

# "Mitmischen - Aufmischen - Einmischen"

Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen  
14. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern

"Mitmischen - Aufmischen - Einmischen"

Eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung

14. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern

Hrsg.: Sabine Hahn, Caroline Gurtner, Christian Burr,  
Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham,  
Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Harald Stefan

Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit  
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,

Oktober 2017

ISBN 978-3-033-06389-1

Druck und Verarbeitung: resch druck - Thomas Resch KG,  
Rosinagasse 19, A-1150 Wien, office@resch-druck.at

# "Mitmischen - Aufmischen - Einmischen"

**Eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in  
Praxis – Management – Ausbildung – Forschung**

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen  
14. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern**

Herausgeber:

Sabine Hahn, Caroline Gurtner, Christian Burr,  
Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham,  
Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Harald Stefan  
*Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,  
Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule  
Murtenstrasse 10, 3008 Bern  
Oktober 2017*

## **Vorwort der Veranstaltenden:**

### **14. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Mitmischen – Aufmischen – Einmischen“**

*Sabine Hahn, Caroline Gurtner, Christian Burr, Anna Hegdüs, Udo Finklenburg, Ian Needham, Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Harald Stefan*

Liebe Leserinnen und Leser

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das Thema „Mitmischen – Aufmischen – Einmischen“, fordert uns alle auf aktiv zu werden und der psychiatrischen Pflege und uns selbst eine Stimme zu geben. Nur so werden wir gehört und können zeigen was psychiatrische Pflege bewirkt, wie sie sich an der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt, wie sie NutzerInnen in die Behandlung einbezieht oder warum Pflegeforschung wichtig ist und welchen Stellenwert diese Themen in der Gesundheitsversorgung einnehmen.

Früher hörte man von Pflegenden oft den Satz: *„Man hat uns nicht gefragt.“* Wir haben den Eindruck, dass sich das verändert und Pflegenden sich vermehrt „einmischen“ und auch ungefragt ihr Wissen, ihre Überzeugungen, fachliche Meinungen und Forderungen in Diskussionen und Debatten einbringen. Dies würde bedeuten, dass sich entweder unsere Berufsgruppe oder unser Verständnis der eigenen Identität verändert hat.

Sehr wahrscheinlich stimmt Beides, denn die in der Gesellschaft angekommene Diskussion über den Bedarf an Pflege und Pflegenden zeigt wie unverzichtbar unser Tun ist und schafft, trotz aller mit dem Mangel verbundenen Problemen, einen guten Nährboden auf dem die Saat der Professionalisierung aufgehen kann. Wer wartet bis er gefragt wird, verhält sich passiv und überlässt Entscheidungen den Anderen, die es – so wird vermutet – besser wissen. Wer sich einmischt, mitmischt und aufmischt nimmt seine professionelle Verantwortung wahr und dient damit nicht nur dem Selbstverständnis der Berufsgruppe, sondern letztlich den Menschen, die Pflege und Unterstützung benötigen.

Daher ist es für uns am 14. Dreiländerkongress in Bern wichtig zu erfahren, wofür Sie sich in ihrem fachlichen Kontext einsetzen und wo sie Möglichkeiten zum „Mitmischen“ im Gesundheitsbereich vorfinden oder möglicherweise selbst geschaffen haben. Geht es um Fachthemen in denen wir dringend auf neues oder vertieftes Wissen angewiesen sind, wo wir uns in neue Bereiche vorwagen und mitmischen sollten? So wie Andrea Zwicknagel, die sich in die Neuroleptikadebatte einmischt oder Paul Hoff, der die Diagnose-debatte aufmischt. Geht es um internationale Einflussnahme, wo Sigrid Steffen als Angehörigenvertretung dafür sorgt, dass deren Stimme gehört wird? Oder geht es auch um Politik, wie in der Keynote von Helena Zaugg, die uns über die Pflege-Initiative in der Schweiz berichtet und wie engagierte Pflegende politische Instrumente nutzen.

Sind auch das Management und die Ausbildung gefordert? Ja, denn das Ein- und Mitmischen im interdisziplinären Diskurs ist entscheidend für die Weiterentwicklung unserer Berufspraxis. Harald Stefan wird uns hier Beispiele nennen, wie das Pflegemanagement in Österreich der Pflege Gehör verschafft und sich in den Diskurs um Ressourcenmanagement einbringt. Zudem wird Frank Vilsmeier den Weg, der in Deutschland für die Professionalisierung des Pflegeberufes eingeschlagen wurde, aufzeigen und Peter Schneider widmet sich der Frage, was Einmischen eigentlich genau heisst.

Im Berufsalltag begegnen wir immer wieder Pflegenden, die sich unauffällig mit ihrer Haltung für Menschen mit psychischen Problemen einsetzen, deren Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und für sie eintreten. Es entstehen aber auch neue Formen des Einmischens: Pflegende und ExpertInnen aus Erfahrung gestalten zukunftsfähige Angebote psychiatrischer Versorgung. Pflegende beteiligen sich zudem heute und in Zukunft an medialen Diskussionen und nutzen das Internet als Plattform, um an Orten mitzumischen, wo sie bisher noch nicht sichtbar waren. Aber auch Psychatriererfahren mischen tüchtig im medialen Diskurs mit. Daher senden wir am Dreiländerkongress erstmalig live mit Radio Rabe und Radio Loco-motivo. So

dass auch die Daheimgebliebenen unsere Kongressaktivitäten mitverfolgen können.

Wie jedes Jahr mischen sich viele von Ihnen direkt in den Diskurs am Kongress ein, einerseits mit eigenen Beiträgen und andererseits als aktive Zuhörende. Wir freuen uns sehr, denn es sind wieder viele spannende Beiträge eingegangen. Ihr persönlicher Beitrag am Dreiländerkongress steht sinnbildlich für Ihr „Einmischen“ und hilft sowohl die Fachentwicklung als auch die Profilbildung von Psychiatriepflegenden voranzutreiben. Die Beiträge und damit auch die Zeichen für das vielfältige Engagement der psychiatrischen Pflege sind auch dieses Jahr in diesem Kongressband zusammengefasst. Das wäre ohne das bewährte Team von Sabine Hahn an der Berner Fachhochschule nicht möglich gewesen. Caroline Gurtner, Maurus Ruf und Sabine Seiler haben aus den vielen eingegangenen Texten wieder einen lesenswerten Kongressband zusammengestellt. Herzlichen Dank!

Wir freuen uns auf den bevorstehenden Kongress in Bern, Ihre Beiträge und den gemeinsamen Austausch, der die Diskussion und somit das Mitmischen fördert.

Als Veranstalter und Herausgeber wünschen wir Ihnen viel Freude mit den Beiträgen in diesem Band.

Sabine Hahn, Caroline Gurtner, Christian Burr, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Ian Needham, Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Harald Stefan

# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Präsentationen und Workshops</b>   | <b>16</b> |
| 1. Gesamtbetriebliche Einführung von Krisenplan und Krisenpass<br>Simone Beeri, Bernhard Galli  | 17        |
| 2. Medienwand: Ein Qualitätsentwicklungsprojekt in der Forensischen<br>Psychiatrie zur Verbesserung der Intensivbehandlung<br>Rosmarie Bürki Brunner, Sabine Hahn   | 22        |
| 3. Interprofessionelles Skill-Grade Projekt - Fallführung durch Ärzte,<br>Pflegefachleute und Mitarbeiter des Sozialdienstes<br>Gerda Malojer, Carmine Di Nardo   | 28        |
| 4. Medienwand und Kommunikationsfenster „Cowin“ – Eine<br>Möglichkeit der Selbstbestimmung bei maximaler<br>Freiheitseinschränkung oder doch nur eine Beschäftigungsoption<br>für Patienten im Kriseninterventionsraum?<br>Andreas Emmerich | 31        |
| 5. Die Integrative Validation (IVA) – Eine (geronto-) psychiatrische<br>Pflegeintervention?<br>Anke Erdmann   | 34        |
| 6. Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Spitex Leistungen bei<br>Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz.<br>Renato Farcher, Christian Burr, Dirk Richter  | 40        |
| 7. Möglichkeiten der Einflussnahme durch Organisation und<br>Vernetzung<br>Udo Finklenburg  | 42        |
| 8. Telefonische Beratung in psychosozialen Krisensituationen<br>Susanna Flansburg   | 48        |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 9.  | Ein Quantensprung? Übertragbarkeit des Konzepts der Milieuthérapeutischen Wirkfaktoren nach E. Heim auf den Bereich der Führung                                   | 53 |
|     | Sonja Forster, Philipp Schmidt  |    |
| 10. | Die Betreuung von Patienten und Patientinnen, die Suizidgedanken äussern – ein Leitfaden für Pflegefachpersonen in der Akutversorgung                             | 56 |
|     | Irena Anna Frei, Stephan Schärer, Manuela Pretto, Ursi Barandun Schäfer, Cornelia Bläuer, Florian Grossmann, Beatrice Gehri, Philipp Grötsch, Stella Reiter-Theil |    |
| 11. | Alkohol in der ambulanten Pflege  | 60 |
|     | Roger Freiburghaus  |    |
| 12. | Non-Suizidvertrag: Professionelle Methode   | 62 |
|     | Barbara Frey  |    |
| 13. | Entwicklung und Umsetzung der Funktion APN anhand der Einführung eines pflegerischen Delirkonzeptes   | 69 |
|     | Sonja Freyer  |    |
| 14. | Ambulante psychiatrische Pflege trifft die somatische Pflege – eine neue Herausforderung in der Zukunft   | 74 |
|     | Béatrice Gähler-Schwab  |    |
| 15. | „Und dann soll ich immer erzählen wie’s mir geht – das ist doch nicht normal.“ - Gründe und Erklärungen von High Utilizern für stationäre Wiederaufnahmen         | 76 |
|     | Beatrice Gehri, Regula Lüthi, Julian Möller, Helen Stepulovs, Stefan Weinmann, Tatjana Zimmermann   |    |
| 16. | Primary Nursing in der psychiatrischen Pflege   | 80 |
|     | Cornelia Gianni, Aurelia Nurse  |    |
| 17. | Welche Erfahrungen und Erwartungen haben Angehörige psychisch erkrankter Menschen mit und an die psychiatrisch Tätigen  | 84 |
|     | Daniel Heinrichs, Stefan Rogge  |    |



|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 18. | Fallvorstellungen/ -analysen anhand des Orem-Recovery-Rondell<br>Anna Heinsch, Barbara Boßler  | 87  |
| 19. | „Stationsäquivalente Behandlung – Ein neues Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege“<br>Martin Holzke   | 89  |
| 20. | Mind the Gap – Lücken in der ambulanten Versorgung schliessen<br>Esther Indermaur, Jan Holder  | 93  |
| 21. | Schlafende Hunde wecken – wieso haben wir keine einheitliche Haltung in Bezug auf den Pflegeprozess und die Bezugspersonenpflege?<br>Majbritt Jensen   | 99  |
| 22. | CaseManagement – Eine neue Aufgabe für psychiatrische Fachpflegepersonen in der ambulanten Versorgung?<br>Tim Konhäuser  | 104 |
| 23. | Übergangsbegleitung aus dem stationären psychiatrischen Bereich – eine systematische Literaturübersicht<br>Bernd Kozel, Anna Hegedüs, Astrid Rossnagel, Renato Farcher, Ian Needham, Johann Behrens                    | 107 |
| 24. | Interdisziplinäre Zusammenarbeit und pflegerischer Anteil innerhalb der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)<br>Veronika Kuhweide  | 109 |
| 25. | Angehörige von Menschen mit Demenz mischen mit: Entwicklung und Implementierung eines familienzentrierten APN-Angebotes<br>Sabrina Laimbacher, Michaela Simonik, Loretta Giacomuzzi Schätti, Rahel Fröbel, Ian Needham | 111 |
| 26. | Psychosoziale Übergangsbetreuung – Ein Betreuungskonzept auf Augenhöhe<br>Sabine Lechner, Astrid Kaufmann  | 115 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 27. | Hometreatment für die psychiatrische Akutbehandlung – ein Update   | 120 |
|     | Rebekka Wernli, Peter Urner, Simona Jaun, Alexandra Kuhn, Lea Wyder, Wolfram Kawohl, Niklaus Stulz, Urs Hepp   |     |
| 28. | Mitmischen – pflegerische Fallführung in einer forensischen Ambulanz, ein Praxisprojekt  | 122 |
|     | Thomas Meier, Andrew Bay, Susanne Schoppmann   |     |
| 29. | Langfristige Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens: Ein Behandlungsangebot für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung  | 127 |
|     | Bettina Nesa, Sabine Hahn  |     |
| 30. | Die Implementierung einer Recovery-Gruppe in einer Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung   | 133 |
|     | Volker Panzer, Gabriele Braum, Jacqueline Rixe   |     |
| 31. | Die Rollenentwicklung einer APN für Menschen mit Dualdiagnose  | 138 |
|     | Sunhi Park-Lee, Fritz Frauenfelder   |     |
| 32. | Assistierte Selbsttötung von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen  | 143 |
|     | Dirk Richter   |     |
| 33. | Wohnpräferenzen von Menschen mit psychischen Behinderungen – Systematische Übersicht und Meta-Analyse  | 145 |
|     | Dirk Richter, Holger Hoffmann  |     |
| 34. | „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflegern mehr Therapie als das Programm“ –Implementierung von Primary Nursing in der psychiatrischen Klinik des Evangelischen Klinikums Bethel (EvKB) | 147 |
|     | Wolfram Kämmer, Ute Roelfs, Sabine Noelle, Jacqueline Rixe   |     |
| 35. | „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflegern mehr Therapie als das Programm“ – Skill- und Grade-Mix auf den Stationen: Aufgabenprofil und Qualifikation der PNs                           | 150 |
|     | Ute Roelfs, Sabine Noelle, Wolfram Kämmer , Jacqueline Rixe  |     |

36. „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflegern mehr Therapie als das Programm“ – Effekte von Primary Nursing aus Sicht der Patientinnen und Patienten 154  
Jacqueline Rixe, Ute Roelfs, Wolfram Kämmer, Sabine Noelle
37. Mitmischen - Aufmischen – Einmischen am Beispiel eines Modellprojekts nach § 64b SGB V- als Klinik- als Modellabteilung und integriert in die Abteilungen 159  
Elvira Lange
38. DynaLive in der Allgemeinpsychiatrie-Erwachsenenbereich- Neuausrichtung in der psychiatrischen individuellen Versorgung, Erweiterung des Stationären Behandlungsangebot im häuslichen Umfeld, Stationsersetzende Leistungen 161  
Dirk Werner
39. DynaLive in der Alterspsychiatrie – Voraussetzungen, Chancen und Möglichkeiten aus Sicht der Praxis 164  
Stefan Rogge
40. Die Bedeutung der subjektiven Sichtweise für die persönliche Recovery am Beispiel des Phänomens Stimmenhören 167  
Daniel Heinrichs, Maximilian Kiereck, Stefan Rogge
41. Die Lizenz zum Einmischen 170  
Dominik Röögli
42. Menschen mit Opioidabhängigkeit und multiplem Substanzgebrauch im Akutspital: eine qualitative Studie zu deren Erleben und Bedürfnissen 173  
Christine Sani-Toorchi, Regine Steinauer, Irena Anna Frei
43. Aktionsfeld Angehörigenarbeit in der psychiatrischen Pflege 178  
Thomas Lampert
44. Angehörige in der Psychiatrie – Dos & Don'ts 180  
Edith Scherer, Thomas Lampert

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 45. | Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie: Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung.<br>Stefan Scheydt  | 182 |
| 46. | Befragungsstudie zum Recovery-Prozess Jugendlicher<br>Cornelia Schneidtinger, Elisabeth Haslinger-Baumann  | 185 |
| 47. | Somatische Komorbidität bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit und ohne Leistungen der Eingliederungshilfe -<br>Ergebnisse einer Querschnittsstudie<br>Michael Schulz, Birgit Hahn | 188 |
| 48. | Was braucht es, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Anliegen selber vertreten können? – „Mitmischen – Aufmischen – Einmischen“ aus Betroffenen­sicht<br>Christa Schwab      | 194 |
| 49. | Warum ist es wichtig, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen „Mitmischen – Aufmischen und sich Einmischen“?<br>Chista Schwab   | 198 |
| 50. | Wissensvermittlung für Suizidgefährdete Menschen – Implementierung der Intervention und erste Evaluation<br>Astrid Shams, Katharina Schneiders, Bernd Kozel                              | 200 |
| 51. | Mitmischen – Interdisziplinäre Betreuung von psychisch erkrankten Menschen auf der Internistischen Station im Otto-Wagner-Spital, Wien<br>Ilse Stefan                                    | 203 |
| 52. | Hilfe(auf)suchen bei psychischen Gesundheitsproblemen und deren Bedeutung für die psychiatrische Pflege<br>Eva Tola  | 207 |
| 53. | Aus- und Eintrittsmanagement – Zwischen Bedarfen, Bedürfnissen und ökonomischen Anforderungen<br>Peter Ullmann, Marco Burri, Michaela Höring, Daniel Mohr                                | 214 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 54. | Entwicklung einer Stellenbeschreibung APN Mental Health<br>Peter Ullmann, Sonja Freyer, Birgit Ullmann   | 218 |
| 55. | Who is Who - Intensiv, Intensivversorgung, Intensivbetreuung,<br>Intensivpatient, Intensivzimmer und Intensivbereich<br>Peter Ullmann, Emina Djedovic, Mario Rigo, Marco Burri, Carlo Pepe, Daniel<br>Mohr               | 221 |
| 56. | Neue Einsichten und Aussichten der Peer-Zusammenarbeit im<br>psychiatrischen Setting<br>Stephanie Ventling   | 225 |
| 57. | Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz verstehen<br>mit der ABC-Verhaltensanalyse<br>Samuel Vögeli   | 226 |
| 58. | Zukunftswerkstatt: Wie kann die akademisierte psychiatrische<br>Pflege in der Gerontopsychiatrie aussehen?<br>Benjamin Volmar, Bettina Grundmann-Horst, Stefan Klees, Katharina<br>Schneiders                            | 229 |
| 59. | Forschungsbedarf aus Sicht wissenschaftlicher und praktisch tätiger<br>Expertinnen und Experten in der forensisch psychiatrischen Pflege<br>im deutschsprachigen Raum. Eine Delphi-Studie.<br>Pamela Wersin, Ian Needham | 233 |
| 60. | Erfahrungen im Erleben und im Umgang mit der eigenen<br>psychiatrischen Erkrankung: Die Stimme der Betroffenen!<br>Peter Wolfensberger   | 236 |
| 61. | ...mischen im Kernteam<br>Dominic Zemp, Stefanie Peter, Barbara Peter, Johann Meinhof  | 239 |
| 62. | Fachpersonen mit psychiatrischen Krankheitserfahrungen –<br>Disqualifikation oder besondere Qualifikation für die Praxis?<br>Gianfranco Zuaboni, Pamela Wersin, Linda Frei   | 243 |
| 63. | Wer Abseits steht, kann nicht mitgestalten: Ist die psychiatrische<br>Pflege unpolitisch?<br>Gianfranco Zuaboni, Michael Schumacher, Andreas Daurù   | 246 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Posterpräsentationen</b>  | <b>248</b> |
| 64. Krisendiagramm – ein effektives Instrument der Rückfallprophylaxe<br>Martin Aebi   | 249        |
| 65. „Risiko – Suizid: Professionelle Begleitung von Menschen in akut-suizidalen Krisen, Literaturrecherche zum Thema Risiko und Suizid“<br>Henning Albes, Miriam Mertins | 252        |
| 66. Den Pflegeprozess beeinflussende Faktoren<br>Patrick Bieri, Manuela Grieser  | 256        |
| 67. Mit kollegialer Beratung gegen Stress?<br>Alexander Brandenberger, Regine Steinauer  | 259        |
| 68. Sexualität und Psychische Gesundheit - Unterstützung durch Schulungs- und Selbsthilfeangebot für Menschen mit psychischen Problemen<br>Christian Burr                | 262        |
| 69. Leanmanagement in der Psychiatrie<br>Karin Heeb-Maier, Carmine Di Nardo  | 265        |
| 70. Pflegerisches Basisassessment für die Psychiatrie – vom Wunsch zur Wirklichkeit<br>Beatrice Gehri, Franziska Rabenschlag, Madlen Fiebig                              | 268        |
| 71. Begegnen. Bewegen. Leben.<br>Regula Mader, Karin Kehl  | 270        |
| 72. Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender – eine qualitative Studie<br>Dorothea Sauter, Jacqueline Rixe                                      | 273        |
| 73. Von Einmischen bis Mitmischen: Über den Umgang mit Angehörigen im psychiatrischen Alltag<br>Edith Scherer  | 276        |
| 74. Biofeedback, ein Weg zur bewussten Achtsamkeit<br>Manuela Decurtins, Larissa Jucker, Florian Rutz, Martin Schmid   | 278        |

|     |   |            |
|-----|---|------------|
| 75. | Häufigkeit von somatisch bedingten notfallmässigen Übertritten in allgemeine Krankenhäuser in der Schweiz | 281        |
|     | Thomas Schwarze, Regine Steinauer   |            |
| 76. | Ein Praxisprojekt kann nur in einer lernenden und reflektierenden Organisation umgesetzt werden           | 285        |
|     | Therese Steudler  |            |
| 77. | Ein lernendes Management als Basis für die Entwicklung der Pflege   | 289        |
|     | Marianne von Dach Nicolay   |            |
| 78. | „Trauma und Psychose“   | 293        |
|     | Katja Weidling, Katharina Fichtel   |            |
|     | <b>Autorinnen und Autoren</b>   | <b>296</b> |

# Präsentationen und Workshops

*Hinweise:*

*Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich.*

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden die Autorinnen und Autoren der Beiträge meist nur die männliche oder weibliche Form. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.*

*Die von der deutschen und österreichischen abweichende S-Schreibweise der Schweiz wurde bei den Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren beibehalten.*



# **1. Gesamtbetriebliche Einführung von Krisenplan und Krisenpass**

*Simone Beeri, Bernhard Galli*

## **Hintergrund**

Krisenplan und Krisenpass dienen zur praktischen Informationsvermittlung in Krisensituationen. Sie befähigen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, wiederkehrende Krisensituationen eigenständig zu bewältigen bzw. geeignete Hilfe im Gesundheitssystem zu finden [1, 2]. Der Krisenplan ist ein Arbeitsinstrument und wird in 2-3 Gesprächen zusammen mit der Patientin oder dem Patienten, den Angehörigen bzw. der Vertrauensperson und der pflegerischen Bezugsperson im Vorfeld des Spitalaustritts erarbeitet. In ihm werden Angaben festgehalten, wie auf erste Anzeichen einer Krise reagiert, welche Personen vor oder während einer Krise kontaktiert und welche Notfallmedikamente eingenommen werden sollen [3]. Sämtliche Angaben basieren auf den Erfahrungen der Betroffenen in Krisensituationen und auf bewährten Hilfestrategien [4].

Im Krisenpass werden die wesentlichen Angaben aus dem Krisenplan in der Grösse einer Kreditkarte zusammengefasst. Die Patientinnen und Patienten können den Krisenpass somit stets auf sich zu tragen.

## **Problemstellung**

Weder der Krisenplan noch der Krisenpass wurden bisher systematisch und klinikübergreifend verwendet. Auf einzelnen Stationen setzten Pflegefachpersonen spezifisch erarbeitete Instrumente ein. Diese waren nicht mit der elektronischen Patientendokumentation verknüpft.

## **Ziele**

Beabsichtigt ist die klinikweite Einführung eines einheitlichen Krisenplans und Krisenpasses. Beide Instrumente bilden einen festen Bestandteil des

Behandlungsprozesses und werden möglichst bei allen Patientinnen und Patienten angewendet.

Der Krisenplan und Krisenpass stehen in der elektronischen Dokumentation zur Verfügung und können von allen Berufsgruppen eingesehen werden. Bei Wiedereintritten kann der zuletzt ausgestellte Krisenplan und Krisenpass eingesehen und nötigenfalls angepasst werden.

## **Vorgehen**

Die beiden Instrumente wurden durch eine interdisziplinäre Projektgruppe erarbeitet und in die elektronische Patientendokumentation integriert. Anschliessend wurden sie auf vier Pilotstationen, je einer Therapiestation für affektive Störungen und psychotisch erkrankte Menschen, einer Kriseninterventionsstation und einer Akutstation für Alterspsychiatrie, getestet. Danach erfolgte die Einführung im Gesamtbetrieb.

## **Ergebnisse**

Die Pilottests wurden in drei Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 17 Pflegefachpersonen und acht Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten ausgewertet. Zudem wurde die Anzahl der bei Austritt abgegebenen Krisenpässe erhoben. Von April bis Juni 2016 gab es auf den vier Pilotstationen insgesamt 178 Austritte. Davon verfügten 54.5% (N=97) über einen Krisenplan und Krisenpass.

