



pflegekongress16

24. und 25. november 2016 | austria center vienna

Pflegewert: Wert(e) der Pflege?

Abstractband

Wissenschaftliche Posterpräsentation

Mit freundlicher Unterstützung von:



Veranstalter/innen:



Inhalt

Schmerzeinschätzung bei Menschen mit dem Krankheitsbild Wachkoma	3
Epilepsiemonitoring – die Perspektive Betroffener. Eine pflegewissenschaftliche qualitative Studie auf der Grundlage von Kolcabas Comfort-Theorie	4
Wie erleben Hausärzte und Pflegekräfte den Hausbesuch im Pflegeheim?	5
Arbeitsbezogene psychosoziale Belastung bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Ein Studienprotokoll	6
Das Erleben von Frauen mit Endometriose – Eine systematische Literaturübersicht	8
Die Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und Patientinnen bzw. Patienten im ambulanten Pflegesetting - Eine pflegewissenschaftliche, qualitative Studie	9
Wie Väter eines chronisch kranken Kindes die Unterstützung von Pflegenden bei der Bewältigung ihres Schocks der Diagnose hin zu einer (neuen) Normalität erleben	10
Die Gesundheitskompetenz als Kompetenz der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege - Implikationen für das Management	11
Lebensqualität und subjektive Gesundheitseinschätzung 30 Tage nach Spitaleintritt - Eine deskriptive Datenanalyse	12
Durch die Erfahrung der Betroffenen die Wirksamkeit der Mobilitätsfördernden Pflege besser verstehen. Eine phänomenologische Studie.	13

Schmerzeinschätzung bei Menschen mit dem Krankheitsbild Wachkoma

LJILJANA GRUBESIC, KARIN SEPER, INGRID DOLHANIUK

Hintergrund

Menschen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen sind aufgrund ihrer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit gefährdet, dass ihre Schmerzen nicht erkannt oder nicht adäquat behandelt werden. Besonders für Menschen mit Bewusstseinsstörungen wie dem Krankheitsbild Wachkoma gibt es derzeit kaum geeignete Fremdeinschätzungsinstrumente. Unzureichende Beschreibungen und fehlende spezifische Daten in der Schmerzerfassung bei Menschen im Wachkoma erschweren Rückschlüsse hinsichtlich eines strukturierten, effektiven Schmerzmanagements. Aus diesem Grund soll die Expertise der Pflegepersonen hinsichtlich der subjektiven Einschätzung und Beschreibung von Schmerz in den Fokus gerückt werden. Zur Annäherung an eine standardisierte Schmerzeinschätzung bei Menschen im Wachkoma wurde ein Assessment aus der Schmerzwahrnehmungsdiagnostik herangezogen. Der Nutzen für die Pflegepraxis soll überprüft werden.

Methodik

Im Zuge eines Forschungsanwendungsprojektes wurde im Zeitraum September 2014 bis Oktober 2015 auf einer Wachkomastation eines Pflegekrankenhauses eine qualitative deskriptive Längsschnittstudie durchgeführt. Ziel der Studie war es zu überprüfen, inwiefern sich die subjektive Schmerzeinschätzung der Bezugspflegerperson von den Einschätzungen anderer Pflegepersonen unterscheidet. Als Referenzinstrument wurde die Nociception Coma Scale – Revised (NCS-R) herangezogen. Vier kategorisierte Einschätzungssituationen wurden gefilmt und durch Videoanalyse von vier Ratern mittels Beurteilungsbogen unabhängig voneinander bewertet. Nach der persönlichen Einschätzung auf Basis der Expertise der Pflegepersonen, die als Freitext angeführt wurde, erfolgte die Einschätzung mittels Nociception Coma Scale – Revised (NCS-R).

Ergebnisse

Bei allen Ratern zeigt die Beurteiler-Übereinstimmung der NCS-R Skala in allen Einschätzungssituationen eine hohe prozentuelle Übereinstimmung, das Assessment ergibt bei allen Ratern in der jeweiligen Einschätzungssituation denselben Ergebniswert. Die Ergebnisse der subjektiven Einschätzung im Vergleich zum Ergebniswert der NCS-R ergeben für alle Einschätzungssituationen ebenso eine hohe prozentuelle Übereinstimmung.

Eine eindeutige Differenzierung der Schmerzsituation (Schmerz versus kein Schmerz) durch die Bezugspflegerperson im Vergleich zu den anderen Ratern konnte nicht gezeigt werden.

Schlussfolgerung

Die NCS-R Skala als standardisiertes Einschätzungsinstrument durch die Pflege im Rahmen des Schmerzmanagement zeigt keinen Vorteil im Vergleich zur subjektiven Einschätzung einer Pflegeperson. Die subjektive Einschätzung der Situationen ist bei allen Betreuungspersonen annähernd gleich. Angesichts der fehlenden alternativen Einschätzungsinstrumente und den begründeten Zweifel an der NCS-R Skala als standardisiertes Instrument für die Pflege auf der Wachkoma Station, wird die subjektive Einschätzung der Betreuungspersonen derzeit als berechtigtes Verfahren in der Schmerzbeobachtung erachtet. Forschung zu und Weiterentwicklung von Schmerzeinschätzungsinstrumenten sind für eine Verbesserung des Schmerzmanagements von Menschen im Wachkoma dringend erforderlich.

Zu den Personen



Mag. Ingrid Dolhaniuk (A)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester seit 1993. Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien 2003. ZL angewandte Pflegeinformatik an der Umit Tirol 2012. Langjährige Berufserfahrung im klinischen Bereich. Seit 2008 Pflegeberaterin im Haus der Barmherzigkeit. Schwerpunkt elektronische Dokumentation und Projektmanagement.



Ljiljana Grubescic (A)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester seit 1998, Weiterbildung zur Praxisbegleiterin für Basale Stimulation in der Pflege, 2003, Stationsleitungsververtretung auf einer Wachkoma Station seit 2008. Stationsleitung auf einer Wachkoma Station seit 2010, Weiterbildung-Basales und mittleres Pflegemanagement, 2014

Karin Seper, BScN (A)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester seit 2012, Studium der Pflegewissenschaft an der UMIT Tirol, 2012. Seit 2012 im Haus der Barmherzigkeit, seit 2013 Stationsleitungsververtretung und seit 2016 Pflegeberaterin im Haus der Barmherzigkeit.

Epilepsiemonitoring – die Perspektive Betroffener. Eine pflegewissenschaftliche qualitative Studie auf der Grundlage von Kolcabas Comfort-Theorie

ANDREA EGGER-RAINER

Einleitung

Zur Abklärung von medikamentös schwer behandelbaren Epilepsien werden die betroffenen Menschen in einer Epilepsiemonitoring Einheit (EMU) stationär aufgenommen. Dort wird über einen längeren Zeitraum, meist fünf Tage, kontinuierlich ein Elektroenzephalogramm aufgezeichnet. Zusätzlich werden Aufnahmen mittels Videokamera und Mikrofon durchgeführt. Dies ist notwendig, um den Ablauf eines epileptischen Anfalls genau beobachten können. Der Aufenthalt in einer EMU geht für die Betroffenen mit der Hoffnung auf eine verbesserte Lebensqualität einher. Im pflegerischen Alltag berichten sie aber auch von Belastungen, wie der Angst vor dem Untersuchungsergebnis oder der Einschränkung der Privatsphäre. Kolcaba (2014) erkannte, dass es in belastenden Situationen wichtig ist, seelische Sicherheit zu erleben, sowie das Gefühl zu haben verstanden zu werden. Der dadurch erhöhte Comfort wirkt unterstützend bei der Bewältigung von Herausforderungen (ebd.).

