

BACHELORARBEIT

Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten chronisch kranker Patienten durch professionelle Gestaltung der Pflegebeziehung

Vorgelegt am: 04. Juni 2018
Von: Susanne Christoph

1.Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer
2.Prüferin: Frau Dipl.-Med.-Päd. Katrin Behrens

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Department Pflege und Management
Alexander Straße 1
20099 Hamburg

Abstract

Im Zuge des demografischen Wandels kommt es heutzutage vermehrt zu Multimorbidität sowie zum Anstieg des Erkrankungsrisikos chronischer Krankheiten. Chronische Krankheiten zählen zu den gesundheitsökonomisch wichtigsten Gesundheitsproblemen und stellen den Betroffenen sowie unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Der chronisch kranke Patient ist im Verlauf seiner Erkrankung unter anderem mit Unsicherheiten, Kontrollverlusten und Krisen konfrontiert, die es zu bewältigen gilt. Bei der Unterstützung hierbei kommt den Pflegenden eine Schlüsselrolle zu, um dem Patienten dabei zu helfen, seine Kontrolle und Handlungsfähigkeit zu fördern oder wiederzuerlangen. Vor dem Hintergrund des Wandels des Krankheitsspektrums und der Bedeutung für den Patienten rückt die Förderung des Empowerments und der Selbstmanagementfähigkeiten in den Vordergrund. Deswegen ist Ziel dieser Arbeit herauszuarbeiten, welchen Einfluss die Pflegenden mit professionellem Aufbau ihrer Pflegebeziehung zum Betroffenen auf sein Empowerment und seine Selbstmanagementfähigkeiten haben können. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine systematische Literaturrecherche in medizinischen Datenbanken durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Recherche halten fest, dass eine professionelle Beziehungsgestaltung förderlichen Einfluss auf die Entwicklung ihres Empowerments und Selbstmanagements hat und dem chronisch Kranken bei seiner Krankheitsbewältigung als Unterstützung dienen kann. Somit kann anhand der Ergebnisse die Bedeutung einer professionellen Beziehungsgestaltung für das Empowerment und die Selbstmanagementfähigkeiten aufgezeigt werden. Aus den Ergebnissen folgend, sollte für die weitere Forschung verstärkt der Blick auf die differenzierte Wahrnehmung der Gestaltung der Pflegebeziehung seitens Pflegender und Betroffener zur Förderung des Empowerments und Selbstmanagements gelegt werden.

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungsverzeichnis	I
1. Einleitung	1
2. Chronische Krankheit	5
2.1 Begriffserläuterung	5
2.2 Herausforderungen in der Krankheitsbewältigung	6
3. Professionelle Beziehungsgestaltung	8
3.1 Interpersonale Beziehungen nach Hildegard Peplau	8
3.2 Personenzentrierter Ansatz nach Carl Ransom Rogers	11
3.3 Die Beziehungsgestaltung aus Sicht des Patienten	12
4. Selbstmanagement und Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit	13
4.1 Begriffserläuterung Selbstmanagement und Selbstmanagementförderung	13
4.2 Das Chronic Care Modell	14
5. Das Empowerment Konzept	15
6. Die Empowerment- und Selbstmanagementförderung anhand der Pflegebeziehung	17
7. Anforderungen an die Umsetzung	24
7.1 Kompetenzanforderungen an die Pflegenden	24
7.2 Anforderungen an die Rahmenbedingungen	26
8. Diskussion	27
8.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	27
8.2 Interpretation der Ergebnisse	29
8.2.1 Einordnung der Ergebnisse in Bezug zu den Theorien und Modellen	29
8.2.2 Kritische Beleuchtung der Ergebnisse	32
8.3 Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich der Untersuchungsfrage	34

8.4 Implikationen für die Forschung und Praxis	35
8.5 Limitationen	36
9. Schlussbetrachtung	37
Literaturverzeichnis	38
Eidesstattliche Erklärung	41

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen der zwischenmenschlichen Beziehung.....	11
Abbildung 2: Chronic Care Modell.....	15

1. Einleitung

In den Industriestaaten und zunehmend auch in den weniger wohlhabenden Ländern werden die chronischen Krankheiten heutzutage zu den häufigsten sowie gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen gezählt (Robert-Koch-Institut (RKI) 2017b). Als typische Vertreter dieser Krankheiten sind insbesondere die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Krebserkrankungen, die chronischen Lungenerkrankungen, die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, die psychischen Störungen und Diabetes Mellitus zu nennen, die die Lebensqualität sowie die Sterblichkeit der Betroffenen stark beeinflussen (RKI 2017b). Eine Befragung zur „Gesundheit in Deutschland aktuell“ ergibt, dass 43 Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer angeben, von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen zu sein. Darüber hinaus gibt deutlich mehr als die Hälfte der 65-Jährigen an, mindestens eine chronische Krankheit zu haben. Das Phänomen der demografischen Alterung der Bevölkerung in Deutschland zeigt einen Anstieg der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) von derzeit 21 Prozent auf 29 Prozent im Jahr 2030. (RKI 2014 S.41 & RKI 2017a) Im Zuge des demografischen Wandels treten häufiger Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) auf und das individuelle Erkrankungsrisiko an chronischen Krankheiten steigt. Dieser Wandel des Krankheitsspektrums stellt unser Gesundheitssystem sowie die Betroffenen vor eine große Herausforderung. (RKI 2017a)

Erfahrungen der Autorin dieser Arbeit in der Praxis unterstreichen die Relevanz einer Auseinandersetzung mit chronisch kranken Patienten¹ im stationären Setting. Demnach befinden sich betroffene Patienten nach ihrer Aufnahme häufig in einer Art krisenhaften Situation, die Einfluss auf das Verhalten der Patienten hat. Der zu erlernende Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung und die Integration dieser in ihren Alltag verunsichert und überfordert viele Betroffene. Besonders die neue Umgebung des stationären Settings mit neuen Anforderungen und Behandlungen hat häufig zur Folge, dass die chronisch kranken Patienten unsicherer und inaktiver werden und ihre Fähigkeiten und Ressourcen in den Hintergrund stellen. Somit ist laut der Erfahrung der Autorin häufig eine zunehmende Passivität der Betroffenen zu beobachten. Zudem ist eine kontinuierliche Begleitung des Patienten durch eine Pflegekraft nicht immer möglich, was zu einem häufigen Abbruch der

¹Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Beziehungsgestaltung führt. Diese oft zu beobachtende Diskontinuität im pflegerischen Kontakt mit chronisch kranken Patienten liefert zusätzlich einen Beitrag zu der zuvor geschilderten defizitären Situation des chronisch erkrankten Patienten.

Schaeffer (2006) sagt diesbezüglich, dass eine chronische Erkrankung zu einer Störung des Lebens führt und einen Einschnitt in der Biografie des Betroffenen bedeutet (Schaeffer 2006: 193). Eine Suche nach geeigneten Behandlungsmethoden oder Umgangsweisen mit negativen körperlichen Begleiterscheinungen chronisch Kranker stellt eine schwierige und von Unsicherheiten begleitete Aufgabe dar (ebd.). Akute hinzutretende Krankheitsereignisse im stationären Setting haben zur Folge, dass die Betroffenen vorübergehend die Kontrolle über ihr Leben verlieren und unfähig sind, eigenständig zu handeln (Haslbeck & Schaeffer 2011:46). Haslbeck & Schaeffer (2011) erläutern zudem, dass die Patienten dadurch häufig die Anordnungen sowie Empfehlungen der Gesundheitsprofessionen lediglich befolgen und sich sozusagen in die traditionelle Patientenrolle begeben. Ein Misslingen von Bewältigungserfordernissen destabilisiert, provoziert Krisen und beschleunigt Abwärtsbewegungen (Schaeffer & Moers 2011: 329-363). Auch die Gesundheitsprofessionen verfehlen eine Grundvoraussetzung zur Krankheitsbewältigung, wenn es nicht gelingt, Erkrankten zur Wiedererlangung von Kontrolle und Handlungsfähigkeit zu verhelfen (Schaeffer 2006:194). Schaeffer (2006) betont, dass den Pflegenden hierbei eine Schlüsselrolle zukommt. Diese krisenhafte Situation der chronisch kranken Patienten unterstreicht, wie wichtig es ist, ihre Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern und zu stärken (Haslbeck & Schaeffer 2011: 44-50).

Für ein effektives Selbstmanagement muss der Patient jedoch fähig sein, seinen eigenen Gesundheitszustand überwachen und kontrollieren zu können (Sassen 2018:151). Er muss außerdem im Stande sein, mit Blick auf seine Krankheitssymptome Entscheidungen zu treffen, wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlernen sowie ein für sein Selbstmanagement notwendiges Verhalten zu integrieren, um Gesundheitsprobleme bewältigen zu können. Sassen (2018) beschreibt weiterhin, dass der chronisch kranke Patient für ein effektives Selbstmanagement mit den Konsequenzen gesundheitlicher Probleme und mit negativen Emotionen umgehen können muss, damit er weiterhin sozial integriert bleiben kann. Der Patient sollte fähig sein, Chef seiner eigenen Gesundheit und Lebensweise zu sein und letztendlich mit professionell Pflegenden, anderen Gesundheitsprofessionen und mit dem Gesundheitssystem an sich umgehen zu können. Die Autorin betont außerdem, dass die

Beteiligung des Patienten Voraussetzung für das effektive Selbstmanagement ist. (Sassen 2018:151)

In Zusammenhang mit der Zunahme des Wissens und der Fähigkeiten steht die Bewusstseinsentwicklung (Hüper&Hellige 2007: 155-157). Dieser Prozess, in dem der Patient darin befähigt wird, Kontrolle über seine Gesundheit und seine Gesundheitsprobleme zu bekommen, ist das Empowerment. Das Empowerment betont explizit die Selbstbestimmung und die Stärken des Patienten. (Hüper&Hellige 2007:155-157)

Auch in dem von Ed Wagner bereits 1996 entwickelten Chronic Care-Model spielt das Selbstmanagement eine wichtige Rolle (Sassen 2018:148). Es macht darauf aufmerksam, den chronisch kranken Patienten zu unterstützen und stellt hierbei den Kontakt zwischen den Gesundheitsdienstleistern und den Patienten in den Mittelpunkt, da der Gesundheitsdienstleister einen festen Kontaktpartner für den chronisch Kranken darstellt und er die Versorgung um das Selbstmanagement herum koordiniert (Sassen 2018:148). Vor diesem Hintergrund soll in dieser Arbeit der Blick auf die Rolle der Gesundheits- und Krankenpfleger im Kontakt mit chronisch kranken Patienten in ihrem Selbstmanagement sowie Empowerment gelenkt werden.

Ziel ist es aufzuzeigen, welchen Einfluss die Pflegenden mittels einer professionellen Gestaltung der Pflegebeziehung auf die Ausbildung von Selbstmanagementfähigkeiten chronisch kranker Patienten haben. Hierbei wird noch einmal grundsätzlich die Bedeutung und Förderung des Empowerments hervorgehoben werden.

Mit Blick auf die Zielsetzung ist folgende Untersuchungsfrage handlungsweisend:

Welchen Einfluss haben die Pflegenden mit einer professionellen Gestaltung der Pflegebeziehung auf das Empowerment und die Selbstmanagementfähigkeiten von chronisch kranken Patienten?

Für die Gewährleistung eines theoretischen Hintergrundes wird sich zunächst mit den Facetten der Krankheitsbewältigung bei einer chronischen Erkrankung und den mit wichtigen Begrifflichkeiten Beziehungsgestaltung, Selbstmanagement sowie Empowerment bei chronischer Krankheit auseinandergesetzt. Vor dem Hintergrund von Theorien und

Modellen werden die theoretischen Schwerpunkte näher beleuchtet. Des Weiteren werden anschließend Ergebnisse bezüglich der Untersuchungsfrage dargelegt und es wird beschrieben, welche Kompetenzen seitens der Pflegenden sowie welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um bei der Ausbildung von Selbstmanagementfähigkeiten unterstützen zu können. Zum Ende werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, ihre Bedeutung dargelegt und diskutiert. Es wird außerdem ein Versuch unternommen, Implikationen für die zukünftige Forschung und Praxis sowie einen Ausblick in die Zukunft aufzuzeigen.

Zur Beantwortung der genannten Untersuchungsfrage wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Anhand derer sollen darüber hinaus eventuelle Forschungslücken erkannt und aufgezeigt werden. Recherchiert wird in den Datenbanken des medizinischen Fachbereichs Pubmed, Cinahl und Livivo sowie in den Katalogen der Universität Hamburg (Campus Katalog), der Bibliotheken Hamburgs (Beluga Katalog) und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW Katalog). Die Katalogsuche wird vor allem genutzt, um Bücher zu finden. Eine ergänzende Suche findet bei Google Scholar statt, um ebenfalls Zugriff auf deutsche Literatur zu bekommen. Gesucht wird mit den englischen Suchbegriffen „nurse patient relationship“, „patient provider interaction“, „person centred care“, „connecting“, „chronic disease“, „chronic illness“, „self management“, „chronic disease management“, „chronic disease self-management“, „empowerment“, „activation“, „patient“, „passive patient“, „patient participation“, „support“, „communication“, „trust“, „competence“, „condition“, „environment“ und „hospital“. In den deutschsprachigen Katalogen und bei Google Scholar wird neben den englischen Begriffen auch mit deren deutscher Übersetzung gesucht. Diese Suchbegriffe werden in den Datenbanken mit Hilfe der Booleschen Operatoren „AND“ in unterschiedlichen Kombinationen miteinander verknüpft. Die Auswahl und Eingrenzung geeigneter Literatur erfolgt unter anderem unter dem Aspekt der Aktualität, Prüfung der Titel und Prüfung der Abstracts.