Die Pflegenden begrüßten die Einführung der beiden Instrumente und sind überzeugt, diese bei allen Betroffenen einsetzen zu können. Als besonders hilfreich erachteten sie die darin aufgeführten Standardfragen. Im Gespräch regten sie bei den Betroffenen einen Prozess an, sich intensiver mit bisherigen Krisensituationen auseinanderzusetzen. Wurden Krisenplan und Krisenpass zu einem frühen Zeitpunkt im Behandlungsprozess erstellt, intensivierte dies die therapeutische Beziehung zu den Patientinnen und Patienten. Sie wurden für Frühwarnzeichen sensibilisiert und konnten differenzierte Bewältigungsstrategien entwickeln. Die dafür notwendigen Skills wurden während der Hospitalisation erprobt und trainiert. Nur in Einzelfällen war die

Bereitschaft, einen Krisenplan und Krisenpass zu erarbeiten, nicht vorhanden.

Alle interviewten Patientinnen und Patienten verstanden Sinn und Zweck der Instrumente. Sie beurteilen diese als hilfreich und unterstützend für ihr Selbstmanagement. Ihnen war wichtig, frühzeitig über den Krisenplan und Krisenpass informiert zu werden, um die ausgewählten Skills testen und mit den Angehörigen, der Vertrauensperson und den nachbehandelnden Fachpersonen mögliche Strategien erlernen zu können. Durch die Auseinandersetzung mit Bewältigungsstrategien und den Gesprächen mit Fachpersonen fühlten sich die Patientinnen und Patienten deutlicher in ihre Behandlung eingebunden.

Das Format und Material (Laminat), aus dem der Krisenpasse hergestellt wird, wurden von den Betroffenen positiv aufgenommen. Es schützt vor Beschädigung und ermöglicht es, den Krisenpass ständig auf sich zu tragen.

Im Anschluss an die Pilotphase erfolgte die Einführung der Instrumente auf allen Stationen. Ziel ist es, dass zukünftig 50% aller Patienten und Patientinnen bei Austritt über einen Krisenplan und Krisenpass verfügen. Eine Nachevaluation ist im Frühjahr 2018 geplant.

## **Diskussion**

Durch den Krisenplan und Krisenpass erlangen Patientinnen und Patienten mehr Kontrolle über ihr Krankheitsgeschehen. Sie fühlen sich von Fachpersonen vermehrt respektiert und in den Behandlungsprozess integriert [1]. Den beiden Werkzeugen liegt eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung zu Grunde. Dies entspricht dem im Konzept Recovery beschriebenen Veränderungsprozess [5]. Der betroffene Mensch wird aktiv, erarbeitet sich ein soziales Netz und nimmt Einfluss auf seine psychischen Schwierigkeiten. Dadurch behält er seine Entscheidungsgewalt und nutzt die eigenen Ressourcen. Er denkt und hinterfragt sich kritisch, handelt präventiv und orientiert sich an seinen Stärken [6]. Zudem belegen Studien, dass der Krisenplan und Krisenpass einen Beitrag zu tieferen Behandlungskosten leisten

und die Anzahl der Hospitalisationen gesenkt werden kann. Mit Hilfe dieser Instrumente verbessert sich die therapeutische Beziehung und das Empowerment der Patientinnen und Patienten wird gestärkt [7-11].

## Schlussfolgerungen

Die beiden Instrumente sind zukünftig feste Bestandteile des Behandlungsprozesses und werden möglichst bei allen Patientinnen und Patienten angewendet. Die gesamtbetriebliche Einführung wurde von den Pflegenden sowie den Patientinnen und Patienten positiv aufgenommen. Die Erstellung des Krisenplans und Krisenpasses regt einen Prozess an, der die therapeutische Beziehung intensiviert. Patientinnen und Patienten fühlen sich in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt und verfügen über mehr Mitspracherecht in ihrer Behandlung.

## Literatur

1. Maitre E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. [Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints]. *Encephale*. 2013;39(4):244-51.
2. Ruchlewska A, Mulder CL, Smulders R, Roosenschoon BJ, Koopmans G, Wierdsma A. The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2009;9:41.
3. Borschmann R, Trevillion K, Henderson RC, Rose D, Szmukler G, Moran P. Advance statements for borderline personality disorder: a qualitative study of future crisis treatment preferences. *Psychiatr Serv*. 2014;65(6):802-7.
4. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M, et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(10):1609-17.
5. Amering M, Schmolke M. *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. 5th ed. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2012.
6. Sauter D, Aberhalden C, Needham I, Wolff S. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 4th ed. Göttingen: Hogrefe; 2016.
7. Barrett B, Waheed W, Farrelly S, Birchwood M, Dunn G, Flach C, et al. Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory

- treatment for people with psychosis: economic outcomes. PLoS One. 2013;8(11):e74210.*
8. *Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. BMJ. 2006;333(7571):729.*
  9. *Moran P, Borschmann R, Flach C, Barrett B, Byford S, Hogg J, et al. The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. Trials. 2010;11:18.*
  10. *Thornicroft G, Farrelly S, Szukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. Lancet. 2013;381(9878):1634-41.*
  11. *Williams TM, Smith GP, Lumbus AM. Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. Australas Psychiatry. 2014;22(5):476-80.*

## **2. Medienwand: Ein Qualitätsentwicklungsprojekt in der Forensischen Psychiatrie zur Verbesserung der Intensivbehandlung**

*Rosmarie Bürki Brunner, Sabine Hahn*

### **Hintergrund**

Der Bereich Forensische Psychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) besteht aus 3 Stationen mit je 16 Patient/-innen. Die 48 Plätze in der Forensik setzen sich zusammen aus 45 Plätze für Massnahmenpatient/-innen und 3 Plätze für Patient/-innen in einer Krisensituation. Zur Forensischen Psychiatrie der PDAG gehören weiter eine Gutachtenstelle, die ambulanten Forensischen Therapie und eine Beratungsstelle Adoleszentenforensik.

Zwei Stationen haben je zwei Intensiv-Behandlungszimmer (IVZ), welche von hospitalisierten Patient/innen der Forensik und von Patient/innen benutzt werden, die für eine Krisenintervention von extern in die PDAG Forensik verlegt werden.

Auf einer der beiden Stationen wurde eine Medienwand eingebaut. Dies ist ein Bildschirm, welcher Sicherheit mit aktueller Technik verbindet. Die Patient/-innen haben die Möglichkeit selbstbestimmt unter verschiedenen Applikationen (Apps) zu wählen und diese via Touchscreen zu bedienen. Zur Auswahl stehen 4 Apps zur Anwendungen: Eine Serie von Entspannungsbildern, die Option zum Zeichnen und oder Schreiben, die Möglichkeit Radio zu hören und eine Auswahl von gängigen Spielen.

### **Problemstellung und Zielsetzung**

Die Wirkung und Anwendung der Medienwand wurde bis dato in deutschsprachigen Ländern noch nicht untersucht.

Um Massnahmen, wie die Isolierung in einer akuten Phase der psychischen Erkrankung, verbessernd zu gestalten, wurde die Wirkung der Medienwand

bei nutzenden Patient/-innen und dem Fachpersonal in einem Qualitätsentwicklungsprojekt evaluiert. Die Evaluation soll Hinweise darauf geben, ob diese Nutzung von technologischen Möglichkeiten zur Prävention von Aggressionseignissen beitragen kann und im Umgang mit Medikamenten und oder mechanischer Zwangshandlung eine Verbesserung bewirken kann.

## **Methode**

Ein deskriptives quantitatives Vorgehen wurde gewählt um die Charakteristiken der Patient/-innen sowie die wenigen Indikatoren zur Wirkung der Medienwand zu beschreiben. Ein qualitatives Vorgehen wurde gewählt um die Erfahrungen der Patient/-innen sowie des Behandlungsteams zu evaluieren.

Die qualitative Datensammlung bei den Patient/-innen erfolgte mittels offener Einzelinterviews. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Juni 2016 bis Mai 2017 statt. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring [1]. Zur Teilnahme am Qualitätsentwicklungsprojekt wurden Patient/-innen mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sowie mit einer hohen Aggressionsbereitschaft ausgeschlossen.

Für die qualitative Datenerhebung beim Behandlungsteam wurden im gleichen Zeitraum drei Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Die Methode der Fokusgruppe eignete sich um Themen zielgerichtet bearbeiten zu können, Henseling [2].

Das Team setzt sich zusammen aus Pflegefachpersonen, Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitenden und Fachtherapeuten.

Das Projekt wird im Bereich Forensik der PDAG durchgeführt. Einbezogen wird eine Station, P7-2, mit 16 Patient/innen. Auf der Station P 7-2 ist ein IVZ mit einer Medienwand Marke RECORNET, Recovery by Connecting People, ausgerüstet.

Bei den 16 Patient/-innen, die je auf dieser Station hospitalisiert sind, handelt es sich einerseits um psychisch kranke Straftäter, andererseits sind Patient/-innen mit einer Massnahme mit einer Durchschnittlichen Aufenthalts-

dauer von bis zu drei Jahren hospitalisiert. Die Patient/-innen sind altersmässig zwischen 18 bis 66 jährige Frauen und Männer in einer von stabil bis schwankend, unsicher und haltlosen psychischen Verfassung. Die häufigsten Diagnosen sind Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzmin- derung.

Die Teilnahme der Patient/-innen basierte auf Freiwilligkeit.

Alle erhobenen Daten wurden anonymisiert, so dass kein Rückschluss auf die teilnehmenden Patient/-innen gezogen werden kann.

## **Ergebnisse**

### ***Erfahrungen Patient/-innen***

Es wurden 13 Patient/-innen, sieben im Alter von 25-30, drei von 31-40 und drei von 41-66 Jahren, offen interviewt, die mindestens zwei Tage im IVZ verbrachten. Die Patient/-innen beschrieben, dass schon das Vorhandensein der Medienwand beim Eintritt als grosse Erleichterung empfunden wurde. Die vorhandenen Apps, wenn auch z.T. mit gewissem Widerstand, wurden alle ausprobiert.

Die meistgenutzte App war durchwegs das Radio, als Verbindung zur Aus- senwelt, als Geräuschkulisse oder als Unterstützung um Schlaf zu finden.

Die Spiele wurden als willkommener Zeitvertreib und Ablenkung beschrie- ben. Oft wurden die Spiele als zu einfach und die fehlende Steigerungsmög- lichkeit bemängelt.

Bei den Entspannungsbildern wurde der hergestellte Bezug zur Tierwelt und der Natur sowie die Verbindung der Bilder mit den entsprechenden Geräu- schen als wertvoll vermerkt. Es wurde auf Mängel hingewiesen wie etwa von nicht naturgetreuen Nachahmungen, z.B. dass eine Krähe nicht so fliegt oder sich die Tiere zu ruhig verhalten.

Zeichnen oder Schreiben wurde als Möglichkeit zum Abschalten beschrie- ben. Bemängelt wurde, dass die Bilder nicht ausgedruckt und mitgenommen werden können.



Die vorhandene Uhr auf dem Display wurde durchwegs als sehr wertvolle Orientierung zurückgemeldet.

Als negativer Punkt wurde die eingebaute Kamera erwähnt. Trotz der Information, dass diese nicht eingeschaltet ist, löste sie ein Unbehagen aus.

Die Patient/-innen schilderten, dass der Spass beim Entdecken der Apps kam, dass die Ablenkung, die Unterhaltung generell für die Situation geholfen hat. Weiter wurde die Musikwahl als Mittel zur körperlichen Beruhigung beschrieben. Nach eigenen Aussagen konnten Medikamente weggelassen werden, da der Körper ruhiger geworden sei. Auch Zeichnen wurde als Entspannungsmethode erwähnt. Die Naturbilder, z.B. wiederum das Meer gesehen zu haben, weckten Sehnsüchte und Freude.

Der Vergleich eines Aufenthaltes im IVZ mit oder ohne Medienwand fiel mit einer Ausnahme, dass es so oder so schlimm sei, durchwegs positiv aus. Es wurde erwähnt, dass man etwas habe und nicht nichts und dass das IVZ irgendwie offener wirke. Die oft genannte Ablenkung bestärkt die positive Wirkung der Medienwand.

Die Patient/-innen nannten auch vielfältige Wünsche, von einer elektronischen Tageszeitung bis zu einem importierten privaten Fotoalbum. Oft wurden die Wünsche relativiert, da ja nicht alles möglich sei in einem IVZ. Zentral wird die Möglichkeit einer Löschfunktion der Zeichnungen und oder Notizen gewünscht sowie die Zusicherung, dass die Kamera nicht in Betrieb ist.

### ***Erfahrungen Fachpersonen***

An den drei Fokusgruppen nahmen 15 Pflegefachpersonen, eine Psychologin und ein Arzt teil. Die ausgetauschten Erfahrungen innerhalb der drei Fokusgruppen sind sehr positiv. Die Fachpersonen beschrieben, wie die Patient/-innen erst ernüchtert sind durch die Wahlmöglichkeiten und diese Möglichkeit nicht würdigen. Dann zeigen die Fachpersonen Erstaunen darüber, wer trotzdem mit der App spielt, und wie häufig. Bei einem längeren Aufenthalt im IVZ sei das aktuell aufgeschaltete Angebot zu gering. Die Medienwand wird zudem als eine Unterstützung für den Beziehungsaufbau mit den Pati-

ent/-innen geschildert. Sie bietet ein Gesprächsthema an, Apps zur Beruhigung können empfohlen werden. Die Uhr wird als wichtiger Orientierungspunkt eingeschätzt, so dass die Patient/-innen, anhand Beobachtungen, weniger läuten, Patient/-innen in Anpassungsschwierigkeiten kann die Medienwand unterstützen, indem sich für den Patient/-innen mit der Medienwand ein Weg nach „ausen“ finden lässt. Beobachtet wurde, dass Patient/-innen die Bilderauswahl selber regulieren.

Auch die Fachpersonen nennen die beruhigende Wirkung der Medienwand als ein wichtiges Ergebnis, auch bei Patient/-innen die unter Medikation stehen. Die Beruhigung trägt zu einer Reduktion der Zwangsmassnahmen bei. Es wurde erwähnt, dass durchwegs der Eindruck besteht, dass weniger mechanische Zwangsmassnahmen durchgeführt wurden. Die Fachpersonen schätzen, dass die Medienwand bei Patient/-innen dafür steht, dass das Behandlungsteam es gut meint mit ihnen, indem im IVZ etwas vorhanden ist für sie, womit die sich beschäftigen können. Geplante Austritte sind besser auszuhalten. Aus Sicht der Fachpersonen kann der Patient/-innen besser Verantwortung übernehmen, hilfreiche Angebote der Medienwand nutzen und fühlt sich eher „abgeholt“.

## **Diskussion**

Zu beachten ist, dass die Resultate auf 13 Interviews mit Patient/innen und drei Fokusgruppen mit dem Behandlungsteam basieren. Die Patient/-innen nahmen zwar freiwillig an den Interviews teil, doch befanden sie sich als hospitalisierte Personen in einer gewissen Abhängigkeit. Es gibt aktuell keinen Vergleich mit einer anderen Untersuchung zu dieser Thematik. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Medienwand durch die interviewten Personen durchwegs als positive Wirkung eingeschätzt wird. Für die Patient/-innen bedeutet die Medienwand etwas Selbstbestimmung, eine Orientierung, Ablenkung, etwas gegen die Langeweile in der Isolationssituation. Die Verwendung der Medienwand und die dabei erlebte Selbstbestimmung scheint die Tatsache, dass deren Nutzung durch das Personal kontrolliert wird, zu verschleiern. Für das Behandlungsteam bietet die Medienwand eine weitere

Möglichkeit zur Beziehungsaufnahme. Die Medienwand bietet ein Angebot, welches für die Patient/-innen auch in dieser misslichen Lage, zugänglich ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die eingeschränkte Anwendung von vier Apps erweitert werden soll. Zukünftig sollte den Patient/-innen klarere Informationen dazu abgegeben werden, dass die Nutzung der Apps im Hintergrund nicht ausgewertet wird und die Kamera nicht zur Beobachtung der Patient/-innen eingesetzt wird.

### **Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse dieses Qualitätsentwicklungsprojektes lassen den Schluss zu, dass die Betreuung eines Menschen in einem Ausnahmezustand durch eine psychische Erkrankung, in einem IVZ mit einer eingebauten Medienwand, unterstützend und hilfreich erlebt wurde. Alle 13 interviewten Personen sowie das Behandlungsteam beurteilen die Medienwand als eine Hilfestellung für den Patient/-innen in dieser Situation, wie für den Beziehungsaufbau des Behandlungsteams zum Patient/in.

### **Literatur**

1. *Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: BELTZ*
2. *Henseling, Ch., Hahn, T., Nolting, K. (2006): Die Fokusgruppenmethode als Instrument in der Umwelt- und Nachhaltigkeitsforschung. Werkstattbericht Nr. 82. Gefunden unter [https://www.izt.de/fileadmin/downloads/pdf/IZP\\_WB82.pdf](https://www.izt.de/fileadmin/downloads/pdf/IZP_WB82.pdf)*

### **3. Interprofessionelles Skill-Grade Projekt - Fallführung durch Ärzte, Pflegefachleute und Mitarbeiter des Sozialdienstes**

*Gerda Malojer, Carmine Di Nardo*

#### **Hintergrund**

Um mit den gegebenen Ressourcen und unter dem gestiegenen ökonomischem Druck eine hohe, patientenorientierte Behandlungsqualität bieten zu können, ist eine enge Kooperation der zahlreichen Gesundheitsberufe in interprofessionellen Teams notwendig, die von gegenseitiger Akzeptanz und Respektierung der spezifischen Kompetenzen ausgeht.

Mitarbeiter sollen entsprechend ihrer beruflichen Kompetenzen und persönlichen Skills eingesetzt werden.

#### **Problemstellung**

- Trotz unterschiedlichem, individuellem Behandlungsbedarf von Patienten sind aktuell ausschliesslich Ärzte und Psychologen in der Funktion Fallführung tätig.
- Die Funktion der Fallführung ist nicht genau festgelegt, was teilweise zu Unklarheiten und Mehraufwand führt.
- Die Abgrenzung zur Funktion der Behandlungsverantwortung durch einen Oberarzt/Facharzt ist nicht immer klar.
- Es ist nicht geklärt, welches rein ärztliche Tätigkeiten sind, die nicht delegiert werden können
- Es ist unklar, welche Tätigkeiten zwingend von einem Facharzt und welche von einem Mediziner (AA) durchgeführt werden müssen.
- Die Kontinuität der Behandlungsqualität ist nur teilweise gegeben.
- Bestehender Ärztemangel
- Assistenzärzte arbeiten teilweise ohne klinische Erfahrung und haben Verständigungsprobleme durch mangelnde Deutschkenntnisse.

## **Ziele**

- Inhaltliche Klärung von AKV in Bezug auf die Fallführung, die Behandlungsverantwortung und rein ärztliche Tätigkeiten, dadurch Vermeiden von Doppelspurigkeiten
- Der Patient erlebt eine höhere Behandlungsqualität und Behandlungskonstanz
- Mitarbeiter der Pflege und Sozialarbeit können sich durch die Funktion der Fallführung fachlich weiterqualifizieren
- Fachliche Ressourcen von Mitarbeitern können gezielt eingesetzt werden
- Das Kernteam wird individueller, dem Behandlungsauftrag entsprechend, zusammengesetzt und in seiner Funktion verstärkt

## **Vorgehen**

- Commitement und Unterstützung auf der Leitungs- und Abteilungsebene.
- Pilotprojekt auf einer Abteilung  
Begleitung des Projektes im Gesamtteam unter der Projektleitung von Abteilungsleiter und Pflegeexpertin, Sammeln von Erfahrungen
- Konzepterstellung
- Implementierung in der Gesamtorganisation

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Die Leitenden Ärzte unterstützen das Projekt, von den Oberärzten kommt kein Widerstand. Einzelne Mitarbeiter haben Bedenken aus unterschiedlichen Gründen, aber es besteht eine Offenheit.

Verschiedene Aufträge wurden definiert, im Abgleich mit den Kompetenzprofilen der Berufsgruppen und den gesetzlichen Grundlagen. Die Behandlungsverantwortung liegt beim Oberarzt. Der Auftrag für die Funktion „Fallführung“ muss klar definiert sein. Im Auftrag des Kernteams ist geklärt, welche Aufgaben durch die Fallführung wahrgenommen werden, bei welchen

Aufgaben sich die Mitglieder des Kernteams absprechen, und welche Aufgaben ärztlich ausgeführt werden müssen.

Alle Mitarbeiter in der Funktion Fallführung erfüllen definierte fachliche und persönliche Voraussetzungen. Mitarbeiter aus der Pflege und Sozialarbeit bringen eine eigene Motivation für diese Funktion mit. Pflegemitarbeitende nutzen den Pflegediagnostischen Prozess als Grundlage. Interne Weiterbildungsangebote decken den Schulungsbedarf. In der konkreten Umsetzung wurde die Unterstützung durch den Oberarzt als hilfreich empfunden.

### **Schlussfolgerung**

Das Konzept ist immer noch innovativ, obwohl bereits mehrere psychiatrische Organisationen damit arbeiten. Die Implementierung der Fallführung ist ein eigentlicher Paradigmawechsel und benötigt klare Zielsetzungen, einen anhaltenden fachlichen Diskurs und ein gutes Durchhaltevermögen. Die Veränderung betrifft die Zusammenarbeit des gesamten Teams auf einer Station. Wichtig sind klare Aufträge, gute Arbeitsunterlagen und eine funktionierende Einführung der Mitarbeiter. Pflegenden und Sozialarbeiter sind nicht „Lückenbüsser“; eine Routine muss erarbeitet werden können. Dieser Change-Prozess und die entstehende Dynamik werden durch das duale Führungsteam Oberarzt/Abteilungsleitung gestaltet. Fachliches Vertrauen in die Mitarbeiter muss vorhanden sein und die Bereitschaft einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe des gesamten interprofessionellen Behandlungsteams.

#### **4. Medienwand und Kommunikationsfenster „Cowin“ – Eine Möglichkeit der Selbstbestimmung bei maximaler Freiheitseinschränkung oder doch nur eine Beschäftigungsoption für Patienten im Kriseninterventionsraum?**

*Andreas Emmerich*

##### **Hintergrund/Problemstellung**

Selbstbestimmtes Handeln von Patienten in einer forensischen Psychiatrie im Kontext freiheitsentziehender Maßnahmen zu fördern, stellt eine kontinuierliche Herausforderung dar. Persönliche Krisen einhergehend mit Eigen- oder Fremdgefährdung führen häufig zu nicht mehr vermeidbaren freiheitsentziehenden Maßnahmen. Die Unterbringung in einem Kriseninterventionsraum gewährleistet letztlich die Sicherheit des Patienten und deren Behandler, ist aber für den Patienten ein belastendes Ereignis. In der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie wurde eine sogenannte Cowin als zusätzliche Intervention in einem Kriseninterventionsraum verbaut, um den Patienten in einer solchen Ausnahmesituation zu unterstützen. Das Kommunikationsfenster Cowin mit Tabletfunktion ermöglicht durch Mikrofon, Lautsprecher und Kamera einen kontinuierlichen Kontakt zum Behandler und durch Funktionen wie Zeichenapps eine selbstbestimmte Beschäftigungsmöglichkeit.

##### **Ziele**

Die Selbstbestimmung des Patienten und die schnellstmögliche Reintegration in die Patientengemeinschaft stehen bei einer maximalen Freiheitseinschränkung mit an oberster Stelle. Die Cowin bietet neue Möglichkeiten der Interaktion während einer akuten Krise und schafft damit ggf. auch zusätzliche Sicherheit der Mitarbeiter bei Kontakten und Gesprächen. Individuell auf den Patienten abgestimmte Cowinfunktionen (=Apps), Partizipationsmöglichkeiten für Familie & Freunde können den Aggressionsabbau ebenso fördern wie Entspannungsbilder und Musik.

## **Vorgehen**

Die Cowin wurde als Pilotprojekt auf einer Station mit speziell geschulten Mitarbeitern eingeführt.

Die Ziele, die Berücksichtigung bei der Anwendung und die Kriterien für die Patientenauswahl wurden schriftlich ausgearbeitet und liegen dem Behandlungsteam vor. Ebenso wird darin auf Risiken bei der Anwendung und Interventionsmöglichkeiten hingewiesen. Die Anwendungsmöglichkeiten und konkreten Ziele, die mit dem Patienten erarbeitet wurden, sind im Pflegeprozess berücksichtigt und werden vor der Anwendung, wenn möglich, mit dem Patienten besprochen. Die Nutzungszeiten der Cowin werden im multiprofessionellen Team festgelegt. Es besteht zudem die Möglichkeit, individuelle Profile gemeinsam mit und für den Patienten anzulegen und abzuspeichern. Diese können somit von dem Patienten oder dem Behandler in einer psychiatrischen Krise direkt abgerufen werden und sind ihm vertraut.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Erfolge oder Problematiken beim Einsatz der Cowin werden im Pflegeprozess evaluiert.