Ziel und Forschungsfrage

Ziel der Untersuchung war, das Comfort-Erleben der Betroffenen während des Aufenthalts in der EMU zu erfahren. Die untersuchungsleitende Fragestellung lautete „Welche Wahrnehmung ihres persönlichen Comforts geben Patientinnen und Patienten in Zusammenhang mit ihrem Aufenthalt in der Epilepsiemonitoring Einheit an?“

Methodisches Vorgehen

Nach der Genehmigung durch die Ethikkommission wurden mit zwölf Betroffenen während ihres stationären Aufenthalts problemzentrierte Interviews (Witzel, 1985) durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden, angelehnt an die Methode des theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 2008), ausgewählt, um ein möglichst umfassendes Bild des Forschungsgegenstands zu erfahren. Die Datenerhebung fand von August 2015 bis Jänner 2016 während des stationären Aufenthaltes statt. Die transkribierten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach der Technik der inhaltlichen Strukturierung (Mayring, 2015) ausgewertet. Dafür wurden vier Hauptkategorien aus der Comfort-Theorie abgeleitet, die Bildung der Subkategorien erfolgte induktiv aus dem Textmaterial.

Ergebnisse

Physischer Comfort: Die eingeschränkte Mobilität aufgrund der (relativen) Bettruhe ruft ein Abhängigkeitsgefühl hervor. Dieses wird verstärkt, wenn Badezimmer oder Toilette nur in Begleitung des Pflegepersonals aufgesucht werden dürfen. Da wegen der EEG-Ableitung weder Haare waschen noch duschen möglich sind, fühlen sich die Menschen unwohl.

Psychospiritueller Comfort: Den Aufenthalt empfinden die Betroffenen als langweilig, weil sie nicht ins Freie gehen dürfen. Sie sind froh, dass ihnen Fernsehapparat und Radio zur Verfügung stehen, sie telefonieren und im Internet surfen dürfen. Das Warten auf einen Anfall führt zu Anspannung. Aber die Betroffenen haben keine Angst vor einer Verletzung, denn sie beobachten die professionelle Reaktion des Personals auf ein Anfallsgeschehen und schätzen die Sicherheitsmaßnahmen. Sie haben aber Angst vor dem Untersuchungsergebnis und den Folgen für ihr weiteres Leben.

Soziokultureller Comfort: Obwohl die Betroffenen vor der Aufnahme über die Aufenthaltsbedingungen informiert worden sind, bestehen Informationsdefizite. Diese führen zu Unsicherheit, welche sich innerhalb der ersten Tage legt. Dazu tragen die betreuenden Berufsgruppen bei, die Auskunft geben und „einfach da“ sind. Kontakt zu Familie und Freunden ist wichtig, aber manche Betroffene bevorzugen den telefonischen Kontakt gegenüber dem persönlichen. Mitpatientinnen und -patienten werden als Gesprächspartnerinnen und -partner geschätzt. Ihre Anwesenheit kann störend sein, beispielsweise während des Benützens der Bettschüssel.

Umgebungsbezogener Comfort: Die sichtbare Technik ist als Orientierungshilfe nach einem Anfall wichtig. Dadurch erkennen die Menschen, dass sie im Krankenhaus und in Sicherheit sind. Aber sie wünschen sich Farbe und Bilder an den Wänden. Das künstliche Licht und Umgebungsgeräusche sind anstrengend, besonders lange Telefonate seitens der Mitpatientinnen und -patienten.

Diskussion

Das Comfort-Erleben wird von den Betroffenen unterschiedlich angegeben. Es werden sowohl positive als auch negative (Discomfort) Faktoren beschrieben. Es kann die Bedeutung von Ergebnissen aus der Literatur, wie z. B. Mobilität (Green, Forster, Young, Small & Spink, 2008) und Unabhängigkeit (Behr, Meyer, Holzhausen, Kuhlmeier & Schenk, 2014) bestätigt werden. Während aber in der Literatur dem Schmerz der größte Einfluss auf das Comfort-Erleben zuerkannt wird (Hamilton, 1989; Kolcaba, 2014), kommt dies in dieser Studie nicht zum Ausdruck. Im Setting EMU sind Faktoren wie Langeweile oder Anspannung während des Wartens auf einen Anfall dominant.

Schlussfolgerungen

In vielen Bereichen ist mit unterschiedlich aufwändigen Maßnahmen eine Erhöhung des Comfort-Erlebens für die Patientinnen und Patienten zu erreichen. Inwieweit die Umsetzung in der Praxis möglich ist, ist in weiterer Folge zu prüfen. Nach erfolgter Umsetzung ist auch zu prüfen, ob und in welcher Höhe die Interventionen zur Steigerung des Comfort-Erlebens der Betroffenen beigetragen haben. Dafür bietet sich ein quantitatives Vorgehen an, in welchem ein spezieller EMU-Comfort-Fragebogen eingesetzt werden sollte, der von Kolcabas allgemeinem Comfort-Fragebogen in einem weiteren Forschungsprojekt abgeleitet werden kann.

Literatur

- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmeier, A. & Schenk, L. (2014). Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern - eine qualitative Studie. *Pflege*, 27(6), 369-380. doi: 10.1024/1012-5302/a000390
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2008). *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung* (2., korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Green, J., Forster, A., Young, J., Small, N. & Spink, J. (2008). Older people's care experience in community and general hospitals: a comparative study. *Nurs Older People*, 20(6), 33-39; quiz 40. doi: 10.7748/nop2008.07.20.6.33.c6617
- Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. *J Gerontol Nurs*, 15(4), 28-33.
- Kolcaba, K. (2014). *Pflegekonzept Comfort. Theorie und Praxis der Förderung von Wohlbefinden, Trost und Entspannung in der Pflege*. Bern: Huber.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.

Zu den Personen



Andrea Egger-Rainer, BA, MScN (A)

DGKS (Neurologische Pflege), Epilepsiefachberaterin. Stationsleitung einer Sonderklassestation an der Universitätsklinik für Neurologie, Salzburg. Seit 2016 PhD-Studium in Nursing and Allied Health Sciences am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
Kontakt: andrea.egger@stud.pmu.ac.at

Wie erleben Hausärzte und Pflegekräfte den Hausbesuch im Pflegeheim?

NINA FLEISCHMANN

Fragestellung & Hintergrund

Ein Drittel der pflegebedürftigen Personen wird in Deutschland in Einrichtungen der stationären Altenpflege versorgt. Ein großer Teil leidet an mehreren Gesundheitsstörungen gleichzeitig, was einen komplexen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf erklärt. Die ärztliche Versorgung wird von niedergelassenen Hausärzten bei freier Arztwahl geleistet, im Schnitt 12 Ärzte pro Einrichtung. Dem Heimb Besuch kommt deshalb für die Versorgung, aber auch für die Interaktion der Berufsgruppen eine besondere Bedeutung zu. Bisherige Studien untersuchten den Gesundheitszustand der Bewohner, die Frequenz der Haus- und Heimb esuche oder die wahrgenommene Versorgungsqualität. Wie Hausärzte und Pflegekräfte die Situation des Heimb esuchs erleben ist bisher wenig bekannt und steht deshalb im Fokus dieses Beitrags. Ziel ist ein vertieftes Wissen um die unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen der beiden Berufsgruppen in Bezug auf die Situation des Heimb esuchs, um den Blickwinkel zu vergrößern und mehr Erkenntnisse über die kommunikative und interaktive Struktur interprofessioneller Zusammenarbeit zu gewinnen.