Für die systematische Literaturrecherche erfolgt eine gezielte Limitation durch den Bezug auf chronisch kranke Patienten. Patienten, die an einer anderen Erkrankung leiden, aber vorübergehend ebenfalls Selbstmanagementfähigkeiten benötigen, werden nicht integriert. Bei den chronischen Erkrankungen wird keine weitere Eingrenzung auf einzelne chronische Krankheiten vorgenommen, um Ergebnisse generell in Bezug auf chronisch erkrankte

Patienten darlegen zu können. Des Weiteren werden keine Studien speziell zu Kindern mit chronischen Erkrankungen integriert, wodurch ausschließlich Bezug auf die pflegerische Beziehungsgestaltung und das Selbstmanagement erwachsener Patienten genommen wird.

2. Chronische Krankheit

2.1 Begriffserläuterung

Zum Spektrum der chronischen Krankheiten zählen insbesondere die Herzkreislauferkrankungen, Diabetes Mellitus, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und die Atemwegserkrankungen, also Krankheiten, für die kennzeichnend ist, dass sie nicht vollständig kurierbar sind und dadurch dauerhaft oder wiederkehrend eine erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen unseres Gesundheitssystems zur Folge haben (RKI 2014: 41&RKI 2017b). Somit sind chronische Erkrankungen also nicht kausal behandelbar, sondern werden symptomatisch therapiert (Hüper&Hellige 2007:55). Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Dauerhaftigkeit, die das griechische Wort „Chronos“ verdeutlicht. Bei Jahrzehnte langen Verläufen und zunehmenden Alter kommt es häufig dazu, dass Menschen an mehreren chronischen Krankheiten leiden (Multimorbidität) und somit parallelen Krankheitsverläufen ausgesetzt sind, die aufgrund der gegenseitigen Beeinflussung oft nur schwer zu kontrollieren sind. (Hüper&Hellige 2007:54-55)

Die Autoren Al-Abtah et al. (2015) beziehen sich bei der Begriffserklärung auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die die chronischen Krankheiten als „lange andauernde und im Allgemeinen langsam fortschreitende Krankheiten“ definiert (Al-Abtah et.al 2015:766). Zudem werden Krankheiten als chronisch bezeichnet, wenn sie über drei Monate oder länger andauern. Eine chronische Erkrankung kann sich in einem schubförmigen oder einem progredienten Verlauf zeigen, angeboren oder erworben sein und zu physischen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen führen. Für den Betroffenen bedeutet eine chronische Erkrankung häufig eine Veränderung des gesamten sozialen, beruflichen und familiären Umfeldes. (Al-Abtah et al. 2015: 768)

„Chronisch krank‘ bedeutet, mit einer unheilbaren Krankheit zu leben.“
(Al-Abtah et al. 2015:767)

2.2 Herausforderungen in der Krankheitsbewältigung

Die Bewältigung einer chronischen Erkrankung stellt Individuen vor zahlreiche Herausforderungen auf subjektiver Ebene, die trotz der jahrelangen Auseinandersetzung des Gesundheitssystems damit zu wenig Beachtung finden (Schaeffer 2006:192). Die Betroffenen sind nicht nur mit zahlreichen, sondern besonders mit vielschichtigen und komplexen Bewältigungs- und Anpassungsherausforderungen konfrontiert, da die Bewältigungserfordernisse auf den unterschiedlichsten Ebenen entstehen und zudem weder einmalige noch gleichförmige Charakterzüge aufweisen. Die chronische Krankheit trifft in jeder Lebensphase auf „gelebtes Leben und muss in dieses integriert werden“ (Schaeffer 2006:193). Sie kann also nicht isoliert betrachtet werden, sondern betrifft und berührt alle Dimensionen des Lebens der Patienten. Denn die chronische Erkrankung zieht neben den Folgen für den Betroffenen auch zahlreiche Konsequenzen für sein soziales Gefüge, besonders die Familie nach sich. Somit bedeutet die Rückeroberung von Kontrolle und Sinn für das durch die Krankheit irritierte Leben für die chronisch kranken Patienten neben der Bewältigung des Krankheitsverlaufes sehr viel und erfordert viel zusätzliche Energie und Kraft. Die Konzentration nicht nur auf die Krankheit an sich und die somatischen Probleme, sondern die Betrachtung des gesamten Alltagslebens mit chronischem Kranksein ist für die Versorgung und für die Krankheitsbewältigung von großer Bedeutung. (Schaeffer 2006: 193-196)

Eine anfängliche Herausforderung für den Patienten in der heutigen, oft intransparenten Versorgungslandschaft unseres komplexen Gesundheitssystems ist es, wichtige Informationen sowie geeignete Behandlungsinstanzen und -methoden zu finden. Die zusätzliche Suche nach einer Umgangsweise mit eventuellen negativen körperlichen Begleiterscheinungen chronischer Krankheit führt zu einer der bedeutsamsten Bewältigungsherausforderungen: die Unsicherheit des Patienten. (Schaeffer 2006:193)

Besonders die für chronische Erkrankungen typische Verlaufsdynamik, welche einen schwer zu kalkulierenden Wechsel zeigt von stabilen Phasen über akute bis hin zu instabilen und sich abwärtsbewegenden Phasen, stellt den Betroffenen vor eine große Herausforderung (Corbin&Strauss 2004: 62-63). Die Autoren Corbin&Strauss (2004) vergleichen den Verlauf einer chronischen Erkrankung mit der Unberechenbarkeit eines Schiffes auf See, über das der Seemann stetig versucht, die Kontrolle zu erlangen, jedoch immer wieder auf

Veränderungen und unvorhersehbare Verläufe stößt (Corbin&Strauss 2004: 49). Der von den Autoren in diesem Zusammenhang geprägte Begriff der Krankheitsverlaufskurve beschreibt zum einen die physiologische Entwicklung der Krankheit und zum anderen die Arbeit, die für deren Bewältigung notwendig ist. Zudem greift der Begriff die zeitlichen Phasen und die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben des Betroffenen auf. Mit dem Begriff Krankheitsverlaufskurve wird darauf hingewiesen, dass die Betroffenen eine aktive Rolle bei der Gestaltung der Verläufe übernehmen, diese aber nicht nur von den chronisch Kranken selber bestimmt werden, sondern auch von Handlungen der an der Bewältigung beteiligten Personen wie vor allem von Pflegenden. (Corbin&Strauss 2004: 50,64)

Die Unberechenbarkeit des Krankheitsverlaufs erzeugt ein Gefühl des Ausgeliefertseins (Schaeffer 2006:193). Außerdem reißt ein Krankheitsbeginn mit einer chronischen und somit dauerhaften Erkrankung Betroffene aus ihrem alltäglichen Leben und nimmt ihnen somit vorübergehend die Kontrolle über ihr Leben (Haslbeck&Schaeffer 2011:46). Ein Kontrollverlust und Krankheitskonsequenzen wie Angst, Schmerzen und Unsicherheit führen dazu, dass die chronisch Kranken unfähig sind selbstständig zu handeln (ebd.).

Den Abschied vom bisherigen alltäglichen Leben beschreibt auch Schaeffer (2006) als Herausforderung in der Krankheitsbewältigung chronisch kranker Patienten (Schaeffer 2006: 194). Umstellungsprozesse im Alltag sind häufig erforderlich und bedeuten, sich von Handlungsgewohnheiten und Alltagsroutinen zu verabschieden. Da Routinen und Gewohnheiten aber auch stützende Ressourcen im irritierten Leben darstellen und der Alltag für die Betroffenen ein Rest Normalität bedeutet, erleben die Patienten notwendige Umstellungen häufig als Verlust und leisten Widerstand, wodurch krankheitsbedingte Anpassungsdefizite entstehen können. Hierbei bedarf es einer Instanz, die den Betroffenen dahingehend unterstützt, notwendige Veränderungen einzuleiten und die chronische Erkrankung in den Alltag des Patienten zu integrieren. (Schaeffer 2006: 194)

„Eine chronische Erkrankung stellt einen tiefgreifenden Einschnitt in das Leben des Erkrankten dar und ist mit vielfältigen psychosozialen Belastungen und Anforderungen verknüpft [...]“ (Al-Abtah et al. 2015: 768), so beschreiben es ebenfalls Al-Abtah et al. (2015). Sie legen außerdem dar, dass ein diesen Anforderungen angemessener Umgang und deren Kontrolle Ziel der Bewältigung sein muss. Wichtige Ressourcen, die hierbei unterstützen, sind das soziale Netzwerk und die Qualität der Beziehungen, die der Patient

knüpft. Pflegende können sie in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen und stärken, indem sie auf der einen Seite die Gewohnheiten des Patienten umstrukturieren oder dem Patienten auf der anderen Seite dazu verhelfen, gewohnte Hobbys und Kontakte zu pflegen und somit ein wenig Normalität in den Alltag zu integrieren. Dies stärkt die Betroffenen in ihrem Selbstbewusstsein und in ihrer Einstellung ihrer Krankheit gegenüber. (Al-Abtah et al. 2015: 768)

„Die Krankheit zu etwas Normalen machen.“
(Al-Abtah et al. 2015: 768)

3. Professionelle Beziehungsgestaltung

3.1 Interpersonale Beziehungen nach Hildegard Peplau

„Die Pflege ist ein bedeutsamer, therapeutisch wirkender zwischenmenschlicher Prozeß [sic!]. Dieser geht mit anderen menschlichen Entwicklungen einher, die dem Einzelnen ein normales Leben in der Gemeinschaft ermöglichen Die Pflege ist ein Medium der Erziehung, eine reifefördernde Kraft, die darauf ausgerichtet ist, die Entwicklung der Persönlichkeit auf ein kreatives, konstruktives, produktives Leben als Einzelmensch und in der Gemeinschaft hin zu fördern.“

(Peplau 1997, S.394)

Diese Definition der Pflege bezieht sich unter anderem auf die Annahme, dass Pflegende grundsätzlich Einfluss darauf haben, welche Erfahrungen der Patient mit seiner Erkrankung macht und was er dadurch lernt. Die Pflege ist also für die Pflegenden selber und für den Patienten hilfreich, wenn beide aus der Begegnung wachsen. (Peplau 1995: 15-16)

Hildegard Peplau versteht die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Patient und Pflegende als einen Prozess, der in vier sich überlappende Phasen unterteilt ist (Peplau 1995: 41-67). Diese Phasen treten bei jedem Kontakt zum Patienten oftmals auch unbewusst auf und definieren die Aufgaben und Rollen der Pflegenden (Peplau 1995: 41). Die folgende Beschreibung der einzelnen Phasen bezieht sich auf Peplau (1995: 41-67).

Phase der Orientierung

Wenn der Patient und die Pflegenden das erste Mal aufeinandertreffen, beginnt die Phase der Orientierung. Der Patient bringt ein Bedürfnis nach Hilfe mit und die Aufgabe der Pflege besteht darin, den Bedarf an Unterstützung festzustellen. Indem die Pflegenden wichtige Informationen über Symptome, deren Zusammenhänge mit der Erkrankung, den Krankheitsverlauf oder die Versorgung an den Betroffenen weitergeben, helfen sie ihm in dieser Phase dabei, seinen entstandenen Hilfebedarf erstmals umfassend zu begreifen. Denn „der Patient muß [sic!] sein Problem sowie das Ausmaß seiner Hilfsbedürftigkeit erkennen und verstehen“ (Peplau 1995: 46). Dies unterstützt der Patient durch das Stellen von Fragen. Es obliegt der Verantwortung der Pflegenden, dass der Patient die Unterstützungsmöglichkeiten der professionellen Helfer erkennt und in Anspruch nimmt. Die Pflegenden stehen den Patientengefühlen und Gesprächsbedürfnissen offen gegenüber, erkennen Ängste und Unsicherheiten und wirken ihrer Entstehung beispielsweise durch Gesprächsbereitschaft und Informationsgaben entgegen. Die erste Phase der Orientierung stellt bereits wichtige Weichen für die weitere Beziehungsgestaltung.

Phase der Identifikation

In dieser Phase der Identifikation beziehen sich die Patienten auf die Pflegenden, die eine Unterstützung anbieten. Es zeigen sich jedoch verschiedene Reaktionen auf diese Bezugnahme, denen die Pflegenden konsequent mit Akzeptanz gegenüberstehen müssen. Manche Patienten können sich mit den Pflegekräften identifizieren, wodurch sie sich am Problemlöseprozess beteiligt und integriert fühlen. Es entsteht eine wechselseitige Beziehung zwischen den Pflegenden und dem Patienten, welcher sich somit zuversichtlich, heiter, gestärkt und ermutigt bezüglich seiner Krankheitsbewältigung fühlt. Sobald ein Gefühl der Sicherheit entsteht, entwickeln die Betroffenen den Wunsch danach, ihre Gefühle offen zu zeigen, die die Pflegenden gestatten sollten. Denn „Pflege bedeutet die Akzeptanz von Personen wie sie sind, [sic!] und die Unterstützung in Zeiten des Streß [sic!]“ (Peplau 1995: 56). Anderen Patienten fällt es nicht so leicht, sich mit den Pflegenden zu identifizieren, da sie beispielsweise schlechte Erfahrungen mit zwischenmenschlichen Beziehungen gemacht haben. Diese ziehen die Unabhängigkeit vor und isolieren sich. Die Aufgabe der Pflege besteht hierbei darin, die gemachten Erfahrungen zu strukturieren, neue Erfahrungen anzubieten und eine Verbindung zu schaffen, in der Raum für Gefühle der

Patienten ist. Eine weitere Reaktion der Patienten zeigt sich darin, dass sie sich über ein gesundes Maß hinaus mit den Helfenden identifizieren. Hier findet kein selbstständiges Handeln oder eine aktive Beteiligung an einer Problem- und Lösungsformulierung statt. Die Patienten sind übermäßig abhängig von den Pflegenden und fühlen sich hilflos. Aufgabe der Pflegenden ist es, genau zu beobachten und einzuschätzen, welche Erwartungen die Patienten an sie haben und ob Voreingenommenheit ihnen gegenüber besteht.