Des Weiteren haben Patienten ihre persönlichen Erfahrungen mit der Cowin niedergeschrieben. Die Evaluationen der Pflegeprozesse und die Aussagen der Patienten lassen Rückschlüsse zu, dass die Nutzung der Cowin die Patienten in ihrer Selbstbestimmung stärkt und ihren Behandlungsverlauf positiv beeinflusst. Außerdem stellt sie eine Beschäftigungserweiterung dar und lenkt zum Beispiel in suizidalen Krisen ab. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter, die mit der Cowin arbeiten, diese als eine erweiterte Interventionsmöglichkeit sehen und bewusst in die Behandlungsplanung integrieren. Da nur ein Kriseninterventionsraum der Station mit einer Cowin ausgestattet ist, muss das Team anhand der individuellen Ziele der Patienten stetig neu entscheiden, für welchen dieser Patienten die Indikation einer Cowin gegeben ist.

Optimierungsbedarfe der Anwendung und Funktionen der Cowin werden halbjährlich überprüft.



## **Diskussion**

Welche Chancen bietet die Cowin? Besteht die Gefahr der Kontraproduktivität hinsichtlich eines Beziehungsaufbaus und des persönlichen Kontakts in psychiatrischen Krisen? Ist die Cowin Innovation oder doch nur ein Fernseher mit erweiterter Funktion?

## **5. Die Integrative Validation (IVA) – Eine (geronto-) psychiatrische Pflegeintervention?**

*Anke Erdmann*

### **Hintergrund**

Nicole Richard, die Begründerin der Integrativen Validation (IVA), definiert diese als Form der „Kommunikation und des Kontaktes“ zu Menschen mit Demenz, „durch die eine wertschätzende, die Persönlichkeit und Einzigartigkeit des Menschen anerkennende Beziehung hergestellt wird. Der Mensch mit Demenz soll sich in seiner Wirklichkeit und seinem Selbsterleben verstanden und angenommen und in seiner Identität wahrgenommen und gestärkt fühlen“ [1]. Untersuchungen zur Praxis der IVA sind rar; lediglich eine weitere Studie hat die IVA zum Forschungsgegenstand [2]. Für die hier dargestellte Untersuchung wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

### **Fragestellungen**

- Mit welchen Kategorien können wir die Praxis der Integrativen Validation beschreiben?
- Wie bewerten Pflegende und Angehörige die Integrative Validation?

### **Methoden und Material**

Im Rahmen einer „dialoggesteuerte Evaluation“ [3] der IVA wurden Interaktionsprozesse durch vier teilnehmende Beobachtungen in einem Pflegeheim, durch 18 qualitative Einzelinterviews und zwei Gruppendiskussionen mit Stakeholdern (Validationstrainer, Pflegende, Angehörige und Facharzt) eines Pflegeheims erschlossen. Auf diese Weise wurden subjektive Sichtweisen und Bewertungen der Stakeholder herausgearbeitet sowie Interessen und Rahmenbedingungen der IVA nachvollziehbar. Die Datenanalyse erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [4].

## Ergebnisse

Aufgrund des in den Interviews, Beobachtungen und Gruppendiskussionen gewonnenen Textmaterials konnte ein Praxismodell der IVA entwickelt werden, welches die IVA als Pflegeintervention konzeptualisiert. Anhand dieses Modells wurden Bedingungen, Prinzipien, Handlungskomponenten und Wirkungen der IVA beschrieben [5].

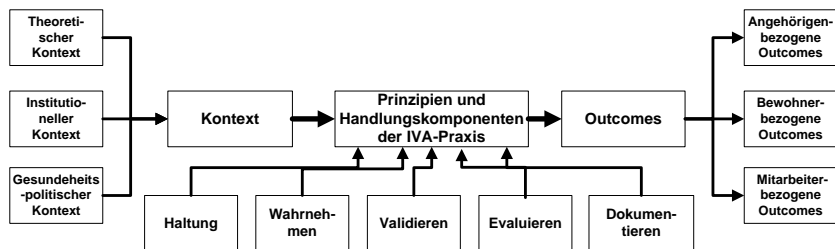


Abb. 1: Die Integrative Validation als komplexe Pflegeintervention [5]

Der theoretische, institutionelle oder gesundheitspolitische Kontext, in dem die IVA stattfindet, erweist sich als förderlich oder hinderlich für die Umsetzung der IVA in der Praxis. Insbesondere die institutionellen Rahmenbedingungen, z.B. ein förderliches Lernklima, Vorbilder, Möglichkeiten der Reflexion in Fallbesprechungen und Arbeitsgruppen, Führungskräfte, die die Anwendung der IVA unterstützen, sind hier von Bedeutung und führen dazu, dass die IVA im teilnehmenden Heim äußerst differenziert zur Anwendung kommt [6]. Diese Differenziertheit zeigt sich in der Praxis anhand der folgenden Prinzipien und Handlungskomponenten:

IVA-Praktiker reagieren auf die von Menschen mit Demenz gezeigten **Antriebe, Gefühle und Lebensthemen** indem sie diese **wertschätzen** und sich in diese einfühlen. Hierbei verwenden sie häufig **Schlüsselwörter**, die eine Bedeutung im Leben der jeweiligen Person haben. Im Rahmen der so genannten **ritualisierten Begegnung** gehen sie spontan auf die Bewohner zu, wann immer sie diese sehen, grüßen sie und validieren einen Antrieb oder ein Lebensthema der Person auf immer gleiche Weise. Sie **passen ihre ver-**

**bale und nonverbale Kommunikation** der Haltung, Körpersprache und den verbalen Fähigkeiten der jeweiligen Person an. Sie **berühren** die Person an **sozial akzeptierten Stellen** wie Schulter oder Arm, verzichten aber auf Berührung bei Wut und Aggression. Sie **vermeiden inkongruente Botschaften** und berücksichtigen die jeweiligen verbalen Fähigkeiten der Person, indem sie z.B. bei bestimmten Bewohnern nur **einfache Fragen** stellen, die mit ja oder nein beantwortet werden können. Ihr Verständnis für die Gefühle und die Situation des Bewohners drücken sie mit kurzen validierenden Sätzen, **Sprichwörtern** oder sogenannten **Man-Sätzen** aus, z.B. „Da wird man ja unsicher.“ [5]. Die Beobachtungen in der Praxis zeigen, dass die Pflegenden die Handlungskomponenten der IVA sehr flexibel anwenden und nicht immer ein vollständig validierendes Gespräch im Sinne Richards [6] führen.

Vorraussetzung für die Umsetzung dieser Handlungskomponenten ist eine ganz bestimmte Haltung, die IVA-Praktiker einnehmen sollten. Diese ist gekennzeichnet durch **Wertschätzung und Respekt gegenüber der demenzkranken Person**, der **Anerkennung ihrer subjektiven** Realität und einer Art **Suchhaltung**, nämlich der Bereitschaft, die subjektive Realität der demenzkranken Person herauszufinden, wenn diese nicht gleich erkennbar ist und sich schließlich darauf einzulassen [5].

Die Haltung der IVA beinhaltet aber auch die **Bereitschaft zu Empathie und Kongruenz** sowie die **Bereitschaft für unerwartete Situationen**. Sie erfordert aus der Perspektive der Praktiker eine große Portion **Geduld und Gelassenheit**. Des Weiteren ist eine gute **Wahrnehmungsfähigkeit und –bereitschaft** erforderlich, denn um zu validieren, müssen **Gefühle und Antriebe erkannt, Symptome und Verhaltensstörungen wahrgenommen** und die **Biografie eines Menschen erfasst** werden. Im untersuchten Heim haben die IVA-Praktiker außerdem die Möglichkeit, die IVA in einer Arbeitsgruppe und **in Fallbesprechungen zu reflektieren** und zu **evaluieren** sowie Lösungen für besonders schwierige Situationen zu erarbeiten [5].

Eine Pflegeintervention ist immer auf ein bestimmtes Pflegeergebnis ausgerichtet [7]. Und so streben auch die Pflegenden im untersuchten Heim ganz

bestimmte Pflegeergebnisse an, bzw. sie nehmen diese als Resultat ihrer Validation wahr. Als häufigstes bewohnerbezogenes Outcome nennen die Befragten, dass sie über die IVA zu den Bewohnern Vertrauen aufbauen können, dass die Bewohner sich zugehörig fühlen oder gar Bindung entsteht. Durch die IVA erfahren die Bewohner Wertschätzung, Respekt, Wohlbefinden und auch Freude. Durch die Validation der Antriebe und Lebens-themen haben sie die Möglichkeit sich an ihre eigene Identität zu erinnern. Die Pflegenden beobachten außerdem weniger herausforderndes Verhalten wie Agitation oder Aggression und damit einher geht auch ein geringerer Verbrauch an Benzodiazepinen und Neuroleptika (Risperidon) [5].

Von den befragten Angehörigen wurde überwiegend ein Gefühl der Entlassung als Outcome berichtet [5].

## **Diskussion**

Eine Pflegeintervention wird von Bulechek et al. definiert als „any treatment, based upon clinical judgement and knowledge, that a nurse performs to enhance patient/client outcomes“ [7]. Legt man diese Definition zu Grunde, so kann die IVA als Pflegeintervention bezeichnet werden, denn die Pflegenden streben eine Verbesserung von Patientenoutcomes an und die Anwendung der IVA basiert auf Wissen und einem klinischen Urteil, nämlich z.B. auf der Wahrnehmung von Angst oder Unruhe. Die IVA kann außerdem als eine komplexe Pflegeintervention bezeichnet werden [8], denn sie erfüllt alle Kriterien, die eine Intervention zu einer komplexen Intervention machen, z.B. das Kriterium der notwendigen Flexibilität bei der Durchführung bzw. der Anpassung der Intervention an die Erfordernisse des Einzelfalls [8]. Idealerweise beruht die Durchführung einer Pflegeintervention auf einer Pflegediagnose. Das klinische Urteil, welches die Befragten der jeweiligen Handlungskomponente zu Grund legen, wurde aber in den Interviews nicht als Pflegediagnose formuliert [8]. Dennoch reagieren die Pflegenden auf bestimmte beobachtete Pflegephänomene. Am häufigsten nennen sie Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Wut, Aufregung, Angst oder Einsamkeit, aber auch Symptome wie Orientierungsstörungen, eine beeinträchtigte

verbale Kommunikation, Wahrnehmungs- und Erkennungsstörungen sowie herausforderndes Verhalten wie Unruhe, Wandern, Aggression, Schreien, Apathie oder ständiges Fordern von Aufmerksamkeit. Die IVA-Handlungskomponenten lassen sich daher mit typischen Pflegediagnosen verbinden, die diese Phänomene beschreiben und bei Demenz häufig auftreten. Bei einer auf Pflegediagnosen basierten Validation könnten konsequenterweise einzelne Handlungskomponenten aber auch bei anderen Erkrankungen zum Einsatz kommen, wenn derartige Pflegediagnosen auftreten, wie das ja z.B. schon bei einem Delir geschieht [10]. Bei welchen Erkrankungen und wie dies möglich ist, sollte Gegenstand weiterer Forschungsprojekte sein.

## Literatur

1. Richard, N. (2014) *Integrative Validation nach Richard*®. Wertschätzender Umgang mit demenzerkrankten Menschen. Bollendorf: Eigenverlag Carlo Richard.
2. Dammert, M., Keller, C., Beer, T., Bleses, H. (2016) *Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
3. Beywl, W. (2006) *Evaluationsmodelle und qualitative Methoden*. In: Flick, U. (Hrsg.) *Qualitative Evaluationsforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 92-116.
4. Mayring, P. (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
5. Erdmann, A., Schnepf, W. (2016) *Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative evaluation study*. *Dementia. The International Journal of Social Research and Practice* 15(5): p. 1184–1204.
6. Richard, N. (2010) "Sie sind sehr in Sorge." *Die Innenwelt von Menschen mit Demenz gelten lassen*. *Curaviva* 2: p. 4-8.
7. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochtermann, J.M., Wagner, C.M. (2013) *Nursing Intervention Classification (NIC) (6.ed.)*. St. Louis: Elsevier Mosby.
8. Erdmann, A. (2015) *Die Praxis der Integrativen Validation im Pflegeheim. Eine qualitative Evaluationsstudie. Inaugural-Dissertation an der Universität Witten/Herdecke*.
9. <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/complex-interventions-guidance/> Stand: 3.1.2014.

10. Monke, S. (2014) „Mit Validation lernt man umzuschalten“. Forschungsbericht zum Einsatz der Validation bei akut verwirrten Patienten in der Intensivpflege. Hamburg: Diplomica Verlag.

## **6. Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Spitex Leistungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz.**

*Renato Farcher, Christian Burr, Dirk Richter*

### **Hintergrund**

Trotz der hohen sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten und der steigenden Inanspruchnahme der psychiatrischen Gesundheitsleistungen, erhalten Menschen mit einer psychischen Krankheit oft nicht die geeignete oder gar keine Behandlung. Für das Verständnis der Inanspruchnahme und nicht Inanspruchnahme der psychiatrischen Leistungen stellt die Erfassung und Erforschung der Einflussfaktoren einen wichtigen Schritt dar. Oft können Menschen mit einer psychischen Krankheit nach der stationären Entlassung oder nach wiederholter Hospitalisierung ihre sozialen als auch beruflichen Netzwerke nicht erhalten und kämpfen mit negativen Konsequenzen. In Anbetracht der starken sozialen Komponente bei psychischen Erkrankungen bildet die ambulante Versorgung ein zentraler Bestandteil im psychiatrischen Gesundheitssystem. Viele Studien deuten hin, dass psychiatrische Behandlungen wie Spitexleistungen, die nahe an der sozialen Umwelt und der persönlichen Lebensbedingung der Betroffenen erfolgen, den Genesungsprozess positiv beeinflussen.

### **Fragestellung**

Das Ziel dieser Untersuchung ist die Identifikation von Einflussfaktoren, welche die Inanspruchnahme von Spitexleistungen bei Menschen mit einer psychiatrischen Krankheit in der Schweiz fördert. Es gibt eine Vielzahl von empirischen Arbeiten, die sich mit der Inanspruchnahme verschiedener psychiatrischen Gesundheitsdienstleistungen befassen. Bei dieser empirischen Studie handelt es sich um die Erste, die sich konkret mit der Inanspruchnahme der Spitex Leistungen bei psychisch beeinträchtigten Menschen in der Schweiz auseinandersetzt.



## **Methode und Material**

Für diese Studie wurden die Daten der Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (SGB) vom Bundesamt für Statistik (BFS) benutzt. Die Stichprobe besteht aus denjenigen Personen, die bei der Befragung angaben, eine psychiatrische Behandlung in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen zu haben. Die abhängige Variable bildet die Inanspruchnahme der Spitex in den letzten 12 Monaten. Die Selektion von Einflussfaktoren erfolgt in zwei Schritten. Im ersten theoriebasierten Auswahlschritt wurde das Behavioral Model of Health Services Use von Andersen benutzt. Es ist ein vielfach angewendetes Theoriekonzept zur Bestimmung der Faktoren der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogener Versorgung. Das Modell wird dabei in drei Hauptkomponenten unterteilt: *Predisposing*, *Enabling* und *Need*. Beruhend auf diesem Modell wurden 32 Variablen der SGB 2012 selektiert. In einem zweiten statistischen Schritt wurden diese Variablen mittels Logistischen Regressionsmodellen und der Anwendung der AIC Backward Selektion Methode nach statistischen Charakteristiken selektiert. Das AIC ist bei den Maximumlikelihood Modellen ein populäres Vergleichsmass vom Modell Fit. Dabei wird nicht nur der Fit sondern auch die Komplexität des Modells berücksichtigt. Basierend auf dieser Vergleichsmasszahl wurden die erklärenden Variablen so rückwärtsselektiert, dass am Schluss nur die Variablen im Modell einbezogen wurden, welche die Daten nach statistischen Charakteristiken am besten vorhersagten.

## **Ergebnisse und Diskussion**

Die aus der Theorie und Statistik gewonnenen Prädiktoren werden am Kongress vorgestellt und kritisch diskutiert.

## **7. Möglichkeiten der Einflussnahme durch Organisation und Vernetzung**

*Udo Finklenburg*

### **Hintergrund**

Ziemlich genau vor 10 Jahren wurde der «Verein Ambulante Psychiatrische Pflege» in der Schweiz gegründet. Die Gründungsmitglieder erkannten die Notwendigkeit, sich durch eine Rechtsform (Verein) zum Ansprechpartner innerhalb der Psychiatrielandschaft Schweiz zu machen, bestimmt einerseits, um die Position der (damals) freiberuflichen ambulante psychiatrischen Pflege (APP) zu stärken, aber auch, um am steten Wachstums – und Veränderungsprozess der Psychiatrie konstruktiv teilzunehmen und Verantwortung zu übernehmen.

### **Problemstellung**

2004 entschied das Bundesverwaltungsgericht zu Ungunsten der Krankenkassen, dass «es psychiatrische Pflege gibt» und die Krankenkassen verpflichtet sind, diese zu finanzieren. Weiter verpflichtete das Gericht den Bund, die offensichtliche Formulierungslücke im KLV zu schliessen und die Finanzierung abzusichern.

Im ganzen Land entstanden freiberufliche Pflegeangebote, denen die Kassen zunächst etwas irritiert gegenüberstanden. Eine der grösseren Kassen in der Schweiz ergriff die Initiative und suchte über einen Workshop den Kontakt zu den freiberuflichen Psychiatriepflegerinnen.

Hauptergebnis jenes Anlasses:

Die Kassen brauchen einen konkreten Ansprechpartner auf fachlicher Ebene (vertragstechnischer Ansprechpartner war und ist der SBK).

Bald darauf feierte die BAPP (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege) in Deutschland ihr 5-jähriges Bestehen. In einer intensiven Diskussion zwischen dem Referenten und einer bekannten Pflegedienstleiterin über

Inhalte und Vorgehensweise innerhalb der APP entstand die Idee, in der Schweiz den «Verein Ambulante Psychiatrische Pflege» zu gründen.

## **Vorgehen**

10 Teilnehmer des Krankenkassenanlasses unterstützten das Projekt und beschlossen in mehreren Treffen das Vorgehen und gründeten September 2007 den „Verein Ambulante Psychiatrische Pflege“.

Ein schwieriger Punkt war die Entscheidung, ob der Verein sich als „Interessengruppe APP“ innerhalb des SBK oder als eigenständiger, somit auch eigenverantwortlicher Verein konstituieren soll. Einerseits war es verlockend, mit Geldern und Infrastruktur ausgestattet zu starten, andererseits erachteten wir es als wichtig, dass die (freiberufliche) APP sich unabhängig positionieren konnte. Letztlich entschied der Wunsch nach Unabhängigkeit.

In den ersten Jahren verstand sich der Verein klar als Vertretung der freiberuflichen APP, da es keine entsprechende Vertretung für die Freiberuflichkeit gab und die institutionellen APPLer anders organisiert waren.

Nachdem der Verband Curacasa zur offiziellen Vertretung aller Freiberufler gegründet wurde, konnte der VAPP sich auf fachliche Inhalte und Qualitätsfragen konzentrieren und einer Öffnung für alle aufsuchenden Psychiatriepflegefachpersonen stand nichts mehr im Weg.

## **Aktive Vernetzung**

Seit der Gründung war es dem Vorstand des VAPP ein grosses Anliegen, sich möglichst breit zu vernetzen. Zuerst stand immer das gute Einvernehmen mit dem SBK, aber regelmässiger Austausch mit den Krankenkassen wurde aktiv gesucht und gepflegt. Wenn möglich wurde der Kontakt zu Kantonen und dem Bundesamt für Gesundheit angestrebt.

Als geeignete Plattformen, um all diese Kontakte zu knüpfen und zu vertiefen erwies sich die 2008 erstmalig veranstaltete „Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege“, welche der VAPP zusammen mit Chris Abderhalden von der UPD Bern realisieren konnte. Heute wird die Tagung jährlich vom

VAPP, der Berner Fachhochschule, der UPD Bern, der UPK Basel und der IPW Winterthur organisiert.

Wie die Vernetzung nach aussen wird auch die Vernetzung nach innen gefördert. Die Mitglieder werden motiviert, sich in den Regionen zusammen zu schliessen und der APP regional ein Gesicht, einen Ansprechpartner zu geben.

### ***Bezug von klaren Positionen***

Der Begriff „Ambulante Psychiatrische Pflege“ ist in keiner Weise geschützt oder definiert. Verschiedene andere Berufsgruppen versuchen sich an diesem Arbeitsgebiet ihren Anteil zu sichern, und immer wieder wird versucht, sich in diesem Aufgabengebiet zu bereichern.

So liegt es nahe, dass der VAPP eine Beschreibung, eine Definition von APP erstellt, die aufzeigt, was Klienten und Zuweiser zu erwarten haben. Auch gilt es, Orientierungshilfen zu geben in Bezug auf „State of the Art“ und was die „best Practice“ in diesem Arbeitsfeld ist.

Zusammen mit den Krankenkassen wird immer wieder versucht, diese Positionen den entsprechenden Leistungsarten und Tarifen zu ordnen.

Aber eine Positionierung gegen innen ist notwendig: was erachtet der Verein als sinnvoll und notwendig, damit eine Psychiatriepflegefachperson eine Bewilligung zur APP erhält und behalten kann.

### **Ziele**

Die bei der Gründung erstellten Ziele sind im Wesentlichen die gleichen geblieben:

- Konkreter Ansprechpartner für alle Fragen rund um ambulante psychiatrische Pflege in der Schweiz
- Vernetzung mit anderen Playern in der Psychiatrie – Landschaft Schweiz
- Vernetzung mit anderen Verbänden national – International
- Entwurf und Publikation Positionspapiere
- Mitarbeit auf Kantonalen und nationaler Ebene

- Bekanntmachen des Angebots und der Anbieter
- Mithilfe bei der Definition von Qualitätsstandards

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Relativ schnell wurde der VAPP Ansprechpartner von Krankenkassen, Bund und Kantonen. Die Bekanntheit der APP stieg massiv (wenn auch nicht ausreichend: Viele potentielle Zuweiser wissen immer noch nicht, dass dieses Angebot schweizweit existiert), und immer häufiger wird der VAPP um Stellungnahmen zu Psychiatrie relevanten Themen angefragt. So konnte zum Beispiel der VAPP aktiv an den Strategiepapieren „Palliativversorgung“ und „Suizidalität“ des Bundesamtes für Gesundheit teilnehmen.

Durch die vermehrt inhaltliche Ausrichtung und Öffnung des Vereins auch für Appler aus der Spitex konnte ein kreativer Prozess in Gang gesetzt werden, der zu immer konkreteren Ergebnissen führt, aber auch zu einer stetig steigenden Zahl von Mitgliedern.

2015 konnte sich die Vereinsversammlung dazu entschliessen, die Fachzeitschrift „Psychiatrie Pflege“ vom Hogrefe Verlag als Verbandszeitschrift unter Vertrag zu nehmen. Aufgrund höherer Mitgliederbeiträge führte dies zwar zu einigen Austritten, letztlich war es aber ein voller Erfolg:

- Attraktives Angebot führt zu vermehrt neuen Mitgliedern
- Bessere, kontinuierlichere Information der Basis
- Gute Plattform, um sich zu positionieren

## **Schlussfolgerungen**

Jetzt, 10 Jahre nach Gründung des VAPP, präsentiert sich der Verein als ein dynamisches Projekt, bei dem zwar noch viele Fragen offen sind, aber schon grosse Meilensteine erreicht wurden.

Mit einem klaren „ja“ lässt sich die Frage beantworten, ob sich die Eigenständigkeit lohnt. Gegenüber dem SBK haben wir uns als verbindlicher Partner deklarieren können, wir können uns unabhängig positionieren, ziehen aber mit dem SBK am gleichen Strick.

Klein und fein – ein Fachverband kann mit minimalen Ressourcen Einfluss haben. Auch wenn der VAPP mit seinen rund 300 Mitgliedern eher winzig ist, so stellt auch die APP innerhalb des schweizer Gesundheitswesens einen winzigen Anteil. Und für diesen Anteil sind wir gern gesehene Diskussionspartner, deren Input deutlich an Einfluss gewinnt.

Eine ständige Herausforderung bleibt es, die Mitglieder zu aktiver Mitarbeit zu motivieren und ihnen das Gefühl der „Mitverantwortlichkeit“ für die Festigung der APP in der Schweiz zu geben. Denn bei allen Erfolgen werden wir (die APP) immer noch vom Gesetzgeber und den Kassen skeptisch beäugt und jederzeit wird versucht, uns unter eine strengere Kontrolle zu nehmen.

## **VAPP 2017**

Es bleibt ein Dauerthema: Das Angebot der APP muss bekannter werden. Zu viele Ärzte, Sozialdienste und Kliniken sind sich nicht bewusst, dass dieses Angebot existiert.

Und unter den ambulant tätigen muss der Verein für grössere Bekanntheit sorgen, es kann von 4'000 – 5'000 Psychiatriepflegenden in schweizerischen aufsuchenden Diensten ausgegangen werden.

