

„Schwierige“ Patienten – wie Pflegende sie sehen

Einführung

Immer wieder sprechen wir als professionell Pflegende und andere Vertreter der Heilberufe von „schwierigen“ Patienten. Wir alle haben Erfahrungen mit „schwierigen“ Patienten durchlebt und werden auch weitere sammeln können in der Beziehung zu Personen, die unsere Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Da der Begriff einen alltagssprachlichen Ausdruck darstellt, hat er verständlicherweise je nach Kontext verschiedene Bedeutungen – es gibt also nicht den Typus des „schwierigen“ Patienten als solchen. Im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit zeigte sich klar, dass das Phänomen „schwieriger“ Patienten inzwischen als interaktives Geschehen zwischen den beiden Beteiligten zu verstehen ist.

Die Wortbedeutung von „schwierig“ ist in Pflege (und auch Medizin) meist negativ belegt, im Vergleich z.B. zur Mathematik, wo eine „schwierige“ Aufgabe einen Anreiz bedeuten kann und eher als interessant, anregend oder herausfordernd verstanden wird. Meine Überlegung zur Bearbeitung des Themas war, dass sich diese negative Bedeutung auch auf den Verlauf einer Pflegebeziehung auswirken könnte. Um ein Bewusstsein für den sprachlichen Ausdruck zu entwickeln, habe ich dann eine Analyse pflegewissenschaftlicher und pflegerischer Fachpublikationen durchgeführt. Es interessierte mich, wie Pflegende „schwierige“ Patienten beschreiben (gibt es z.B. Übereinstimmungen), welche Gefühle sie mit ihnen verbinden und wie sie mit ihnen umgehen.

Literaturübersicht

Nach erfolgter Recherche in Datenbanken, Bibliotheken und im Internet, wurden 20 Veröffentlichungen des Zeitraums 1982 – 2002 ausgewählt. Zehn Forschungsberichte, acht Kommentare und zwei Erfahrungsberichte bilden die Grundlage dieser Arbeit, wobei lediglich drei Publikationen dem deutschen Sprachraum entspringen. Die Literatur stammt sowohl aus dem psychiatrischen als auch somatischen Bereich und bis auf einen Artikel beziehen sich alle

Veröffentlichungen auf den stationären Sektor. In den Studien werden Pflegende zum Einen in Interviews zu ihren Erfahrungen und Einstellungen zu „schwierigen“ Patienten gefragt. Damit lässt sich gut erfassen, was sie darüber denken, welche Gefühle sie damit verbinden und welche Bedeutung der Begriff für sie hat. Zum Anderen sammeln die Autoren Daten mit so genannten standardisierten Verfahren wie z.B. einem Fragebogen oder einer Einschätzungsskala - daran können dann gut Wahrscheinlichkeitsaussagen zu Übereinstimmungen und Unterschieden der Einschätzung Pflegender getroffen werden. Es folgt hier knapp die Beschreibung und später der Umgang mit konkreten Interventionsmöglichkeiten.