Phase der Nutzung

Nach erfolgreicher Identifizierung kann der Patient von den angebotenen Unterstützungen entsprechend seines Interesses und Bedarfs gänzlich profitieren und somit einen Nutzen aus der ihm Sicherheit gebenden Beziehung ziehen. In dieser Phase trifft der Patient eigene Entscheidungen und setzt sich neue Ziele. Hier findet somit eine Überschneidung von Identifikation und Ablösung statt. Für die Pflegenden ist diese Phase der Nutzung herausfordernd, da der Patient die Balance zwischen dem Bedürfnis nach Abhängigkeit und Unterstützung sowie dem Bedürfnis nach Unabhängigkeit nach seiner Genesung halten muss, was beim Patienten konträre Gefühle hervorrufen kann. Aufgabe der Pflege ist es, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen und ihn zu beraten.

Phase der Ablösung

Diese Phase bedeutet die Befreiung von der Identifikation mit den Pflegenden und betont besonders die Ausbildung und Stärkung von Fähigkeiten, die für ein unabhängiges Leben außerhalb des Krankenhauses notwendig sind. Der Patient befindet sich in der Phase der Ablösung, wenn er sich auf seine Entlassung vorbereitet und sich von den Abhängigkeiten von den Pflegenden löst. Dadurch, dass der Patient von den Pflegenden Unterstützung erhalten hatte, fühlt er sich sicher und gestärkt. Wichtig für die Pflege ist es, diese Phase auch als ein psychologisches Phänomen zu betrachten, wobei sich der Patient physiologisch zwar bereit, psychologisch jedoch nicht im Stande fühlen kann, unabhängig weiter zu leben. (Peplau 1995: 41-67)

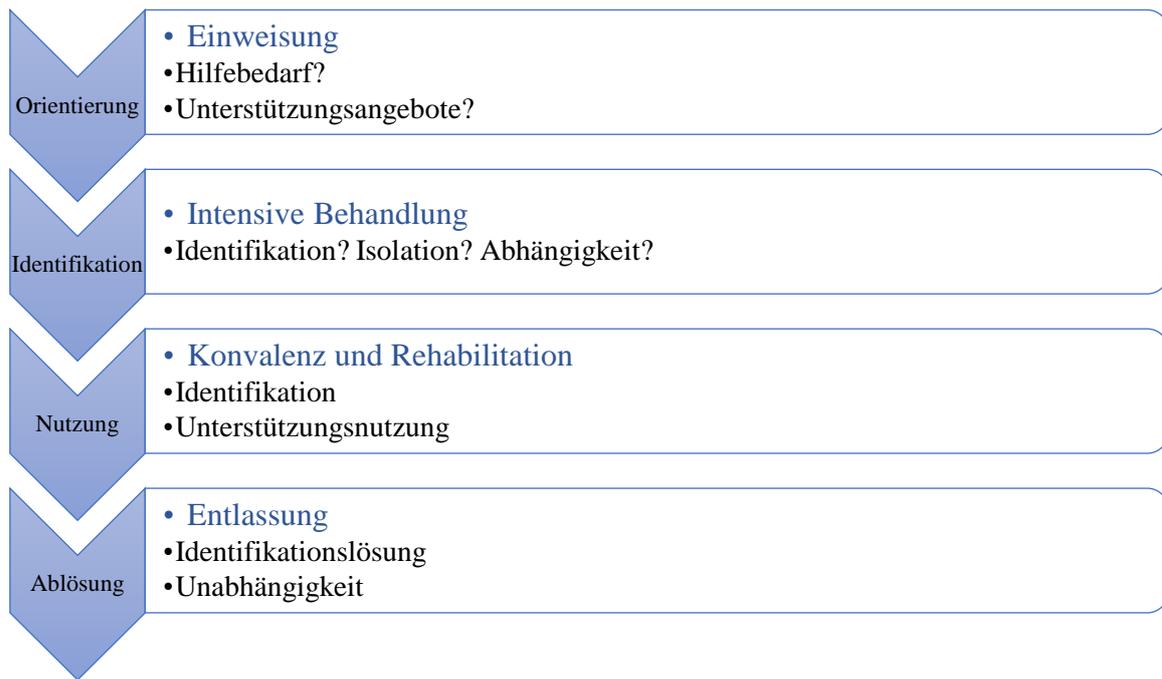


Abbildung 1: Phasen der zwischenmenschlichen Beziehung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Peplau (1995: 45)

3.2 Personenzentrierter Ansatz nach Carl Ransom Rogers

Die zwischenmenschliche Beziehung zwischen einem Therapeuten und einem Klienten war auch für den US-amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten Carl Ransom Rogers (1909-1999) von großem Interesse (Al-Abtah et al. 2015: 126-127). Mit seinem humanistischen Menschenbild, dass jeder fähig sei, durch eine Veränderung seiner Selbst und eine Weiterentwicklung seiner Persönlichkeit seine Probleme selbst zu bewältigen, war er der Begründer des personenzentrierten Ansatzes der Gesprächstherapie. Der Therapeut unterstützt den Klienten bei der Entdeckung und Aktivierung seiner Möglichkeiten, Fähigkeiten und Ressourcen und verhilft ihm dadurch zur Selbsthilfe. Notwendig hierfür ist jedoch ein Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen beiden Akteuren, die eine wertschätzende und sichere Atmosphäre für den Klienten schafft, in der er sich öffnen kann. (Al-Abtah et al. 2015: 126-127)

Damit sich der Klient vertrauensvoll an den Therapeuten wenden und seine Ressourcen ausfindig machen kann, benötigt der Therapeut nach Rogers drei wichtige Grundhaltungen: Empathie, die Kunst sich in den Gesprächspartner hineinzuversetzen und seine Gefühle zu verstehen, Akzeptanz und Wertschätzung, sein Gegenüber bedingungslos zu akzeptieren

und wertzuschätzen sowie Kongruenz (Echtheit), bei der der Therapeut authentisch und transparent bleibt (Al-Abtah et al. 2015: 126-127).

3.3 Die Beziehungsgestaltung aus Sicht des Patienten

In einer Theorie von Halldorsdottir (2008) wird die Beziehungsgestaltung zu den Pflegenden aus Sicht der Patienten dargestellt (Halldorsdottir 2008: 643). Der professionelle Aufbau einer solchen Beziehung wird dabei als das Herzstück der Pflege bezeichnet. Die Patienten nehmen die Beziehungsgestaltung als eine spirituelle Begegnung und Verbindung wahr, aus der sie Energie schöpfen können. Die Beziehung zwischen beiden Akteuren kann im Besonderen lebensspendend wirken und das Empowerment der Patienten stärken. (Halldorsdottir 2008: 643) Um den Aufbau und die Merkmale einer Beziehung aus Sicht der Patienten zu verdeutlichen, verwendet die Autorin Metaphern. Sie beschreibt das Bild einer Brücke, um die Möglichkeit der Kontaktaufnahme und Verbundenheit zu zeigen und auf der anderen Seite das Bild der Wand, die eine fehlende Kommunikation und misslungene Beziehungsgestaltung symbolisiert. Dadurch entsteht die sogenannte Wand-Brücken Theorie der Autorin über die menschlichen Begegnungen innerhalb der Pflege. (Halldorsdottir 2008: 646)

Die Patienten fühlen sich besonders verbunden und vertraut mit den Pflegenden, wenn sie diese als umsorgend, kompetent und professionell pflegend wahrnehmen (Halldorsdottir 2008: 645). Dies bedeutet, dass die Pflegenden sie als Patient und Mensch behandeln, Fähigkeiten besonders in Bezug auf die Beziehungsgestaltung besitzen und zudem wissend und erfahren sind. Diese drei Voraussetzungen erzeugen beim Patienten Vertrauen. (Halldorsdottir 2008: 464)

Die Autorin stellt in ihrer Theorie außerdem sechs Schritte innerhalb einer Beziehungsgestaltung dar und nimmt somit Bezug auf die Metapher der Brücke (Halldorsdottir 2008: 647). In den ersten beiden Schritten wird die Verbindung zwischen beiden Akteuren eingeleitet und die Anonymität entfällt durch die Beseitigung von Stereotypen, durch die Kommunikation auf Augenhöhe sowie durch gegenseitige Anerkennung und Akzeptanz. Im dritten Schritt kann der erfolgreiche Beziehungsaufbau anhand von Zeichen gedeutet werden. Hierzu zählen beispielsweise nonverbale Zeichen wie der Augenkontakt und die zugewandte Körpersprache, aber auch das Gefühl des Patienten,

jemand Besonderes zu sein. Folglich kann sich der Patient im vierten Schritt sicher genug fühlen, um sich den Pflegenden gegenüber ehrlich zu öffnen, wodurch es für die Pflegenden möglich wird, zielorientiert Maßnahmen zu planen und durchzuführen. In den beiden letzten Phasen der Solidarität und Ausübung der Pflege fühlen sich die Patienten als ein gleichwertiger und akzeptiert wahrgenommener Mensch, der in seiner Krankheitsbewältigung nicht alleine ist. Die Pflegenden werden befähigt mit dem Patienten gemeinsam zu arbeiten und die Gesundheit mit dem Ziel zu fördern, dass der Patient autonom wird. (Halldorsdottir 2008: 647)

4. Selbstmanagement und Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit

4.1 Begriffserläuterung Selbstmanagement und Selbstmanagementförderung

Das Selbstmanagement von chronisch kranken Patienten wird in der Literatur häufig in einer Weise definiert, die die Autoren Van Hooft et al. (2017) in ihrem Review aufgreifen. Demnach ist eine häufige Beschreibung die individuelle Fähigkeit und Fertigkeit eines Betroffenen, seine Symptome, Behandlung, physische und psychosoziale Beeinträchtigungen sowie Veränderungen in seiner Lebensweise managen zu können (Van Hooft et al. 2017: 1256). Der zusätzliche Umgang mit Veränderungen im Verhalten, den Kognitionen sowie den Emotionen zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität ist ebenfalls Merkmal des Selbstmanagements. Somit betrifft das Selbstmanagement nicht nur das Medikamentenmanagement und Symptommanagement, sondern bezieht sich vor allem auch auf die Integration der Krankheit in den Alltag. (Van Hooft et al. 2017: 1256)

Zu dieser Begriffserläuterung fügt Sassen (2018) noch hinzu, dass man unter Selbstmanagement zudem die Beobachtung und Kontrolle der eigenen gesundheitlichen Situation versteht, wobei der Betroffene somit die Führung innerhalb des Versorgungsprozesses innehat (Sassen 2018: 146).

Mit Blick auf die Bedeutung des Selbstmanagements während der Bewältigung einer chronischen Krankheit rückt der Begriff der Selbstmanagementförderung in den Vordergrund (Haslbeck&Schaeffer 2007: 82-92). Selbstmanagementförderung hat zum Ziel, die individuellen Handlungsstrategien des Betroffenen so zu fördern, dass er

eigeninitiativ und konstruktiv fähig ist, seine gesundheitliche Versorgung zu managen, ihm also zu Autonomie und Selbstvertrauen zu verhelfen. Die Kompetenz- und Wissensvermittlung spielen dabei eine bedeutende Rolle. (Haslbeck&Schaeffer 2007:83-84)

Im Hinblick auf die Selbstmanagementförderung sind verschiedene Prinzipien von Bedeutung (Haslbeck&Schaeffer 2007: 87). Zuerst ist es die Betonung der Eigenständigkeit und der aktiven Rolle des Patienten sowie die Sicht des Patienten als Experte seiner Versorgung. Weiter spielt die Kompetenzförderung des Betroffenen zum Managen seiner Krankheit und eine symmetrische, gleichrangige Beziehungsstruktur eine Rolle. Außerdem zielt eine Selbstmanagementförderung auf die Probleme ab, die der Patient selber wahrgenommen und vermittelt hat. Das letzte Prinzip beschreibt zusammenfassend, dass die Selbstmanagementförderung nicht edukativ, sondern supportiv zu erfolgen hat, sodass der Patient also ein Koproduzent in seiner Versorgung ist. (Haslbeck&Schaeffer 2007: 88)

4.2 Das Chronic Care Modell

Das von Ed Wagner und seinen Kollegen entwickelte Chronic Care Modell beschreibt die Optimierung der umfassenden Versorgung für chronisch Kranke auf der Basis evidenzbasierter Prinzipien (Sassen 2018: 148-149). Es veranschaulicht neben dem an der Versorgung aktiv beteiligten Patienten drei wichtige Komponenten: das Gesundheitssystem, das Gemeinwesen sowie das Praxisteam. Diese werden in Bezug auf die wichtige Unterstützung des Patienten aufgeführt, damit dieser sein Leben mit der chronischen Krankheit selbstständig managen kann. Das Selbstmanagement ist in diesem Modell von großer Bedeutung. Die partnerschaftliche und produktive Beziehung zwischen dem informierten und aktiven Patienten und dem vorausschauenden und vorbereiteten Team nimmt in dem Modell eine zentrale Rolle ein. Durch den häufigen Kontakt zum Patienten kann die Behandlung des chronisch kranken Patienten von den Gesundheitsdienstleistern optimiert und koordiniert werden. Außerdem muss der aktivierte und informierte Patient eine Verhaltensänderung vornehmen, um seine Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern. Schlussendlich soll im Chronic Care Modell die produktive Beziehung zwischen dem chronisch Kranken und den Gesundheitsdienstleistern zu besseren Ergebnissen in der Versorgung chronisch Kranker führen. (Sassen 2018: 148-149)