Dieser Beitrag ist eingebettet in die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim – interprof (FK 01GY1124)“.

Methode

30 Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten und 18 Interviews mit Pflegekräften wurden zwischen September 2012 und Dezember 2013 geführt und mit dem Ansatz der Grounded Theory ausgewertet. Die Daten wurden in einem iterativ-vergleichenden Prozess auf Konzepte und Phänomene hin untersucht.

Ergebnisse

Die Pflegekräfte auf der einen Seite erleben das Bedürfnis des „Dabei-Seins“ als zentral. „Dabei – Sein“ umfasst die Präsenz der Pflegekraft während des Heimb esuchs, aber auch den Grad des Einbezogenseins in Entscheidungen der medizinischen Versorgung. Selbstverständliches „Dabei-Sein“, passives „Dabei-Sein“, teilhabendes „Dabei-Sein“, das „Dabei-Sein“ als Mittelsmann oder das Nicht-„Dabei-Sein“ zeigen sich als Dimensionen. Ursachen und Bedingungen sind die Charakteristika der Pflegekraft selbst, die des Hausarztes und des Bewohners. Zur Beeinflussung der Qualität des „Dabei-Seins“ ergreifen die Pflegekräfte bestimmte Strategien. Vor dem Heimb esuch entscheiden und priorisieren sie Anliegen der Bewohner. Während des Besuchs nehmen sie eine assistierende Rolle ein. Die Gestaltungshoheit über den Heimb esuch überlassen sie dabei dem Hausarzt. Die Pflegekräfte setzen jedoch bestehende Regeln durch, um ihr „Dabei-Sein“ zu ermöglichen oder drängen ihr „Dabei-Sein“ auf, wenn sie sich nicht ausreichend einbezogen fühlen. In der Konsequenz ihrer Strategien ergeben sich eine adäquate Versorgungsqualität, das Gefühl der Sicherheit in der medizinischen Versorgung, aber auch das Dilemma doppelter Anforderung. Kann das „Dabei-Sein“ beim Heimb esuch nicht zur Zufriedenheit der Pflegekraft hergestellt werden und häufen sich weitere Barrieren in der Zusammenarbeit, wird auf eine Auflösung der Versorgungsstruktur hingewirkt.

Auf der anderen Seite streben Hausärzte die Gestaltung eines „produktiven Heimb esuchs“ an, definiert als die Balance zwischen Einsatz und Nutzen unter Einbezug der individuellen Bewertung des Nutzens für den Bewohner, persönlichem Engagements und der Eigenschaft als Praxisinhaber. Vier unterschiedliche Formen des Heimb esuchs zeigen sich: angeforderte Besuche, regelmäßige Routinebesuche, Heimvisiten und Besuche, deren Aufwand und Ausmaß spontan vor Ort entschieden werden. Hausärzte ergreifen Strategien zum Durchführen eines „produktiven Heimb esuchs“. Vorbereitende Strategien beinhalten die Terminierung und Planung des Besuchs wie auch die konkrete Vorbereitung wie z.B. das Zusammenstellen von Formularen. Die Vor-Ort-Strategien zeigen sich dann beim Besuch selbst. Die Hausärzte

verschaffen sich zunächst einen Überblick, holen Informationen von den Pflegekräften ein und machen sich ein Bild vom Gesundheitsstatus des Bewohners. Die Hausärzte treffen basale wie auch komplexe Entscheidungen unter Einbezug aller Akteure. Es ist den Hausärzten wichtig, sich um den Bewohner zu kümmern. Als investierende Strategien und damit einer Stärkung des „produktiven Heimb esuchs“ zeigten sich Lehren und Unterweisen sowie klare Anordnungen und Absprachen zu treffen. Hausärzte sehen sich Dokumentationsdruck ausgesetzt und geben dem nach. Als Konsequenz der Strategien erleben sie individuelle Zufriedenheit, aber auch Ärger über die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und Geringschätzung für deren Kompetenzen. Bisweilen kommt es bei Konflikten zur Kontaktvermeidung mit der Pflegekraft oder auch zur Aufgabe der Versorgung.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen eine vertiefte Sichtweise der Hausärzte und Pflegekräfte auf den Heimb esuch. Bisherigen Studien, die den Fokus auf strukturelle Aspekte gelegt haben, werden dadurch ergänzt. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sollten den „produktiven Heimb esuch“ der Hausärzte wie auch das „Dabei-Sein“ der Pflegekräfte ermöglichen. Weitere Akteure, wie Bewohner und Angehörige wären einzubeziehen. Zukünftige Forschung kann das obige Modell bestätigen und mit Blick auf messbare Effekte bewohnerrelevante Ergebnisparameter untersuchen.

Zu den Personen



Nina Fleischmann, MA (D)

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegewissenschaft und Public Health M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (Deutschland), Forschungsschwerpunkte: Interaktion zwischen Pflege und Medizin, Evidence-based Nursing, Professionalisierung der Pflege

Arbeitsbezogene psychosoziale Belastung bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Ein Studienprotokoll

CHRISTOPH GOLZ, KARIN ANNE PETER, SABINE HAHN

Einleitung

Wie fast überall in der Welt, besteht auch in der Schweiz ein Engpass an gut ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen. Der Mangel beschäftigt Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, Bildungsinstitutionen sowie Politik und Forschung gleichermaßen. In den personalintensiven Gesundheitsberufen mit hohen Ausbildungsanforderungen ist der schweizerische Markt trotz großer Anstrengungen ausgetrocknet. Gemäß Hochrechnungen müssten bis 2030 zwischen 120'000 und 190'000 Fachpersonen rekrutiert werden. Der Schweizer Markt ist zudem in hohem Masse auf im Ausland ausgebildete Arbeitskräfte angewiesen. Um das Problem des Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen nachhaltig anzugehen, wird eine Kooperation der Schweizer Fachhochschulen Gesundheit im Rahmen des Projekts „Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen“ ein Kompetenzzentrum aufbauen. Innerhalb des Zentrums wird durch gezielte Forschungsprojekte Wissen generiert um diesen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen.

Eines dieser Projekte befasst sich mit den Auswirkungen der psychosozialen Belastung am Arbeitsplatz, da diese den Fachkräftemangel zusätzlich zu anderen Faktoren wie beispielsweise Demographie und Epidemiologie verstärken. Ursachen für psychosoziale Belastung können sein: Die Soziodemographie (Bsp.: Familienstruktur, Bildung, Migration, Finanzen), die Politik (Bsp.: Kindergrippen, Gesundheitssystem), die betriebliche Organisation (Bsp.: Dienstplan, Grade- und Skillmix, Personalförderung) sowie das soziale Klima am Arbeitsplatz (Bsp.: Mobbing, Fehlerkultur). Diese psychosozialen Belastungsfaktoren können negative Auswirkungen auf die Zufriedenheit sowie die somatische, als auch psychische Gesundheit des Personals haben. Eine in der Schweiz durchgeführte Studie zu diesem Thema zeigt auf, dass sich 26% der Pflegefachpersonen unzufrieden bezüglich ihrer Arbeit äußern und weitere 15% erhöhte Burnoutwerte aufweisen. Zudem zeigen sich bei einem Drittel der befragten Pflegefachpersonen akute oder chronische Rückenbeschwerden. Dies alles führt dazu, dass 25% der befragten Pflegefachpersonen mit dem Gedanken spielen, die jetzige Stelle im nächsten Jahr wechseln zu wollen.