Obwohl dem Verein die deutschsprachige Vernetzung (Deutschland, Österreich) sehr am Herzen liegt, sollte auch vermehrt die französisch und italienisch sprachige Schweiz mit einbezogen werden.

Die Optimierung und Vertiefung der Zusammenarbeit mit dem SBK ist in vielerlei Hinsicht sinnvoll und wünschenswert.

Zusammen mit seinen Mitgliedern muss der VAPP sich bemühen, zu allen relevanten Themen klare Positionierungen zu formulieren und zu veröffentlichen.

## **Abkürzungen**

|        |                                    |
|--------|------------------------------------|
| APP    | Ambulante Psychiatrische Pflege    |
| APPLer | In der APP tätige Pflegefachperson |

|      |  |
|------|--|
| BAPP | Bundesinitiative<br>Ambulante Psychiatrische<br>Pflege<br>( <a href="http://www.bapp.info">www.bapp.info</a> ) |
| IPW  | Integrierte Psychiatrie Winterthur<br>( <a href="http://www.ipw.zh.ch">www.ipw.zh.ch</a> )                     |
| KLV  | Krankenpflege Leistungsverordnung<br>( <a href="http://www.admin.ch">www.admin.ch</a> )                        |
| SBK  | Schweizerischer Berufsverband<br>Krankenpflege<br>( <a href="http://www.sbk-asi.ch">www.sbk-asi.ch</a> )       |
| UPD  | Universitäre Psychiatrische Dienste Bern<br>( <a href="http://www.upd.ch">www.upd.ch</a> )                     |
| UPK  | Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel<br>( <a href="http://www.upkbs.ch">www.upkbs.ch</a> )               |
| VAPP | Verein Ambulante Psychiatrische<br>Pflege<br>( <a href="http://www.vapp.ch">www.vapp.ch</a> )                  |

## 8. Telefonische Beratung in psychosozialen Krisensituationen

Susanna Flansburg

### Hintergrund

Weltweit ist der Bedarf an niederschweligen Beratungsangeboten für Menschen in akuten seelischen Notsituationen hoch. Viele Länder wie die USA, Australien und Großbritannien haben reagiert und ein flächendeckendes Netz von telefonischen Krisendiensten installiert. Insbesondere psychiatrische Pflegefachpersonen fanden hier mit ihren Kompetenzen und Qualifikationen ein neues Aufgabenfeld und sind aus dem Versorgungssegment nicht mehr wegzudenken. Auch in der deutschen Bevölkerung ist der Bedarf an niedrigschweligen Beratungsangeboten in psychiatrischen und/oder psychosozialen Krisensituationen hoch. Besonders Anbieter, die ein niederschwelliges, anonymes und jederzeit verfügbares Angebot zur Verfügung stellen, berichten über konstant hohe Zulaufzahlen. Hier leistet vor allem die Telefonseelsorge (TS) Deutschland mit ihren 108 Beratungsstellen unersetzliche Dienste. Aus dem 2015 veröffentlichten "*Abschlussbericht zur bundesweiten Datenerhebung der Telefonseelsorge*" [1] geht hervor, dass alleine in dem Datenerhebungsjahr 2013/2014 bundesweit über 800.000 Anrufe als Seelsorge-/Beratungsgespräch von den ehrenamtlichen Mitarbeitenden deklariert wurden und dass die TS-Beratung über alle Generationen hinweg stark frequentiert wird.

Aus der breiten Vielfalt von thematischen Gesprächsanlässen kristallisierten sich Themen aus dem Bereich körperliches und seelisches Befinden neben Niedergeschlagenheit und Ängsten eindeutig heraus. Deutlich wurde, dass in gut einem Viertel der Anrufe eine diagnostizierte psychische Erkrankung des Anrufers vorlag. Alarmierend erscheint auch die Tatsache, dass durchschnittlich rund 46 Telefonate am Tag mit Personen geführt werden, die Suizidabsichten hegen oder deren Lebenssituation von entsprechenden Erfahrungen geprägt ist. Der Umgang mit psychischen Erkrankungen ist somit zentraler Gegenstand der Beratungspraxis der TS.



Ähnlich verhält es sich mit dem Anrufprofil psychosozialer Krisendienste. Hier nehmen zwar Mitarbeitende mit langjähriger Berufserfahrung aus einem psychosozialen Versorgungsbereich die Anrufe der Hilfesuchenden entgegen, allerdings begrenzt sich ihre zeitliche Erreichbarkeit und steht der Bevölkerung somit nicht wie die Telefonseelsorge, an 365 Tagen rund um die Uhr zur Verfügung. "Zusätzlich limitiert sich das Angebot auf bundesweit ganze 20 Krisendienste mit einem Versorgungsgebiet für ca. 12,5 Millionen Einwohner" [2]. Diese Erhebung stammt zwar aus dem Jahr 2011, allerdings ist nicht davon auszugehen, dass sich die Zahl der Anbieter seitdem relevant gesteigert hat. Verglichen mit der Zahl der Gesamtbevölkerung Deutschlands von derzeit ca. 81,5 Millionen kann man somit wohl kaum von einem flächendeckenden Angebot sprechen.

Geraten Menschen in psychosoziale Krisensituationen benötigen sie niederschwellige und verlässliche Hilfsangebote. Können die Anforderungen von Kriseninterventionen wie etwa ein schneller Beginn mit einer raschen physischen und emotionalen Entlastung nicht gewährleistet werden, besteht die Gefahr, dass sich die Krise mit ihren einhergehenden Symptomen manifestiert und zu weiteren Problemen führt. Es gehört zum gesicherten Wissen, dass nicht bewältigte Krisen in einen chronischen Zustand oder einer Änderung des Sozialverhaltens übergehen können, was dann in Folge längerfristige psychische Probleme hervorruft. "Ist die affektive Belastung in der Krise sehr hoch, besteht zudem die Gefahr von kurzschlüssigen-impulsiven Handlungen" [3]. Kriseninterventionen können somit auch unter einem präventiven Aspekt betrachtet werden. Es stellt sich die Frage, wohin sich Menschen in bedrohlich erlebten Situationen der Ausweglosigkeit, Verzweiflung und Verwirrung wenden können, wenn ein anteilnehmendes Gespräch mit der Telefonseelsorge nicht mehr ausreicht und professionelle psychiatrische Krisenhilfe gefragt ist. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten verfügen über wenig Zeit und haben meist wochenlange Wartezeiten. "Zudem wissen diese Experten aus ihrer Praxisperspektive oft wenig vom wahren sozialen und situativen Kontext des Hilfesuchenden" [4].

Die kassenärztliche Notfallversorgung vermisst ebenso einen psychiatrischen Notdienst. In Folge dessen kann es passieren, dass ein den ärztlichen Notdienst leistender Orthopäde oder Urologe mit einem Notfallkoffer Krisenhilfe leisten muss, die er im Regelfall nie gelernt hat. Es folgt nicht selten eine übereilte Klinikeinweisung, wenn möglich in die Psychiatrie. "Spielt in der Krisensituation Suizidalität eine Rolle, endet dies im schlimmsten Fall sogar mit einer Einweisung gegen den Willen des Betroffenen. Zwangseinweisungen sind unter diesen Bedingungen häufig ein Ausdruck von Hilflosigkeit gegenüber Krisensituationen, aber keine angemessene Problemlösung" [5]. "Für die von einer Krise Betroffenen kommt dann zur unangenehmen Erfahrung der Einweisung als solches hinzu, dass unruhige Aufnahmestationen für dieses Klientel oftmals ungeeignet sind und eher symptomverstärkend wirken" [6].

Obwohl psychiatrische Pflegestudiengänge auch hierzulande die Fachpersonen anhand der Studieninhalte für die Übernahme dieses wichtigen Aufgabenfeldes qualifizieren, bleibt diese Ressource weitgehend ungenutzt. Dies ist in Anbetracht des hohen Bedarfes und des bestehenden Mangels an niederschweligen und verlässlichen Hilfsangeboten eher unverständlich.

## **Fragestellung**

Welche Kenntnisse und soziale wie fachliche Kompetenzen werden für die Bereitstellung eines telefonischen Beratungsangebotes für Menschen in psychosozialen Krisensituationen benötigt? Inwieweit eignen sich psychiatrische Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Ausbildung für dieses Aufgabengebiet?

## **Methode und Material**

Um Antworten auf die Fragestellungen zu erhalten wurde eine Literaturrecherche und ergänzend Experteninterviews mit Vertretern der Leistungserbringer durchgeführt. Neben ihren Erfahrungen und Einschätzungen zu dem Versorgungsangebot telefonischer Beratung in psychosozialen Krisensi-

tuationen interessierte insbesondere ihre Einschätzung zu den benötigten sozialen und fachlichen Kompetenzen.

## **Ergebnisse und Diskussion**

Die erfahrenen Experten äußerten ihre Ansichten über den Wert und die Vorteile ihres Auftrages und stellten sie in Bezug zur deutschen Versorgungspraxis. Einigkeit bestand in den Vorzügen des Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. Gerade Telefone sind aus dem Alltag der meisten Menschen nicht mehr wegzudenken und eröffnen damit ergänzende niederschwellige Zugangswege zu den Beratungsanbietern. Durch die Auswertung der Interviews konnten zum einen Kompetenzen und Fähigkeiten aufgezeigt werden, die telefonische Berater für Menschen in psychosozialen Krisensituationen zur Durchführung ihrer Leistung benötigen. Zum anderen konnten auch Inhalte identifiziert werden, die Aussagen darüber zulassen, ob psychiatrisch Pflegende für die Durchführung telefonischer Beratungen für Menschen in psychosozialen Krisensituationen geeignet sind. Es wurde deutlich, dass telefonische Krisenintervention eine komplexe Aufgabe ist und hohes Verantwortungsbewusstsein, eine patientenorientierte Haltung, individuelles Fallverstehen, Erfahrung sowie aktuelles Fachwissen erfordert. Durch die Auswertung konnten mehrere Kompetenzen und Fähigkeiten identifiziert werden, die zu den originären (psychiatrie)spezifischen Pflegekompetenzen zählen. Diese werden in den weiterbildenden Pflegestudiengängen vertieft. Insbesondere psychiatriepflegespezifische Bachelor- und Masterstudiengänge befähigen die Absolventen für dieses anspruchsvolle Aufgabengebiet. Ergänzend zu den Inhalten der Grundausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege wird hier den Pflegeexperten Wissen im Hinblick auf die pflegerische Versorgung in unterschiedlichen Handlungsfeldern vermittelt. Sie werden dadurch zur professionellen Entscheidungsfindung in komplexen Sachverhalten befähigt, unter dem Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse und klinischer Kompetenz im Hinblick auf Diagnostik und therapeutische Interventionen. Es spricht also zusammenfassend nichts dagegen, dass sich psychiatrische Pflegefachperso-

nen für dieses herausfordernde und anspruchsvolle Aufgabengebiet interessieren und die entsprechenden Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden sollten. Eine aktive Beteiligung an dieser Forderung von Seiten der Pflegenden wäre wünschenswert.

## Literatur

1. Klein, M.; Strietholt, R. & Stuckstätte, E. C. (2015). Abschlussbericht zur bundesweiten Datenauswertung TelefonSeelsorge 2013/2014. Online verfügbar unter <http://www.telefonseelsorge.de/sites/default/files/Abschlussbericht%20TelefonSeelsorge.pdf>
2. PariSozial Bielefeld (2011). 25 Jahre Bielefelder Krisendienst. Unveröffentlichtes Manuskript
3. Sonneck, G. (2000). Krisenintervention und Suizidverhütung. Unter Mitarbeit von E. M. Aichinger & E. Ringel. [5. Aufl.]. Wien: Facultas (UTB für Wissenschaft Gesundheitswissenschaften, Psychologie, 2123).
4. Crefeld, W. (2007). Psychosoziale Krisendienste in Deutschland. In : Blätter der Wohlfahrtspflege, 4/2007, S. 123–126. Online verfügbar unter [www.bgt-ev.de/.../Psychoz\\_Krisendienste\\_in\\_Dtl\\_BIWpf14-07.pdf](http://www.bgt-ev.de/.../Psychoz_Krisendienste_in_Dtl_BIWpf14-07.pdf)
5. Crefeld, W. & Gahleitner, S. B. (2010). Krisenhilfe heute - Struktur und Inhalt einer bedarfsgerechten Ausgestaltung. In Ortiz-Müller, W., Scheuermann, U. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 2., überarb. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 36–47.
6. Frei, M. (1994). Ambulante Krisenintervention am Beispiel des psychosozialen/sozialpsychiatrischen Krisendienstes Bielefeld. In Beck, M. & Meyer, B. (Hrsg.): Krisenintervention. Konzepte und Realität. Tübingen: Dgvt-Verl. (Tübinger Reihe, Bd. 14), S. 40–49

## **9. Ein Quantensprung? Übertragbarkeit des Konzepts der Milieuthérapeutischen Wirkfaktoren nach E. Heim auf den Bereich der Führung**

*Sonja Forster, Philipp Schmidt*

### **Hintergrund**

2014 wurde in unserer Klinik ein neues Führungsmodell implementiert, welches die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit bezweckte. Grundsätzlich gelang dies zufriedenstellend. Dennoch eröffnen sich Räume, die es zu erkennen und zu nutzen gilt.

Die aktuelle Frage wie die leitenden Pflegefachpersonen selbstbewusster und kompetenter ihre Führungsfunktion im interprofessionellen Miteinander wahrnehmen und ihre Führungswirksamkeit stärken können, stellt im Rahmen des neuen Führungsmodells eine grosse Herausforderung dar. Auch die Frage, wie die intrinsische Motivation der leitenden Pflegefachpersonen konkret gestärkt werden kann, muss thematisiert werden?

Im Rahmen einer CAS-Abschlussarbeit wurde die Nutzung von Milieuthérapeutischen Wirkfaktoren in Bezug auf Mitarbeitende geprüft und für anwendbar befunden. Inhaltlich beleuchtete die Arbeit, wie Rahmenbedingungen die Arbeit positiv beeinflussen.

Nun wollen wir prüfen, ob sich milieuthérapeutische Wirkfaktoren auch positiv auf die Führungspraxis anwenden lassen.

### **Problemstellung**

Interprofessionalität ist im Führungskonzept so verankert, dass das KnowHow der verschiedenen Disziplinen patientinnenorientiert nutzbar ist und die Zusammenarbeit, losgelöst von tradierten Rollenbildern, neu gestaltet wird. Nachdem dieses Konzept mittlerweile in Anwendung ist, zeichnet sich ab, dass die Vertreter der einzelnen Professionen in alte Rollenmuster verfallen, sobald die Komplexität der anfallenden Herausforderung steigt

oder persönliche Diskrepanzen zwischen den Führungsmitgliedern bestehen.

Speziell das pflegerische Kaderpersonal muss zur Verantwortungsübernahme hinsichtlich dieser Situationen befähigt werden. Da Interprofessionalität gegenwärtig im Fokus der Fachdiskussionen steht, muss die Pflege hier ihren Einfluss geltend machen, solange dieses Zeitfenster geöffnet ist. Eine Möglichkeit dazu könnte sein, die milieutherapeutischen Wirkfaktoren als theoretischer Input heranzuziehen.

## **Ziel**

Geprüft wird, ob die Übertragung von milieutherapeutischen Wirkfaktoren in den Bereich der Führung möglich ist. Diese sollen für die leitenden Pflegefachpersonen nutzbar gemacht werden, mit dem Ziel, einer besseren Führungswirksamkeit. Diese könnte sich sowohl positiv auf die Gestaltung des Pflegebereichs als auch im interprofessionellen Diskurs Einfluss nehmen, in dem selbstbewusst für das eigene Kerngeschäft eingestanden wird. Zudem könnte, so die Annahme, das Kohärenzgefühl steigen und damit die intrinsische Motivation und Identifikation der Mitarbeitenden, sich auf den unumgänglichen Wandlungsprozess einzulassen.

## **Vorgehen**

Zunächst werden die Parallelen zwischen Patientinnenversorgung und Führung aufgezeigt. So wird die Sinnhaftigkeit unserer Idee dargestellt, und der praktische Nutzen offensichtlich, längst bewährte Konzepte/Prinzipien aus dem pflegerischen Alltag in den Kontext der Führungsverantwortung zu übersetzen. Weil das Konzept der milieutherapeutischen Wirkfaktoren allen aktiv an der Patientinnenversorgung teilhabenden Pflegefachpersonen bekannt ist, ist der Theorie-Praxistransfer gut vermittel- und handhabbar.

## **Ergebnis**

Unsere Erfahrung zeigt, dass gelebte Interprofessionalität außerordentliche Potenziale birgt. Dennoch betreten wir hier Neuland – gelebte Interprofes-

sionalität ist aus unserer Sicht ein Paradigmenwechsel. Deshalb plädieren wir dafür, auch kreative Lösungsansätze zu prüfen. Gute Ideen verdienen Kredit.

### **Schlussfolgerung**

Milieutherapeutische Wirkfaktoren sind unserer Ansicht nach vielfältig anwendbar: Sie sollten von Basismitarbeitenden angewendet werden, um sich besser „einmischen“ zu können & von Führungspersonen, um interprofessionell selbstbewusster „Mitmischen“ zu können.

### **Diskussion**

Aus soziologischer Perspektive bezieht das Milieu die gesamte Umwelt ein. Deshalb ist es denkbar, die milieutherapeutischen Wirkfaktoren auch auf die Führungsmitarbeitenden anzuwenden, z.B. im Rahmen von Teamentwicklung oder der Implementierung interprofessioneller Strukturen. Im Rahmen der Diskussion mit dem Plenum möchten wir dazu einladen, die Idee konstruktiv-kritisch zu diskutieren.

## **10. Die Betreuung von Patienten und Patientinnen, die Suizidgedanken äussern – ein Leitfaden für Pflegefachpersonen in der Akutversorgung**

*Irena Anna Frei, Stephan Schärer, Manuela Pretto, Ursi Barandun Schäfer, Cornelia Bläuer, Florian Grossmann, Beatrice Gehri, Philipp Grötsch, Stella Reiter-Theil*

### **Hintergrund und Problemstellung**

In der Schweiz wird bei 1 bis 2% aller Todesfälle Suizid als Todesursache angegeben. 10% aller Schweizerinnen und Schweizer begehen im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche, jedoch ist die Dunkelziffer hoch. Jede zweite Person berichtet in retrospektiven epidemiologischen Erhebungen über Suizidgedanken [1]. Zu den Risiken für einen Suizidversuch zählen schwere psychische und somatische Erkrankungen oder ein bereits statt gefundener Suizidversuch [2; 3]. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Mitarbeitende im akutstationären Setting häufig mit Patientinnen und Patienten in Kontakt kommen, die in Folge eines Suizidversuchs hospitalisiert werden, oder bei denen ein Verdacht auf Suizidalität besteht. Der fachlich korrekte Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten ist anspruchsvoll, ruft immer wieder Unsicherheiten hervor und kann die Pflegefachpersonen sehr belasten. Sie leisten jedoch einen wichtigen Beitrag zur Erkennung suizidaler Absichten und zur Prävention eines selbstgefährdenden Verhaltens. Ethische Überlegungen, insbesondere zu Fragen wie Fürsorge und Respekt vor Autonomie, leiten das Handeln der Pflegefachpersonen. Mehr als 20% der Ethikkonsultationen im Universitätsspital Basel und der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel erfolgen auf Anfrage von Pflegefachpersonen; noch weit häufiger geht es um pflege-ethische Themen [4].

Persönliche Entscheidungen von Patientinnen und Patienten sind zu respektieren [5]. Aber in der Konfrontation mit Suizidalität und der schwierigen Abgrenzung zum Konzept "Freitod" kann dies bei Behandelnden und Pfl-



genden zu einem Dilemma führen, da es gleichzeitig darum geht, vermeidbare Suizide zu verhindern.

## **Zielsetzung**

Im Universitätsspital Basel (USB) wurde vor diesem Hintergrund ein Leitfaden [6] erarbeitet mit der Absicht, die Pflegefachpersonen in ihrem Handeln zu unterstützen.

Folgende Ziele werden verfolgt:

- Pflegefachpersonen erkennen Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten, die Suizidgedanken äussern
- Pflegefachpersonen gewährleisten eine professionelle Pflege
- Pflegefachpersonen reflektieren ihre Erfahrungen

## **Vorgehen**

Die Erarbeitung des Leitfadens wurde durch die Spitalleitung des USB in Auftrag gegeben. Das Vorgehen orientierte sich an den USB-internen Vorgaben zu Evidenz-basierten Leitlinien und erfolgte in einer interprofessionellen und interdisziplinären Gruppe bestehend aus Pflegeexpertinnen und -experten der Akutversorgung sowie der Psychiatrie, einer Pflegemanagementperson, Psychiatrie-Ärzten und der Leiterin der Klinischen Ethik. Die Pflegemanagementkonferenz verabschiedete den Leitfaden, der durch die Spitalleitung in Kraft gesetzt wird. Dieser ist für alle Mitarbeitende des USB im Intranet zugänglich.

## **Ergebnisse**

Der vorliegende Leitfaden beschreibt den Hintergrund, definiert Suizid sowie Risikofaktoren und die Stadien der suizidalen Entwicklung; vor allem beschreibt er die pflegerischen Interventionen. Diese umfassen im Wesentlichen die Bedeutung und Art der Beziehung, welche die Pflegefachperson mit dem Patient / der Patientin gestaltet und gibt Kriterien an die Hand, welche die Sensibilisierung für Verhaltensweisen und Äusserungen unterstützen [7].

Des Weiteren enthält er Hinweise zu allgemeinen und spezifischen Interventionen, die die kontextuellen Bedingungen der Institution berücksichtigen sowie die Bedeutung der Dokumentation. Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit wird in der Beschreibung der Interventionen entsprechend geklärt. Sie ist ein zentrales Element und ein wichtiger Erfolgsfaktor gerade in der Betreuung dieser Patientinnen und Patienten. Im Weiteren werden Möglichkeiten der Unterstützung für Pflegefachpersonen zur Aufarbeitung von Belastungen in solchen Patientensituationen aufgezeigt. Auf die internen Netzwerke wird im Leitfaden verwiesen.

### **Implementierung**

Die Führungsteams der Abteilungen, bestehend aus der/dem Stationsleiterin /-leiter, der/dem Pflegeexpertin /-experten und der/dem Bildungsverantwortlichen sind gemeinsam für die Implementierung und Evaluation dieses Leitfadens verantwortlich. Unterstützung erhalten sie dabei von ihren Vorgesetzten, den Bereichsfachverantwortlichen Pflege sowie vom Ethikbeirat des USB. Das on-the-job Coaching ist wohl die effektivste Unterstützung und wird durch die stationsbasierten Pflegeexpertinnen und -experten wahrgenommen. Weitere Ressourcen für die Bewältigung dieser Situationen sind der psychiatrische Konsildienst sowie die Kooperation mit der Abteilung Psychosomatik. Die Kommunikation mit der Ärzteschaft zu diesem Leitfaden obliegt dem Pflegemanagement und wird in den Bereichen organisiert.

### **Reflexion**

Die Initiative für die Erarbeitung dieses Leitfadens entstand aus einem durch Pflegefachpersonen identifizierten Bedarf. Vorgehens- und Verhaltensweisen in solch belastenden Situationen zu beschreiben und Handlungsanleitungen zu definieren ist für Pflegefachpersonen eine wichtige Unterstützung. Gerade für wenig erfahrende Pflegefachpersonen sind solche Handlungsanleitungen essentiell, weil sie ihnen einen Rahmen geben, der sie in ihrem professionellen Handeln unterstützt.

Die Erarbeitung in der interprofessionellen und interdisziplinären Gruppe nahm viele Monate in Anspruch – waren doch immer wieder inhaltliche Abstimmungen und Abklärungen zur Umsetzung notwendig. Die Implementierung ist für die zweite Hälfte 2017 geplant. Bisherige Erfahrungen werden durch die Pflegeexpertinnen und -experten entgegengenommen, damit diese gesammelt reflektiert und daraus Anpassungen im Leitfaden vorgenommen werden können. Eine formale Evaluation ist fünf Jahre nach Inkrafttreten vorgesehen.

## Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015) *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. April 2015. Retrieved 04.08.2016*  
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/?lang=de>
2. American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5. (5. Auflage) Washington D.C.*
3. Sauter, D. et al. (2011) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Hans Huber Verlag, Bern.*
4. Reiter-Theil, S., Schürmann J. (2016) *The ‚Big Five‘ in 100 Clinical Ethics Consultation Cases. Evaluating three years of ethic support in the Basel University Hospitals. Bioethica Forum 9(2):60-70*
5. Ethikbeirat USB (2015) *Leitfaden für Mitarbeitende in der Patientenversorgung: Umgang mit Anfragen von Patientinnen und Patienten zur Beihilfe zum Suizid. Universitätsspital Basel*
6. Frei, I.A. et al. (2017) *Leitfaden für Pflegefachpersonen in der Patientenversorgung: Betreuung von Patientinnen und Patienten, die Suizidgedanken äussern. Universitätsspital Basel*
7. Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2004) *Cutcliffe, J.R. & Barker, P. (2004) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. Deutsche Version der NGASR-Skala von Kozel et al. (2007): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität.*  
[https://www.researchgate.net/publication/265637038\\_NursesGlobal\\_Assessment\\_of\\_Suicide\\_Risk\\_-\\_Skala\\_NGASR\\_Die\\_Interrater\\_Reliabilitaet\\_eines\\_Instrumentes\\_zur\\_systematisierten\\_pflegerischen\\_Einschaetzung\\_der\\_Suizidalitaet](https://www.researchgate.net/publication/265637038_NursesGlobal_Assessment_of_Suicide_Risk_-_Skala_NGASR_Die_Interrater_Reliabilitaet_eines_Instrumentes_zur_systematisierten_pflegerischen_Einschaetzung_der_Suizidalitaet)

## **11. Alkohol in der ambulanten Pflege**

*Roger Freiburghaus*

### **Hintergrund**

die Begleitung von alkoholerkrankten Menschen in der ambulanten Pflege wird von vielen Pflegenden nicht gerne übernommen. Betroffene können oft wenig Motivation entwickeln, sich zu verändern und den Alkoholkonsum begrenzen. Ein kurzer Blick in internationale Studien zeigt, dass auch die professionellen Helfer allgemeinen Stigmatisierungen im Umgang mit alkoholerkrankten Menschen unterliegen.

### **Problemstellung**

die Fokussierung auf den Alkohol empfinden Betroffene in der Behandlung derselben, als unangenehm und wenig konstruktiv. Gespräche über die Sucht und die Rückfälle enden für Betroffene oft in Belehrungen über Strategien und Vorgehensweisen. Diese sind ihnen bestens bekannt und im Alltag wenig hilfreich. Das führt die Betroffenen in die Schuld und Scham Falle, der Konsum des Alkohols stigmatisiert das Versagen.

### **Ziel**

Was ist wichtig und gilt es zu beachten in der ambulanten Begleitung von alkoholkranken Menschen? Wie kann es gelingen, dass Betroffene trotzdem Zuversicht und Motivation aufbauen und in die Veränderung gehen?

### **Vorgehen**

Begleitung von alkoholkranken Menschen im persönlichen Umfeld mit motivationale Gesprächsführung.

### **Ergebnisse**

in der ambulanten Pflege ist die Begleitung von suchterkrankten Menschen nur unter der Voraussetzung möglich, dass die Sucht nur als einen kleinen

Teil der Auseinandersetzung im Prozess mit den Betroffenen ist. Werden die Werte der Betroffenen evoziert und den Werten der APP gegenübergestellt, entsteht eine Verhandlungsbasis. So können die Veränderungsprozesse beschrieben werden und die Ziele formuliert werden.

### **Schlussfolgerung**

Lösungsorientierte Ansätze, wie sie in der Pflege gemeinhin angewendet werden, helfen hier nicht. Die Vorwegnahme der Abstinenz als primäres Ziel ist in der ambulanten psychiatrischen Pflege ist wenig sinnvoll.

Die Prozessorientierung und zwar ergebnisoffen geben den Betroffenen die Möglichkeit sich auf einen Veränderungsprozess einzulassen. Im Verhandeln mit ihnen wird ersichtlich, mit welchen Vorstellungen sie diese Veränderungen anstreben wollen. Sie bestimmen schlussendlich Geschwindigkeit, Ausmass und Richtung der Veränderung. Das als ambulante psychiatrische Pflegefachperson zu akzeptieren ist die Herausforderung, jeden Tag.

## 12. Non-Suizidvertrag: Professionelle Methode

Barbara Frey

### Suizidalität einschätzen

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist Suizidalität oft ein Thema und daher eine häufiges Phänomen in der psychiatrischen Pflege. Dabei gehören das Einschätzen des Suizidrisikos, die Pflege suizidaler Menschen und das Bewältigen von Suiziden zu den schwierigsten zwischenmenschlichen und fachlichen Herausforderungen, denen sich das Pflegepersonal zu stellen hat [6].

Gemäss Pöldinger [5] steht eine suizidale Handlung am Ende einer Entwicklung, was auch heutigen Erkenntnissen standhält. Dieser Prozess kann über mehrere Wochen/Monate oder in wenigen Minuten (raptus-artig) zu einem Suizid führen.

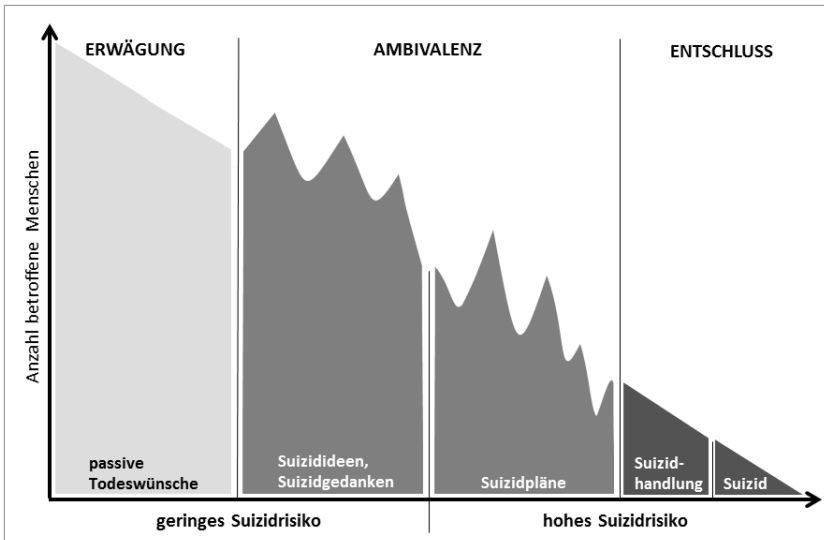


Abb: Phasen der Suizidalität (PUK Zürich, 2017: in Anlehnung an Pöldinger)

Was gibt es für Methoden, um das Suizidrisiko einzuschätzen und in akuten Notfallsituationen mit suizidalen Menschen arbeiten zu können? Eine Methode ist der weit verbreitete Non-Suizidvertrag (NSV). Dieser wird aber gleichzeitig kontrovers diskutiert und ist umstritten. Ich gehe mit White [8] einig, dass viele Anwender die Theorie hinter dem NSV nicht kennen. Ja sogar in renomierten Fachbüchern „irreführendes“ Fachwissen [6] verbreitet wird. Damit hat die Methode, wie sie ursprünglich angewendet wurde, an Wirksamkeit und Wert verloren.

Nachfolgend werde ich auf die Methode des NSV eingehen, wie er von den Gouldings und Drye [2] in den 1960er-Jahre entwickelt und eingesetzt wurde sowie die weitere Entwicklung aufzeigen.

## **Der Non-Suizidvertrag**

Ein NSV ist eine Aussage eines suizidgefährdeten Menschen, welcher sich entscheidet, sich nicht selbst zu verletzen oder umzubringen: ***"Egal was passiert, ich werde mich nicht umbringen, ob unabsichtlich oder absichtlich, zu jeder Zeit."*** ("No matter what happens, I will not kill myself, accidentally or on purpose, at any time.") [2]

### ***Ursprung in der Transaktionsanalyse***

Der NSV hat seinen Ursprung in der Transaktionsanalyse und wurde im Jahr 1973 von Drye nach der von den Gouldings entwickelten Methode zur Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen veröffentlicht [2]. In der Non-Suizidentscheidung (No-Suicide Decision) – wie die Methode ursprünglich hiess – macht der Patient eine Aussage, wie lange er ohne Einschränkungen am Leben bleiben will. Dies in Form einer eigenen Entscheidung und nicht einem Versprechen mit dem Gegenüber.

Diese Herangehensweise entstand aus der Überzeugung von Gouldings und Drye basierend auf transaktionalen Konzepten, dass nur wenn ein therapeutischer Veränderungsvertrag vom Patienten selber entwickelt wird, dieser auch die Verantwortung dafür übernehmen kann. Tatsache ist: Nur der

Patient allein weiss, wie intensiv sein Drang und wie stark seine Kontrolle bezüglich suizidaler Handlungen ist.

### **Die Methode**

- **Erfragen und Erfassung von Erkrankungen und Risikofaktoren**, z.B. Depression, Scheidung, Bankrott usw.
- **Frage: "Wenn sich Ihre Situation verschlechtern würde, wie würde Ihr Leben in einem Jahr aussehen?"** ("If things go badly for you, what will your life be like a year from now?")

Oft sind sich Menschen dieser wichtigen Faktoren nicht bewusst. Kommen suizidale oder selbstverletzende Phantasien auf, dann sind diese sorgfältig zu ergründen, z.B. Unfälle, Alkohol und Drogen, Bankrott usw.

- **Sobald sich der Patient seinen Phantasien bewusst ist, wird er aufgefordert, die nachfolgende Aussage zu machen: "Egal was passiert, ich werde mich nicht umbringen, ob unabsichtlich oder absichtlich, zu jeder Zeit."**

Wenn der Patient bei dieser Aussage über ein Gefühl der Zuversicht berichtet, keine Einschränkungen anbringt sowie die Stimmlage und der Körperausdruck kongruent sind, dann ist momentan kein Suizidrisiko vorhanden. Zusätzlich fühlt sich der Patient dadurch deutlich entlastet, weil suizidale Gedanken viel Angst auslösen können. Menschen, bei denen Suizidalität ein wichtiges Thema ist, werden die Aussage verweigern oder modifizieren, d.h. diese Menschen sind vermutlich suizidal und lassen sich in zwei Gruppen einteilen:

- "Ich will nicht": Diesen Patienten wird vorgeschlagen, eine passende Einschränkung irgendeiner Art zu formulieren oder es müssen Vorkehrungen für dessen Sicherheit getroffen werden.
- "Ich kann nicht": Dieser Patient wird gefragt, ob "Ich will nicht" allenfalls passender sei. Aufgrund der Antwort wird unterschieden, ob er das Gefühl hat, seine suizidalen Impulse selber kontrollieren zu können oder nicht.



– **An diesem Punkt kann der Therapeut das Suizidrisiko einschätzen:**

|  |  |
|--|--|
| <b>kein Risiko</b>                           | kann die Aussage ohne Einschränkungen machen   |
| <b>bedingtes Risiko<br/>(qualified risk)</b> | „Ich will nicht“, d.h. macht die Aussage mit Einschränkungen (zeitlich)  |
| <b>sehr hohes Risiko</b>                     | „Ich kann nicht“, d.h. hat selber keine Kontrolle über seine suizidalen Impulse<br><u>Resultat:</u> der NSV kommt nicht zustande |

Der Suizid ist eine Bewältigungsstrategie, welche mit einer Non-Suizid-Entscheidung verloren ginge. Einschränkungen verhindern für den Patienten diesen Verlust: "Ich werde am Leben bleiben, wenn...", d.h. er hat damit noch keine Entscheidung getroffen, dass er sich nicht umbringen wird. Und doch kann er mit Einschränkungen einen Vertrag eingehen, z.B. für eine bestimmte Zeit.

Die Einschränkungen können in drei Gruppen gefasst werden:

- Zeitlimitierung, z.B. für eine Woche, drei Monate
- Abschwächungen, z.B. „ich werde es versuchen“
- innere und äussere Faktoren, z.B. „ausser wenn ich betrunken bin“

Enthält die Aussage eine Einschränkung in Form von Abschwächungen oder externen Faktoren (z.B. „wenn meine Frau sich nicht scheiden lässt“) müssen diese Themen bearbeitet werden. Bis dahin darf der Vertrag nicht akzeptiert werden.

Diese Methode ist bei psychotischen Patienten, in jedem Setting, auch übers Telefon (Schwierigkeit: keine nonverbalen Zeichen), möglich. Die einzigen Ausnahmen sind kognitive Einschränkungen sowie Alkohol- oder Drogen-Missbrauch.

Die Methode wurde von den Autoren während fünf Jahren bei ca. 600 Patienten (auch in Krisensituationen) angewendet und sie haben keinen Patienten verloren. Auch die Umfrage bei geschulten Fachpersonen ergab eine deutliche Reduktion der verzeichneten Suizide und ernsthaften Suizidversuchen aufgrund der Anwendung dieser Methode.

Nach Aussage der Autoren ist diese kombinierte Diagnose- und Interventions-Methode dementsprechend sehr effektiv in der Reduktion von Ängsten bei Patienten wie auch dem Personal. Und das Suizidrisiko kann auf effektive Art und Weise eingeschätzt werden.

## Entwicklung

Im Jahr 1981 publiziert Twiname [7] die Methode des NSV in einer Pflegezeitschrift und macht diese für die Pflege zugänglich. So findet der NSV Verbreitung und gleichzeitig kommt Kritik auf. Die minimale empirische Basis und der fehlende theoretische Bezugsrahmen der Methode werden bemängelt [3].

### **Ausrichtung: „Non-Suizid-Entscheidung“**

White [8] beschreibt in seinem Buch ausführlich die transaktionalen Konzepte, auf welchen der NSV basiert und schliesst diese Lücke. Dazu hat er den nachfolgenden NSV-Eisberg kreiert:

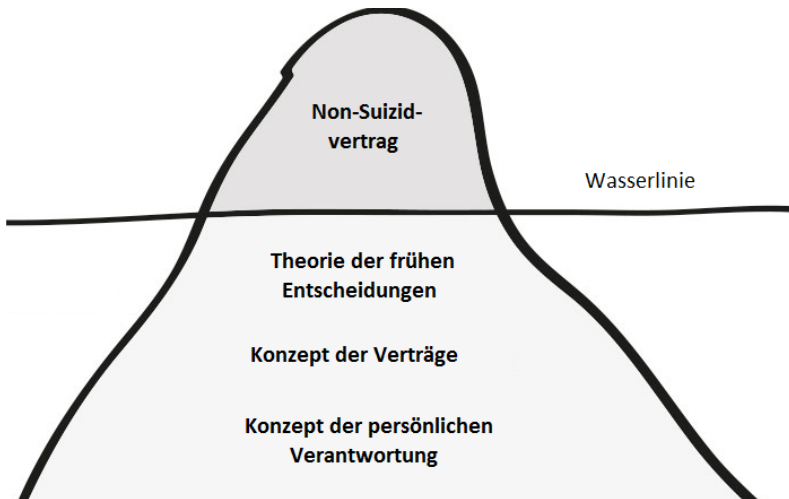


Abb: Non-Suizidvertrag-Eisberg [7]

White weist darauf hin, dass der sichtbare Teil des NSV nur einen kleinen Teil des Ganzen darstellt. Unter der Wasserlinie befindet sich eine breite Theoriebasis, welche von vielen Anwendern nicht verstanden wird, d.h. es braucht Wissen zu den Konzepten des Vertrages, der persönlichen Kraft/ Verantwortung und des Skripts bzw. der frühen Lebensentscheidungen [8].

### ***Ausrichtung: „Non-Suizid-Versprechen“***

Parallel wurden weitere Formen des NSV entwickelt, z.B. von Dorrman ein Ansatz mit schriftlicher Vereinbarung. Diese Interventionsmethode basiert auf der Verhaltenstherapie und ist indiziert, wenn das Problem bei der Selbstkontrolle liegt. Dabei steht der Interaktionsprozess im Mittelpunkt, damit ‚die Selbstverpflichtung‘ dem Patienten Sicherheit geben kann. Gleichzeitig empfiehlt Dorrman, nicht von Vertrag zu sprechen, sondern schlägt u.a. ‚ein Versprechen, das Sie sich selbst geben‘ vor [1].

Das aktuelle Fachbuch zur Pflege bei Suizidalität von Kozel [4] bezieht sich auf Dorrman und definiert den NSV als Vereinbarung zwischen einer Gesundheitsfachperson und einem suizidgefährdeten Patienten: „der suizidale Patient verspricht dabei...“

Im Lehrbuch der psychiatrischen Pflege [6] schreibt Abderhalden von einer Nonsuizidvereinbarung: „Der Patient sichert zu...“

### **Schlussfolgerungen**

Ein NSV ist kein Versprechen und keine Versicherung: Diese Prozesse werden über Erwartungen und Schuldgefühle gesteuert und schöpfen damit nicht das ganze Potential eines erwachsenen Menschen aus [8].

- nicht immer ist es möglich, einen NSV mit einem Patienten zu vereinbaren, allenfalls ‚kann‘ der Patient nicht, dann sind Massnahmen für seine Sicherheit zu veranlassen [2]
- ein NSV kuriert nichts, ändert nichts oder wirkt nicht präventiv, sondern mit einem NSV kann Zeit gewonnen werden, um die frühen Lebensentscheidungen bearbeiten zu können

Die Entscheidung für den Suizid als mögliche Bewältigungsstrategie wurde in der Vergangenheit gefällt und kann exploriert werden, d.h. ein im ‚Hier und Jetzt‘ abgeschlossener NSV basierend auf allen Konzepten des NSV-Eisbergs von White [8] kann eine starke und effektive therapeutische Intervention sein.

Ich empfehle, ein klares Konzept der Methode mit dem nötigen Theoriewissen zu erstellen und dieses zu schulen, um in der Folge die Wirksamkeit des NSV untersuchen zu können.

## Literatur

1. *Dorrmann, W. (2003). Verhaltensherapeutische Vorgehensweisen bei akuten suizidalen Krisen. Psychotherapie im Dialog*
2. *Drye, R. C. et al. (1973). No-Suicide Decisions: Patient Monitoring of Suicidal Risk. American J Psychiatry*
3. *Egan, M.P. et al. (1997). The No-Suicide Contract Helpful or Harmful? J Psychosoc Nurs and Mental Health Serv*
4. *Kozel, B. (2015). Professionelle Pflege bei Suizidalität. Psychiatrie Verlag*
5. *Pöldinger, W. (1968). Die Abschätzung der Suizidalität. Verlag Huber*
6. *Sauter, D. et al. (2011). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber*
7. *Twiname, B. G. (1981). No-suicide contract for nurses. J Psychiatr Nurs Ment Health Serv*
8. *White, T. (2011). Working with Suicidal Individuals: A Guide to Providing Understanding, Assessment and Support. Jessica Kingsley Publishers*

### **13. Entwicklung und Umsetzung der Funktion APN anhand der Einführung eines pflegerischen Delirkonzeptes**

*Sonja Freyer*

#### **Hintergrund**

Die psychiatrische Universitätsklinik Zürich unterstützt die Implementierung von Advanced Practice Nurses (APN). In der Klinik für Alterspsychiatrie (KAP) ist geplant, eine APN mit der Spezialisierung „Delirmanagement“ zu implementieren. Als theoretische Grundlagen für die Rolle APN Delirmanagement wird das Advanced Practice Nursing Model von Hamric [1] und das Handlungskonzept zur Leitlinie Delir [2] genutzt.

Für die Umsetzung der Leitlinie Delir wurde für die KAP ein Handlungskonzept erarbeitet. Der zusätzliche Gewinn des Handlungskonzeptes Delirmanagement liegt in der Adaption der Leitlinie [2] an den spezifischen Kontext der KAP. Dies, weil eine Leitlinie spitalübergreifend gültig ist und der spezifische Kontext der Praxisanwendung in einer Leitlinie unberücksichtigt ist [3].

Die Relevanz, sich dem Phänomen Delir im Alter anzunehmen wird durch die epidemiologischen Daten unterstrichen. Etwa 22-25 % der älteren Menschen mit Demenz erleben Delir-Symptome und zusätzlich entwickeln 30 % der über 65-Jährigen während der Behandlung ein Delir [4].

Innerhalb der KAP ist geplant, dass Handlungskonzept und parallel dazu die APN Delirmanagement zu implementieren. Die KAP verfügt über verschiedene Schwerpunktstationen zu den Störungsbildern Demenz, affektive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Die Patienten, die in der KAP behandelt werden, können fast alle als Risikopatienten für die Entstehung eines Delirs eingestuft werden. Die Behandlung von Delirien in der Gerontopsychiatrie stellen verschiedene Berufsgruppen vor komplexe Herausforderungen und sie steigert die Hospitalisationsdauer der Patienten [2]. Sowohl die hohe Prävalenz von Delirien als auch die daraus resultierenden Folgen, wie erhöhte Krankenhausverweildauer, vermehrte Komplikationen, insgesamt schlechteren Rehabilitationsoutcomes bei z. B. operierten Patien-

ten und einer erhöhten Mortalitätsrate, höhere Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Einweisung in ein Pflegeheim, Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten und erhöhte Behandlungskosten [5] erfordern eine vertiefte pflegerische Praxis, mit der Spezialisierung auf Delir.

## **Problemstellung**

Einführung eines Delirmanagementkonzeptes und die Implementierung der Funktion APN Delirmanagement in der Klinik für Alterspsychiatrie.

## **Ziele**

Ziele des Handlungskonzeptes auf der Mitarbeiterebene sind:

- Bereitstellung theoretischer Grundlagen in Bezug auf die Behandlung von älteren Patienten mit Delir oder einem Risiko für Delir sowie die zur Verfügung stehende Best Practice
- die Umsetzung der Delirbehandlung in der KAP ist aufgezeigt
- definierter Schulungsbedarf
- Sensibilisierung der Pflegenden für das Syndrom Delir
- Art und Weise der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Angehörigen ist beschrieben
- Einheitliches Vorgehen, beim Erfassen fremdanamnestischer Daten durch Pflegenden

Das übergeordnete patientenbezogene Ziel des Delirmanagements besteht darin, dass sich der akute und lebensbedrohliche Zustand des Delirs so rasch wie möglich verbessert.

Weitere patientenorientierte Ziele sind:

- Diagnose „Delir“ zeitnah und sicher stellen
- Zeitraum der Diagnosestellung reduzieren
- Behandlungsdauer reduzieren
- Komplikationen verhindern/reduzieren

- Ressourcen gezielt einsetzen durch zielgerichtete Betreuung und Behandlung
- Hypoaktives Delir erkennen

Mit der Einführung und Umsetzung der Funktion APN Delirmanagement sind sowohl die Ziele auf der Mitarbeiterebene als auch die patientenorientierten Ziele verbunden. Die APN leistet einen Beitrag zu internen Schulungen und forciert die Umsetzung des Handlungskonzeptes auf den Stationen. Sie wendet die vertiefte Pflegeexpertise zu Delir im direkten Kontakt zu Patienten und Angehörigen an und steht beratend den Mitarbeitern zur Seite.

## **Vorgehen**

Zur Entwicklung des vorliegenden Handlungskonzeptes Delirmanagement wurde auf eine eigene Recherche verzichtet, da eine interprofessionelle Expertenarbeitsgruppe die Leitlinie zu Delir mit Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie im Alter aktuell publizierte [2]. Die aus der Leitlinie gewonnenen Erkenntnisse bilden die theoretische Basis für das vorliegende Delirmanagementkonzept der KAP. Ebenfalls sind die Begriffsbestimmungen und Diagnosekriterien zu Delir dieser Leitlinie [2] entnommen. Das Handlungskonzept gliedert sich in einen theoretischen Teil, in dem Definition, Pathogenese, Prävalenz, Epidemiologie, Kosten, diagnostische Kriterien, Delirformen, Risikofaktoren, Ursachen für ein Delir, Einschätzungsmöglichkeiten in Form von Screening und Assessment sowie präventive und nicht-pharmakologische Interventionen beschrieben sind. Im praxisorientierten Teil sind die Besonderheiten der einzelnen Schwerpunktstationen der KAP mit ihren Herausforderungen in Bezug auf Delir, insbesondere im differentialdiagnostischen Bereich beschrieben. Darüber hinaus wird die Umsetzung des Pflegeprozesses anhand des pflegerischen Assessments nach Gordon [6], Pflegediagnosen nach NANDA International [7] sowie der Nursing Outcome Classification (NOC) [8] und Nursing Intervention Classification (NIC) [9] aufgezeigt. Im abschliessenden Kapitel des Handlungskonzeptes ist die interprofessionelle Zusammenarbeit aufgezeigt.

Die Konzeptentwicklung zur APN Delirmanagement erfolgt anhand bestehender klinikinterner Vorgaben. Das erarbeitete Handlungskonzept zur Leitlinie Delir stellt einen grossen Teil der theoretisch fachlichen Grundlagen zu Delirmanagement dar.

### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Die Erarbeitung des Handlungskonzeptes Delir dauerte länger als geplant, somit ist aktuell (Juli 2017) das Konzept in der Korrekturphase. Für die Einführung des Delirkonzeptes ist die Unterstützung vom Management, Fachexperten und ärztlicher Leitung erforderlich. Es benötigt die Zustimmung aller beteiligten Professionen, um dieses Konzept in der Klinik für Alterspsychiatrie zu implementieren. Basierend auf dem Handlungskonzept werden die Schulungsinhalte sowie die jeweiligen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen des interprofessionellen Teams aufgezeigt. Geplant sind die ersten Schulungen für November 2017 mit Stationsleitungen und Fachexperten.

Mit der verspäteten Fertigstellung des Handlungskonzeptes Delirmanagement verzögert sich auch die Konzeptentwicklung APN. An der Fertigstellung dieses Konzeptes wird aktuell (Juli 2017) noch gearbeitet, mit dem Ziel diese bis Mitte September 2017 abgeschlossen zu haben.