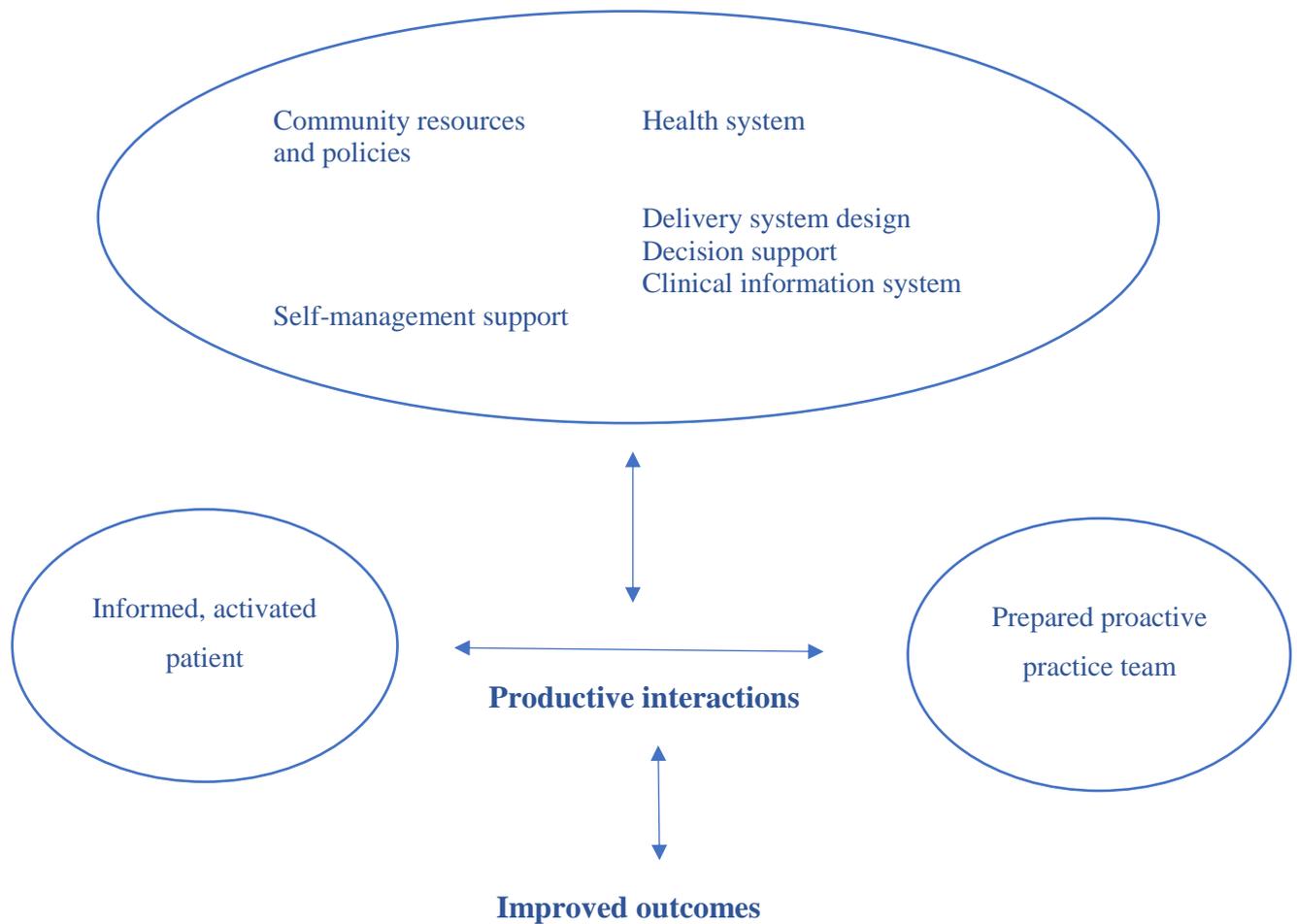


Abbildung 2: Chronic Care Modell (Sassen 2018: 148, zitiert nach Wagner et al. 1996)

5. Das Empowerment Konzept

Auf der Suche nach Definitionen und Erklärungen für den Begriff des Empowerments stößt man auf unterschiedlichste Ansätze, in denen der Versuch unternommen wird, sich dem Konzept zu nähern. Es existieren vielfältige Begriffserläuterungen von Empowerment, die ihren Fokus auf unterschiedliche Aspekte legen (Bravo et al. 2015: 5). Auf der einen Seite wird der Fokus auf das Empowerment als Umwandlungsprozess gelegt, durch den die Patienten Kontrolle über ihre Gesundheit und ihre Versorgung erlangen und ihre Lebensweise an das chronisch Kranksein anpassen. Auf der anderen Seite stützen sich Definitionen auf Faktoren, die das Empowerment untermauern wie die Selbstbestimmung und Autonomie und auf Interventionen, die das Empowerment festigen wie Patientenedukation oder personenzentrierte Pflege. (Bravo et al. 2015: 5-6) Es können fünf Hauptelemente des Empowerments festgehalten werden: Zuerst die Prinzipien seitens des

Patienten, der Gesundheitsdienstleister und des Gesundheitssystems, zu denen die Autonomie und die Selbstbestimmung des Patienten, deren Respektierung sowie die Beziehungsgestaltung seitens der Dienstleister und das Streben nach Optimierung und Unterstützung im Gesundheitssystem gehören. Zum Zweiten sind es die Interventionen der Gesundheitsdienstleister und des Gesundheitssystems, die das Empowerment fördern. Das dritte Hauptelement beschreibt Faktoren wie Charakter, Werte, Ziele oder Prioritäten des Patienten und der Dienstleister. Die beiden anderen Hauptelemente beziehen sich auf Aspekte wie die Fähigkeiten, Ressourcen, das Kohärenzgefühl, die Entscheidungsfähigkeit oder die aktive Teilhabe sowie die Outcomes für den Patienten und das Gesundheitssystem. (Bravo et al. 2015: 9-11)

Ein weiterer Ansatz definiert das Empowerment als den Erwerb von Motivation und Fähigkeiten, wodurch es dem Patienten möglich ist, sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen (Fumagalli et al. 2015: 390-391). Demensprechend ist das Empowerment ein Vorläufer für die Patientenpartizipation und -beteiligung. Die Patientenaktivierung, die hierbei eine wichtige Rolle spielt, kann als Unterpunkt des Empowerments gesehen werden, beide zusammen zielen auf einen Wandel der Patientenrolle von passiv zu aktiv ab. (Fumagalli et al. 2015: 391)

Auch Castro et al. (2016) bezeichnen das Empowerment als ein komplexes Konzept, welches sich auf die drei Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) bezieht (Castro et al. 2016: 1924-1925). Sie sind ebenfalls der Ansicht, dass das Empowerment ein Konzept ist, das dem Patienten ermöglicht, die passive Rolle abzugeben, um stattdessen aktiv am Entscheidungsfindungsprozess ihrer Versorgung teilzunehmen (Castro et al. 2016: 1924-1925).

Auf Grundlage der verschiedenen Konzeptbetrachtungen von Bravo et al. (2015), Fumagalli et al. (2015) und Castro et al. (2016) kann das Empowerment von der Verfasserin dieser Arbeit zusammenfassend als eine Entwicklung der Persönlichkeit und des Verhaltens eines Patienten beschrieben werden. Eine Entwicklung der Persönlichkeit durch den Erwerb von Motivation und Fähigkeiten und eine Entwicklung des Verhaltens von einer passiven zu einer aktiven Rolle im Versorgungsprozess führt zu einem Erwerb von Kontrolle über die eigene Gesundheit und die Versorgung. Dies betont die Verantwortlichkeit des Patienten, seine Möglichkeiten zu nutzen. Wichtige Elemente des Empowerments sind die

Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten (Mikroebene), das professionelle Verhalten und das Intervenieren zur Förderung des Patienten seitens der Gesundheitsdienstleister (Mesoebene) sowie die Bestrebungen des Gesundheitssystems zur Optimierung des Empowerments (Makroebene). Die Einstellungen, Werte, Zielvorstellungen oder Prioritäten dieser drei Akteure haben Einfluss auf die Ausbildung des Empowerments. Die Patientenpartizipation und die Patientenaktivierung sind Faktoren, die stark im Zusammenhang mit dem Empowerment stehen und sich gegenseitig bedingen.

Für die folgende Arbeit ist es wichtig, sich kurz zu den unterschiedlichen Begrifflichkeiten zum Thema Empowerment und deren Beziehung zu einander zu äußern. Besonders die Patientenaktivierung wird in Studien häufig als Synonym des Empowerments verwendet (Fumagalli et al. 2015: 385). Zudem wird der Begriff der Patientenpartizipation oft mit dem des Empowerments gleichgesetzt (Castro et al. 2016: 1926). Außerdem steht das Empowerment in Beziehung zu Faktoren und Themen wie den Kompetenzen, dem Selbstmanagement, der Integration in die Entscheidungsfindung des Patienten sowie der patientenzentrierten Pflege, weshalb im Zusammenhang mit dem Empowerment häufig von diesen Aspekten gesprochen wird (Bravo et al. 2015:11, Castro et al. 2016: 1923-1939). Des Weiteren wird das Empowerment auch als ein wichtiger Vorläufer der Patientenaktivierung zusammen mit dem Patientenengagement bezeichnet, sodass in der Diskussion über das Empowerment diese Begrifflichkeiten häufig erwähnt werden (Pelletier&Stichler 2013:52).

6. Die Empowerment- und Selbstmanagementförderung anhand der Pflegebeziehung

In Anbetracht der vielfältigen Herausforderungen bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit besteht eine wichtige Aufgabe der Pflegenden darin, ihre Schlüsselrolle hierbei wahrzunehmen und den Anforderungen bei der Versorgung zu begegnen (Schaeffer 2006: 197). Dies beinhaltet edukative Aufgaben wie die Wissensvermittlung, die Beratung oder Schulung, aber besonders das Ziel, die Handlungsfähigkeit im Sinne des Empowerments und die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten zu fördern (Schaeffer 2006: 198). Die Bedeutung des Aufbaus einer professionellen Beziehung der Pflegenden zum chronisch kranken Patienten bei der Förderung des Empowerments und der Selbstmanagementfähigkeiten wird im Folgenden verdeutlicht werden.

Chronisch kranke Patienten berichten im Zusammenhang mit ihrer Krankheitsbewältigung häufig davon, wie wichtig ihnen ihre Beziehung zu den Pflegenden ist (Wilkes et al. 2008:164). Sie betonen dabei das Gefühl, sich mit sie umsorgenden Pflegenden wohlfühlen und beschreiben diese im Kontakt als freundlich, fröhlich, angenehm, beruhigend und bestätigend. Die Betroffenen beschreiben hierbei den Unterschied, wenn Pflegende kontinuierlich für einen zuständig sind und eine Beziehung aufbauen können, oder im Gegensatz dazu, wenn ein Beziehungsaufbau aufgrund des ständigen Wechsels der Bezugspersonen nicht möglich ist. (Wilkes et al. 2008: 164)

„[...] If you don't feel comfortable with them you don't want to tell them anything.“
(Wilkes et al. 2008:164)

Als besonders wichtig wird von den Patienten die Kommunikation mit den Pflegenden erachtet. Pflegende, die gut zuhören, wecken bei den Betroffenen das Gefühl, sich vertraulich öffnen zu können und in jeder Hinsicht verstanden zu werden. Der Aufbau einer Beziehung fördert das Vertrauen sowie die Kommunikation und erzeugt Zuversicht beim Patienten. (Wilkes et al. 2008: 164)

Die Beziehungsgestaltung spielt laut der Autoren Komatsu&Yagasaki (2014) als wichtiger erster Schritt eine bedeutende Rolle, um im Verlauf der Krankheitsbewältigung in eine nächste Phase aufzusteigen (Komatsu&Yagasaki 2014: 421). Mit Hilfe des Beziehungsaufbaus zum Patienten helfen Pflegende dem Patienten dabei, erst einmal zu sich selbst zu finden („return to oneself“) (Komatsu&Yagasaki 2014: 421). Dadurch wird der chronisch kranke Patient fähiger, seine individuellen Bedürfnisse und Prioritäten zu äußern, also seine Perspektive auf seine Erkrankung und die damit einhergehenden Probleme darzulegen.