Eine Folge davon können die erhöhten Fluktuationsraten sowie krankheitsbedingten Absenzen sein. Die Kompensation des dadurch fehlenden Personals erfolgt durch das verbliebene Personal, was bei diesem erneut zu einer Mehrbelastung führen kann. In der Schweiz gibt es jedoch wenige Studien dazu, von welchen Belastungsfaktoren die Gesundheitsfachpersonen beeinträchtigt sind. Um gezielte Interventionen zum Erhalt des Gesundheitspersonals abzuleiten, sind Studien zu diesem Thema essentiell.

Ziel/Fragestellungen

Ziel des Projekts ist, arbeitsbezogene Belastungsfaktoren von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zu erfassen und aus diesen Erkenntnissen Interventionen abzuleiten um diese Belastungen langfristig zu reduzieren und eine Erhöhung der Gesundheit sowie der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachpersonen zu fördern. Gesamthaft soll dadurch die Attraktivität der Gesundheitsberufe gesteigert werden.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Welchen psychosozialen Belastungsfaktoren sind Gesundheitsfachpersonen während ihrer Arbeit ausgesetzt und wie verändern sich diese über vier Jahre im jährlichen Verlauf?
2. Welche Handlungsmöglichkeiten sehen Gesundheitsfachpersonen, um ihre psychosozialen Belastungsfaktoren während der Arbeit zu senken?

3. Welche evidenzbasierten Handlungsmöglichkeiten zur Reduktion psychosozialer Belastungsfaktoren werden in der aktuellen Forschungsliteratur beschrieben?
4. Inwiefern können Schulungsprogramme für Manager die psychosozialen Belastungsfaktoren bei Gesundheitsfachpersonen in den ausgewählten Institutionen signifikant senken?

Methodik

Die Fragestellungen der Studie sollen mittels einer randomisierten Interventionsstudie im Längsschnittdesign untersucht werden. Das Projekt startet 2017 und soll Ende 2020 zum Abschluss kommen.

Stichprobe:

Eine randomisierte Stichprobenziehung wird anhand einer Liste aller öffentlichen Institutionen der Schweiz vorgenommen. Dabei wird ein geographisch repräsentatives Sample angestrebt. Die Stichprobe umfasst die Berufsgruppen der Pflege, die medizinisch-technisch-therapeutischen Berufe sowie das ärztliche Personal mit Patient(inn)enkontakt und auf allen Führungsebenen. Sie arbeiten in den Bereichen Akutspital, Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Kliniken, spitalexterne Pflege sowie Langzeitpflege- und Betreuung.

Design:

Das Projekt ist in vier Arbeitspakete unterteilt:

1. Basismessung: Generierung und Analyse Grundlagenwissen

Im ersten Arbeitspaket wird die IST-Situation der vorliegenden psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz quantitativ mittels einer Online-Befragung erfasst. Das umfassende Messinstrument, besteht aus bereits validierten und reliablen Skalen. Angepasste Skalen werden zuvor auf ihre Validität getestet und in die Landessprachen übersetzt. Neben den individuellen subjektiv eingeschätzten Belastungsfaktoren werden zusätzlich objektive Kennzahlen der Organisation erhoben. Im Setting Akutspital werden zur Objektivierung der subjektiven Einschätzungen zusätzlich externe Beobachter eingesetzt.

2. Entwicklung der Intervention: Interdisziplinäre Schulung und Coaching

Im zweiten Arbeitspaket werden mittels qualitativen Fokusgruppeninterviews sowie einer systematischen Literaturrecherche evidenzbasierte Interventionen zur Reduktion der im 1. Arbeitspaket identifizierten psychosozialen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz bestimmt. Daraus werden ein Schulungsprogramm und ein Coaching Programm für Führungspersonen aus dem Gesundheitswesen entwickelt sowie konkrete und praxisrelevante Empfehlungen erstellt.

3. Intervention: Schulung und Coaching von Führungspersonen

Das dritte Arbeitspaket umfasst die Intervention des Projekts. In der ersten Interventionsgruppe werden während eines Jahres Führungspersonen aus dem Gesundheitswesen geschult und erhalten ein weiterführendes Praxiscoaching. Die zweite Interventionsgruppe erhält ausschließlich das Schulungsprogramm. Eine Kontrollgruppe erhält weder eine Schulung noch das Coaching. Die Intervention erfolgt in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch.

4. Messung der Wirkung und Auswertung

Im vierten und abschließenden Arbeitspaket werden die Wirkungen der Interventionen in den beiden Interventionsgruppen (Schulung und Coa-

ching, Schulung) im Vergleich mit der Kontrollgruppe ausgewertet. Dies erfolgt mit in jährlich wiederkehrenden quantitativen Online-Befragungen der psychosozialen arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren. Es wird das Messinstrument aus dem 1. Arbeitspaket verwendet. Zusätzlich wird eine inhaltliche Evaluation der Schulungsprogramme durch die involvierten Personen vorgenommen.

Erwarteter Nutzen

Die aus dem Projekt gewonnen Erkenntnisse sollen arbeitsbezogene psychosoziale Belastungsfaktoren reduzieren und die Arbeitszufriedenheit steigern. Die Resultate fließen direkt in die Lehre und Praxis ein und können dadurch einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung des Fachkräftemangels leisten. Zudem können die Erkenntnisse dieses Teilprojekts mit weiteren Erkenntnissen anderer Teilprojekte im Rahmen des gesamtschweizerischen Projekts „Strategie gegen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen synthetisiert und strategisch weiter genutzt werden um bis im Jahr 2020 ein Kompetenzzentrum gegen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen aufzubauen.

Zu den Personen



Dipl. Pflegefachmann Christoph Golz, BScN (CH)

arbeitet seit 2015 als wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege. Er assistiert in den Forschungsschwerpunkten „Psychosoziale Gesundheit“ und „Technologien im Gesundheitswesen“. Zuvor arbeitete er für zweieinhalb Jahre im akutgeriatrischen Bereich als Dipl. Pflegefachmann mit Zusatzfunktionen in der stationären Qualitätssicherung.

E-Mail: christoph.golz@bfh.ch



Prof. Dr. Sabine Hahn, PhD (CH)

ist Pflegewissenschaftlerin und Dipl. Pflegeexpertin. Sie leitet an der Berner Fachhochschule (CH) die angewandte Forschung und Entwicklung/Dienstleitung Pflege. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kompetenz- und Qualitätsentwicklung und deren Messung sowie zukünftige Anforderungen an Gesundheitsberufe. Weitere Themen sind psychiatrische und psychosoziale Pflegeforschung sowie Aggressions- und Sicherheitsforschung im Gesundheitswesen. Frau Hahn ist zudem Gastprofessorin der University of Central Lancashire (UK), School of Mental Health Nursing.

E-Mail: sabine.hahn@bfh.ch



Dipl. Pflegefachfrau, Dipl. Pflegeexpertin Karin Anne Peter, MScN (CH)

ist PhD-Studentin und seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin. Sie arbeitet zudem als Pflegeexpertin in der Klinik für Plastische Chirurgie im Universitätsspital Zürich. Sie ist seit 2004 in verschiedenen Funktionen in der Pflege tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind im Bereich Aggressionsmanagement, psychosoziale Gesundheit sowie die betriebliche Gesundheitsförderung im Akutspital.