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Entwicklung des Handlungskonzeptes erstreckte sich über einen längeren Zeitraum, ca. 1 Jahr, da ein bereits begonnenes Konzept übernommen, weiterentwickelt und mit den neusten Erkenntnissen angepasst wurde. Die fachlich, inhaltliche Entwicklung entstand im Rahmen von Diskussionen und Arbeitstreffen innerhalb des Fachexpertinnengremiums, im Austausch mit Pflegeexpertin, Stationsleitungen sowie interdisziplinären Absprachen. In den verschiedenen Gremien wurde jeweils der Stand des Konzeptes vorgestellt und aktuelle Herausforderungen thematisiert. Zu diesen Herausforderungen zählten beispielsweise die Entscheidungen bzgl. des Einsatzes von Assessment- und/oder Screeninginstrumenten und der Operationalisierung



bzw. Konkretisierung der nicht-pharmakologischen Interventionen auf den spezifischen Kontext der Alterspsychiatrie. Da die Patientenpopulation, die in der Klinik für Alterspsychiatrie behandelt wird, als Risikogruppe für die Entstehung eines Delirs zu betrachten ist, besteht das Ziel darin, ein delirpräventives Stationsmilieu zu gestalten. Das bedeutet, es werden Massnahmen zur Prävention von kognitiven und/oder Orientierungsstörungen, von Dehydratation, Obstipation, Infektionen, Immobilität, Mangelernährung und/oder inadäquater Ernährung, Seh- und Hörminderung und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus eingeleitet [10]. Zu diesen übergeordneten Präventionsmassnahmen sind konkrete Massnahmen formuliert, wie sie auf der Station umgesetzt werden können.

## Literatur

1. Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (Eds.). (2014). *Advanced Practice Nursing: An integrative approach* (5th ed.). St. Louis: Elsevier.
2. Savaskan, E. & Hasemann, W. (2017) *Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. Hogrefe, Bern.
3. Roeder, N. & Küttner, T. (2007) (Hrsg.): *Klinische Behandlungspfade*, Köln: Deutscher Ärzteverlag
4. O'Keefe, ST (1999): *Clinical Subtypes of delirium in the elderly*. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10: 380-385
5. Hasemann W. (2017): *Seminarunterlagen ANP Plus Programm: Delir und Schmerzmanagement*. Basel
6. Brobst, R. A. et al. (2007): *Der Pflegeprozess in der Praxis*. *Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Huber
7. NANDA International (2010): *Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikationen 2009 - 2011*. Recom Verlag, Kassel
8. Moorhead, Johnson, Maas & Swanson (2013): *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*. Huber Verlag, Bern
9. Bulechek, G., Butcher, H., Dochtermann, J., Wagner, Ch., (2013): *NIC-Pflegeinterventions-klassifikation*. Hogrefe, Bern
10. Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgher, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressing, R. W., Popp, J., Rohrbach, E., Schmid, R. & Verloo, H. (2016) *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. *Praxis*. 105 (16): p 941 - 952

## **14. Ambulante psychiatrische Pflege trifft die somatische Pflege – eine neue Herausforderung in der Zukunft**

*Béatrice Gähler-Schwab*

### **Hintergrund**

In den letzten 2 Jahren haben sich die Anforderungen an die ambulante psychiatrische Pflege verändert. Zunehmend mehr Menschen leiden nebst einer psychischen Beeinträchtigung auch vermehrt an somatischen Problematiken, wie z.B. Stoffwechselstörungen, Kardialen- oder Nephrologischen Problemen. Leider werden gerade psychisch Beeinträchtigte Menschen häufig vom Hausarzt nicht ernstgenommen und haben gleichzeitig Mühe innert nützlicher Frist ein Termin zu erhalten. Oft äussern die Klienten diese Schwierigkeiten der psychiatrischen Pflege, mit der Bitte doch zu schauen. In der ambulanten psychiatrischen Pflege geht es zunehmend darum, dass Pflegende akute oder chronisch somatische Veränderungen erkennen und dementsprechend Handeln können und Beobachtungen fachgerecht an den zuständigen Hausarzt weiterleiten. Dabei ist die gemeinsame Sprache ein wesentlicher Aspekt, der die Situation der Klienten klar und präzise beschreibt und gleichzeitig die Zusammenarbeit auf Augenhöhe fördert.

### **Problemstellung**

In der ambulanten psychiatrischen Versorgung von psychisch beeinträchtigten Menschen sind somatische Problematiken ein Thema, dass unbedingt mehr in den Alltag einbezogen werden muss. Immer öfter müssen psychiatrisch Pflegende eine somatische Akutsituation einschätzen und beurteilen können. Dies stellt die Pflegenden vor eine neue Herausforderung. Einerseits somatische Problematiken zu erkennen, andererseits dem Arzt die Beobachtungen kurz, präzise und in Fachsprache mitzuteilen.

### **Ziele**

Sensibilisierung auf die Veränderungen im Berufsalltag, mit zunehmenden somatischen Situationen.

## **Vorgehen**

Vortrag

## **Ziel**

Psychiatrisch Pflegende Fachpersonen werden sensibilisiert in ihrem Berufsalltag vermehrt auf die Somatischen Probleme zu achten und gegenseitige Einflüsse zu erkennen. Und diese fachgerecht an den Hausarzt weiterzuleiten.

## **15. „Und dann soll ich immer erzählen wie’s mir geht – das ist doch nicht normal.“ - Gründe und Erklärungen von High Utilizern für stationäre Wiederaufnahmen**

*Beatrice Gehri, Regula Lüthi, Julian Möller, Helen Stepulovs, Stefan Weinmann, Tatjana Zimmermann*

### **Hintergrund**

Rund 10-30% aller Patienten und Patientinnen, die Psychiatrische Einrichtungen nutzen sind sogenannte „High Utilizer“ (HU). Als HU gelten Patienten und Patientinnen mit mindestens drei stationären Aufenthalten und/oder mindestens 180 Aufenthaltstagen im stationären Rahmen über die vergangenen 30 Monate. Für diese Gruppe werden 50-80% der für die psychiatrische Versorgung verfügbaren Ressourcen verwendet, davon fallen rund 90% auf die stationäre Versorgung [1-4]. HUs sind vorwiegend Patientinnen und Patienten mit psychotischen oder affektiven Störungen sowie psychiatrische Komorbiditäten (beispielsweise zusätzliches Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und/oder zusätzlicher Substanzmissbrauch). Rund die Hälfte aller HU werden aufgrund sozialer Gründe stationär aufgenommen, wegen schlechter familiäre Beziehungen, geringer soziale Unterstützung, finanzieller Probleme, fehlender Tagesstruktur und Beschäftigung [2, 5, 6]. Um ein passgenaues Angebot zur Nutzung der verfügbaren Ressourcen für HUs zu ermöglichen, werden an den Universitären Psychiatrischen Klinik Basel in einer interprofessionellen Forschungsgruppe HU bezüglich klinischer und soziodemografischer Merkmale und Versorgungssituationen mit „Non-High Utilizern“ verglichen, sowie Begründungen für die häufige Inanspruchnahme stationärer Angebote von den HU erfragt. Alle Teilnehmenden durchlaufen eine quantitative Datenerfassung. Die HUs nehmen zusätzlich an einem leitfadengestützten Interview zur qualitativen Datenanalyse teil, um mehr über die Beweggründe für stationäre Aufenthalte von HUs zu erfahren. Im Folgenden wird der qualitative Teil der Studie vorgestellt.

## **Fragestellung**

Welche Gründe und Erklärungen für stationäre Wiederaufnahmen auf Akutstationen werden von HU beschrieben? Welche Alternativen Angebote zum stationären Aufenthalt kennen HUs?

## **Methode**

Die Rekrutierung fand auf vier Abteilungen der Akutpsychiatrie statt. Die qualitative Datenerhebung erfolgte mit einem deduktiv erstellten Leitfaden mittels in Einzelinterviews [7], welche während des stationären Aufenthaltes der HUs durchgeführt wurden. Die Audioaufnahmen der Gespräche wurden wortwörtlich transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring [8] ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 23 Interviews mit 15 Teilnehmern und 8 Teilnehmerinnen durchgeführt, die Interviews dauerten zwischen 5 – 70 Minuten.

Alle Teilnehmenden konnten Gründe für die stationären Aufenthalte benennen. Häufig wurden überfordernde Situationen beschrieben, welche zunehmend zu einer überwältigenden Kraftlosigkeit und auch Ratlosigkeit führten, so dass der gewohnte Alltag nicht mehr zu bewältigen oder aushaltbar wurde und dadurch der stationäre Aufenthalt unausweichlich wurde, um wieder zur Ruhe zu kommen. Eine Teilnehmende beschreibt: „Die Krankheit des Freundes hat mich so schlaflos und voller Angst gemacht, dass ich es zu Hause gar nicht mehr aushalten konnte.“ (B3). Als weiterer Grund für den stationären Aufenthalt wurden andere Personen genannt. So wurden Konflikte mit Nachbarn oder Mitbewohnern/-innen in betreuten Wohnformen genannt, vereinzelt bei jüngeren Teilnehmenden ebenfalls mit den Eltern. Allgemein wurde die Familie selten als Grund genannt, da der Kontakt zu den einzelnen Familienmitgliedern, wenn überhaupt, nur sehr lose gepflegt wurde. Medikamente und Finanzen wurden vereinzelt als Gründe genannt. Alternative Angebote zum stationären Aufenthalt nutzten die Teil-

nehmenden in Form von regelmässigem Kontakt zu niedergelassen Psychiatern/-innen, Wohnbegleitung oder Betreuer in betreuten Wohneinrichtungen oder Tagesstrukturen sowie zu Sozialarbeitern bei Behörden. Jedoch wurde auch mehrfach geschildert, dass diese Angebote inhaltlich nicht den Vorstellungen der Teilnehmenden entsprachen, beispielsweise stehe bei den Psychiatern/-innen die Medikation statt der Psychotherapie im Zentrum oder bei der Wohnbegleitung das Reden statt dem Putzen. Ein Teilnehmer beschrieb: „Einmal in der Woche wird mir geholfen bei der Wohnung. Die Wohnbegleitung will mit mir reden und schaut, dass ich die Medikamente nehme, aber es bleibt dann keine Zeit mehr zum Putzen.“ (B9).

## **Diskussion & Schlussfolgerungen**

Die Ergebnisse zeigen, dass aus Sicht der HUs primär psychosoziale Gründe zu stationären Aufenthalten in der Psychiatrie führen, Finanzen und Medikamente wurden von den Teilnehmenden weniger als Eintrittsgrund gewichtet, als dies in der Literatur beschrieben wird [2, 5, 6]. Da Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung und bei sozialen Interaktionen häufig als Gründe genannt wurden, sollten diese auch gezielt in die Behandlung von HUs einfließen. Diese beschriebenen Gründe decken sich auch mit dem beschriebenen Wunsch der Teilnehmenden, nach alltagsnahen Angeboten im ambulanten Rahmen.

## **Literatur**

1. Roick, C., Gärtner, A., Heider, D., & Angermeyer, M. C. (2002). *Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung [Heavy users of psychiatric care: A review of the state of research]*. *Psychiatrische Praxis*, 29. doi: 10.1055/s-2002-34658
2. Lindamer, L. A., Liu, L., Sommerfeld, D. H., Folsom, D. P., Hawthorne, W., Garcia, P., . . . Jeste, D. V. (2012). *Predisposing, Enabling, and Need Factors Associated with High Service Use in a Public Mental Health System*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(3), 200-209. doi: 10.1007/s10488-011-0350-3
3. Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezo-*

gene Indikatoren (Obsan Dossier 13). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

4. Frick, U., & Frick, H. (2008). *Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“ - Literaturanalyse*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
5. Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). *Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 147-153. doi: 10.1080/00048670701787503
6. Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). *Heavy use of acute in-patient psychiatric services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 24-32. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00713.x
7. Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4 Aufl.)*. Thousand Oaks: SAGE.
8. Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken (12. überarbeitete Aufl.)*. Weinheim, Basel: BELTZ.

## **16. Primary Nursing in der psychiatrischen Pflege**

*Cornelia Gianni, Aurelia Nurse*

### **Hintergrund**

Bereits jetzt zeichnet sich ein zunehmender Fachkräftemangel in der Pflege am kbo-Isar-Amper-Klinikum München Ost ab. Zudem findet die pflegfachliche Umsetzung psychiatrischer Pflege, aufgrund unterschiedlicher Berufserfahrung und Qualifikationsniveau, innerhalb der Pflegeplanung in sehr unterschiedlicher Qualität statt. Das patientenorientierte Pflegeorganisationsmodell „Primary Nursing“ (PN) wurde Ende der 60iger Jahre von M. Manthey [1] auf einer Allgemeinstation eines Universitätskrankenhauses in Minnesota entwickelt. Begründet wurde dieser Schritt unter anderem im aktuellen Pflegenotstand damaliger Zeit, und daher einem Verlust der Pflegequalität. Daher schien es auch in der heutigen Zeit, mit einigen Modifizierungen geeignet, die Qualität der Pflege im Klinikum München Ost zu gewährleisten und auf Dauer zu erhalten. Von der Pflegedirektion und den (Bereichs-)Pflegedienstleitungen wurde für die Pflege beschlossen, die Pflegeorganisation auf geeigneten Stationen auf das Pflegeorganisationsmodell PN umzustellen. Innerhalb eines Projektes wurde am Klinikum München Ost das patientenorientierte Pflegesystem PN auf ausgewählten Stationen eingeführt.

### **Problemstellung**

Die pflegerische Betreuung der Patienten findet auf einer Station in sehr unterschiedlicher Qualität statt. Junge examinierte KollegInnen fühlen sich oftmals in dem derzeitig praktizierten Organisationssystem der Bezugspflege überfordert, da sie mit kaum vorhandener Berufserfahrung in der Psychiatrie eigenverantwortlich die Pflege ihres Bezugspatienten planen sollen. Eine Anleitung, bzw. Supervision ihrer geplanten Pflege ist auf Grund der üblichen Personalsituation nur zum Teil möglich. So ist es bisher meist dem Zufall überlassen, ob ein Patient eine erfahrene Pflegekraft als Bezugsperson



für seine zu planende Pflege erhält, oder ob ihm ein Berufsanfänger zuge-  
teilt ist, der seine psychiatrische Fachlichkeit erst noch entwickeln muss.

## **Annahmen**

Durch das Pflegeorganisationsmodell PN wird eine fachliche Umsetzung von  
psychiatrischer Pflege unterstützt, die sich in der pflegerischen Behandlung  
der Patienten widerspiegelt und dokumentarisch abbildet.

Der Patient hat einen festen Ansprechpartner für die Dauer seiner stationä-  
ren Behandlung. Das trifft auch für seine Angehörigen, behandelnden Ärzte  
und Therapeuten, ext. Einrichtungen etc. zu. Es entstehen somit klare, kurze  
Kommunikationswege. Die PN ist umfassend informiert und kann diese  
Informationen zielgerichtet, sofern für ihre Pflege relevant, weiterverarbei-  
ten, bzw. auch an ihre TeamkollegInnen weitergeben. Sie ist ein Kommuni-  
kator, der Informationen die Patienten betreffend erhält, und die Schnitt-  
stelle im multiprof. Team zum Austausch von Informationen darstellt.

Die Pflegekraft als PN nimmt eine Art Vorbildfunktion für die psychiatrische  
Pflege ein. Berufsanfänger, bzw. auch Psychiatrie unerfahrene Pflegekräfte  
erhalten die Möglichkeit von der Erfahrung der PN zu partizipieren. Dadurch  
wird die fachliche Pflege des Patienten auf Station gewährleistet.

## **Ziel des Projekts**

- Die Qualität der psychiatrischen Pflege ist gesichert
- Informationsaustausch im multiprofessionellen Team findet statt.
- Edukation von pflegenden Mitarbeitern findet statt.

## **Projektplanungen**

Der Projektzeitraum war von 01.10.2013 bis 31.06.2015 auf 20 teilneh-  
menden Stationen festgelegt, mit 3-4 PN pro Station. Die Projektdauer pro Stati-  
on betrug 9 Monate, der Zeitraum von 20 Monaten ergibt sich, da die Stati-  
onen zu unterschiedlichen Zeiten ins Projekt einstiegen.

Projektleitung und Projektbegleitung stellte die Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft.

Es waren 4 Meilensteine geplant:

- Vorbereitung
- Implementierung/Praxisphase,
- Stabilisierungsphase
- Auswertungsphase

Für das Projekt wurde festgelegt, dass eine als PN fungierende Pflegekraft dreijährig ausgebildet ist und mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in der Psychiatrie vorzuweisen hat. Im Idealfall hat die PN die Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflege Psychiatrie (DKG), ggf. Zusatzqualifikationen bis hin zum Pflegeexperten. Die PN wurden in der Regel zu Kernarbeitszeiten (Mo-Fr von 08:00 bis 17:00 Uhr) eingesetzt. Vertretung der PN fand gegenseitig statt.

Die Planung ob PN z.B. in Gruppen oder unter freier Zuordnung der zuarbeitenden Pflegepersonen stattfindet, unterlag der individuellen Planung der einzelnen Stationen.

## **Erfahrungen**

Nach Projektende am 01.06.2015 wird PN noch auf 6 Stationen als Pflegeorganisationsmodell genutzt. Die Erfahrung im Projekt war, dass der Fachkräftemangel und die Qualitätssicherung der psychiatrischen Pflege gewährleistet ist, aber nur solange funktioniert, so lange genügend pflegende Mitarbeiter vorhanden sind. Fallen viele zuarbeitende Pflegepersonen aus kann PN nicht mehr aufrechterhalten werden. Dies war eine der Ursachen dafür, dass 14 Stationen im Projekt scheiterten, Personalwechsel in den Teams war eine zweite Ursache. Die Einteilung, wer als PN oder als zuarbeitende Pflegeperson eingesetzt wird, war nicht unproblematisch. Zum Teil waren zu wenig geeignete Pflegepersonen da, zudem haben sich Teamstrukturen verändert. Nachdem die PN eine vorrangige Stellung im Pflorgeteam einnimmt, bedarf es hier der intensiven Einführung und Betreuung der einzel-

nen Pflegenden durch die Projektbegleitung und Stationsleitung. Auf einer Station wurde nach dem Projekt PN aufgelöst und dafür ein intensives Bezugspersonensystem eingeführt, ohne Leitung durch eine PN.

## **Fazit**

Auf den Stationen, die weiterhin mit PN arbeiten, ist die Einstellung nach wie vor positiv zum System, der Pflegeprozess (regelmäßige Kontrolle der Pflegeplanungen) ist nachweislich gut dokumentiert sowie die Zusammenarbeit, der Austausch im Team/multiprofessionellen Team ist gefördert. Somit kann die Einführung von PN für diese Stationen als positiv gewertet werden. Die Voraussetzungen der Stationen für PN waren hier schon im Vorfeld gut, es fanden sich z.B. ohne große Diskussionen Mitarbeiter die sich zum PN eigneten. Die Stationen die PN nicht übernommen haben, hatten zum Teil von Beginn an Schwierigkeiten mit der Bestellung der PN und mit Änderungen von Strukturen. PN ist ein qualitätssicherndes Pflegeorganisationssystem, das sehr abhängig ist von angepassten Strukturen.

## **Literatur**

1. *Marie Manthey (2011) Primary Nursing – 3. überarbeitete und ergänzte Ausgabe Maria Mischo-Kelling, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern*

## **17. Welche Erfahrungen und Erwartungen haben Angehörige psychisch erkrankter Menschen mit und an die psychiatrisch Tätigen**

*Daniel Heinrichs, Stefan Rogge*

### **Hintergrund**

Vor 20 Jahren, im Jahr 1997, veröffentlichte der österreichische Psychiater Heinz Katschnig et al. die Ergebnisse seiner 1993 durchgeführten Angehörigen - Befragung „Wie sie leben – wie sie leiden – wie sie hoffen“. Inspiriert durch diese Befragung möchten wir abermals den Blick auf die Angehörigen richten und diesmal unter dem Gesichtspunkt ihrer Erfahrungen und Erwartungen mit und an die psychiatrische Praxis und die in dieser Praxis Tätigen, betrachten. Die Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung erfordern von den Angehörigen neue Aufgaben und Rollen.

### **Fragestellung**

Im Rahmen der Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens, so auch die Diskussion um PEPP und die Einführung des PsychVVG, wird deutlich, dass die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zunehmend in den politischen Fokus rückt. Die psychiatrische Versorgungspraxis sieht sich vielerlei Anpassungen und Veränderungen ausgesetzt: die forcierte Professionalisierung der psychiatrisch Pflegenden mit neuen Aufgaben- und Rollenzuweisungen, die Inklusion psychisch erkrankter Personen in diese Versorgungspraxis (Ex-In, Genesungsbegleitung), politisch gewollte Reduzierung der Kosten und organisatorischer Veränderungen in der Versorgung. Hieraus ergeben sich neue Aufgaben und Anforderungen an die Beteiligten. Die Angehörigen als größte Gruppe der Beteiligten in diesem Kontext, werden heutzutage noch zu selten als bedeutsamer Teil des therapeutischen Erfolgs betrachtet.

## **Methode und Material**

Es wurde ein Fragebogen mit 61 Fragen konzipiert, welcher in mehreren psychiatrischen Kliniken (Voll- und Teilstationär) bundesweit als „paper-pencil“-Version an die Angehörigen ausgegeben wird. Ergänzend wird es eine in Unipark erstellte Online-Version geben. Unterstützt u.a. durch bundesweit agierende Angehörigen- und Selbsthilfeverbände erfolgt die möglichst breite Streuung der Information zu diesem Online-Fragebogen. Der Befragungszeitraum ist der 1. bis 30. April 2017. Hiernach erfolgt die Auswertung der Ergebnisse. Der Fragebogen wurde in einem Pre-Test mit insgesamt 20 Personen durchgeführt und durch hierbei gewonnene Anmerkungen ergänzt und abschließend gestaltet. Der Fragebogen gestaltet sich in einem Methodenmix aus primär quantitativen Fragen und qualitativen Fragen.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Befragung liegen uns zum Zeitpunkt der Einreichung dieses Abstracts noch nicht vor. Die Ergebnisse werden in einer Bachelor-Arbeit erstmals dargestellt. Die Abgabe dieser Bachelor-Arbeit ist der 15. August 2017.

## **Diskussion**

Durch die Erfassung bisheriger Erfahrungen und Erwartungen von Angehörigen mit psychiatrisch Tätigen im klinischen Versorgungssetting, erwarten wir eine Statusaufnahme der Wahrnehmung der Qualität bisheriger Versorgung. Hier ergibt sich den psychiatrisch Tätigen die Möglichkeit zur Reflektion ihrer eigenen Arbeit. Die Erfassung der Erwartungen/Erfahrungen soll einen Abgleich zu dem Selbstverständnis der psychiatrisch Tätigen bringen. Weiterhin stellt sich die Frage nach Umsetzung professioneller Angehörigenarbeit unter den Gegebenheiten der finanziellen und organisatorischen Gestaltung eben dieser im deutschen Gesundheitswesen. Die sich aus den Ergebnissen

der Befragung ergebende Diskussion wird in der noch zu erstellenden und zugrundeliegenden Bachelor-Arbeit geführt werden.

### **Schlussfolgerung**

Aufgrund der sich verändernden psychiatrischen Versorgungslandschaft werden sich unweigerlich auch die Rolle und die Aufgaben der Angehörigen verändern. Dies insbesondere unter den sich durch die Veränderung des Vergütungs- und Finanzierungsystems ergebenden Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Behandlung im Lebensumfeld des Betroffenen. Die Fokussierung auf das Lebensumfeld als Behandlungsort fordert von allen Beteiligten einen Prozess des Umdenkens, Gestaltungsimpuls als auch Kompetenzen im Bereich dieser Umsetzung, hin zu einer qualitativ guten und dialogischen Konzeption.

## **18. Fallvorstellungen/ -analysen anhand des Orem-Recovery-Rondell**

*Anna Heinsch, Barbara Boßler*

### **Hintergrund**

Pflegetheorien und Konzepte können helfen, Ziele, Inhalte und Methoden der Pflege zu beschreiben und beinhalten die Chance sich mit dem persönlichen Pflegeverständnis auseinanderzusetzen, dieses zu reflektieren und einen Professionalisierungsprozess anzustoßen, da sich vor allem das Pflegeverständnis in den letzten Jahren gewandelt hat, von einer vorrangig krankheitsabhängigen Pflege hin zur Ganzheitlichkeit.

### **Problemstellung**

Die Berücksichtigung von Pflegetheorien im deutschsprachigen Raum, insbesondere in der Pflegeausbildung, hat erst Ende des vergangenen Jahrhunderts begonnen. Deshalb fällt es vielen Pflegenden schwer, ihre Arbeit pflege-theoretisch zu begründen und eine theoriegeleitete Haltung ihres persönlichen Pflegeverständnisses zu entwickeln.