„I also agree that attentive listening is just the beginning. We need to know what patients want most. Otherwise, we cannot move further. So I ask them what they really want (Nurse 11).“ (Komatsu&Yagasaki 2014: 422)

Dafür ist nach Ansicht der Autoren Komatsu&Yogasaki (2014) Zeit zum Aufbau von Vertrauen zwischen dem Patienten und den Pflegenden notwendig. Erst nach einem gelungenen Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung kann die nächste Phase folgen, in der

eine individuelle Planung, Koordinierung der Versorgung sowie eine Teilnahme der Patienten am Prozess möglich ist („shared actions“) (Komatsu&Yagasaki 2014: 421). Dadurch bekommt der Betroffene ein Gefühl der Sicherheit vermittelt und ist fähig, die Kontrolle über seinen Alltag wiederzuerlangen („regain control of one’s daily life“) (Komatsu&Yogasaki 2014: 421). Danach beginnt die Phase, in der die Patientenpotentiale und Ressourcen entdeckt und gefördert werden, damit der Betroffene ein eigenständiges und unabhängiges Leben führen kann („realizing the patient’s potential“) (Komatsu&Yagasaki 2014: 421). Es wird im ersten Schritt durch die empathische und vertrauliche Zuwendung der Pflegenden erreicht, in die folgenden Phasen der Krankheitsbewältigung aufzusteigen. Denn durch die Empathie und das Vertrauen können die wahren Bedürfnisse der Betroffenen identifiziert werden. Somit helfen die Pflegenden anhand eines Beziehungsaufbaus dem Patienten im Verlauf seiner chronischen Krankheit, seine eigenen Potentiale zu entwickeln und mit den Konsequenzen der Krankheit zurechtzukommen. Die Pflegenden stärken das Empowerment und fördern dadurch die Selbstmanagementfähigkeiten. (Komatsu&Yagasaki 2014: 421-424)

Die Autoren Jerofke-Owen&Bull (2017) heben die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung mit gegenseitigem Vertrauen und Respekt im Hinblick auf die Entwicklung des Empowerments ebenfalls hervor. Die Beziehung zwischen beiden Beteiligten sorgt für eine kontinuierliche Pflege und eine sichere Umgebung, in der es dem Patienten möglich ist, sich zu öffnen und Fragen zu stellen. (Jerofke-Owen&Bull 2017: 4-5)

„...the more you know about the patient, the more that they sometimes open up, sometimes they just aren’t ready to talk to you the first day you have them but the second day they’re a little bit more ready, [...] it just gets better every day.“

(Jerofke-Owen&Bull 2017: 5)

Patienten empfinden es zudem als förderlich für ihr Empowerment, wenn sie einen festen Hauptansprechpartner und Kommunikationspartner haben, da somit aufgrund nur eines Expertenwissens besseres Verständnis seitens des Patienten besteht, anstatt vieler verschiedener Informationen aus dem multidisziplinären Team (Jerofke-Owen&Bull 2017: 5). Außerdem unterstützt es das Empowerment, wenn die Pflegenden die Autonomie des Patienten akzeptieren und wertschätzen und mit ihm gemeinsam Ziele in der Versorgung formulieren. Dadurch fühlen sich die Betroffenen in ihrer Selbstbestimmtheit bestätigt. Eine

weitere förderliche Eigenschaft der Beziehungsgestaltung ist es, dem Patienten Hoffnung zu geben. Dies kann durch einfache Methoden wie das Loben, das Betonen von Erfolgen, das Ermutigen oder das Trösten sein. (Jerofke-Owen&Bull 2017: 6-7)

Ein Dialog zwischen den Pflegenden und dem Patienten, welcher eine wertschätzende, respektvolle Kommunikation und geteiltes Wissen beinhaltet, bewirkt eine aktive Teilnahme des chronisch Kranken und ist somit ein Vorläufer des Patienten-Empowerments (Castro et al. 2016: 1925-1926).

Chronisch kranke Patienten und Pflegende stellen ebenfalls rund um das Thema des Selbstmanagements neben Aspekten wie den förderlichen Interventionen oder erfahrenen Hürden² zwei zentrale Themen heraus: Die Kommunikation sowie die Interaktion zwischen dem Patienten und den Gesundheitsdienstleistern (Hillebregt et al. 2017: 128-129). Wichtig in der Kommunikation ist vor allem die Erreichbarkeit der Pflegenden, das Kommunizieren auf Augenhöhe und die Bezugnahme zum sozialen Umfeld und Hintergrund des Betroffenen, also die Betrachtung des Patienten über seine Krankheit hinaus. Hillebregt et al. (2017) halten es für fraglich, ob ein seltener Kontakt zwischen den Patienten und den Pflegenden einen guten Nährboden für einen Vertrauensaufbau darstellt und bei Erkrankten eine Verhaltensänderung bewirken kann. Ein weiterer Aspekt, der das Empowerment und Selbstmanagement fördert, ist die Gleichheit in der Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Betroffenen. Wenn sie sich gleichwertig fühlen, öffnen sie sich mehr, nehmen eine aktive Rolle ein, teilen vermehrt Sorgen und Ideen oder Bedürfnisse mit und machen eine gemeinsame Entscheidungsfindung dadurch möglich. (Hillebregt et al. 2017: 129-131) Neben den genannten Eigenschaften einer gelungenen Kommunikation ist seitens der Pflegenden besonders ihre Bereitschaft und positive Einstellung³ zu kommunizieren wichtig, also zum Beispiel im ersten Kontakt nicht direkt über die Krankheit zu sprechen, sondern erst einmal im Gespräch über andere persönliche Themen Vertrauen des Patienten aufzubauen (Peltola et al. 2018: 8-9). Dieses Vertrauen fördert das Sicherheitsgefühl der Betroffenen und hat laut Patientenaussagen Einfluss auf die Beurteilung der Fähigkeit, ihre Versorgung zu managen. Sie betonen, dass ein Vertrauen seitens der Pflegenden in ihre Fähigkeiten, die eigene Gesundheit zu managen, zu einer Förderung ihrer Autonomie und ihres Empowerments führt. Auf der anderen Seite wirkt sich ein Misstrauen seitens der

² Hillebregt et al. (2017) benutzen den englischen Begriff „barriers“

³ Peltola et al. (2018) benutzen den englischen Ausdruck „willingness to communicate“

Pflegenden negativ auf ihre Motivation und somit das Empowerment aus. Pflegende, die offensichtlich keine Zeit oder keine Motivation haben zu kommunizieren, bewirken bei den Betroffenen eine verschlossene Haltung. (Peltola et al. 2018: 7-9) Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das emotionale Präsentsein⁴ der Pflegenden. Emotionale Unterstützung seitens der Pflegenden wie Bestätigung geben, beruhigen, Verständnis für Probleme zeigen, positives Feedback geben oder anteilnehmende Berührungen rufen bei den Betroffenen positive Erfahrungen in ihrer Krankheitsbewältigung hervor. Betroffene schätzen es sehr, dass sie während ihrer chronischen Krankheit jeder Zeit in verschiedenen Situationen ihre Emotionen zeigen können und dass diese von den Pflegenden akzeptiert werden. Findet keine emotionale Unterstützung statt, führt dies häufig zu Frustration seitens der Betroffenen. (Peltola et al. 2018: 9-10)

Kristjansdottir et al. (2018) stellen drei personale Stärken dar, die für das Empowerment und Selbstmanagement förderlich sind (Kristjansdottir et al. 2008: 5-7). Neben den internen Stärken wie der positive Blick in die Zukunft, die Akzeptanz der Krankheit, das Wissen oder der Mut und neben den Selbstmanagement Interventionen heben die Autoren vor allem die externen Stärken der Betroffenen hervor. Diese sind unterstützende Beziehungen und ein Zugang zu vertrauenswürdigen Gesundheitsdienstleistern. (Kristjansdottir et al. 2018: 5) Die Pflegenden können ihrer Ansicht nach den Patienten dazu verhelfen, ihre Stärken zu erkennen und zu fördern, um Gesundheit und Wohlbefinden zu steigern. Sie fungieren sozusagen als Katalysator für das, was für den Patienten wichtig ist und fördern seine Wahrnehmung dafür. Die Stärken zu mobilisieren, ist entscheidend für die Förderung des Empowerments. (Kristjansdottir et al. 2018: 7)

In Hinblick auf die förderliche Gestaltung der Pflegebeziehung berichten chronisch kranke Patienten häufig davon, dass ihnen Pflegende fehlen, die zuhören und vertrauensvoll ihre Sorgen aufnehmen und somit bei Entscheidungen helfen können (Nagelkerk et al. 2006: 154). Effektiv ist auch ihrer Ansicht nach eine Gestaltung einer gemeinschaftlichen Pflegebeziehung, die die Verantwortung und das Selbstmanagement der Patienten fördert. (ebd.)

⁴ Peltola et al. (2018) benutzen den englischen Ausdruck „emotional presence“

„I think the biggest help for me has been my (practitioner) [...].“

(Nagelkerk et al. 2006: 155)

Als Basis einer Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegenden wird die mitfühlende Pflege⁵ genannt (Sharp et al. 2016: 5). Sie wird als sehr bedeutsam von den Betroffenen wahrgenommen, da sie sich auf ihr Empowerment förderlich auswirkt („[...] compassionate care enabled patient empowerment“) (Sharp et al. 2016: 5). Das Ergebnis einer mitfühlenden Pflege ist ein aktiver statt passiver Patient als Partner in seiner Versorgung, weshalb sie auch als der Katalysator für das Empowerment und die Teilnahme des Patienten angesehen wird. Patienten nehmen die Pflege, die als mitfühlend und anteilnehmend beschrieben wird, als eine qualitativ hochwertige Pflege wahr. Des Weiteren haben die Patienten besonders dann Vertrauen in die Versorgung und sind zuversichtlich, wenn sie das Gefühl haben, die Pflegenden würden sie gut kennen, was durch eine Gestaltung der Beziehung zueinander unterstützt wird. Das Kennenlernen des Betroffenen ermöglicht es, individuelle Bedürfnisse und Anforderungen zu erkennen und diesen zu begegnen. (Sharp et al. 2016: 5-6) Eine mitfühlende, optimistische und lösungsorientierte Pflege hat zur Folge, dass die Patienten sich verbunden fühlen, was ihnen Hoffnung macht, ihre Autonomie sowie Compliance⁶ fördert und ihre Kompetenz erhöht, die Krankheit zu bewältigen. Sie erhalten das Gefühl, ihre Identität wieder zu erlangen und als Mensch gesehen zu werden. Das löst bei ihnen große Motivation und Ermutigung aus, Ziele zu setzen. Im Gegensatz dazu berichten Betroffene von Sorgen und Zukunftsängsten, wenn sie den Eindruck haben, von ihren Pflegenden nicht gekannt zu werden. Mitfühlende Pflege hat also nicht nur förderlichen Einfluss auf die Teilnahme des Patienten an seiner Versorgung, sondern ebenso auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit. Zudem bewirkt ein Beziehungsaufbau zum Patienten, dass auch die Pflegenden weniger klinisch und mehr menschlich wahrgenommen werden. (Sharp et al. 2016: 7-9)

„They were just like us and they knew what we were going through.“

(Sharp et al. 2016: 9)

⁵ Sharp et al. (2016) benutzen den Ausdruck „compassionate care“

⁶ Bezeichnung für die Übereinstimmung zwischen dem Verhalten des Patienten den Empfehlungen der Medizin und Pflege (Al-Abtah et al. 2015: 110)

Die Gesundheitsdienstleister werden in Bezug zum Empowerment als eine wichtige Ressource wahrgenommen, indem sie sich Zeit für Gespräche nehmen und Fragen der Patienten beantworten (Fotokian et al. 2017:12). Besonders das Vertrauen zu den Pflegenden innerhalb der Beziehung fördert auch nach Ansicht von Fotokain et al. (2017) anschließend die aktive Teilnahme der Patienten (ebd.).

„Participants started participating in the process of care once they trusted healthcare providers.“

(Fotokian et al. 2017: 7)

Eine Empowerment- und Selbstmanagementförderung durch eine professionelle Gestaltung der Pflegebeziehung zeigt laut der Literatur zahlreiche Folgen für den Patienten sowie für das Gesundheitssystem. Eine mitfühlende Pflege hat beispielsweise positive Einstellungen und das Gefühl des Patienten zur Folge, dass er als wichtig im Versorgungsprozess angesehen wird und dass seine Erholung von eventuellen Problemen möglich ist (Sharp et al. 2016: 8). Eine Empowerment- und Selbstmanagementförderung erhöht die Lebensqualität des Betroffenen, hat zahlreiche positive Konsequenzen für den Gesundheitszustand des Patienten und für die Kosten einer Versorgung von chronisch kranken Patienten (Castro et al. 2016: 1928, Jerofke et al. 2014: 1319). Zudem fördert sie das Wohlbefinden der Betroffenen und führt zu mehr Unabhängigkeit von den Gesundheitsdienstleistern (Bravo et al. 2015: 10). Des Weiteren kann ein gefördertes Selbstmanagement und Empowerment das Patientenverständnis verbessern und damit Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben (Sassen 2018: 161). Eine positive Folge ist außerdem die Übereinkunft zwischen dem Patienten und den Pflegenden, gemeinsam Ziele und Pläne zu erstellen und Entscheidungen im Versorgungsprozess zu treffen (Sassen 2018: 163). Ein gefördertes Empowerment und Selbstmanagement chronisch kranker Patienten verbessert insgesamt Faktoren, die von dem Gesundheitsverhalten des Patienten über die Bewältigungsstrategien bis hin zu einem verbesserten Zugang zu Möglichkeiten und Angeboten des Gesundheitssystems reichen (Sassen 2018: 177).

7. Anforderungen an die Umsetzung

7.1 Kompetenzanforderungen an die Pflegenden

Für die Umsetzung einer nützlichen Gestaltung der Pflegebeziehung zur Selbstmanagementförderung bedarf es laut der Literatur jedoch vieler Kompetenzen der Pflegenden. Zunächst müssen die Pflegenden ihre Schlüsselrolle in der Selbstmanagementförderung der Patienten erkennen und als wertvoll in Bezug auf die derzeitigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bewerten (Barello et al. 2017: 9). Erst, wenn die Pflegenden sich ihrer Potentiale, insbesondere für eine emotionale Begleitung, bewusst sind, ist eine Gestaltung der Pflegebeziehung möglich (Sharp et al. 2016: 9). Dabei ist es wichtig, dass die Bindung zum Patienten sowie ihr Auftreten authentisch und aufrichtig sind. Wenn sie dem Betroffenen mit Mitgefühl begegnen, muss die Pflege sicherstellen, dass ihr Mitgefühl mit Kompetenzen synergetisch wirkt. Ein Beziehungsaufbau zum Betroffenen ist zu jedem Zeitpunkt möglich, auch ohne vorherigen Kontakt, was durch das Bild der Brücke (siehe Seite 12) deutlich gemacht wird. (Sharp et al. 2016: 9)

Die Patienten nehmen bei einem gelungenen Beziehungsaufbau neben der Kompetenz, aufrichtig zu umsorgen noch weitere Fähigkeiten wahr (Halldorsdottir 2008: 645-646). Hierzu gehört das Expertenwissen der Pflegenden im jeweiligen Fachgebiet und das Wissen bezüglich einer Beziehungsgestaltung sowie ihre Weisheit als professionell Pflegende, die eine Kombination aus Wissen und Erfahrung darstellt. Daraus kann ein Vertrauen als Basis der Entwicklung einer Beziehung entstehen. (ebd.) Darüber hinaus bedarf es einiger verbaler und besonders nonverbaler Kommunikationskompetenzen (Peltola et al. 2018: 8). Es ist wichtig, dass die nonverbale Kommunikation wie der Augenkontakt oder das durch Körpersprache signalisierte aufmerksame Zuhören auf Gegenseitigkeit beruhen. Besonders ein Gespräch zu beginnen und zu gestalten, bedarf der Kompetenz der Pflegenden, sich Zeit zu nehmen und mit krankheitsunabhängigen, leichteren Themen zu beginnen. (Peltola et al. 2018: 8) Die Kompetenzen sollten nicht nur auf Seiten der Pflegenden bestehen, sondern auch von den Betroffenen selber entwickelt werden, um zu interagieren (Hillebrecht et al. 2017: 124). Dazu gehören neben den Kommunikationskompetenzen auch das Wissen, die Haltung, die Motivation, die Werte, die Motive oder die Persönlichkeit beider Beteiligten. Außerdem hebt die Autorin hervor, dass eine gute Zusammenarbeit und Absprachen im behandelnden Team unentbehrlich sind. (ebd.) Diese Kompetenz wird auch als

vorausschauendes Arbeiten bezeichnet (Komatsu&Yagasaki 2014: 422). Die Pflegenden stellen Kontakte zu anderen Professionen im multidisziplinären Team her und betrachten den Patienten somit ganzheitlich. Sie beobachten den Verlauf seiner chronischen Krankheit und mögliche Effekte auf sein soziales Umfeld vorausschauend. (Komatsu&Yagasaki 2014: 422)

„We can predict the progression of the disease and the problems the patient will face in the near future so that we are prepared to intervene. I believe this is the strength of nursing.“

(Komatsu&Yagasaki 2014: 422)

Im Folgenden wird die Notwendigkeit von Kompetenzen und Rahmenbedingungen der Beziehungsgestaltung anhand von Hürden bei der Gestaltung der Pflegebeziehung zur Empowerment- und Selbstmanagementförderung verdeutlicht.