E-Mail: karin.peter@bfh.ch

Das Erleben von Frauen mit Endometriose – Eine systematische Literaturübersicht

ISABEL GONZALO

Hintergrund und Fragestellung

Laut Schätzungen leiden 10 bis 15 Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter an Endometriose. Nach wie vor wird eine hohe Dunkelziffer vermutet. Die Zeit bis zur Diagnose dauert im Schnitt mehrere Jahre und kann für die Betroffenen mit vielen Enttäuschungen und Unsicherheit verbunden sein. Pflegende verfügen oft zu wenig Wissen, wenn es um die Erfahrungen der Patientinnen geht. Die Fragestellung dieser Arbeit lautet: Wie erleben Frauen mit Endometriose ihre Krankheit?

Methode

Zur Beantwortung der Frage wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PsycINFO und Cochrane Library durchgeführt. Zusätzlich wurden die Referenzlisten der gefundenen Artikel durchsucht. Einschlusskriterien waren qualitative Studien, die das Erleben von Frauen mit einer chirurgisch bestätigten Diagnose der Endometriose untersuchten. Neun Publikationen aus dem Zeitraum von 2005 bis 2014 wurden in die Übersicht aufgenommen und kritisch beurteilt.

Ergebnisse

Die Studien zeigen, dass Frauen mit Endometriose großen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Sie erleben intensivste Gefühle wie Angst, Wut, Hilflosigkeit, Depression und Einsamkeit. Ebenfalls wird deutlich, dass die Frauen unter einem verminderten Selbstwertgefühl leiden und die Beziehung zum Partner, Freunden und der Familie gestört sein kann. Weiter kommt zum Ausdruck, dass Endometriose in der Öffentlichkeit wie auch im Gesundheitswesen oft tabuisiert wird und die betroffenen Frauen Mühe haben, darüber zu sprechen. Sie erhalten nur wenig Unterstützung von medizinischen Fachpersonen und wünschen sich mehr Informationen über ihre Krankheit.

Schlussfolgerungen

Rund um die Endometriose herrscht noch immer ein Wissensdefizit. Um diese Lücke zu füllen, bedarf es einer intensiven Aufklärungsarbeit. Die betroffenen Frauen müssen in ihrer Krankheit professionell unterstützt und begleitet werden. Hier würde sich das Konzept einer Advanced Practice Nurse anbieten. Pflegefachpersonen sollten im Rahmen von Weiterbildungen über das Krankheitsbild und mögliche Auswirkungen geschult werden, damit sie empathischer auf die Bedürfnisse der Patientinnen eingehen können.

Zur Person

Dipl. Pflegefachfrau Isabel Gonzalo, BScN (CH)
schloss Ihr Studium an der Berner Fachhochschule ab und erlangte am Institut Ihren BScN. Zusätzlich ist sie diplomierte Pflegefachfrau.

Die Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und Patientinnen bzw. Patienten im ambulanten Pflegesetting - Eine pflegewissenschaftliche, qualitative Studie

MAREIKE HECHINGER

Hintergrund der Arbeit

Berufliche Pflegepersonen und pflegebedürftige Menschen treten im Rahmen der Pflege in eine Beziehung zueinander. Diese ist unabdingbar zur Bewältigung pflegerischer Aufgaben dar. Im ambulanten Pflegesetting bildet die mitunter langjährige Beziehung einen Teil der Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen (Schroeter, 2008). Zudem beeinflusst die Beziehungsgestaltung die Qualität pflegerischer Handlungen (Pohlmann, 2006). In einigen englischsprachigen Ländern gibt es klare Vorgaben zur Gestaltung professioneller Beziehungen (NCSBN, 2014; NMBA, 2010). Abweichendes Verhalten stellt dort eine Grenzüberschreitung dar und kann einer übergeordneten Stelle gemeldet werden (ebd.). Die Übertragbarkeit englischsprachiger Forschungsergebnisse auf den deutschsprachigen Raum, in welchem es keine derlei präzisen Vorstellungen zur professionellen Beziehung gibt, ist somit eingeschränkt. Zur Gestaltung pflegerischer Beziehung im ambulanten Pflegesetting ist überdies bisher wenig bekannt.

Beschreibung der Arbeit

Die Studie untersuchte, wie sich die Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und Patientinnen bzw. Patienten im deutschen ambulanten Pflegesetting gestaltet. Ziel war es, die Beziehungsgestaltung und somit Veränderungen in der Beziehungsentwicklung begreifbar zu machen sowie beeinflussende Faktoren zu identifizieren.

Material und Methoden

Einem induktiven Vorgehen folgend, wurde die Grounded Theory Methodik nach Strauss und Corbin (1996) gewählt, erweitert um einen ethnografischen und reflexiven Ansatz (Breuer, 2010). Es wurden 24 teilnehmende Beobachtungen von Pflegenden bei ihrer Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten sowie acht Interviews mit Pflegenden durchgeführt. Die Analyse folgte den von Strauss und Corbin (1996) vorgeschlagenen Schritten des offenen, axialen und selektiven Kodierens. Dabei wurden fortwährend theoretische, methodische und reflektierende Memos verfasst.

Ergebnisse

Das zentrale Phänomen beschreibt die Beziehung auf einer fachlich-pflegerischen Ebene mit der Option der Weiterentwicklung auf eine menschlich-private Ebene.

Die Beziehung beginnt auf einer fachlich-pflegerischen Ebene mit einer Investition der Pflegeperson in die Beziehung. Eine Investition stellt (un-)bewusste Strategien zum Vertrauensaufbau und Zugang finden dar, wie Freundlichkeit, sich Zeit nehmen oder etwas von sich preiszugeben. Auf die Beziehung wirken fortwährend förderliche und hinderliche Einflussfaktoren, die jedoch vor allem den Beziehungsaufbau prägen. Die Investition der Pflegeperson gilt als gelungen, wenn hinderliche und förderliche Einflussfaktoren ausbalanciert sind. Es ergibt sich eine Situation produktiver Zusammenarbeit in angenehmer Atmosphäre. Können Einflussfaktoren nicht ohne weiteres ausbalanciert werden, müssen Pflegepersonen größere Bemühungen tätigen, woraufhin die Investition gelingen oder scheitern kann. Für manche Pflegepersonen stellt Scheitern eine Enttäuschung dar und ist mit Unsicherheit angesichts weiterer ablehnender Reaktionen verbunden. Pflege und Kommunikation auf der fachlich-pflegerischen Ebene erfolgen tätigkeitsorientiert.

Ausgehend von einer erfolgreichen Investition können Pflegende bei vorhandener Sympathie, Motivation und offen-zugewandter Haltung zur pflegebedürftigen Person, die Beziehung auf eine menschlich-private Ebene weiterentwickeln. Diese ist geprägt von Reziprozität im Sinne gegenseitigen *Gebens und Nehmens*, dem *Zeigen von Gefühlen* sowie dem verstärkten *sich privat involvieren* von Seiten der Pflegenden in die Beziehung.

Ausblick

Es bedarf einer Sensibilisierung der Pflegepraxis für die Beziehungsentwicklung und ihre diversen Einflussfaktoren. Es gilt, bereits in der Ausbildung Fähigkeiten zur Reflexion und Abgrenzung zu fördern, damit Pflegende Beziehungen bewusst gestalten lernen. Zudem sollten die menschlich-privaten Anteile der Beziehung Ausgangspunkt für eine breit geführte Auseinandersetzung innerhalb der Pflege im Zuge der Professionalisierung sein.