Die Auseinandersetzung mit Pflegetheorien wird häufig durch die Gruppe der PraxisanleiterInnen thematisiert, die immer wieder den Wunsch nach einem Instrument äußern, um Auszubildende bei Praxisaufträgen zu unterstützen und theoriegeleitete Pflegeplanung erstellen zu können.

### **Ziele**

Um den komplexen Transfer von Pflegetheorien aus der Theorie in die Pflegepraxis und damit in den Alltag der Pflegenden zu bewerkstelligen, sollen Pflegenden die Möglichkeit erhalten, sich niederschwellig mit den Inhalten unterschiedlicher Pflegetheorien und Konzepte auseinanderzusetzen.

Hierzu wurde ein Instrument entwickelt, das es ermöglicht theoriegestützt Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen zu erkennen, gemeinsam zu benennen und Handlungsfelder abzuleiten: das Orem-Recovery-Rondell.

## Vorgehen

Der Ansatz, die Inhalte der Selbstpflagedefizit-Theorie und die Elemente von Recovery zusammenzuführen, wurde im Rahmen eines Projekts einer akut-psychiatrischen Station in den USA beschrieben [1]. Daher entstand die Idee ein Orem-Recovery-Rondell zu entwickeln, das die unterschiedlichen Elemente verbindet.

## Ergebnisse/Erfahrungen

Grundlage des Rondells bilden die Schlüsselemente von Recovery [2]. Diese wurden mit der Selbstpflagedefizit-Theorie Orem's vereint und auf unterschiedlichen Dimensionen (Ringen) angeordnet [3]. Zusätzlich befinden sich Fragen oder Anmerkungen als Hilfestellungen auf den Dimensionen, die Hinweise zu den Anforderungen an die Schlüsselbegriffe geben sollen.

## Schlussfolgerung

Es werden weitere Pflgetheorien auf ein Rondell übertragen. Da das Rondell nicht selbsterklärend ist und auch nicht die komplexen Inhalte vermittelt, muss ein Schulungsplan erarbeitet werden. Außerdem wurde eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Praxisanleitern, begründet, die sich mit der Umsetzung in den Praxisalltag beschäftigt.

## Literatur

1. Seed, Mary S.; Torkelson, Diane J.: *Beginning the Recovery Journey in Acute Psychiatric Care: Using Concepts from Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. Issues in Mental Health Nursing*, 33:394-398, 2012.
2. Zuaboni, Gianfranco; Abderhalden, Christoph; Schulz, Michael; Winter, Andrea (Hrsg.): *Recovery Praktisch! Schulungsunterlagen*. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste UPD, 2012.
3. Renpenning, Katherine & Taylor, Susan: *Selbstpflege – Wissenschaft, Pflgetheorie und evidenzbasierte Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, 2013.



## **19. „Stationsäquivalente Behandlung – Ein neues Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege“**

*Martin Holzke*

### **Hintergrund**

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen [3] wird in Deutschland die Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung geschaffen.

### **Problemstellung**

Aufgrund der fehlenden Leistungsbeschreibung und der ausstehenden Anforderungen an die Dokumentation und Qualität der Leistungserbringung, mussten für das Projekt zunächst Annahmen vorausgesetzt werden, die sich zum einen aus den Gesetzestexten und Erläuterungen ableiten lassen, zum anderen beispielsweise aus dem bestehenden OPS-Code 9-691.0 Ganztägiges Hometreatment adaptiert wurden.

### **Ziele**

Individuell und flexibel auf die Bedarfe im persönlichen Umfeld der Betroffenen einzugehen und gemeinsame Bewältigungsstrategien in deren Lebenswelt zu erarbeiten. Durch den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sind geringere Einschnitte in das Alltagsleben zu erwarten, als dies oftmals durch den Wechsel in das vollstationäre Setting gegeben ist.

Die Zielgruppe für das Projekt sind Menschen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit, für die eine stationäre Behandlung indiziert wäre, bei denen aber persönliche oder in der Erkrankung liegende Gründe gegen eine stationäre Aufnahme sprechen.

## **Vorgehen**

Initiierung eines Modellprojekts, mit Laufzeit bis Ende 2017, zur Umsetzung der bislang bekannten Rahmenbedingungen.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Aufgrund fehlender Kalkulationsparameter wurden die vorhandenen Vorgaben der PsychPV auf das neue Team übertragen, um Richtwerte für die Zusammensetzung zu erhalten und entsprechende Kostenkalkulationen vornehmen zu können.

Als wichtige Voraussetzung für die Mitarbeit wurde mehrjährige Berufserfahrung festgelegt, da zu erwarten war, dass die Arbeit in diesem neuen Setting, in dem oftmals spontan auf akute Veränderungen reagiert werden muss, Lösungsstrategien erforderlich sind, die Kreativität sowie ein hohes Maß an Flexibilität bedingen und daher eine hohe Kompetenzstufe im Sinne der Pflegekompetenz nach Benner [2] notwendig erscheint.

Da die komplette Dokumentation in elektronischer Form erfolgt und ein mobiler Zugriff realisiert werden konnte, kann mittels eines Laptops oder Tablets bei den Patientinnen und Patienten vor Ort auf die Dokumentation zugegriffen werden.

Im Zeitraum von 1. Dezember 2016 – 08. März 2017 wurden 7 Patienten stationsäquivalent behandelt. Durchschnittlich konnten 3 Patientinnen und Patienten gleichzeitig versorgt werden. Der Median der Behandlungsdauer liegt aktuell bei 57 Tagen beziehungsweise 8 Wochen.

Die Pflegephänomene, die im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung durch die Pflegenden benannt wurden, zeigen viele Parallelen zu der von Abderhalden et al. [1] durchgeführten Untersuchungen zur Häufigkeit von Pflegediagnosen bei Patienten und Patientinnen psychiatrischer Aufnahmestationen.

## Diskussion

Die stationsäquivalente Behandlung bietet als neue Behandlungsoption im Angebot des psychiatrischen Versorgungsspektrums viele Chancen, insbesondere als Schnittstelle, ein individuelles bedarfsgerechtes Angebot in der Lebenswelt der Betroffenen zu schaffen. Das veränderte Setting der Behandlung und die damit verbundene Verlagerung des Behandlungsschwerpunkts ist eng verbunden mit den Kernkompetenzen der Berufsgruppe der Pflege.

## Schlussfolgerungen

Es bedarf einer differenzierten Klärung der Kernkompetenzen Pflegender und der Kernaufgaben psychiatrischer Pflege an sich. Neuen Ansätzen wie der Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy [4] könnte in diesem Tätigkeitsfeld eine besondere Bedeutung zukommen. Weiterhin gilt es zu prüfen, ob die von Weißflog, Schoppmann und Richter [5] herausgearbeiteten Aufgaben und Tätigkeiten in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege, auf den Bereich der StäB übertragbar sind.

## Literatur

1. *Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Faust, Anna Margarete; Grywa, Diana; Quiblier, Ursula; Stefan, Harald: Pflegediagnosen bei Patienten und Patientinnen psychiatrischer Aufnahmestationen in der Schweiz und in Österreich: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: Pflege. Hans Huber: Bern. 20, S. 149–156, 2007.*
2. *Benner, Patricia: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 3., unveränderte Auflage. Hogrefe: Bern. 2017*
3. *PsychVVG (2016): Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Veröffentlicht im Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 63.*
4. *Wabnitz, Pascal; Schulz, Michael; Löhr, Michael; Nienaber, André: Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy. In: Psychiatrische Pflege. Hogrefe: Bern. 2. Jahrgang, Heft 1, S. 31 – 36, 2017.*
5. *Weißflog, Sabine; Schoppmann, Susanne; Richter, Dirk: Aufgaben und Tätigkeiten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der Schweiz und in Deutschland: Ergeb-*

*nisse eines länderübergreifenden Forschungsprojektes. In: Pflegewissenschaft 18 (3/4), S. 180–191, 2016.*

## **20. Mind the Gap – Lücken in der ambulanten Versorgung schliessen**

*Esther Indermaur, Jan Holder*

### **Hintergrund**

Gemäss dem Mental Health Atlas der WHO [1] gibt es in der Schweiz 1,32 psychiatrische Spitalbetten pro 1000 Einwohner (im Vergleich dazu: Italien (0,17/1000), Deutschland (0,76/1000), England (0,58/1000)). Die Schweiz hinkt den internationalen Bestrebungen einer Verlagerung der Betreuung in den ambulanten Bereich hinterher. Aufsuchende Hilfen sind im Rahmen der Enthospitalisierung ein wichtiger Pfeiler in der Versorgungsstruktur der Psychiatrie in Europa geworden.

Internationale Forschungsarbeiten zu aufsuchenden Modellen erbrachten neben Kosteneffizienz eine grössere Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen und eine geringere Stigmatisierung. Zu den wichtigsten Konzepten in aufsuchenden Modellen gehört der multiprofessionelle und mobile Ansatz [2].

Chronische und schwere psychische Erkrankungen stellen Betroffene und ihre Angehörigen vor grosse Herausforderungen. Die sozialen Netzwerke psychisch schwer und chronisch erkrankter Menschen sind meist klein und wenig tragfähig [3]. Viele psychische Erkrankungen gehen mit einer Einschränkung der Beziehungsfähigkeit einher und Betroffene erleben soziale Isolation. Eine Möglichkeit, soziale Teilhabe zu verbessern sind Gruppenangebote. Sie haben zum Ziel, Betroffene in den Prozess einzubeziehen, Kommunikation mit anderen zu ermöglichen und zu fördern, Isolation zu verringern, das Selbstwertgefühl zu stärken und Stigmatisierung zu reduzieren [4].

### ***Situation in der Stadt Zürich***

Die Spitex Zürich bietet mit ihren Spezialdiensten aufsuchende psychiatrische Pflege an. Dabei liegt der Schwerpunkt in der direkten Alltagsbegleitung. Betroffene werden durch Gespräche, Anleitungen und Beratung befähigt.

higt, ihre Selbständigkeit so weit als möglich zu wahren. Die psychosozialen Fachdienste der Spitex Zürich bieten Begleitung in akuten und in länger dauernden Ausnahmesituationen an. Alle Pflegeleistungen sind Einzelleistungen, d.h. es werden keine pflegerischen Gruppenangebote durchgeführt. Die psychosozialen Angebote der Spitex Zürich werden nach ärztlicher Verordnung durch ausgebildetes Psychiatriepflegefachpersonal erbracht.

Die Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich (PPZ) ist ein Angebot der Städtischen Gesundheitsdienste und stellt einen Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Stadt Zürich (rund 1500 PatientInnen jährlich) sicher. Das Leistungsangebot umfasst allgemeinpsychiatrische Sprechstunden in der Poliklinik, Konsiliardienste für städtische Institutionen sowie die spezialisierten mobilen Equipen für Krisenintervention.

## **Problemstellung**

Der OECD-Bericht der Schweiz Nr.12/13 [5] zeigt, dass der Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen für marginalisierte Personen erschwert ist und ihre Behandlungsmöglichkeiten dadurch vermindert sind. Gleichzeitig geht der Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten und an sozialem Austausch mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen einher [6].

Bisher geschieht die Zusammenarbeit von Spitex Zürich und PPZ trotz ähnlicher Klientel und grosser Nahtstellen nur punktuell. In der Stadt Zürich gibt es bisher kaum multiprofessionelle aufsuchende Angebote um Personen mit schwerer psychischer Erkrankung und ungenügender Adherence zu erreichen. Als Folge davon kommt es immer wieder zu Behandlungsabbrüchen und eigentlich vermeidbaren Fürsorgerischen Unterbringungen (FU). Die Anzahl der FU ist im Kanton Zürich auch im internationalen Vergleich relativ hoch.

Schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen stehen nur sehr eingeschränkt Möglichkeiten für die Teilnahme an therapeutischen oder pflegerischen Gruppenangeboten zur Verfügung. Die Teilnahme scheitert oft an den finanziellen Möglichkeiten, an mangelnder Absprachefähigkeit, an für

die bestehenden Gruppen nicht tolerierbaren Verhaltensweisen oder daran, dass die Gruppenangebote nur in akuten psychischen Krisen angeboten werden.

## **Ziele**

Die engere Zusammenarbeit von PPZ und Spitex Zürich soll Betroffenen den Zugang zu psychosozialen Gesundheitsleistungen erleichtern.

- Menschen in akuten psychischen Krisen sollen zuhause durch ein interdisziplinäres Team beraten, ihre Situation eingeschätzt und ihre weitere Unterstützung adäquat triagiert werden.
- Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit erhalten, an pflgeherapeutischen Gruppenangeboten teilzunehmen und soziale Teilhabe zu erfahren.

## **Vorgehen**

Mind the Gap startete im Oktober 2016 und ist bis Dezember 2017 geplant. Das Projekt wird von einer Pflegeexpertin der Spitex und dem Leitenden Arzt der PPZ geleitet und fusst auf zwei Säulen. Es beinhaltet einerseits mobile, multiprofessionelle Krisenteams und andererseits niederschwellige Gruppenangebote.

Um den Arbeitsrechtlichen Anforderungen zu genügen, wurden für die Dauer des Projekts Pflegefachpersonen der Spitex Zürich in einem Teilpensum bei der PPZ angestellt. Die Pflegefachpersonen rechnen ihre Leistungen über den Tarmed-Tarif ab. Die übrigen Kosten des Projekts tragen die involvierten Spitexorganisationen.

### ***Mobile multiprofessionelle Krisenteams***

Ein multiprofessionelles mobiles Krisenteam Team (MoKit plus-Team) wird aus einer Ärztin/einem Arzt und einer Pflegefachperson zusammengesetzt. Betroffenen und ihren Angehörigen steht in der psychischen Ausnahmesituation ein kompetentes, gut vernetztes Team zur Seite. Gemeinsam kann

nach der besten Lösung gesucht und bei Bedarf eine pflegerische und ärztliche Behandlung aufgegleist werden.

### ***Niederschwellige Gruppenangebote***

Im Rahmen von Mind the Gap stehen wöchentlich zwei niederschwellige pflegerische Gruppenangebote für psychisch schwer und chronisch erkrankte Menschen zur Verfügung: Eine Achtsamkeitsgruppe und eine Gruppe für gemeinsame Freizeitaktivitäten. Neben den jeweiligen Inhalten bieten die Gruppen die Möglichkeit, sich in sozialen Kontakten zu üben und neue Bekanntschaften zu machen.

### **Erfahrungen/ bisherige Ergebnisse**

In den ersten neun Monaten des Projekts wurden 34 Hausbesuche durch Mokit plus –Teams durchgeführt. Neun Anmeldungen für Mokit plus wurden von der Spitex gemacht, 25 Anmeldungen von der PPZ. In 28 Fällen konnte die Situation entspannt und ein ambulantes Helfernetz aus Spitex und/oder PPZ implementiert werden. In einer Situation musste eine FU ausgesprochen werden.

Für die beiden Gruppenangebote wurden gesamthaft 48 Personen angemeldet (16 Personen für Achtsamkeit, 32 Personen für Freizeitaktivitäten). Neunundzwanzig Personen wurden durch die Spitex Zürich, 19 Personen durch die PPZ angemeldet. Die Teilnehmendenzahlen liegen aktuell bei drei bis fünf Personen in der Achtsamkeitsgruppe und vier bis sechs Personen in der Freizeitaktivitätengruppe.

Die involvierten Spitexinstitutionen, die PPZ, die Stadt Zürich und die beteiligten Mitarbeitenden sind von der Wichtigkeit und dem Nutzen von Mind the Gap überzeugt und unterstützen das Projekt mit viel Engagement und Motivation.

### **Diskussion**

Der Bedarf an multidisziplinären Hausbesuchen wurde und wird von den Projektinitianten höher eingeschätzt als die aktuelle Zahl ist. Ein Grund



könnte im Anmeldeprozedere liegen, das zum Teil als zu kompliziert wahrgenommen wird. Es zeigen sich grosse Unterschiede in den Anmeldezahlen für beide Angebote. Bei den Anmeldungen für Mokit plus könnte die unterschiedliche Ausgangslage (PPZ meldet Menschen an, die bisher keine ambulante psychiatrische Versorgung hatten, Spitex meldet Menschen an, die schon Spitexleistungen erhalten) ein Grund sein.

Bei den Gruppenangeboten zeigt sich ein grosser Unterschied zwischen den Anmeldezahlen und den tatsächlich teilnehmenden Klientinnen und Klienten. Eine mögliche Erklärung ist, dass hauptsächlich schwer erkrankte Klientinnen und Klienten angesprochen werden und viele Schwierigkeiten mit fixen Terminen und Zusagen haben. Eine andere diskutierte Hürde könnte in der Situation liegen, dass Teilnehmende beim ersten Besuch auf eine sehr unbekannte Situation mit fremden Menschen treffen und sie aus Angst nicht teilnehmen.

## **Schlussfolgerung**

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass durch Mind the Gap psychosoziale Leistungen für Menschen in psychisch belastenden Situationen zugänglich gemacht werden können. Mittels der multiprofessionellen, aufsuchenden Teams scheinen tragfähige Helfernetze für Menschen in desolaten Situationen aufgebaut werden zu können. Die Gruppenangebote werden von schwer erkrankten Menschen genutzt und geschätzt und scheinen einen Bedarf zu decken.

## **Literatur**

1. *World Health Organization (Hg.) (2015): Mental health atlas 2014. WHO. Geneva, Switzerland: World Health Organization.*
2. *Salyers, Michelle P.; Tsemberis, Sam (2007): ACT and recovery. Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. In: Community mental health journal 43 (6), S. 619–641. DOI: 10.1007/s10597-007-9088-5.*
3. *Angermeyer, M. C.; Klusmann, D. (1988): The Causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. In: Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 238 (1), S. 47–54. DOI: 10.1007/BF00381080.*

4. Simpson, D. Dwayne (2002): *A conceptual framework for transferring research to practice*. In: *Journal of substance abuse treatment* 22 (4), S. 171–182.
5. Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) (Hg.) (2014): *Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht*. Bern: BSV.
6. Richter, Dirk; Berger, Klaus (2013): *Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien*. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (4), S. 176–182. DOI: 10.1055/s-0032-1333060.

## **21. Schlafende Hunde wecken – wieso haben wir keine einheitliche Haltung in Bezug auf den Pflegeprozess und die Bezugspersonenpflege?**

*Majbritt Jensen*

### **Hintergrund**

Die professionelle Pflege beschäftigt sich in einem breiten Feld von der Gesundheitsförderung bis hin zur Unterstützung im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Behandlung [1]. Dieses komplexe Geschehen wird innerhalb der Pflege von verschiedenen Berufen bewältigt – von der Pflegehelferin/vom Pflegehelfer bis hin zu PhD. Es gibt nicht nur unterschiedliche Berufe sondern auch vielfältige Weiterbildungs- bzw. Spezialisierungsmöglichkeiten innerhalb der Pflege. Das bedeutet für die Praxis eine Herausforderung in Bezug auf die korrekte Umsetzung der jeweiligen Kompetenzen der Mitarbeitenden.

Anhand unterschiedlicher Skill- und Grademix-Projekte wurden einerseits die Integration der neuen Berufsgruppen (insbesondere FaGe) und andererseits die Festlegung der Verantwortungsbereiche angestrebt. Dies ist unterschiedlich gelungen und in der Praxis ist häufig ersichtlich, dass die akademische Pflege am wenigsten integriert und definiert ist. Zudem wurden häufig in den Bestrebungen nach Klarheit die Abgrenzungen und damit die Eigenständigkeiten der jeweiligen Berufe gesucht.

Die grösste Berufsgruppe ist nach wie vor das diplomierte Pflegefachpersonal HF. Die Verantwortungsbereiche der diplomierten Pflege – hierzu gehört auch die akademische Pflege – wird in einem Expertenbericht ausführlich dargestellt [2]. Demnach ist die Steuerung des Pflegeprozesses einer der Kernaufgaben der diplomierten Pflege. Optimalerweise geschieht die professionelle Pflege unter Berücksichtigung der vier Säulen von Evidence-based Nursing [3]. Um kompetente pflegerische Entscheidungen zu treffen, benötigt es sowohl ein breites Fachwissen, ein reflektiertes Erfahrungswis-

sen, Kenntnisse des lokalen Kontexts und ein ausgeprägtes Interesse an dem Bedarf/den Bedürfnissen der Patienten und deren Angehörigen.

Die Direktion Pflege der Privatklinik Meiringen befindet sich seit fünf Jahren in einem Prozess mit dem Schwerpunkt der Optimierung der pflegerischen Behandlung. Die Leitfrage war und ist dabei: „Welche Nutzen haben die Patienten und deren Angehörige von unserem Tun?“ In diesem Kontext wurden unter anderem die Organisationsstrukturen kritisch reflektiert. Die Stationsleitungsteams Pflege bestehen neu aus drei Personen: Management, Fachverantwortung und Ausbildungsverantwortung. Weiter wurde der Schwerpunkt auf die professionelle Pflege gelegt und Pflichtschulungen zum Thema «Pflegeprozess» für alle Grades der Direktion Pflege durchgeführt.

### **Problemstellung**

Mit dem Versuch der Integration und Abgrenzung verschiedener Berufe innerhalb der Pflege, zeigen sich unterschiedliche Auswirkungen. Die sehr unterschiedlichen Kompetenzen und Aufgabenbereiche der Pflege ergeben ein unklares Bild für Patienten, deren Angehörigen wie auch anderen Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsversorgung. Auch innerhalb der Pflege gibt es weiterhin gewisse Unsicherheiten in Bezug auf die praktische Umsetzung. Dies kann dazu führen, dass die Bestrebungen einer professionellen Pflege geschwächt werden. Um dies zu umgehen, muss der Fokus innerhalb der Pflege auf die diplomierte Pflege und deren Kernkompetenzen gelegt werden. So kann die gesamte Pflege gestärkt werden.

In der Privatklinik Meiringen wurde anhand der Kompetenzen der jeweiligen Berufe innerhalb der Pflege ein Kompetenzraster erstellt – dieses ist anhand des Kompetenzrasters der diplomierten Pflegefachpersonen HF aufgebaut. Somit wurde der Versuch unternommen, den Pflegeprozess als einer der Kernaufgaben ins Zentrum der Pflege zu stellen. Im Praxisalltag zeigen sich jedoch verschiedene Herausforderungen in der Umsetzung. Es wird vermutet, dass nicht nur unterschiedliches Wissen, sondern auch unterschiedliche Haltungen in Bezug auf den Pflegeprozess vorhanden sind. Dies zeigt sich

unter anderem im fachlichen Austausch zwischen den Fachverantwortlichen und in der Dokumentation des Pflegeprozesses.

## **Ziele**

Einheitliche Umsetzung und Verständnis der Kernaufgaben der Pflege und dabei den Augenmerk auf den Pflegeprozess und die Bezugspersonenpflege legen.

Die Fachverantwortlichen der Stationen sind die internen Pflegeprozess-Experten.

## **Vorgehen**

Die Fachverantwortlichen erhielten im März das Jahresziel «Pflegeprozess». Dies bedeutet, dass alle anderen Themen, die üblicherweise von den Fachverantwortlichen der Stationen bearbeitet wurden, an die Pflegedirektion weitergeleitet wurden.

Die Fachverantwortlichen erhielten den Auftrag, in stationsübergreifender Paararbeit je einen Schritt des Pflegeprozesses zu bearbeiten und den anderen Fachverantwortlichen vorzustellen und mit ihnen Anpassungen zu besprechen. Im Rahmen der Sitzungen geben die jeweiligen Fachverantwortlichen ein Inputreferat zu ihren Themen und diskutieren anschliessend ihre Hypothesen und Fragestellungen.

Die Fachverantwortlichen haben alle die gleichen Bereiche (inkl. mögliche Fragestellungen) bearbeitet:

### ***Persönliches Verständnis***

- Welches sind die persönlichen Stärken der Fachverantwortlichen?
- Welche Stärken sind im Team vorhanden

### ***Instrumente***

- Welche sind vorhanden und müssen eventuell überarbeitet werden?
- Wie werden sie zurzeit in der Praxis umgesetzt?

### ***Umsetzung in der Bezugspersonenpflege***

- Wo fällt es leicht dieses Thema in der direkten Pflege zu integrieren?
- Welches sind die häufigsten Herausforderungen?

### ***Weiterentwicklungsmöglichkeiten***

- Welche Themen könnten mit diesem Kernthema verknüpft werden?
- Welche Voraussetzungen müssten dabei erfüllt werden?

### ***Dokumentation***

- Welche fachlichen Zusatzinformationen können wir den Key-Usern geben, damit der Pflegeprozess professionell abgebildet werden kann?

Wie die Fachverantwortlichen diese Themen bearbeiten, z. B. Befragungen im Team und bei anderen Disziplinen, konnten sie selber entscheiden. Als unterstützende Massnahmen erhalten sie regelmässige Einzelcoachings um ihre eigene Rolle zu festigen. In diesen Besprechungen steht die Steigerung der persönlichen Handlungsfähigkeit im Vordergrund, z. B. die Umsetzung des Pflegeprozesses auf der eigenen Station kritisch zu überprüfen und gleichzeitig die positiven Aspekte hervorzuheben und zu lernen, Mitarbeitende für die fachlich korrekte Umsetzung zu loben. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Integration der kollegialen Beratung innerhalb der Pflege.