Beschreibung „schwieriger“ Patienten

Wir tragen als Pflegende Erwartungen an Patienten und Pflegebeziehungen in uns, die durch berufliche Erfahrung, die eigene Person und die Gesellschaft mitgeprägt sind. In manchen Beziehungen zu Patienten erfüllen sich diese Erwartungen nicht und es zeigten sich in der Literatur wiederkehrende Problemfelder, die von Pflegenden mit „schwierigen“ Patienten in Verbindung gebracht werden. Am häufigsten wurde *Aggression und Gewalt* angegeben. *Forderungen* waren ein wichtiges Thema, genauso wie *Ablehnung*. *Manipulation* war z.B. schwierig, wenn Pflegende den Eindruck hatten, dass Patienten ihre Hilflosigkeit nutzten, um eigene Interessen durchzusetzen. Vor allem bei *sexueller Provokation* aber auch in den anderen genannten Feldern werden Pflegende mit ihren beruflichen und auch persönlichen Grenzen konfrontiert und sie fühlen sich den Situationen mehr oder weniger gewachsen - manche Autoren sprechen von einer Bedrohung von Kompetenz und Kontrolle Pflegender (Breeze & Repper, 1998). Ich habe für diese Konfrontation den Begriff „Grenzkonflikte“ gewählt. Pflegende nehmen diese über negativ empfundene Gefühle wahr. Am häufigsten werden *Frustration*, *Ärger*, *Verunsicherung*, *Hilflosigkeit* und *Angst* geäußert. So hätten sie z.B. Angst davor, dass sie bei Patienten, die sie als fordernd erleben, mit zusätzlichen Forderungen konfrontiert werden (Duxbury, 2002) und sie verbinden damit die Sorge, innerhalb vorgegebener Zeiträume, den Anforderungen aller Patienten nicht mehr gerecht werden zu können. Gerade unnötige und zu viele Forderungen, sowie das Heischen nach Aufmerksamkeit werden als „schwierig“ erlebt (Kestler, 1991). Ablehnendes Verhalten von Patienten beschreiben Pflegende in Ausdrücken wie „zurückweisend“,

„verweigernd“ oder „sich zurückziehend“. Darin liegt sowohl eine aktive als auch passive Komponente. Wird das Verhalten von Patienten als unkooperativ eingeschätzt, indem Patienten z.B. „nicht mit machen“ oder „nicht mit Pflegenden reden“, wird dies genauso als „schwierig“ erlebt (Duxbury, 2002; Maupin, 1995; Morrison et al., 2000). Keinen Kontakt zu Patienten zu bekommen führt dazu, sich „ratlos, hilflos oder ohnmächtig“ zu fühlen (Fehr, 1998; Laskowski, 2001; Gallop & Wynn, 1987). Im Feld sexueller Provokation werden vermutlich vorrangig persönliche Grenzen berührt und einige Forscher (Juliana et al., 1997) sprechen von überschrittenen Toleranzgrenzen, die als unangemessenes oder inakzeptables Verhalten wahrgenommen werden. Aggression und Gewalt sind die am häufigsten beschriebenen Problemfelder, und sie gehen mit Wut und Ärger und insgesamt hoher Emotionalität einher (Morrison et al., 2001; Maupin, 1995; Gallop & Wynn, 1987). Die Aussagen reichen von einer milden Form der Aggression bis zu körperlicher Gewaltanwendung, sei es gegen andere Personen oder Gegenstände oder auch gegen sich selbst. Dies löst bei Pflegenden Verunsicherung und Angst aus (Fehr, 1998; Morrison et al.; 2000; Laskowski, 2001). Im Zusammenspiel mit diesen Problemfeldern werden auch Diagnosen benannt, die vermutlich die genannten Problemfelder erfahrungsgemäß in sich tragen. *Suchtproblematik* und *Persönlichkeitsstörungen*, sowie *chronische Krankheitsverläufe* werden am häufigsten genannt.

Erleben der Grenzkonflikte

Pflegende erleben die beschriebenen „Grenzkonflikte“ entweder als *Einschränkung* oder *Herausforderung ihrer Kompetenz und Kontrolle*. Einschränkung zeigt sich in Aussagen wie „nicht wissen, was zu tun ist“ (Gallop & Wynn, 1987), „nicht wissen, wie dem Patienten aus der Krise herausgeholfen werden kann“ (Fehr, 1998), „sich unprofessionell oder ineffektiv fühlen“ (Juliana et al., 1997; Nield-Anderson et al., 1999). Diese Einschätzungen sind offensichtlich und auch ganz wesentlich von den zur Verfügung stehenden Ressourcen an Zeit und Personal abhängig. So können „schwierige“ Patienten viel eher als positive Herausforderung im Sinne von interessant erlebt werden, wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Dann wird das Einfordern der eigenen Kompetenz als anregend oder sogar bereichernd empfunden (Fehr, 1998; Laskowski, 2001).