Literaturangaben

- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- NCSBN - National Council of State Boards of Nursing (2014). *A nurse's guide to professional boundaries*. Zugriff am 18.08.16. Verfügbar unter https://www.ncsbn.org/ProfessionalBoundaries_Complete.pdf
- NMBA - Nursing and Midwifery Board of Australia (2010). *A nurse's guide to professional boundaries*. Zugriff am 18.08.16. Verfügbar unter www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD10%2f1347&dbid=AP&chksum=bes7sYtZAWnmgg_0%2fzV0uBQ%3d%3d
- Pohlmann, M. (2006). Die Pflegende-Patienten-Beziehung: Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege*, 19(3), 156-162.
- Schroeter, K. R. (2008). Pflege in Figuretionen - ein theoriegeleiteter Zugang zum „sozialen Feld der Pflege“. In Bauer, U. & Büscher, A. (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (1. Aufl., S. 49-77). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Zur Person



Mareike Hechinger, MScN (D)

Gesundheits- und Krankenpflegerin, MScN. Derzeit tätig als stellvertretende Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagementbeauftragte beim ambulanten Pflegedienst Hechinger Pflege GmbH in München, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Prof. Dr. André Fringer am Institut für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule St. Gallen und Dozentin im dualen Pflegestudiengang der Hochschule München.

Wie Väter eines chronisch kranken Kindes die Unterstützung von Pflegenden bei der Bewältigung ihres Schocks der Diagnose hin zu einer (neuen) Normalität erleben

INSA GESINE KESSLER

Einleitung

Die chronische Erkrankung des eigenen Kindes bewirkt einen Einschnitt in die Biografie als Vater, der mit Veränderungen einhergeht (Young, B. et al., 2002). Das Ausmaß und die Bewältigung der erlebten Belastung hängt entscheidend von der individuellen Interpretation ab (Hackenberg, 2008). Dieser Abstract beschreibt einen Ausschnitt im Rahmen einer empirischen Forschungsarbeit.

Fragestellungen

- > Wie nehmen Väter Pflegende und Ärzte in dieser akuten Schocksituation wahr?
- > Erfahren Väter nach dem Schock einer Diagnose, der als Erstarrung verbunden mit Handlungsunfähigkeit erlebt wird, im Krankenhaus (emotionale) Unterstützung von Pflegenden?
- > Gibt es Hinweise darauf, dass Anleitungen zu pflegerischen Maßnahmen oder zur Bedienung medizinischer Geräte zu einer Schockbewältigung beitragen?

Methodik

Das Einschlusskriterium zur Auswahl der Väter bestand in einer chronischen, somatischen Erkrankung eines Kindes. 20 narrative Interviews mit einer Länge zwischen 20 Minuten und zwei Stunden wurden geführt. Vor einem konstruktivistischen Hintergrund des Symbolischen Interaktionismus wurden diese in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory ausgewertet.

Ergebnisse

Nach bisherigem Forschungsstand zeigt sich, dass Väter Pflegende, im Gegensatz zu Ärzten, nicht als mögliche oder tatsächliche Unterstützung bei der Bewältigung ihres Schockerlebens wahrnehmen, um eine (neue) Normalität zu erreichen.

Väter berichten nicht, dass Pflegende aktiv auf sie zugegangen wären und ihnen Unterstützung zur Schockbewältigung angeboten haben.

Diskussion

Für einen Unterstützungsbedarf von Vätern in Schocksituationen bei Diagnosestellungen scheint bei Pflegenden kein Bewusstsein zu bestehen. Die Aufnahme einer Beziehung ist nicht zu erkennen: weder durch eine direkte Ansprache noch durch die Einbeziehung in eine am Menschen orientierte pflegerische Handlung oder durch eine Einweisung in medizinische Geräte, mit denen die Kinder versorgt werden, die als Versuch zur Unterstützung einer Rückgewinnung von Handlungsfähigkeit der Väter zu werten sein könnte.

Die Frage nach der Selbstwahrnehmung und dem pflegerischen Selbstverständnis von Pflegenden sowie ihrer professionellen Werte und der mangelnden Wahrnehmung als kompetente Krisenunterstützung durch Angehörige stellt sich einer künftigen Diskussion.

Literaturverzeichnis

Hackenberg, W. (2008). *Geschwister von Menschen mit Behinderungen*. München: Ernst Reinhardt.

Young, B. et al. (2002). Identity and role in parenting a child with cancer - review. *Pediatric Rehabilitation*.

¹ Die im Februar 2013 begonnene Studie erfolgt zur Dissertation an der Universität Witten/Herdecke.

Zur Person



Insa Gesine Keßler, MScN, BScN, RN (D)

Insa Gesine Keßler arbeitet als Pflegewissenschaftlerin bei der Deutschen Krebsgesellschaft in Berlin. Sie ist examinierte Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin (MScN). Zurzeit promoviert sie im Doktorandenprogramm an der privaten Universität Witten/Herdecke. E-Mail-Kontakt: Insa.Kessler@uni-wh.de

Die Gesundheitskompetenz als Kompetenz der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege - Implikationen für das Management

DIANA LEONORA MICHEL-ESFANDIAR

Die zunehmende Komplexität und Fülle von Informationen zur Gesundheit ist ein wesentliches Merkmal der Gesundheitsgesellschaft des 21. Jahrhunderts. Der medizinische Fortschritt sowie die Auswahl an verschiedenen Dienstleistungen im Gesundheitswesen nehmen stetig zu und vervielfältigen das Angebot für KonsumentInnen des Gesundheitssystems. Überlegungen zur Gesundheit sind alltäglich, daher müssen laufend diesbezüglich Entscheidungen getroffen werden. Die Zunahme an Möglichkeiten verlangt somit bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten, um Gesundheitsentscheidungen adäquat und sinnvoll treffen zu können. In jenem Zusammenhang etablierte sich in den letzten Jahren der Begriff der Gesundheitskompetenz (health literacy) als wesentliches Konzept der Gesundheitsförderung (vgl. Kickbusch 2006: 67-69; Nutbeam 2000: 261, Riegler/Langmann 2011: 265). Gesundheitskompetenz ist demnach die Kompetenz, die sich auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten bezieht, Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden sowie sie zu bewerten, um sie anschließend adäquat anwenden bzw. weitergeben zu können (vgl. Sørensen et al. 2012: 3).

Jene begriffliche Beschreibung der Kompetenz kann mit dem 1986 durch die Ottawa Charta geprägten Begriff der „Gesundheitsförderung“ in Verbindung gebracht werden, da jene auf die Selbstbestimmung der eigenen Gesundheit und der damit verbundenen aktiven Entscheidungen auf der Basis von Informationen eingeht (vgl. WHO 1986: 1 und 4). Demnach beinhaltet die Gesundheitsförderung die Selbstbestimmung, welche im weiteren Sinne durch die Gesundheitskompetenz und die damit laut Definition von Sørensen et al. (2012) genannte Entscheidungsfindung gegenüber der eigenen Gesundheit, gegeben ist (vgl. WHO 1986: 1,3; Sørensen et al. 2012: 3). Daher befähigt eine konkrete Förderung der Gesundheitskompetenz mit Gesundheit informiert umgehen zu können und somit die Gesundheit zu fördern (vgl. Thilo et al. 2012: 428). Diverse internationale Forschungsergebnisse bezüglich Gesundheitskompetenz liegen vor. Jedoch fehlen derzeit empirische Daten, die eine Verbindung aus der Sicht der Gesundheits- und Krankenpflege herstellen. Demnach wurden die folgenden Forschungsfragen gewählt:

1. In welchem Bedeutungszusammenhang steht der Begriff Gesundheitskompetenz bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eines Akutspitals in Österreich?
2. Welche Aspekte der Gesundheitskompetenz sind aus Sicht der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für das Management von Bedeutung?