Die Barrieren können hierbei generell auf beiden Seiten, der Patienten und der Pflegenden, existieren (Reichardt&Gastmeier 2013: 162). Zunächst kann ein eingeschränktes Wissen der Pflegenden in bestimmten Fachgebieten eine Hürde darstellen, wenn es darum geht, dem Patienten Informationen zu vermitteln und ihn auf vorhersehbare Verläufe vorzubereiten (Blecker et al. 2017: 165). Wenn ein Mangel an Kommunikation zwischen den Pflegenden und Patienten besteht, ist es den Pflegenden beispielsweise weniger möglich, sich Wissen über die Vorgeschichte und Vorbehandlung einzuholen und auf Bedürfnisse zu reagieren (ebd.). Betroffene entwickeln eine negative Haltung gegenüber ihren Pflegenden, wenn die Versorgung nicht patientenzentriert verläuft, sie keine spezifischen und individuellen Informationen erhalten und ihre Versorgung zu allgemein gestaltet wird (Sassen 2018: 153, Nagelkerk et al. 2006: 154). Außerdem stellt es eine Hürde dar, wenn es den Pflegenden nicht gelingt, einen Raum für Gefühle und Fragen des Patienten zu schaffen und durch ausreichend Zeit ebenso Raum für eine Entscheidungsfindung zu geben. Zudem wird es als Hürde wahrgenommen, wenn die Pflegenden im Kontakt mit ihren Patienten eine dominante, sich durch medizinische Fachsprache abhebende Rolle einnehmen. (Sassen 2018: 153-157) Es kommt zu keinen Gefühlen der Gleichheit und die Patienten spüren eine Bevormundung durch die Pflegenden (Barello et al. 2017: 2). Ein weiterer hinderlicher Aspekt sind widersprüchliche oder nicht abgestimmte Patienteninformationen aus dem multidisziplinären Team und ein häufiger Wechsel der zuständigen Pflegenden, was zur

Verschlossenheit der Patienten führen kann (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10). Des Öfteren nehmen die Pflegenden mögliche Ängste der Patienten in der ungewohnten Umgebung unter fremden Menschen nicht mehr oder zu wenig wahr, da es für sie die alltägliche Arbeitswelt darstellt. Die Patienten fixieren sich auf diese Ängste und können sich wohlmöglich gar nicht oder zu wenig auf eine aktive Teilnahme konzentrieren. (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10)

7.2 Anforderungen an die Rahmenbedingungen

Bezüglich der Rahmenbedingungen verhindert zu aller erst Zeitdruck eine produktive Informationsvermittlung und ein Klima für eine offene Kommunikation (Reichardt&Gastmeier 2013: 159). Dies spielt eine bedeutende Rolle, da sich der chronisch kranke Patient häufig in einer emotionalen Ausnahmesituation befindet und Gefühle der Unsicherheit und Ängste hat und Zeit für Austausch somit bräuchte (ebd.). Mit Blick auf die notwendigen Rahmenbedingungen stellen zudem nicht adäquate Unterstützungen seitens der Betroffenen eine Hürde dar, wenn ihre Angehörigen bezüglich der Versorgung anderer Ansichten als der Patient selber sind und die Pflegenden zwischen ihnen stehen (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10). Diese Position, in der die Pflegenden schlichten, beraten und vermitteln müssen, ist für sie herausfordernd und beeinflusst die Arbeit mit dem Patienten. Andererseits kann ein fehlendes oder selten präsent soziales Umfeld des Betroffenen dazu führen, dass dieser sehr darunter leidet, seiner Versorgung gegenüber demotiviert ist und inaktiv wird. Daneben kann es aber auch vorkommen, dass chronisch Kranke keine Erkenntnis darüber haben, dass sie autonom in der Behandlung mitentscheiden dürfen. Sie zeigen dadurch einen Mangel an Verantwortung und bleiben bei ihrer gewohnten passiven Rolle. Diese Passivität kann zusammen mit der häufigen Hoffnungslosigkeit während chronischer Krankheit eine Beziehungsgestaltung erschweren. (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10)

Zusätzlich spielen die Prioritäten des Krankenhauses eine wichtige Rolle bezüglich der Barrieren (Blecker et al. 2017: 165). Diese streben immer schnellere Entlassungen an, um die Kosten zu senken, freie Betten zu gewährleisten und die Outcomes der Patienten zu erhöhen (Blecker et al. 2017: 165). Durch die kürzeren Liegedauern und den dadurch entstehenden Zeitmangel findet die Entlassung statt, bevor ein Aufbau einer Pflegebeziehung erfolgreich gestaltet werden kann (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10). Dadurch ist eine Patientenpartizipation zu beginnen häufig nicht möglich. Darüber hinaus

entsteht der Zeitmangel auch durch die hohe Anzahl von Patienten, wodurch Pflegende häufiger Entscheidungen alleine treffen und dadurch nicht zum Empowerment des Patienten beitragen können. (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10)

8. Diskussion

8.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen sich in Hinblick auf die Untersuchungsfrage dieser Arbeit zunächst zusammenfassend darstellen.

Ein Aufbau einer Beziehung zwischen den Pflegenden und den chronisch kranken Patienten ist für Betroffene in ihrer Krankheitsbewältigung sehr bedeutsam (Wilkes et al. 2008: 164). Die Gestaltung der Pflegebeziehung fördert das Wohlbefinden, die Kommunikation, das Vertrauen und schafft einen vertrauensvollen und sicheren Raum, in dem sich der Patient öffnen und entwickeln kann (Wilkes et al. 2008: 164, Komatsu&Yagasaki 2014: 421-424, Jerofke-Owen&Bull 2017: 6-7). Komatsu&Yagasaki (2014) heben dieses Vertrauen und die Empathie zwischen den Pflegenden und Betroffenen als Grundbaustein hervor, der für die weiterfolgenden Schritte der Krankheitsbewältigung notwendig ist. Somit kann die Versorgung des Patienten koordiniert und geplant werden und der chronisch Kranke partizipieren. Durch die Partizipation wiederum gelingt es dem Patienten wieder Kontrolle über seinen Alltag und seine Versorgung zu erlangen und durch die Entdeckung seiner Potentiale ist er fähig, seine Autonomie wiederzuerlangen und zu fördern, was insgesamt sein Empowerment und seine Selbstmanagementfähigkeiten stärkt. (Komatsu&Yagasaki 2014: 421-424) Das gemeinsame Setzen von Zielen, also das partnerschaftliche Arbeiten, gibt Hoffnung und fördert das Selbstvertrauen und die Selbstbestimmung (Jerofke-Owen&Bull 2017: 6-7). Kristjansdottir et al. (2018) bezeichnen vertrauenswürdig Pflegende als eine der externen Stärken eines chronisch kranken Patienten, wodurch ihm dazu verholfen wird, seine Stärken und Prioritäten zu erkennen und zu mobilisieren. (Kristjansdottir et al. 2018: 7) Nach Sharp et al. (2016) ist außerdem eine mitfühlende Pflege sowie die Gewissheit darüber, von den Pflegenden gut gekannt zu werden, für die Förderung des Selbstmanagements und Empowerments maßgeblich (Sharp et al. 2016: 5-9). Das Gefühl der Hoffnung, die Motivation, die gesteigerte Autonomie, die Kompetenzen sowie

die Ermutigung, sich Ziele zu setzen, werden ausgelöst durch das Gefühl, mit den Pflegenden verbunden zu sein und von ihnen als Mensch wahrgenommen zu werden (ebd.). Bedeutsam und durch die Pflegebeziehung unterstützt ist für die Empowerment Förderung die Kommunikation mit bestimmten Kommunikationsstrategien zwischen beiden Beteiligten (Castro et al. 2016: 1925-1926, Hillebregt et al. 2017: 129-131, Peltola et al. 2018: 9-10). Patienten erfahren es als positiv und förderlich, wenn Pflegende emotional präsent sind und emotional unterstützen (Peltola et al. 2018: 9-10).

Eine notwendige Kompetenz der Pflegenden ist zunächst das Erkennen ihrer einzigartigen Schlüsselrolle bei der Selbstmanagementförderung (Sharp et al. 2016: 9, Barello et al. 2017: 9). Wichtig sind Authentizität, Empathie, Expertenwissen, Erfahrung, ihre Haltung und Motivation und ihr vorausschauendes Arbeiten im Team (Sharp et al. 2016: 9, Halldorsdottir 2008: 645-646, Hillebregt et al. 2017: 124, Komatsu&Yagasaki 2014: 422). Aufgrund der Bedeutung einer gelungenen Kommunikation bei der Selbstmanagementförderung sind vor allem verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien und -kompetenzen nötig, um das Wissen rund um den Patienten zu fördern (Peltola et al. 2018: 8, Blecker et al. 2017: 165). Pflegende müssen individuell auf den Betroffenen eingehen können, Raum für Fragen und Entscheidungen lassen, für ein Gefühl der Gleichheit sorgen, dem Betroffenen häufig und mit Zeit begegnen oder die Patientengefühle jederzeit wahrnehmen können (Sassen 2018: 153-157, Nagelkerk et al. 2006: 154, Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10). Die Rahmenbedingungen seitens der Krankenhäuser stellen Hürden dar, da die Entlassungen beschleunigt werden, die Liegedauer dadurch verkürzt wird und die Zeit dadurch für eine Gestaltung der Pflegebeziehung häufig fehlt (Blecker et al. 2017: 165, Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10). Zudem verkürzt die hohe Anzahl an Patienten die Zeit, um mit ihnen gemeinsam zu arbeiten und eine Beziehung zu ihnen aufzubauen (Jerofke-Owen&Bull 2017: 7-10).

8.2 Interpretation der Ergebnisse

8.2.1 Einordnung der Ergebnisse in Bezug zu den Theorien und Modellen

Die Ergebnisse werden im Folgenden zunächst anhand der Theorien von Hildegard Peplau und Carl R. Rogers sowie mit Blick auf das Chronic Care Modell näher beleuchtet.

Die von Komatsu&Yagasaki (2014) und Jerofke-Owen&Bull (2017) geschilderte förderliche Wirkung der Gestaltung einer Pflegebeziehung zum betroffenen Patienten erinnert an die vier Phasen der zwischenmenschlichen Beziehung nach Hildegard Peplau (Peplau 1995: 41-67). Indem der Patient im ersten Schritt zunächst zu sich selber finden und seine Bedürfnisse mitteilen soll, erlangt er im zweiten Schritt die Kontrolle über sein Leben wieder, um anschließend auf Basis seiner Fähigkeiten und Potentiale selbstständig zu leben. Hildegard Peplaus Phasen ähneln dieser Abfolge. Der Patient erhält hierbei durch die Pflegenden erstmals Orientierung in seinem Versorgungsprozess und wird bis hin zu seiner Ablösung von der Abhängigkeit, also zu seiner Unabhängigkeit begleitet. Der Betroffene kann sich mit den Pflegenden identifizieren, es entsteht eine wechselseitige Beziehung. Der Patient kann sich an der Versorgung aktiv beteiligen, was bei Komatsu&Yagasaki (2014) mit dem Begriff „shared actions“ deutlich wird (Komatsu&Yagasaki 2014: 421). Durch die Orientierungsphase erhält der Patient ein Gefühl von Sicherheit, das es ihm ermöglicht, seine Gefühle und Bedürfnisse offen darzulegen, sich zu identifizieren und die Beziehungsgestaltung zu seinen Gunsten auszunutzen. Dies wird bei Komatsu&Yagasaki (2014) ebenfalls durch den letzten Schritt deutlich, wenn der Patient durch eine gelungene Vorarbeit der Pflegenden fähig wird, unabhängig zu leben. Auch Jerofke-Owen&Bull (2017) betonen, wie bedeutsam ein vertrauensvoller und sicherer Rahmen ist, damit sich die Patienten öffnen und Fragen stellen können, was Hildegard Peplau in ihrer Orientierungsphase ebenfalls feststellt. Die Erläuterung von Komatsu&Yagasaki (2014), dass für den Aufstieg in die Phase der Wiedererlangung von Kontrolle der Aufbau von Vertrauen notwendig ist, lässt einen Bezug zu Carl R. Rogers herstellen (Al-Abtah et al. 2015: 126-127). Demnach sind Vertrauen, Empathie, Akzeptanz und Kongruenz essentiell dafür, dass sich der Patient den Pflegenden gegenüber öffnen kann und die Hilfe zur Selbsthilfe möglich ist. Beim personenzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers verhilft der Therapeut dem Patienten zur Entdeckung seiner Fähigkeiten und Ressourcen, genauso wie Komatsu&Yagasaki (2014) beschreiben, wie durch den Aufbau einer vertrauensvollen

Beziehung zu den Pflegenden die Potentiale des Patienten entdeckt und gefördert werden, damit dieser autonom und motiviert weiterleben und seine Versorgung managen kann.