Umgang mit „schwierigen“ Patienten

Der Umgang mit „schwierigen“ Patienten steht in Abhängigkeit zur Bedeutung des Ausdrucks. Der Begriff kann nämlich entweder ein „*Etikett*“ oder ein „*Signal*“ darstellen. Einerseits belegt der Ausdruck Patienten mit dem Merkmal „schwierig“ und es wird ihnen damit eine einseitige Verantwortung für die Schwierigkeiten zugeschrieben. Dies kommt einer sozialen Etikettierung gleich, worin ein Zustand festgeschrieben wird, dem Pflegende dann reaktiv begegnen (müssen).

Reaktionen auf die Etikettierung: Vermeidung oder Machtkampf

Erleben sich Pflegende durch „schwierige“ Patienten in ihrer Kompetenz und Kontrolle eingeschränkt, reagieren sie zum Einen mit *Vermeidung*, *Distanzierung* oder „*Flucht*“. Im Gegenzug kann sich auch ein *Machtkampf mit Zwang* oder *Verteidigung* entwickeln, um die Kontrolle aufrecht zu erhalten.

In zwei Veröffentlichungen wurde auch die Perspektive von Patienten mit untersucht und die Autoren konnten feststellen, dass auch Patienten ihre Kontrolle bewahren oder wieder gewinnen möchten (Breeze & Repper, 1998; English & Morse, 1988). Hier gilt es zu berücksichtigen, dass Pflegenden aufgrund ihrer beruflichen Rolle und institutionellen Position bereits ein gewisses Machtpotential zukommt. Deshalb ist es ungünstig Macht *über* Patienten auszuüben, da diese dadurch ihre Abhängigkeit und ihr Ausgeliefertsein verstärkt wahrnehmen würden. Zwang auszuüben, z.B. durch körperliche Beschränkungsmaßnahmen (Fixierung oder Gabe von Medikamenten) wird dabei auch erwähnt (Maupin, 1995; English & Morse, 1988). *Vermeidung* zeigt sich in Distanzierung, indem weniger Kontakte seitens der Pflegenden aufgenommen werden oder die Pflege z.B. auf körperliche Bedürfnisse reduziert wird. Pflegende bleiben unnahbar. Auch Depersonalisierung oder Verobjektivierung ist in diesem Zusammenhang zu nennen, wodurch der Respekt für die andere Person verloren geht. Hier werden eindeutig ethische Aspekte berührt. In diesen Verhaltensweisen zeigt sich ein unreflektierter Umgang, der eine positive Entwicklung unterbindet und negative Auswirkungen für die Pflegequalität nach sich ziehen kann. So wird z.B. erwähnt, dass bei diesen Patienten bestimmte Maßnahmen einfach „vergessen“ werden können, nicht bewusst, aber es erfolgt.

Empfehlungen richten sich entsprechend auf einen reflektierten Umgang, um sich mit was da gerade passiert, differenziert auseinanderzusetzen. Dies soll einer

Etikettierung vorbeugen bzw. die Auflösung des Etiketts ermöglichen. Nachdem Pflegebeziehungen stets durch die Beteiligten und den Kontext bestimmt sind, eröffnen sich durch eine umfassende Reflexion vielfältige Ansätze zur Veränderung.