Für die Bearbeitung der Forschungsfragen wurden zehn narrativ-episodische Interviews nach Flick (2011:273-274) inklusive Leitfaden mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in einem Akutspital in Wien durchgeführt. Die anschließende Datenauswertung auf der Basis der Textanalyse, erfolgte mittels Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010). Abschließend werden die Ergebnisse mit der Definition und dem Modell von Sørensen et al. (2012: 3-9) zusammengeführt, um die theoretische Verortung von Gesundheitskompetenz herzustellen. Die Beantwortung der gewählten Forschungsfragen bietet nun eine erste Datengrundlage. Die Ergebnisse der Auswertung sind in fünf Kategorien formuliert:

1. Das Gesundheitsverständnis in Verbindung mit der Selbstwahrnehmung (Subkategorie: Selbstwahrnehmung),
2. Der dynamische Prozess der gesundheitskompetenten Meinungsbildung (Subkategorie: die Entscheidung),
3. Die Anwendung von Informationen bezogen auf die Gesundheit & Krankheit,
4. Begünstigende Faktoren, welche im beruflichen Setting die Anwendung von Informationsweitergabe zum Thema Gesundheit unterstützen (Subkategorien: strukturelle Ressourcen, direktes Unterstützungsangebot durch die Führungsperson und das Team und die personellen Ressourcen),
5. Potenzieller Nutzen von beratenden Tätigkeiten zum Thema Gesundheit.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die InterviewpartnerInnen Gesundheitskompetenz besitzen, welche sie innerhalb eines dynamischen Meinungsbildungsprozesses unterschiedlich einsetzen, da sie die Kompetenz vorwiegend nicht als solche wahrnehmen. Daraus leitet sich der Handlungsbedarf ab, welcher nicht nur die Förderung der Gesundheit, sondern auch die damit in Verbindung stehenden Förderung der Gesundheitskompetenz in den Fokus stellt. Demnach liegt es zunehmend in der Verantwortung der Ausbildungsstätten aber auch der ArbeitgeberInnen der Gesundheits- und Krankenpflege, das Bewusstsein der Gesund-

heitskompetenz zu fordern und zu fördern, um eine adäquate Entwicklung jener Fähigkeiten und Fertigkeiten im Sinne der Gesundheitsförderung unterstützen zu können. Zu betonen ist dabei, dass eine umfassende Entwicklung der persönlichen Gesundheitskompetenz nicht nur auf die weitere Betreuung von PatientInnen einen positiven Einfluss nehmen kann, sondern zudem auf die persönliche Lebensführung der MitarbeiterInnen.

Zudem zeigt sich, dass die Rahmenbedingungen der Gesundheits- und Krankenpflege adaptiert werden sollten, um Gesundheitskompetenz mit dem bestmöglichen Nutzen für PatientInnen einsetzen zu können. Demnach begrüßen die InterviewpartnerInnen den Ausbau des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege - vor allem im Bereich der gesetzlich geforderten Förderung der Gesundheit. Unter anderem, da der aktuell noch in Untersuchung befindliche Gesetzesentwurf der Novelle des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes erstmals konkret auf die Gesundheitskompetenz Bezug nimmt. Ein in jenem Zusammenhang wesentlicher Tätigkeitsbereich ist der eigenverantwortliche Bereich der Beratung durch die Profession der Gesundheits- und Krankenpflege. Jene kann sowohl intramural als auch extramural eingesetzt werden, um der Bevölkerung eine flächendeckende und umfassende Unterstützung der eigenen Gesundheitskompetenz anbieten zu können. Denn nur wissende und informierte BürgerInnen können sich aktiv an der modernen Gesundheitsgesellschaft beteiligen.

Literatur

- Flick, U. (2011): Das episodische Interview. In: Oelerich, G./Otto, H. (Hg.): Empirische Sozialforschung und soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 273-277.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlagsgruppe.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International (15/3), 259-267.
- Riegler, A./Langmann, H. (2011): Health literacy-Die Kluft zwischen Theorie und Praxis. Beitrag im Tagungsband der eHealth 2011. <http://www.ehealth20xx.at/eHealth2011/papers/riegler.pdf>, (21.08.2015).
- Sørensen, K./Van Den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health (12), 1-13.
- Thilo, F./Sommerhalder, K./Hahn, S. (2012): Gesundheitskompetenz. Ein Konzept für die professionelle Pflege. In: Pflege. (25/6), 427-438.
- WHO (World Health Organisation): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_charter_G.pdf?ua=1, (21.08.2015).

Zur Person



DGKS Diana Leonora Michel-Esfandiar, BSc, MSc (A)

schloss 2013 ihr Diplom sowie ihr Bachelorstudium „Gesundheits- und Krankenpflege“ an der Fachhochschule Campus Wien ab. Anschließend studierte sie bis Oktober 2015 berufsbegleitend „Advanced Nursing Practice“ mit dem Schwerpunkt „Management“ - ebenfalls an der Fachhochschule Campus Wien. Von 2013 bis 2016 arbeitete sie im KAV Wien - Krankenhaus Hietzing. Seit 2016 ist sie im Gesundheits- und Rehabilitationsmanagement der Europ Assistance tätig. Bereits im Bachelorstudium vertiefte sie in ihren Abschlussarbeiten ihr Interesse an den Beratungsmöglichkeiten sowie der Teamdynamik innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege. Im weiterführenden Masterlehrgang untersuchte sie nun die Gesundheitskompetenz von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Wien und das damit einhergehende Potenzial für Entwicklungen.

Lebensqualität und subjektive Gesundheitseinschätzung 30 Tage nach Spitaleintritt - Eine deskriptive Datenanalyse

NADJA ROHNER, SYLVIE PIGNAT

Einleitung

Die Lebensqualität ist ein zentraler Punkt in vielen gesundheitsbezogenen Fragestellungen. Zudem nimmt die Erforschung der Lebensqualität an Bedeutung zu.

Methodik

Mittels eines quantitativen Forschungsdesigns wurden retrospektiv Daten von Patientinnen und Patienten aus der medizinischen und der neurologischen Klinik des KSA in Bezug auf die Lebensqualität und die subjektive Gesundheitseinschätzung an Tag 30 nach Spitaleintritt analysiert.

Ergebnisse: Es wurden insgesamt 2'629 Daten ausgewertet. Es zeigte sich, dass die Klinik, in die die initiale Hospitalisation erfolgte, das Geschlecht sowie der Aufenthaltsort an Tag 30 signifikant Einfluss auf die Lebensqualität und die subjektive Gesundheitseinschätzung nehmen können, wohingegen das Alter kaum einen Einfluss ausübt.

Diskussion

In dieser Arbeit wurden erstmals die Lebensqualität und die subjektive Gesundheitseinschätzung bei medizinischen und neurologischen Patientinnen und Patienten in einem Zentrumsspital in der Schweiz analysiert. Es konnten signifikante Zusammenhänge sowohl zwischen einzelnen Patientengruppen als auch dem Aufenthaltsort an Tag 30 mit Einschränkungen der Lebensqualität gezeigt werden. Diese Auswertungen können als Basis dienen, um präzise Interventionen, mit dem Ziel die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu steigern, zu erarbeiten. Gleichzeitig wurden erstmals Daten erschaffen, welche als Vergleich für zukünftige Studien dienen können.

