teilnahme am **Gedächtnistraining** im *Betreuten Wohnen* vorschlagen und Fahrten mit der Klientin organisieren (eine entfernte Nachbarin geht auch zum Gedächtnistraining und nimmt die Klientin gerne mit).
- Den **Besuchsdienst** der *Pfarr* vorschlagen und den Kontakt weitergeben bzw. **Social Prescribing** mit Klientin besprechen.
- **Kontrolltermine** beim *Augenarzt* und beim *Internisten* vorschlagen und mit der Klientin organisieren.
- **Organisation der Einkäufe** mit Klientin, Ehemann und Tochter besprechen. Lösungswege gemeinsam überlegen und ausmachen.
- Mit der *Familie* (Klientin, Ehemann, Sohn und Tochter) **gemeinsam besprechen**, dass Frau Neumüller **Sorgen** hat, wie und von wem die Arbeiten im Garten zukünftig erledigt werden, und dass sie gerne ihre Freundin Susanne Klausner einmal im Monat treffen möchte. Gemeinsam Lösungswege suchen und vereinbaren. Der Familie rückmelden, welche Ressourcen für Frau Neumüller wichtig sind (z.B. Hilfe im Haushalt vom Ehemann und Frau Zanzic, Anrufe der Enkelkinder, Erledigung der Einkäufe). Wenn sich die Belastungen durch die Maßnahmen für die Tochter nicht reduzieren, könnte das Angebot „**Angehörigengespräch**“ (psychologische Gespräche) vorgeschlagen werden.
- Im **längerfristigen Ausblick** könnte man die Klientin noch über die **Vorsorgevollmacht** und **Patientenverfügung** informieren; weitere Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität; im letzten Stadium der Herzinsuffizienz ggf. das **Mobile Palliativ Team** einschalten, usw.

3 Quellen/Literatur

- Brock, H., Geue, K., Richter, D., & Sender, A. (2021). Körperbildveränderungen: Haarausfall, Narben, Stoma. *Pflegezeitschrift*, 74, 50-53.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation*. Hogrefe Verlag.
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. (2024, Juli). *Evidenzbasierte Leitlinie für die mobile Kinder- und Jugendlichenkrankenpflege: Diabetes Mellitus Typ I*. Unveröffentlichte Ausgabe. Eigenverlag.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2018). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen*, 6. Aufl. Hogrefe Verlag.
- Haselmayer, D. (2022, Dezember 14). *Rolle und Aufgabe einer Cancer Nurse*. Universimed. <https://www.universimed.com/at/article/onkologie/rolle-aufgabe-cancer-nurse-245051>
- Hellmuth, L. (2022). AP(R)N, CNS, NP: Pflege-Expertise in der Onkologie. *Pflegezeitschrift*, 75(7), 60-63.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2022). *Pflegediagnosen 2021-2023: Definitionen und Klassifikation*. Recom.
- Hidding, A., & Oesingmann, S. (2024). Pflege bei endokrinologischen und stoffwechselbedingten Erkrankungen. In G. Fley & F. Schneider (Hrsg.), *Pflege Heute Pädiatrische Pflege* (2. Aufl., S. 287-299). Elsevier.
- Hodek, K., & Bahrmann, A. (2014). *Pflegewissen Diabetes: Praxistipps für die Betreuung älterer Diabetes-Patienten*. Springer.
- Knötgen G. (2020). Onkologische Pflege im Tumorboard: Rolle der Pflege in der multidisziplinären onkologischen Versorgung [Cancer nursing on tumor boards]. *Der Onkologe: Organ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.*, 26(11), 991–997. <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00836-0>
- Kobleder, A., Mayer, H., & Senn, B. (2019). Die Advanced Practice Nurse (APN) in der gynäkologischen Onkologie. *Pflege* 33(1), 13-23. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000707>
- Krohwinkel, M. (2017). *Pflegemodell nach Krohwinkel*. ABEDL (Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens). <http://www.pflegewerte.de/wp-content/uploads/2017/09/ABEDL-AEDL-nach-Krohwinkel-pdf.pdf>; <https://www.fachkrankenpflegegenger.de/wp-content/uploads/2015/01/Pflegemodell.pdf> [Zugriff am 01.06.2023]
- Leoni-Scheiber, C., & Neumann-Ponesch, S. (2024). *ANP-Rahmenkonzept Österreich. Der Werkzeugkoffer für Advanced Nursing Practice*. Forum ANP Austria.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*, 2. vollst. überarbeitete und erweiterte Aufl. Huber.
- Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2014). *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege*. Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.

- Naegele, M., & Heinemann, A. (2024). Sicherer Umgang mit Zytostatika. In P. Jahn, A. Gaisser, M. Bana & C. Renner (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (S. 265-274). Springer.
- National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care*. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>
- Neumann-Ponesch, S., Frohner, U., Herbst, H., Lottersberger, N., Kriegl, M., Kuttig, M., Kastner-Roth, C., Kolar, D., Rappold, E., Resetarics, P., Schneeweiss, S., Schobesberger, B., Schwaiger, K. (2014). *Advanced Nursing Practice in Österreich*. Positionspapier, 2., aktualisierte Auflage. Facultas.
- Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG). (2023). Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung). *Wiener klinische Wochenschrift: The Central European Journal of Medicine*, 135[Suppl 1], 1–330.
- Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), & Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und *onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP)*. (2023). *Cancer Nurse – Drehscheibe der Krebsversorgung*. https://www.ahop.at/wp-content/uploads/2023/06/AHOPOeGHO_Cancer-Nurse-Positionspapier.pdf
- Polzer, A. (2020). Mangelernährt in der Onkologie. *Pflegezeitschrift*, 73(7), 24-27.
- Ruprecht, M. (2020). *Unterrichtsunterlagen zur Lehrveranstaltung „Clinical Assessment“ FHS St. Gallen* (Fachhochschul-Lehrgang ANP Diabetes care an der FH-OÖ in Linz).
- Semlitsch, B., Cvach, S., Fleischhacker, E., Frei, C., Winklehner, S., Mader, J., & Verband der Österreichischen Diabetesberaterinnen (2023). Geführte Selbsttitration bei Diabetes mellitus Typ 2, Günstiger Einfluss auf den Krankheitsverlauf in der extramuralen Pflege. *Procure* 28(4), 18-20
- Stephanow, V. (2020). Advanced Practice Nurses: Pionierarbeit am Patienten. *Pflegezeitschrift*, 73, 10-13
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen*. 2. Aufl. Huber.
- Wright, L. M., & Leahey M. (2013). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6. Aufl. F. A. Davies Company.
- Zoth, N., Böhlke, L., Theurich, S., & Baumann, F. T. (2023). Körperliche Aktivität und Bewegungstherapie in der Onkologie. *Die Innere Medizin*, 64(1), 19-24.