Reaktionen auf den Signalcharakter

Die andere Bedeutung des Ausdrucks „schwieriger“ Patienten liegt in einem Signal für Schwierigkeiten in einer Pflegebeziehung. Dieser Ansatz basiert auf dem inzwischen selbstverständlichen Verständnis eines interaktiven Geschehens zwischen Patienten und Pflegenden. Im Umgang beruhen die Reaktionen Pflegender bereits auf Reflexion. Am häufigsten wird von *Reflexion* der eigenen Person (welche Grenzen werden bei mir berührt, welchen Anteil habe ich), der Patientensituation (wie ist seine Perspektive, was bewegt ihn) und des Systems (welche Bedingungen beeinflussen das Geschehen) gesprochen, die auch mit professioneller Unterstützung im Rahmen von Supervision erfolgt. Zentrale Empfehlungen beziehen sich auf Unterstützungsangebote wie Supervision oder auf thematisch angelegte Fortbildungsprogramme gerade zur Bewältigung von Gewaltsituationen (Duxbury, 2002; Nield-Anderson et al., 1998; Laskowski, 2001). Zusätzlich wird die Unterstützung zu ethischer Entscheidungsfindung und kultureller Sensibilisierung als notwendig erachtet (Maupin, 1995). Die Erweiterung kommunikativer Fähigkeiten sowie die Vermittlung kommunikationstheoretischer Ansätze werden ebenfalls befürwortet (Fehr, 1998; Duxbury, 2002).

Richtlinien können dazu beitragen, wieder eine konstruktive Beziehung zu „schwierigen“ Patienten und ihren Angehörigen zu entwickeln und eine effektive Kommunikation zu gewährleisten. Sie stellen eine Möglichkeit dar, Interventionen zu hinterfragen und zu verändern. Das Problem können sie zwar nicht unbedingt lösen, jedoch eine Verbesserung der Situation bewirken. Anhand von Fallstudien verdeutlichen einige Autoren, dass Pflegende im Team die Hauptprobleme in der Beziehung zu „schwierigen“ Patienten identifizieren können und nach diesen Prioritäten eine entsprechende Interventionsplanung mit Hilfe der Richtlinien erstellen. In der Praxis müsse erprobt werden, welche Interventionen jeweils angemessen sind. Hier sind tabellarisch Interventionen aus zwei Studien aufgenommen (Juliana et al, 1997; Wolf et al. 1997), die mit Hinweisen aus anderen Publikationen ergänzt wurden.

Art der Pflegeintervention	Einzelinterventionen
Interventionen auf Grundwerte von Pflege ausgerichtet	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit nehmen, hinsetzen, zuhören • Geduld zeigen, eine vertrauensvolle Beziehung herstellen • höfliches/freundliches Verhalten, Fürsorge zeigen
Interventionen mit vorbeugendem Charakter	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung von Warnsignalen, die zu Gewalt führen können • im Voraus planen • Vorhersehen erwartbarer Bedürfnisse
Interventionen mit Fokus auf Information und Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Information vor bestimmten Pflegehandlungen oder diagnostischen Maßnahmen • Erklärungen geben
Interventionen auf Kontrollerhalt des Patienten ausgerichtet	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeiten lassen und ausbauen z.B. im Konzept des „empowering“ • Unabhängigkeit geben • Selbstkontrolle lassen
Interventionen für Aushandlungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> • verschiedene Wahlmöglichkeiten anbieten • Kooperationsbereitschaft gewinnen • Grenzen setzen • Verträge aushandeln
Interventionen zur Berücksichtigung der Person des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis zeigen • Quellen seiner Ängste identifizieren, Interesse an ihm zeigen, seine Perspektive verstehen • Berücksichtigung seiner Würde, ihn als einzigartiges Wesen behandeln, auf seine Anliegen reagieren
Interventionen zur Aktivierung von Unterstützungssystemen	<ul style="list-style-type: none"> • Familie, Beziehungsnetze Schmerzteam, case manager, Multi- bzw. interdisziplinäre Teams • Unterstützung durch das Management bzw. die Verwaltung
Interventionen zur Unterstützung im Team	<ul style="list-style-type: none"> • Absprachen • Füreinander einstehen • Motivation der Kollegen, für das Wohlbefinden der Patienten einzutreten
Interventionen auf die Person der Pflegenden ausgerichtet	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Eigenwahrnehmung und Selbstbeherrschung • Introspektion, also das „in sich gehen“ • Akzeptanz, Anpassungsfähigkeit, Ressourcenorientierung • akzeptieren, dass Pflegenden auch nur Menschen sind

Es finden sich keine Hinweise darauf, bei bestimmtem Verhalten spezifische Interventionen einzusetzen, jedoch wird empfohlen, „Experten“ im Alltag zu beobachten und an ihrem Vorgehen zu lernen.