Schlussfolgerung

Die Lebensqualität ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch allgemein im Gesundheitswesen ein zunehmend wichtigerer Faktor. Es wäre daher wünschenswert, wenn die Lebensqualität neben den bisherigen klassischen medizinischen Messkriterien (z.B. die Heilung einer Krankheit) in den klinischen Alltag integriert werden würde. In dieser Arbeit wurde erstmals die Lebensqualität bei medizinischen und neurologischen Patientinnen und Patienten an Tag 30 nach Spitaleintritt in einem Zentrumsspital analysiert. Um diese Daten in Relation zu setzen und um Interventionen, welche auf eine Verbesserung der Lebensqualität zielen, zu bewerten, bedarf es Vergleichswerte, welche z.B. durch das systematische Erfassen der Lebensqualität in den Spitälern generiert werden können. Auch zeigte sich, dass viele Faktoren Einfluss auf die Lebensqualität nehmen. Die in dieser Studie identifizierten Teilbereiche der Lebensqualität, in denen Einschränkungen bestehen, ließen sich durch pflegerische Interventionen beeinflussen. Daher ist die weitere Erforschung der Lebensqualität ein wichtiger Bereich für die Pflegeforschung.

Schlüsselbegriffe

Gesundheitsbezogene Lebensqualität; subjektive Gesundheitseinschätzung; EQ-5D; Medizin; Neurologie; Geschlecht; Aufenthaltsort

Zu den Personen



Nadja Rohner, BScN (CH)

Arbeitet seit mehreren Jahren im Universitätsspital in Zürich als Pflegefachfrau. Hat berufsbegleitend den Bachelor of Science in Pflege an der Berner Fachhochschule abgeschlossen.



Sylvie Pignat, BScN (CH)

Hat nach der Ausbildung zur Fachangestellte Gesundheit am Universitätsspital in Zürich, an der höheren Fachschule das Diplom als Pflegefachfrau HF erlangt. Nach einigen Jahren im Beruf als Pflegefachfrau am Universitätsspital in Zürich hat sie berufsbegleitend den Bachelor of Science in Pflege an der Berner Fachhochschule abgeschlossen. Sie studiert aktuell im Studiengang Master of Science in Pflege ebenso an der Berner Fachhochschule.

Durch die Erfahrung der Betroffenen die Wirksamkeit der Mobilitätsfördernden Pflege besser verstehen. Eine phänomenologische Studie.

SUSANNE SUTER-RIEDERER

Hintergrund

Die Mobilitätsfördernde Pflegeintervention wurde von Pflegenden einer neurologischen Rehabilitationsklinik in Zusammenarbeit mit einem pflegewissenschaftlichen Forschungsteam entwickelt. Die Wirksamkeit dieser Intervention wurde bei Schlaganfallpatienten und Menschen mit Multipler Sklerose in einer randomisiert kontrollierten Studie getestet. Positive Effekte bezüglich Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und dem verminderten Risiko von poststationärer Versorgung konnten nachgewiesen werden. Es bleibt jedoch weiterhin unklar, was genau zur Effektivität der Intervention beigetragen hat, obwohl klinisch und statistisch signifikante Verbesserungen aufgezeigt werden konnten. Um diese Zusammenhänge zwischen Intervention und Wirksamkeit besser zu verstehen, braucht es weiteres Wissen zu den Mechanismen der Verbesserung, wie beispielsweise, zur Erfahrung der Betroffenen.

Ziel der Studie

Diese qualitative Studie beleuchtet die Perspektive der Betroffenen, um ein erweitertes und vertieftes Verständnis über deren Erfahrung mit der Mobilitätsfördernden Pflege zu erhalten. Das Wissen zu Prozessen und Bedeutungen der Intervention kann Pflegenden helfen, die Bewegungsförderung adäquat und effektiv anzubieten, um damit eine nachhaltig verbesserte Wirkung für den Alltag der Betroffenen zu erzielen.

Methode

61 Betroffene wurden nach Abschluss der Intervention zu ihrem Erleben der Intervention mittels offenen Interviews befragt. Die narrativen Erzählungen wurden nach der Methode der interpretativen Phänomenologie nach Heidegger und Benner analysiert.

Resultate

Tägliche Routinen vereinfachen das Leben von Betroffenen, weil sie automatisch und ohne Überlegen geschehen. Durch einen Schlaganfall oder einen MS Schub kann diese Routinen unterbrochen werden und Betroffene müssen lernen, mit Einschränkungen umzugehen und die Routine wiederherzustellen. Die Mobilitätsfördernde Pflege ist eine Möglichkeit, diesen Lernprozess zu stimulieren. Betroffene werden angestossen, ihre Bewegungsabläufe zu reflektieren und ihre Bewegungsfähigkeit zu erweitern. Dies kann zu Beginn sehr anstrengend und mühsam sein. Wenn Betroffene den Verlust von Gewohnheit und Handlungsfähigkeit überwinden, sprechen sie von gewonnenem Selbstvertrauen, Freude an der Bewegung und einfacherem Alltag.

Diskussion

Die Aussagen der Betroffenen verhelfen zu einem vertieften Verständnis der Wirkung der Mobilitätsfördernden Pflegeinterventionen. Betroffene erleben die Intervention auf dem Hintergrund ihrer individuellen Geschichte und Bedeutungen, die Bewegungsförderung für sie hat. Pflegende können Patienten dann erfolgreich unterstützen, wenn sie diese Bedeutungen erkennen und integrieren.

Implikationen für Praxis und Forschung

Nebst vertiefter Bewegungskompetenz brauchen Pflegende die Fähigkeit, Betroffene als Menschen mit einer individuellen Geschichte wahrzunehmen, sie zu verstehen und zu respektieren. Wie Pflegende diesen unterschiedlichen Patientensituationen begegnen, soll in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

Zur Person



Susanne Suter-Riederer MScN, RN (CH)

geb. 1963, lebt in Bad Ragaz (CH). Sie ist Pflegefachfrau FH und arbeitet seit 2007 für das Institut der Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) als Dozentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin unter anderem für Rehabilitation und Bewegung. Frau Suter-Riederer ist Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke in Witten (D).
Kontakt: susanne.suter-riederer@zhaw.ch

Impressum

Herausgeberin, Medieninhaberin und Verlegerin: Medical Update, Marketing & Media GmbH, Baumeistergasse 32/5/1, 1160 Wien, T: +43.1.897 21 10, F: +43.1.897 23 88, www.medical-update.net.
Anzeigenrepräsentanz: Medical Update, Marketing & Media GmbH. Anzeigenverwaltung und -koordination; Claudia Kastner-Roth, claudia.kastner-roth@medical-update.net. Art Director: Wolfgang Niel, wolfgang@gebruederpixel.at, Philipp M. Sandpeck, office@philippsandpeck.at. Bankverbindung: Erste Bank, BLZ 20111, Kontonummer: 283 264 100 00, Verlags- und Erscheinungsort: Wien.
Redaktionelle Leitung: Martina Bartholner, martina.bartholner@medical-update.net. Anschrift: Medical Update, Marketing & Media GmbH, Baumeistergasse 32/5/1, 1160 Wien.

Die Beiträge sind die persönliche und wissenschaftliche Meinung der Verfasser/innen und müssen nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Sie fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich der Verfasser/innen.

Genderformulierung, Zitierweise, Aufbau der Abstracts sowie Schreibweise gemäß der neuen deutschen Rechtschreibung (des jeweiligen Landes) obliegt den jeweiligen Autor/inn/en.

Gekennzeichnete Beiträge (AD) sowie Supplements sind entgeltliche Einschaltungen gemäß § 26 des Mediengesetzes. Die darin enthaltenen Angaben und Aussagen liegen in der Verantwortlichkeit der jeweiligen Auftraggeber/innen. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Quellenangabe und schriftlicher Genehmigung.

gleich **vormerken:**



pflegekongress17

**30. november und
1. dezember 2017**
austria center vienna