„[...] I carefully explore what the patient is able to do. Frequently, we identify patients' strength [...].“

„The ultimate goal of nursing is to realize the patient's potential.“

(Komatsu&Yagasaki 2014: 423)

Passend dazu lässt sich ebenfalls durch Kristjansdottir et al. (2018) ein Bezug zu Carl R. Rogers herstellen, da sie eine vertrauenswürdige Bezugsperson wie die Pflegenden als Katalysator verstehen, um den Patienten zum Erkennen und Mobilisieren ihrer eigenen Stärken und Prioritäten zu verhelfen.

Hillebregt et al. (2017) sprechen von der Kommunikation auf Augenhöhe und der Gleichheit in der Kommunikation, wodurch die chronisch Kranken aktiver werden, sich beteiligen und sich vor allem vermehrt öffnen, um Ideen und Sorgen mitzuteilen. Diese Ebenbürtigkeit beschreibt auch Hildegard Peplau als bedeutsam für die Krankheitsbewältigung. Dadurch können sich Patienten auch ihrer Ansicht nach vermehrt mit den Pflegenden identifizieren und sich dadurch bestärkt und ermutigt fühlen. Die von Peltola et al. (2018) geschilderte emotionale Unterstützung und die betonte Bereitschaft zu kommunizieren lässt sich bezüglich Carl R. Rogers Prinzipien beleuchten, nach denen der Therapeut dem Patienten mit Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gegenübertritt. Besonders die Empathie, also die Fähigkeit, sich in jemanden hineinzusetzen und mitzufühlen, schafft Vertrauen und wird von Sharp et al. (2016) als die mitfühlende Pflege beschrieben. Eine Pflegebeziehung, die durch Mitgefühl geprägt ist, führt nach Ansicht von Sharp et al. (2016) dazu, dass sich die Patienten verbunden fühlen. Hierbei kann erneut der Bogen zu Hildegard Peplau gezogen werden, die in diesem Sinne von einer Identifikation mit den Pflegenden spricht. Ihre Phase der Identifikation und Nutzung spiegelt sich in den Erläuterungen von Sharp et al. (2016) wider, die von der aktiven Teilnahme, der Compliance, der Autonomieförderung sowie Motivation sprechen, neue Ziele zu setzen.

Peltola et al. (2018) schildern in ihren Ergebnissen jedoch auch negative Erfahrungen, die chronisch kranke Patienten in Bezug auf einen Beziehungsaufbau mit Pflegenden gemacht haben und die zu weniger Empowerment und Verschlussenheit führten. Hierbei kann

ebenfalls Bezug zu Hildegard Peplaus Phasen der zwischenmenschlichen Beziehung gezogen werden. Ihrer Ansicht nach kann es aufgrund von derartig schlechten Erfahrungen sein, dass Patienten sich nicht direkt mit den Pflegenden identifizieren, die Phase der Identifikation also nicht beginnen kann. Hierbei ist ihrer Meinung nach das Wichtigste die Akzeptanz und das Verständnis der Gefühle der Patienten, damit ein neuer Raum des Vertrauens geschaffen werden kann und es dem Patienten letztendlich möglich wird, in die Phase der Identifikation, Nutzung und Ablösung einzutreten, was förderlich für seine Selbstmanagementfähigkeiten ist. Peltola et al. (2018) sprechen in den Ergebnissen von einer verbalen und nonverbalen Kommunikation als förderliche Faktoren wie zum Beispiel emotionale Zuwendung, Berührung, Empathie oder Augenkontakt, die mittels einer Beziehungsgestaltung ermöglicht werden. Hierbei wird der erneute Bezug zu Carl R. Rogers Grundhaltungen in einem Gespräch deutlich.

Die in den Ergebnissen dargestellten förderlichen Aspekte einer Beziehungsgestaltung und die zum Ende hin dargelegten positiven Folgen einer Empowerment- und Selbstmanagementförderung spiegeln die Inhalte des Chronic Care Modells wider (Sassen 2018: 148-149). Die hierbei geschilderte förderliche Beziehung zwischen dem Praxisteam und dem aktiven, informierten Patienten stärkt das Selbstmanagement des Patienten und führt laut des Chronic Care Modells zu optimierten Ergebnissen. Im Mittelpunkt einer optimierten Versorgung chronisch kranker Patienten steht laut des Chronic Care Modells außerdem die Interaktion zwischen den Beteiligten.

Die nähere Beleuchtung der Ergebnisse bezogen auf Hildegard Peplau, Carl R. Rogers und das Chronic Care Modell zeigt, dass ein Bezug der Ergebnisse zu den Theorien der interpersonalen Beziehung und des personenzentrierten Ansatzes sowie des Chronic Care Modells hergestellt werden kann. Die Gestaltung der Pflegebeziehung könnte also demnach als Teil der Empowerment- und Selbstmanagementförderung chronisch kranker Patienten gesehen werden. Die für diese Arbeit behandelte Literatur hebt Themen wie die Akzeptanz des Patientenverhaltens (Peltola et al. 2018), das Mitgefühl (Sharp et al. 2016), das Vertrauen (Wilkes et al. 2008, Jerofke-Owen&Bull 2017) und die professionelle Kommunikation (Wilkes et al. 2008, Hillebregt et al. 2017) bei der Förderung des Empowerments und Selbstmanagements hervor, die laut Hildegard Peplau und Carl R. Rogers allesamt wichtige Bausteine in einer gelungenen Pflegebeziehung darstellen (Peplau 1995: 41-67, Al-Abtah et al. 2015: 126-127). Mit der Bezugnahme der Ergebnisse auf die Theorien und das Modell

wird versucht zu unterstreichen, wie wichtig es sein kann, dem chronisch kranken Patienten anhand einer Beziehungsgestaltung Sicherheit und Orientierung zu vermitteln und einen Grundbaustein zu schaffen, um sein Empowerment und Selbstmanagement zu optimieren. Die professionelle Gestaltung der Pflegebeziehung könnte also hinsichtlich der Ergebnisse und der versuchten Bezugnahme auf die Theorien einen Raum schaffen, in dem sich der Patient öffnen kann. Dadurch könnte eine individuelle Unterstützung möglich gemacht und das Empowerment und die Selbstmanagementfähigkeiten gefördert werden. Zudem verdeutlicht die Bezugnahme auf das Chronic Care Modell zusätzlich die Bedeutung Pfleger bei der Optimierung des Selbstmanagements chronisch kranker Patienten.

Die aufgezeigten Ergebnisse zu erforderlichen Kompetenzen und hinderlichen Rahmenbedingungen machen deutlich, wie viele Faktoren eine gelungene Gestaltung der Pflegebeziehung zur Förderung des Empowerments und der Selbstmanagementfähigkeiten beeinflussen beziehungsweise behindern können. Demnach können einer Umsetzung einer förderlichen Beziehung zum chronisch kranken Patienten hemmende Bedingungen im Krankenhaus und auf Seiten der Pflegenden entgegenstehen, die nur schwer zu verändern sind, wenn man beispielsweise den Zeitmangel im Krankenhaus (Sassen 2018:153-157, Blecker et al. 2017: 165) betrachtet. So könnte es mit Blick auf die von Reichardt&Gastmeier (2013), Jerofke-Owen&Bull (2017) und Blecker et al. (2017) geschilderten Hürden sein, dass trotz ausreichender Kompetenzen der Pflegenden ein Beziehungsaufbau durch die Rahmenbedingungen erschwert oder verhindert wird und eine Umsetzbarkeit somit kritisch zu betrachten ist.

8.2.2 Kritische Beleuchtung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden im Folgenden anhand von Stellungnahmen verschiedener Literatur weiter reflektiert.

Komatsu&Yagasaki (2014) sprechen in ihren Ergebnissen von der Patientenbeteiligung („shared actions“) und von der daraus schließlich folgenden Patientenautonomie. Pflegende erfahren bezüglich dieser neuen Rollen der Betroffenen jedoch eine Art ethisches Dilemma (Dwarswaard&Van de Bovenkamp 2015: 1133). Die Autoren zeigen mittels ihrer qualitativen Studie auf, dass die Pflegenden einen Widerspruch zwischen der Patientenautonomie und den optimalen Gesundheitsfolgen („patient autonomy versus

optimal health outcomes“) erfahren und deshalb Schwierigkeiten in der Praxis haben. Ihrer Ansicht nach kommt die erworbene Patientenautonomie ihrer Compliance in die Quere, wenn sie beispielsweise einer aus Sicht der Pflegenden weniger gesundheitsförderlichen Lebensweise nachgehen. Pflegende empfinden es als schwierig, die Patientenentscheidung zu akzeptieren, die nicht im Einklang mit ihren Vorstellungen der medizinischen Folgen stehen. (Dwarswaard&Van de Bovenkamp 2015: 1133-1134)

Das zweite ethische Dilemma erfahren Pflegende gemäß Dwarswaard&Van de Bovenkamp (2015) bezüglich des Widerspruches zwischen Patientenautonomie und der Förderung der Patientenbeteiligung („patient autonomy versus stimulating patient involvement“), wobei die Werte der aktiven Teilnahme und der Autonomie aneinanderstoßen (Dwarswaard&Van de Bovenkamp 2015: 1134). Besonders wenn die chronisch Kranken passiv bleiben und Maßnahmen von Pflegenden übernehmen lassen möchten, ist es nach den Autoren schwierig für die Pflegenden, diese Entscheidung zu akzeptieren und dies mit ihren Vorstellungen des aktiven und unabhängigen Patienten zu vereinen. Nach Dwarswaard&Van de Bovenkamp (2015) wird das dritte ethische Dilemma von Pflegenden als Widerspruch zwischen einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Betroffenen und der Einhaltung professioneller Grenzen („a holistic approach to SMS⁷ versus respecting professional boundaries.“) bezeichnet, da es laut Pflegender schwierig werden kann, eine professionelle Distanz zum Patienten zu wahren. Hillebregt et al. (2017) und Sharp et al. (2016) betonen jedoch diese ganzheitliche Betrachtung des chronisch kranken Patienten über seine Erkrankung hinaus, um sein Vertrauen zu gewinnen und dadurch Informationen zu seinem Leben außerhalb des Krankenhauses zu erhalten. Diesbezüglich machen sich die Pflegenden laut Dwarswaard&Van de Bovenkamp (2015) jedoch Sorgen. Sie spüren und befürchten demnach Grenzen zu übersteigen, zu sehr in die Privatsphäre des Betroffenen einzudringen und sehen es als Herausforderung an, zu beurteilen, in welchem Maße sie sich an nicht medizinischen Angelegenheiten beteiligen dürfen und müssen (Dwarswaard&Van de Bovenkamp 2015: 1134-1135).

Die mitfühlende Pflege, die im Ergebnisteil von Sharp et al. (2016) aufgegriffen wird, lässt sich ebenfalls in Bezug auf die professionelle Nähe und Distanz beleuchten. Distanz und Respekt neben dem Mitgefühl einzuhalten, ist von Bedeutung, damit die Pflege professionell

⁷ Abkürzung von „self-management support“ (Dwarswaard&Van de Bovenkamp (2015: 1132)

bleibt (Halldorsdottir 2008: 648). In Halldorsdottir (2008) teilen diesbezüglich Patienten mit, dass eine Beziehung im Krankenhaus nur eine bestimmte Absicht verfolgt und nur über einen begrenzten Zeitraum läuft. Sie wäre ohne eine professionelle Distanz ihrer Meinung nach unangemessen. Andere Patienten bezeichnen den Ausdruck der Beziehung sogar als unangemessen und bevorzugen den Ausdruck der Verbindung zu den Pflegenden. (Halldorsdottir 2008: 648)

Jerofke-Owen&Bull (2017) sprechen in den Ergebnissen von dem gesteigerten Empowerment, wenn Pflegende die Autonomie akzeptieren und gemeinsam Ziele formulieren. Andererseits stellen Haslbeck&Schaeffer (2011) heraus, dass die Patienten diesbezüglich jedoch auch eine Art Dilemma empfinden (Haslbeck&Schaeffer 2011: 47). Einerseits sollen sie sich informieren und Experten ihrer Gesundheit und Versorgung werden, andererseits stoßen sie mit ihrer Initiative und kritischem Denken auf wenig Resonanz seitens der Pflegenden, die dieses Verhalten häufig ablehnen. Auch Komatsu&Yagasaki (2014) sprechen von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und davon, dass der Patient seine Prioritäten und Bedürfnisse äußern kann. Es kann jedoch vorkommen, dass die Pflegenden zu sehr an ihrer traditionellen Rolle der Kontrolle und Macht über Entscheidungen hängen und sich somit häufig gegen eine gemeinsame Zielformulierung und Entscheidungsfindung mit dem Patienten stellen, was einem Beziehungsaufbau entgegenwirken kann (Reichardt&Gastmeier 2013: 159). Es kann eine Spannung zwischen ihrer professionellen Rolle und dem aufkommenden Wunsch nach Patiententeilnahme und -autonomie entstehen (Barello et al. 2017: 3). Des Weiteren sprechen Komatsu&Yagasaki (2014) von der Wiedererlangung der Kontrolle des Patienten. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass ein Informieren zu Beginn der Erkrankung oder in Akutsituationen anstatt der Kontrolle auch zu Überforderung des Patienten führen kann, wenn er zu diesem Zeitpunkt nicht aufnahmefähig ist (Haslbeck&Schaeffer 2011: 48).