Als ungeeignet finden sich folgende Interventionen:

- „über“ einen Patienten Macht ausüben z.B. durch grobes Verhalten oder Bestrafungen, da dies zu Eskalation führen kann
- Patienten tadeln, wodurch sich sein Gesamtzustand verschlechtern könne
- Auf Drohungen mit Drohungen zu antworten erschwere die Situation und bedeute letztlich eine Verlierer-Verlierer-Situation
- Beschränkungsmaßnahmen, da hierbei die Würde und Autonomie des Patienten verloren geht

Zusätzlich wurden Anzeichen ermittelt, woran Pflegende erkennen können, ob ihre Interventionen hilfreich sind. Einige Beispiele dazu sind: *der Patient hört der Pflegenden zu, er übernimmt Verantwortung für seine Selbstpflege, er ist weniger unter Anspannung, seine Klagen sind konkreter, er vertraut den Pflegenden, er zeigt sich offen für Verhandlungen.*

In beiden Bedeutungen des Ausdrucks spiegelt sich Praxisalltag wider. Der wesentliche Unterschied besteht offensichtlich in einem mehr oder weniger reflektierten Gebrauch des Ausdrucks. Danach können „Grenzkonflikte“ entweder nur durchlebt oder zusätzlich als Ansatz für Veränderung betrachtet werden

Gefahr einer verminderten Pflegequalität

In manchen Fällen entwickelt sich seitens der Pflegenden eine feindliche Stimmung, die sogar in strafenden Maßnahmen münden kann (Nield-Anderson et al., 1999, Podrasky & Sexton, 1988). Bestrafendes Verhalten wird im Umgang mit alkoholkranken Patienten erwähnt, indem Pflegende barsch und grob sind und Patienten herabwürdigen. Es zeigt sich auch ein erhöhtes Aggressionspotential gegenüber dieser Patientengruppe vor allem auch dann, wenn Patienten Eigenverschulden an ihren Schwierigkeiten zugeschrieben wird (Maupin, 1995). Unterstützendes Verhalten von Pflegenden wie *Wahrung der Intimsphäre, Informationen geben, wie rasch sie auf Klingelrufe reagieren* etc. kann sich im Umgang mit schwierigen Patienten verringern. Es wird auch von „noncaring“ gesprochen, was sich z.B. in mangelnder Zuwendung zeige (Maupin, 1995). Die

Autorin geht davon aus, dass ein „sich nicht kümmern“ die Gesamtsituation schwieriger Patienten zusätzlich beeinträchtigt. Der Begriff verfestigt eine negative Definition, die Auflösung dieser Etikettierung wird deshalb empfohlen, indem die Situation differenzierter betrachtet wird (Juliana et al., 1997). Die Bezeichnung „schwierige“ Patienten kann als Warnsignal für potentiell ethische Konflikte betrachtet werden (Maupin, 1995).

Empfehlungen

Zuerst wird die Reflexion der Patientensituation empfohlen (Duxbury, 2002), gefolgt von der Befürwortung, eigene Urteile, Gewohnheiten und Handlungen zu hinterfragen (Maupin, 1995). In einem Schutzraum wie innerhalb von Balintgruppen oder Supervisionssitzungen können so genannte non-caring Situationen evaluiert werden. Es geht darum, „Licht in die Sache“ zu bringen (Laskowski, 2001), eine kritische Eigenreflexion sei im psychiatrischen Bereich bereits fester Bestandteil (Fehr, 1998).

Zusammenfassung

Ein Bewusstsein für den sprachlichen Gebrauch des Begriffs ermöglicht ein erstes Innehalten und Nachdenken über die Situation. Erst dann können Veränderungen bzw. Ansätze für mögliche Lösungen gesucht werden. Über „schwierige“ Patienten im Team zu sprechen kann Entlastung bedeuten. Mit Hilfe von Kollegen kann die Komplexität der Situation erkannt und eine differenzierte Reflexion geführt werden, wodurch Unterstützung geleistet wird. Um die beschriebenen „Grenzkonflikte“ kreativ angehen zu können, ist es notwendig, eigene Grenzen zu kennen, um diese auch gegebenenfalls verändern zu können, sei es, sie zu festigen, um sich zu schützen oder sie zu erweitern, wenn sie sehr eng gefasst sind. Dann wird es auch leichter möglich sein, Patienten gegenüber in Aushandlungsprozesse zu gehen, Grenzen zu verdeutlichen oder ihnen Kontrolle zu überlassen. Es werden also kreative Handlungsspielräume eröffnet. Dass diese Form der Reflexion ein Ideal darstellt ist sicherlich jeder Pflegeperson klar. Trotzdem erscheint dies als wesentliche Möglichkeit, einen wechselseitigen Beziehungsprozess zu entwickeln.

Im Anhang befinden sich das Quellenverzeichnis, sowie zwei Schaubilder zur Beschreibung und zum Umgang mit schwierigen Patienten.

Quellennachweis

- Breeze, A.; Repper, J.: Struggling for control: the care experiences of „difficult“ patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (6), 1998, 1301-1311
- Duxbury, J.: Umgang mit „schwierigen“ Klienten – leicht gemacht. Bern, Huber, 2002
- English, J.; Morse, J.: The „difficult“ elderly patient: adjustment or maladjustment?. *International Journal of Nursing Studies*, 25 (1), 1988, 23-39
- Fehr, G.: Der „schwierige Patient“ Phänomen oder Konstrukt?: Eine Untersuchung mit der Erkenntnistheorie des Radikalen Konstruktivismus. Diplomarbeit HöFa II, 1998
- Gallop, R.; Wynn, F.: The Difficult Inpatient: Identification and Response by Staff. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 1987, 211-215
- Gerstner, E.: Pflegerischer Alltag mit „Problempatienten“ – Anmerkungen zu Genese und Interaktion zwischen Krankenpflegepersonal und „schwierigen“ Patienten. *Krankenpflege*, 9, 1988, 412 u. 429-431
- Juliana, C. et al.: Interventions Used by Staff Nurses To Manage „Difficult“ Patients. *Holistic Nursing Practice*, 11 (4), 1997, 1-26
- Kestler, V.: Limitsetting: Dealing with the Difficult Patients. *Orthopaedic Nursing*, 10 (6), 1991, 19-23
- Laskowski, C.: The Mental Health Clinical Nurse Specialist And The „Difficult“ Patient: Evolving Meaning. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 2001, 5-22
- Maupin, C.: The potential for noncaring when dealing with difficult patients: Strategies for moral decision making. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (3), 1995, 11-22
- Morrison, E. et al: Managing the Care of Complex, Difficult Patients in the Medical-Surgical Setting. *Medsurg*, 9 (1), 2000, 21-26
- Nield-Anderson, L. et al: Responding to ‘Difficult’ Patients: Manipulation, sexual provocation, aggression – how can you manage such behaviors? *American Journal of Nursing*, 12, 1999, 26-35
- Podrasky, D.; Sexton, D.: Nurses` Reactions to Difficult Patients. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20 (1), 1988, 16-21
- Wolf, Z. et al: Creating and Implementing Guidelines on Caring for Difficult Patients: A Research Utilization Project. *Medsurg Nursing*, 6 (3), 1997, 137-145