8.3 Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich der Untersuchungsfrage

In Anbetracht der Ergebnisse lässt sich mit Blick auf die eingangs gestellte Untersuchungsfrage schließen, dass die Pflegenden mittels der professionellen Beziehungsgestaltung einen wichtigen Beitrag bei der Förderung des Empowerments und der Selbstmanagementfähigkeiten chronisch kranker Patienten leisten können. Ein gelungener Beziehungsaufbau beim Betroffenen bewirkt Vertrauen (Wilkes et al. 2008,

Jerofke-Owen&Bull 2017), das Gefühl der Sicherheit, sich den Pflegenden gegenüber öffnen zu können (Wilkes et al. 2008, Komatsu&Yagasaki 2014, Jerofke-Owen&Bull 2017), die vertrauensvolle sowie professionelle Kommunikation (Wilkes et al. 2008, Hillebregt et al. 2017) und das emotionale Unterstützen sowie Mitfühlen der Pflegenden (Peltola et al. 2018, Sharp et al. 2016), was bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung und Förderung seines Empowerments und seiner Selbstmanagementfähigkeiten haben kann.

Die Auswertung der Ergebnisse erfüllt die Erwartungen an das Thema dieser Arbeit, da die Bedeutung der pflegerischen Beziehung zum chronisch kranken Patienten in Bezug auf dessen Empowerment und Selbstmanagementfähigkeiten aufgezeigt wird. Besonders in Hinblick auf die in der Literatur häufig thematisierten konkreten Interventionen der Pflege zur Selbstmanagementförderung, die in dieser Arbeit jedoch nicht Gegenstand der Erörterung sind, spielt die Beziehung zwischen Pflegenden und chronisch kranken Patienten eine wichtige Rolle und sie könnte mit Blick auf die Ergebnisse dieser Arbeit als wichtige Voraussetzung zur Förderung pflegerischer Interventionen betrachtet werden.

Mit Blick auf die kritische Reflexion der Ergebnisse ist es jedoch wichtig zu bedenken, dass die aktive und teilnehmende Rolle der Patienten seitens der Pflegenden auch als schwierig angesehen werden kann, wenn man die ethischen Dilemmata nach Dwarswaard&Van de Bovenkamp (2015) betrachtet. Auch die Thematik der professionellen Nähe und Distanz, die von Halldorsdottir (2008) aufgegriffen wird, regt bei der Auseinandersetzung mit der Beziehungsgestaltung zur Förderung von Empowerment und Selbstmanagementfähigkeiten zur weiteren Reflexion an.

8.4 Implikationen für die Forschung und Praxis

Das Thema der Bedeutung einer Beziehungsgestaltung ist in der Forschung nicht neu. Es wird sich mit Blick auf die Veröffentlichungen verwendeter Literatur bis heute mit dieser Thematik und den förderlichen Auswirkungen auseinandergesetzt. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass weitere Forschung, besonders qualitative Erhebungen, interessant sind, um gezielt mehr Informationen über die Wahrnehmungen der chronisch Kranken und Pflegenden zur Thematik zu erhalten. Vor allem die von den Pflegenden wahrgenommenen Dilemmata könnten Basis für weiterführende Forschungsarbeiten sein, die sich näher mit der Schwierigkeit von Nähe und Distanz bei der behandelten Thematik befassen. Die Rolle

der Pflege bei der Unterstützung des Empowerments und Selbstmanagements und die aktive Rolle des Patienten können außerdem Basis für weitere Forschung sein, in der insbesondere die Wahrnehmung und Perspektive der Pflegenden zu dieser veränderten Rolle fokussiert wird. Da die Pflegenden laut der Ergebnisse besondere Kommunikationsstrategien benötigen, wäre es zudem von Interesse, sich näher mit diesen zu beschäftigen. Außerdem könnten sich Untersuchungen dahingehend näher damit befassen, wie es unter den aktuellen Bedingungen im Krankenhaus möglich ist und bleibt, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, um ihm bei seinem Selbstmanagement und Empowerment eine Hilfe zu sein.

Für die Praxis bedeuten die Ergebnisse, dass die Relevanz einer Beziehungsgestaltung zum chronisch Kranken schon lange Zeit erkannt und untersucht wird, aber weiterhin aktuell ist und bleibt. Eine Unterstützung und Förderung des Empowerments und der Selbstmanagementfähigkeiten mit einer professionellen Beziehungsgestaltung ist also in der Praxis möglich, bedarf aber notwendigerweise bestimmter Kompetenzen und Rahmenbedingungen.

8.5 Limitationen

Diese Arbeit hat zum Ziel, sich mit der Selbstmanagementförderung von Patienten zu beschäftigen, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Es sollte nicht auf spezielle Krankheitsbilder konkret eingegangen werden. Somit können Empfehlungen und Ergebnisse nur allgemein für alle chronischen Krankheiten genannt werden. Zudem wäre es bezogen auf den Umfang der Arbeit unpassend, sich neben der förderlichen Beziehungsgestaltung zusätzlich mit speziellen praktischen Maßnahmen zur Selbstmanagementförderung chronisch Kranker zu beschäftigen. Es kann außerdem als Limitation angesehen werden, dass sich ein Teil der behandelten Literatur auf die Empowerment- und Selbstmanagementförderung allgemein erkrankter, also nicht nur chronisch kranker Patienten bezieht. Außerdem behandelt ein kleiner Teil der Literatur spezielle chronische Krankheiten, was dazu führen kann, dass die Ergebnisse nicht für alle chronischen Erkrankungen generalisierbar sind.

9. Schlussbetrachtung

In dieser Arbeit wurde der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Pflegenden mit einer professionellen Gestaltung der Pflegebeziehung auf das Empowerment und die Selbstmanagementfähigkeiten des chronisch kranken Patienten haben. Zu diesem Zweck wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. In Bezug zur Untersuchungsfrage zeigen die Ergebnisse, dass die Pflegenden mittels einer professionellen Gestaltung der Pflegebeziehung förderlichen Einfluss auf das Empowerment und Selbstmanagement des Betroffenen haben können. Ein Aufbau von gegenseitigem Vertrauen, die Vermittlung von Sicherheit für den Patienten, die gleichgestellte professionelle Kommunikation, das Mitgefühl der Pflegenden und das Gefühl von den Pflegenden emotional unterstützt und ganzheitlich betrachtet zu werden, kann das Empowerment des Patienten stärken und seine Selbstmanagementfähigkeiten fördern. In der Einleitung dieser Arbeit wird beschrieben, dass den Pflegenden durch die Notwendigkeit einer Unterstützung der chronisch Kranken zur Wiedererlangung von Kontrolle und Handlungsfähigkeit eine bedeutende Rolle zukommt. Dies kann ihnen laut der Ergebnisse dieser Arbeit mit Hilfe einer professionellen Beziehungsgestaltung gelingen.

Mit Blick in die Zukunft werden das Empowerment und die Selbstmanagementfähigkeiten chronisch Kranker von großer Bedeutung bleiben, wenn man die in der Einleitung geschilderte Entwicklung chronischer Krankheiten, die Multimorbidität und die damit einhergehenden Herausforderungen betrachtet. Somit ist es zukünftig besonders wichtig, die Wahrnehmung der Pflegenden zu schärfen, dass sie für die Betroffenen eine bedeutende Unterstützung sind, sodass ihre professionelle Beziehungsgestaltung zukünftig auf angemessene Rahmenbedingungen trifft.

Literaturverzeichnis

Al-Abtah, J.; Ammann, A.; Bensch, S.; Dörr, B.; Elbert-Maschke, D. (2015): I care Pflege. 2. korrigierter Nachdruck. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Barello, S.; Graffigna, G.; Pitacco, G.; Mislej, M.; Cortale, M.; Provenzi, L. (2017): An Educational Intervention to Train Professional Nurses in Promoting Patient Engagement: A Pilot Feasibility Study. In: *Frontiers in Psychology* 7, Artikel 2020, S. 1-12.

Blecker, S.; Meisel, T.; Dickson, V.V.; Shelley, D.; Horwitz, L.I. (2017): “We’re almost guests in their clinical care”: Inpatient provider attitudes toward chronic disease management. In: *Journal of hospital medicine* 12(3), S.162.

Bravo, P.; Edwards, A.; Barr, P. J.; Scholl, I.; Elwyn, G.; McAllister, M. (2015): Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. In: *BMC Health Services Research* 15(1), S. 252.

Castro, E. M.; Van Regenmortel, T.; Vanhaecht, K.; Sermeus, W.; Van Hecke, A. (2016): Patient empowerment, patient participation and patient- centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. In: *Patient Education and Counseling* 99(12), S.1923-1939.

Corbin, M. J.; Strauss, A. L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe. Bern: Hans Huber Verlag.

Dwarswaard, J.; Van de Bovenkamp, H. (2015): Self-management support: A qualitative study of the ethical dilemmas experienced by nurses. In: *Patient Education and Counseling* 98, S.1131-1136.

Fotokian, Z.; Shahboulaghi, F. M.; Fallahi-Khoshknab, M.; Pourhabib, A. (2017): The empowerment of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: Managing life with the disease. In: *PLOS ONE, Public Library of Science* 12(4), S.1-16.

Fumagalli, L. P.; Redaelli, G.; Lettieri, E.; Bertele, P.; Masella, C. (2015): Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. In: *Health Policy* 119 (3), S.384-394.

Halldorsdottir, S. (2008): The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (4), S.643-652.

Haslbeck, J.W.; Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: *Pflege* 20(2), S.82-92.

Haslbeck, J. W.; Schaeffer, D. (2011): Selbstverantwortung im Gesundheitswesen, diskutiert am Medikamentenmanagement aus Sicht chronisch kranker Patienten. In: *Das Gesundheitswesen* 73, S.44-50.

Hillebregt, C. F.; Vlonk, A.J.; Bruijnzeels, M. A; Van Schayck, O. C.; Chavannes, N. H. (2017): Barriers and facilitators influencing self-management among COPD patients: a mixed methods exploration in primary and affiliated specialist care. In: International Journal of chronic obstructive pulmonary disease 12, S.123-133.

Hüper, C.; Hellige, B. (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen-Grundlagen-Konzepte-Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Jerofke-Owen, T.; Bull, M. (2017): Nurses' Experiences Empowering Hospitalized Patients. In: Western Journal of Nursing Research o.Jg., S.1-15.

Jerofke, T.; Weiss, M.; Yakusheva, O. (2014): Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviour, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses. In: Journal of Advanced Nursing 70(6), S.1310-1322.

Komatsu, H.; Yagasaki, K. (2014): The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty. In: European Journal of Oncology Nursing 18 (4), S.419-424.

Kristjansdottir, O. B.; Stenberg, U.; Mirkovic, J.; Krogseth, T.; Ljosa, T. M.; Stange, K. C.; Ruland, C. M. (2018): Personal strengths reported by people with chronic illness: A qualitative study. In: Health Expectations o.Jg, S. 1-9.

Nagelkerk, J.; Reick, K.; Meengs, L. (2006): Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. In: Journal of Advanced Nursing 54(2), S.151-158.

Pelletier, L. R.; Stichler, J. F. (2013): Action brief: patient engagement and activation: A health reform imperative and improvement opportunity for nursing. In: Nursing Outlook 61 (1), S. 51-54.

Peltola, M.; Isotalus, P.; Astedt-Kurki, P. (2018): Patients' Interpersonal Communication Experiences in the Context of Type 2 Diabetes Care. In: Qualitative Health Research o.Jg., S.1-16.

Peplau, H. E. (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Herausgeber: Maria Mischo-Kelling & Gerhard Kelling. Basel: Recom-Verlag.

Peplau, H. E. (1997): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege: Ausgewählte Werke. Herausgeber: Anita Werner O'Toole und Sheila Rouslin Welt. Bern: Hans Huber Verlag.

Reichardt, C.; Gastmeier, P. (2013): „Patient Empowerment“- Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? In: Krankenhaushygiene up2date 8 (8), S. 157-164.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Robert-Koch-Institut (2017a): Demografischer Wandel. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Demografischer_Wandel/Demografischer_Wandel_node.html [Zuletzt aufgerufen am: 24.05.18] um 12.00 Uhr.

Robert-Koch-Institut (2017b): Chronische Erkrankungen. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Chronische_Erkrankungen_node.html [Zuletzt aufgerufen am 24.05.18] um 12:30 Uhr.

Sassen, B. (2018): Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management. Basel: Springer Verlag.

Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39(3), S.192-201.

Schaeffer, D.; Wingefeld, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa-Verlag.

Schaeffer, D.; Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingefeld, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa-Verlag, S. 329-363.

Sharp, S.; McAllister, M.; Broadbent, M. (2016): The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. In: Contemporary nurse 52 (2-3), S.300-312.

Van Hooft, S.M.; Been-Dahmen, J.M.J.; Ista, E.; Van Staa, A.; Boeije, H.R. (2017): A realist review: what do nurses-led self-management intervention achieve for outpatients with a chronic condition? In: Journal of Advanced Nursing 73(6), S. 1255-1271.

Wagner, E.H.; Austin, B.T.; Von Korff, M. (1996): Improving outcomes in chronic illness. In: Managed Care Quarterly 4(2), S. 12-25.

Wilkes, L.; Cioffi, J.; Warne, B.; Harrison, K.; Vonu-Boriceanu, O. (2008): Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. In: Journal of clinical nursing 17(7b), S.160-168.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 04. Juni 2018

(Susanne Christoph)