Der Ausdruck

„Schwierige“ Patienten

stellt ein Etikett oder Signal dar

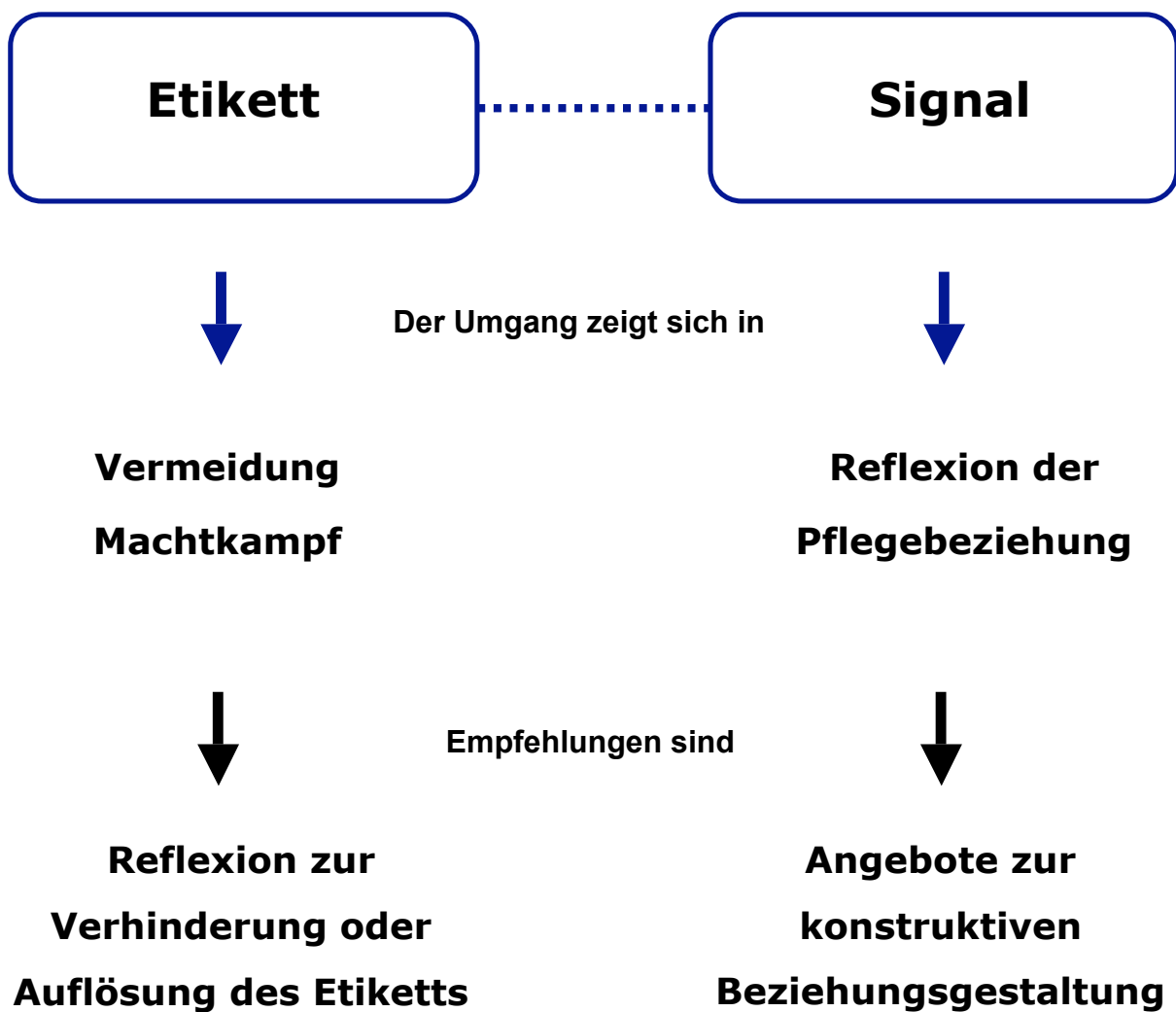
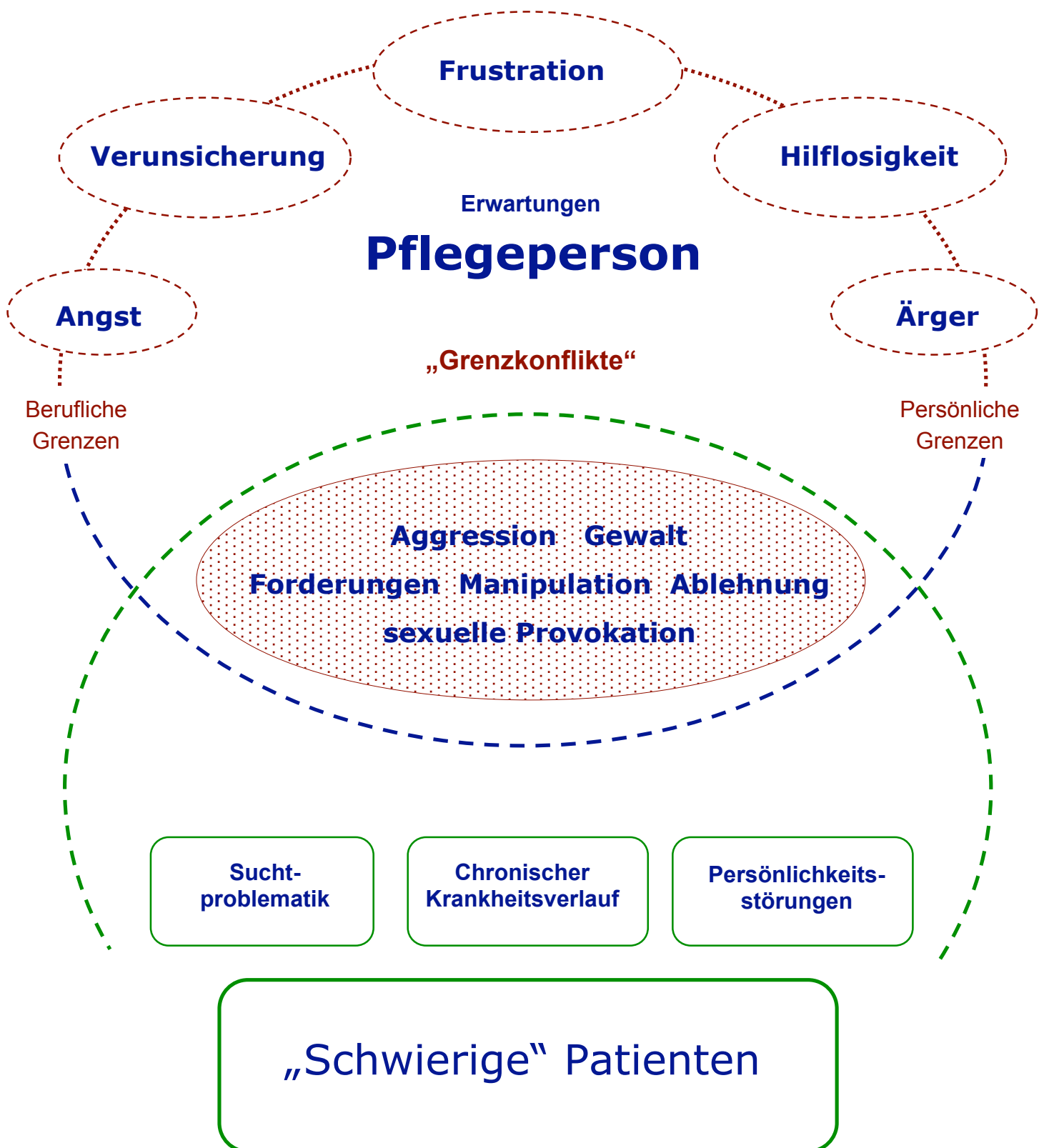


Schaubild 2: Umgang mit „schwierigen“ Patienten

Ressourcen an Zeit und Personal als Einflussgrößen auf die Wahrnehmung von ...



... Einschränkung oder Herausforderung eigener Kompetenz und Kontrolle

Schaubild 1: Beschreibung „schwieriger“ Patienten