### ***Ergebnisse/Erfahrungen***

Das Projekt läuft von März bis November und erste Teilergebnisse sind bereits ersichtlich:

- In der Umsetzung des Pflegeprozesses sind bereits Fortschritte erkennbar
- Es finden vermehrt kollegiale Beratungen statt
- Die Coachings gestalten sich sehr unterschiedlich

## Literatur

1. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (2011). *Professionelle Pflege Schweiz. Perspektive 2020. Positionspapier*. Bern: SBK-ASI
2. Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A. & Hofer, B. (2014). *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege*. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaften VFP
3. Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Huber Verlag.

## **22. CaseManagement – Eine neue Aufgabe für psychiatrische Fachpflegepersonen in der ambulanten Versorgung?**

*Tim Konhäuser*

### **Hintergrund**

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich die Versorgung und Behandlung psychisch erkrankter Menschen deutlich verändert. Mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Bericht der Psychiatrie-Enquête) an den Bundestag 1975, hat die Sozialpsychiatrie als ein gemeindepsychiatrischer Ansatz Einzug in das Versorgungssystem erhalten.

Die damals formulierten Rahmenbedingungen:

- „Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung“
- „Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderter“
- „Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste,“
- „Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken“ [1] sind bis zum heutigen Tage nur teilweise umgesetzt worden.

### **Problemstellung**

In den letzten Jahren haben sich die Versorgungsstrukturen, gerade für schwer psychisch erkrankte Menschen, zu einem unübersichtlichen und regional unterschiedlichen Versorgungsnetz aus stationären, teilstationären, ambulanten und multiprofessionellen, gemeindenahen Versorgungsansätzen entwickelt. Dabei sind viele Angebote rein regional und nicht überall in gleichem Maße für die Klienten verfügbar. Oft spielen hierbei Strukturgrenzen die entscheidende Rolle, wer Zugang zu welchen Versorgungsstrukturen erhält. Die Notwendigkeit einer Behandlungscoordination führte Ende der 1970-er Jahre zur Einführung des Case Management-Konzeptes in den USA. [2]. Deutschland wird seit mehreren Jahren die Umsetzung verschiedener



Case-Management-Modelle vorangetrieben. Die Notwendigkeit von Case Management lässt sich nach Wendt folgendermaßen zusammenfassen:

- Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen haben meist auch soziale Probleme
- Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen haben meist auch Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen der Lebensführung
- In unserem Gesundheitssystem erkennt man oft nur die gerade „akuten (Gesundheits) Probleme“, die Behandlung greift zu kurz
- Um effektiv zu helfen muss man sich des Zusammenhangs der Problematik annehmen
- Dies gilt auch um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden
- Um eine patientenbezogene Versorgung zu gewährleisten ist Case Management notwendig [3]

### **Vorgehen und Ziele**

Im Rahmen des Vortrages wird das Modell des Case Managements im Vergleich mit anderen Home Treatment Ansätzen verglichen und die Chancen und Grenzen eines Case Management durch psychiatrische Pflegefachpersonen aufgezeigt. Das Ziel ist eine Auseinandersetzung mit dem Thema Case Management und der Übernahme durch die ambulante psychiatrische Pflege.

### **Diskussion**

Kann und will die ambulante psychiatrische Pflege sich dieser neuen Herausforderung stellen und welche Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung sind hierfür nötig. Ist die ambulante psychiatrische Pflege bereit diese neue „Rolle“ zu übernehmen.

### **Schlussfolgerung**

Der Bedarf eines Case Managements für schwer psychisch erkrankte Menschen liegt auf der Hand und ist bereits auch in S3-Leitlinien der Deutschen

Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde für komplexe Fälle mit hoher Evidenz empfohlen [4]. Eine Umsetzung ist bislang nur sehr rudimentär erfolgt. Die notwendigen Tätigkeiten passen sehr gut in die Strukturen der ambulanten psychiatrischen Pflege. Eine diesbezügliches Ausbildungscurriculum muss noch erarbeitet, Pflegefachpersonen ausgebildet und eine Akzeptanz in der Versorgungslandschaft geschaffen werden.

## Literatur

1. *Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung p. 38, Drucksache 7/4200*
2. *Intaglia, J. (1982) Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management p. 655-674, Schizophrenia Bulletin 8/4*
3. *Wendt, W. R. (2012) Case Management in Medizinökonomie Hrsg. Thielscher, Christian p. 506*
4. *Falkai, P. (2012) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S-3 Leitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde p.56 ff*

## **23. Übergangsbegleitung aus dem stationären psychiatrischen Bereich – eine systematische Literaturübersicht**

*Bernd Kozel, Anna Hegedüs, Astrid Rossnagel, Renato Farcher, Ian Needham, Johann Behrens*

### **Hintergrund**

Die Zeit nach dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik ist für viele Menschen ein kritischer Zeitraum. Häufig kommt es nach dem Austritt zu krankheitsbedingten Rückfällen, die zu Wiedereintritten oder zu ungeplanten Inanspruchnahmen einer ambulanten Krisenversorgung führen. Um diesen entgegen zu wirken, wurden in den letzten Jahrzehnten vermehrt Interventionen und Strategien zu Verbesserung der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik entwickelt. Bisher gibt es keine systematische Literaturübersicht, die entsprechende Studien in ihrer breiten inhaltlichen Ausrichtung zusammenfassend darstellt. Wir haben in unserer Arbeit eine umfassende Übersicht zu diesem Thema erstellt.

### **Fragestellung**

- Welche wissenschaftlich untersuchten Interventionen zur Austritts- und Übergangsbegleitung gibt es für Menschen, die aus der Psychiatrie austreten?
- Welche Elemente beinhalten diese Interventionen zur Austritts- und Übergangsbegleitung?
- Wie wirksam sind die Interventionen zur Austritts- und Übergangsbegleitung?

### **Methode und Material**

Zur Beantwortung der Fragestellungen haben wir eine systematische Literatursuche in den einschlägigen Datenbanken (Medline, Embase, Cochrane, CINAHL, PsycINFO, PSYINDEX) durchgeführt. Zusätzlich wurden weitere Datenquellen (Zitationsindexe, World Wide Web, Literaturverzeichnisse gefun-

dener Artikel, Handsuche in Zeitschriften) zur Identifikation relevanter Artikel herangezogen.

Es wurden alle Studien eingeschlossen, bei denen die folgenden Einschlusskriterien zutreffend waren:

- Alter der Teilnehmenden: 18-65 Jahre;
- Setting: Austritt aus einer psychiatrischen Klinik (stationär);
- Artikel auf Deutsch und Englisch;
- Interventionen zum Umgang / Bewältigung der Austrittssituation mit Aktivitäten vor dem Austritt oder nach dem Austritt oder einer Kombination aus beidem.

Ausgeschlossen wurden: Artikel die vor 1996 publiziert wurden; Interventionen, die auf obdachlose Personen oder Langzeitpatienten fokussieren; Weiterführung einer psychologisch medizinischen Behandlung oder rein medikamentenorientierte Interventionen; Interventionen, die sich nur an Angehörige richten; forensisches Setting.

Die Abstracts der gefundenen Artikel wurden von drei der Autoren unabhängig voneinander auf ihre Relevanz geprüft (screening). Bei den als positiv gescreenten Artikeln wurde in einem zweiten Schritt der Volltext auf seine Eignung für den Einschluss in die Literaturübersicht geprüft. In einem weiteren Schritt wurden die in den Artikeln beschriebenen Interventionen klassifiziert und analysiert. Anschliessend wurden die wichtigsten Charakteristika der Studien (Design, Durchführungsland, gemessene Outcomes und deren Wirksamkeit) zusammengefasst.

## **Ergebnisse und Diskussion**

Nach dem Entfernen aller Duplikate wurden insgesamt 2038 Abstracts auf ihre Eignung geprüft. Letztlich wurden 36 Artikel in die Literaturübersicht aufgenommen, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen werden am Dreiländerkongress präsentiert und in Bezug auf die klinische Praxis mit dem Publikum diskutiert.

## **24. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und pflegerischer Anteil innerhalb der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)**

*Veronika Kuhweide*

### **Akzeptanz- und Commitmenttherapie**

ACT ist den Verfahren der dritten Welle der klassischen Verhaltenstherapie zugeordnet. Basierend auf sechs zu fördernden Kernkompetenzen, die sich in den Prozessen abbilden: Werte, Engagiertes Handeln, Akzeptanz & Bereitschaft, Defusion, Achtsamkeit und Beobachter-ICH. Sie entfernt sich von der problem- und lösungsorientierten Behandlung und stellt dem diagnosespezifischen Konzept ein übergreifendes Therapiemodell gegenüber. Die ACT strebt eine Balance zwischen Akzeptieren und Veränderungen an, wobei sie eine breite Palette erlebnisbezogener Strategien, Metaphern, Achtsamkeitsübungen und Verhaltensänderungstechniken integriert. Erkenntnistheoretisch ordnet sich die ACT zum einem den Funktionellen Kontextuellen Verhaltenswissenschaften zu. Gemäss der Prämisse, dass eine Handlung nur durch den Kontext, mit dem sie interagiert, analysiert und beeinflusst oder verstanden werden kann. Und zum anderen der Bezugsrahmentheorie, die erklären soll, wie sich sprachliches Verhalten im Kontext sozialer Erfahrungen entwickelt .

### **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Das Stationskonzept sieht vor, dass alle an der Behandlung eines Patienten Beteiligten von einem gemeinsamen Fallkonzept ausgehen und im Rahmen ihrer Betreuungs- und Therapieangebote eine Förderung der 6 Kernkompetenzen leisten. Das gesamte Pflegepersonal wurde geschult und hat kontinuierliche Supervisionen und Fallbesprechungen, in der die Pflegediagnosen und der Pflegeprozess integriert werden. Das therapeutische Kernteam, bestehend aus Patient, Einzeltherapeut und Pflegefachperson, legt gemeinsam die Therapieziele fest. Dieses miteinander „Wirken“ verstehe ich als Perspektivenwechsel meiner pflegerisch-therapeutischen Arbeit.

## Literatur

1. *Hayes SC, Storsahl K, Wilsen KG Akzeptanz & Commitment Therapie 2014*
2. *Russ Harris ACT leicht gemacht 2011*
3. *Jill A. Stoddard Niloofar Afari Metaphern und Übungen*
4. *Dr. Georg H. Eifert: ACT Manual für die Praxis*

## **25. Angehörige von Menschen mit Demenz mischen mit: Entwicklung und Implementierung eines familienzentrierten APN-Angebotes**

*Sabrina Laimbacher, Michaela Simonik, Loretta Giacomuzzi Schätti, Rahel Fröbel, Ian Needham*

### **Hintergrund**

Eine Demenzerkrankung betrifft neben der betroffenen Person immer auch das soziale Umfeld, v.a. nahe Angehörige, da diese häufig die hauptsächliche Betreuung zuhause übernehmen. Angehörige sehen sich dabei mit teilweise enormen Herausforderungen und Belastungen auf verschiedenen Ebenen konfrontiert. Die Lebensqualität verändert sich für alle Beteiligten und die Demenz wird demzufolge auch die Krankheit der Angehörigen genannt [1,2,3]. Für Menschen mit Demenz existiert inzwischen ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten. Im Gegensatz dazu fehlen erfahrungsgemäss jedoch häufig Angebote für Angehörige wie beispielsweise in der Koordination verschiedener Hilfeleistungen, in der Krisenintervention oder Psychoedukation [4,5]. Im Rahmen der systematischen Entwicklung und Implementierung der Rolle Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) in der Alters- und Neuropsychiatrie mit Spezialisierung Menschen mit Demenz und Angehörige findet eine familienzentrierte Angebotsentwicklung statt. Menschen mit Demenz aber auch ihre Angehörige sollen dabei in einem stationären als auch ambulanten Angebot bedürfnisgerecht und personenzentriert integriert und unterstützt werden. Als zentraler Bestandteil des umfassenden Rollen- und Angebotsentwicklungsprozesses wurde eine qualitative Untersuchung zur Identifizierung der individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse der Angehörigen durchgeführt [6].

### **Fragestellung**

Folgende Forschungsfrage wurde für die Untersuchung formuliert: „Über welche Bedürfnisse und Erfahrungen berichten Angehörige von Menschen

mit Demenz in Bezug auf den Miteinbezug in die Behandlung, das Erhalten von Informationen über Entlastungshilfen und Unterstützungsangebote, emotionale Herausforderungen sowie soziale Unterstützung?“

## **Methode und Material**

Für die Untersuchung wurde ein qualitatives Design gewählt. Angehörige von hospitalisierten Menschen mit Demenz in einer Alters- und Neuropsychiatrie wurden für eine Teilnahme angefragt. Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert [7].

## **Ergebnisse**

Es wurden insgesamt elf Angehörige interviewt. Die finale Zusammenfassung der Ergebnisse ist derzeit noch in Bearbeitung, daher werden hier erst vorläufige Ergebnisse beschrieben. Geplant ist eine weiterfolgende, vertiefte Analyse der individuellen Prozesse und Dynamiken im Kontext erlebter Belastungssituationen der Angehörigen.

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen zusammengefasst die „Angebotslücken“ aus der Perspektive der Angehörigen sowie verschiedenartige Belastungen im Kontext ihrer Situation. Die teilnehmenden Angehörigen benannten etwa den Bedarf für einen vermehrten proaktiven Behandlungseinbezug, regelmäßige Informationsvermittlung über den Behandlungsverlauf sowie eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung durch Fachpersonen. Zudem gaben sie im Kontext der Demenzerkrankung ihrer Angehörigen insgesamt eine hohe Belastung in verschiedenen Bereichen an, wie beispielsweise Betreuungsüberlastung, Trennung durch Heimeinweisung oder erlebte Hilflosigkeit bei herausforderndem Verhalten. Sie wünschen sich vor allem in folgenden Problembereichen Unterstützung: im Umgang mit dem Verhalten des Demenzkranken, Alltagsorganisation, Begleitung in emotionalen Belastungen sowie Wissensvermittlung.



## Diskussion

Wiewohl die Ergebnisse – im Vergleich zu der vorliegenden Literatur – nicht sonderlich überraschen, konnten dank der „Mitmischung“ der Angehörigen wertvolle Hinweise auf die derzeitigen klinikinternen Angebotslücken und für die damit verbundene APN-Angebotsentwicklung gewonnen werden. Bei der Etablierung der neuen Angebote gilt es, die Perspektive von Angehörigen zu integrieren und diese Lücken dringend zu schliessen. Moderne Konzepte zur Handhabung von Gesundheit und Krankheit – etwa die familienzentrierte Pflege, Recovery oder Empowerment – gehen alle davon aus, dass ein Auf-, Mit- und Einmischen aller Beteiligten notwendig ist.

## Schlussfolgerung

Die im Rahmen dieser Studie willkommene Mitmischung der Angehörigen bedeutet eine tragende Säule im Entwicklungsprozess für das spezifische APN-Angebot. Erste Hinweise werden auf der Schwerpunktstation bereits aufgenommen und in die Behandlung integriert. Beispielsweise die konzeptuelle Verankerung der Zusammenarbeit mit Angehörigen, regelmässige Familiengespräche sowie auch Psychoedukations- und Austauschangebote. Weitere Massnahmen zur Umsetzung entstehen gegenwärtig in der finalen Entwicklungsphase und über erste Erfahrungsberichte können zum Kongresszeitpunkt berichtet werden.

## Literatur

1. Schweizerische Alzheimervereinigung. (2016). Für Angehörige. Wie können wir Sie unterstützen? Heruntergeladen am 01.07.2017 unter <http://www.alz.ch/index.php/fuer-angehoerige.html>
2. Kurz, A., & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, 82, 336 – 342.
3. Müller, I., Mertin, M., Beier, J., & Them, C. (2008). Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige – eine Literaturübersicht. *Österreichische Krankenpflegezeitschrift*, 3, 8 – 12

4. Oberhänsli, N., Kiener, L., & Fringer, A. (2015). Situation pflegender Angehöriger in der Stadt St. Gallen. *Pflegewissenschaft*, 7/8, 416-425.
5. Bischofberger, I., Jähne, A., Rudin, M., & Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige: Schweizweite Bestandsaufnahme*. Zürich / Bern heruntergeladen am 28.04.2016 unter <http://gerontologieblog.ch/2015/08/work-care-erwerbstaetigkeit-und-angehoerigenpflege-vereinbaren/>
6. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing (APN) Role Development, Implementation, and Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 532.
7. Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12.Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

## **26. Psychosoziale Übergangsbetreuung – Ein Betreuungskonzept auf Augenhöhe**

*Sabine Lechner, Astrid Kaufmann*

### **Hintergrund & Problemstellung**

Im Rahmen der Evaluation des niederösterreichischen (NÖ) Psychiatrieplanes kam es zu einer Verstärkung der gemeindenahen Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, um eine Langzeitbetreuung im stationären Setting so weit als möglich zu vermeiden.

Nach der Enthospitalisierung der Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Landeskrankenanstalten Gugging und Mauer, basierend auf dem Psychiatrieplan aus dem Jahr 1995 und 2003, wurden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nun auch in NÖ Landespflegeheimen betreut [8]. Aufgrund der mangelnden Reintegrationserfolge in autonomere Wohnformen startete im Jahr 2011 im NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Scheiblingkirchen die psychosoziale Betreuung mit einem rehabilitativem Betreuungsansatz. Die vorhandenen Strukturen und Rahmenbedingungen erschwerten den Reintegrationsprozess und in der stationären Versorgung der Akutkrankenhäuser fehlte eine weiterführende stabilisierende Betreuungsform [8], deshalb wurde für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen eines Pilotprojektes ein neues Betreuungskonzept zur Stabilisierung und Rehabilitation in einem Pflegeheim entwickelt. Die psychosoziale Übergangsbetreuung startete im Jänner 2016 im Pflege- und Betreuungszentrum Baden und Scheiblingkirchen in Niederösterreich.

### **Ziele**

Dieses auf sechs Monate befristete Betreuungskonzept verfolgt das Ziel der Inklusion, das heißt der gleichberechtigten Teilhabe von psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft [1]. Im Vordergrund stehen die Partizipation im Alltag und das Training von Alltags- und Sozialkompetenzen [2].

Die Entlassung aus der psychosozialen Übergangsbetreuung erfolgt in eine möglichst niederschwellige Betreuungsform.

## **Vorgehen**

Die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entscheiden nach einem Vorgespräch im Pflege- und Betreuungszentrum Baden oder Scheiblingkirchen, ob sie das Angebot der Übergangsbetreuung nach einem Aufenthalt in der Akutpsychiatrie annehmen wollen. Im Rahmen der psychosozialen Übergangsbetreuung und basierend auf dem Betreuungskonzept klärt das pflegegeleitete interdisziplinäre Team gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten den Auftrag und vereinbart ein individuelles Therapieziel, welches im Betreuungsprozess festgelegt und evaluiert wird. Durch die partizipative Einbindung der Betroffenen und deren soziales Netzwerk, sowie durch die multiprofessionelle Abstimmung wird in der Stabilisierungsphase eine Nutzerorientierung erwirkt [5]. Um dies zu gewährleisten, betreut das interdisziplinäre Team in einer individuellen personenzentrierten [4] und kompetenzfokussierten Haltung. Die subjektiven Lebenswelten der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen prägen die „Institution“ und nicht umgekehrt [7].

Die unterschiedlichen Berufsgruppen kommunizieren untereinander, sowie mit den Klientinnen und Klienten gleichberechtigt auf Augenhöhe. Es kommen pflege-, ergo- und psychotherapeutische Grundlagen und Konzepte zur Anwendung, welche den Betroffenen ermöglichen sollen, entsprechend der individuellen Ressourcen, eine größtmögliche Autonomie zu erlangen. Eine weitere Säule im Betreuungskonzept bildet die sozialpädagogische und sozialarbeiterische Begleitung, welche den Prozess der Lebensplanung durch Vernetzung mit dem Umfeld und Hilfe bei Entscheidungsfindungen unterstützt. Die fachärztliche Expertise stellt einen gleichwertigen Bestandteil des Gesamtkonzeptes dar, wobei der Fokus beim Verbessern des Krankheitsverständnisses und dem Umgang mit den Symptomen liegt und nicht vordergründig in der Pharmakotherapie. In multiprofessionellen Fallbesprechungen, welche durch Pflegenden geleitet und moderiert werden, wird vor dem

Hintergrund ethischer Prinzipien und unter Einbeziehung der Sichtweise des Betroffenen eine gemeinsame Richtung der Betreuung und Therapie erarbeitet [9].

## **Ergebnisse & praktische Umsetzung**

Die Grundlage aller psychosozialen Interventionen bilden Erfahrungen aus Empowerment, Recovery, Shared decision making, Selbstmanagement und Resilienz [2]. Die Haltung des Teams gibt den psychisch beeinträchtigten Menschen Zuversicht und Hoffnung, damit sie ihre Ziele und Wünsche so eigenständig wie möglich erreichen können [3]. Das Besondere am Konzept der Übergangsbetreuung zeigt sich im großen Handlungsspielraum und den vielfältigen Angeboten des Teams. Es werden sehr kreative und individuelle Interventionen angeboten und durchgeführt wie z.B. Achtsamkeits- und Sensoriktraining, Aromapflege, Klangschale, tiergestützter Therapie, sowie künstlerische, sportliche, lebenspraktische Angebote und Sensibilisierung für Möglichkeiten der selbständigen Freizeitgestaltung, um die individuellen Fähigkeiten zu fördern und ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit zu erreichen.

Die psychosoziale Übergangsbetreuung nutzt den organisatorischen Rahmen inklusive Overhead des Pflegeheimes, vermittelt den Nutzern jedoch einen geringen Institutionscharakter. Das Wirkspektrum der Übergangsbetreuung ist vielgestaltig und zeigt sich zum Beispiel in Mechanismen zur Krankheitsbewältigung, Hoffnung, Mobilisierung des Unterstützungssystems und Erreichen der selbstdefinierten Ziele. Das Entlassungsmanagement bezieht das soziale Umfeld und die externen Versorgungssysteme mit ein und die Entlassung erfolgt soweit möglich in niederschwellige Wohnformen oder in ein neues oder bestehendes häusliches Umfeld mit extramuralen Unterstützungsangeboten. Um nahtlose Übergänge an den Schnittstellen, Akutpsychiatrie und nachbetreuende Organisationen, zu gewährleisten, muss die Kommunikation zwischen den handelnden Personen gesichert sein, wie auch die Vernetzungstreffen mit allen Stakeholdern. Die frühzeitige Entlas-

sungsvorbereitung, individuelle Hilfeplanung und Überleitung in die weiterführende Betreuung unterstützt die Nachhaltigkeit der Inklusion [6].

## **Schlussfolgerung & Ausblick**

Die psychosoziale Übergangsbetreuung sieht sich als Teil der psychosozialen Versorgungspfade in der Region [8], sowie als zeitlich begrenztes Sprungbrett zu neuen Möglichkeiten in der Gesamtbehandlung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Die pflegegeleitete interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen geschieht zielorientiert, sowie gleichberechtigt und bietet aufgrund des großen Gestaltungsrahmens viel Individualität für die Klienten, wie auch für das multiprofessionelle Team. Durch Vernetzung des stationären Bereichs mit den ambulanten und niederschweligen Betreuungsformen wird die Betreuungskontinuität sichergestellt. Auch hier gibt es eine partizipative Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen um eine lückenlose, individuelle Versorgung sicherzustellen.

Dieser neue Betreuungsansatz in einem Pflegeheim, mit der partizipativen Haltung, der sektorenübergreifenden Vernetzung und dem sozialen Engagement wurde 2016 mit dem zweiten Platz beim Pflegemanagement Award „Cura“ und mit dem ersten Preis für integrierte Versorgung, dem „Integri“, prämiert. Die Erfolge ermutigen das Team der psychosozialen Betreuung weiterhin innovative Wege zu gehen. Aktuell und zukünftig ist die Erarbeitung gemeinsamer Messinstrumente und Kennzahlen an beiden Standorten in Arbeit, um die Wirksamkeit hinsichtlich psychosozialer Stabilität fassbar zu machen und in Folge bei Bedarf Konzeptanpassungen vornehmen zu können.

## **Literatur**

1. *Bechina, R., Miller-Fahringer, K., Reinalter, A., & Rubisch, M. (2010). UN-Behinderetenrechts-Konvention, Erster Staatenbericht Österreichs. (S. u. Bundesministerium für Arbeit, Hrsg.) Wien*

2. *Becker, T., Riedel-Heller, S., & Weinmann, S. (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.*
3. *Carpenito, L. J. (1995). Nursing Diagnosis Hopelessness. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.*
4. *Faul, E., Hildebrandt, C., Huber, O., Lattacher, H., Mattersberger, M., Nagelhofer, S., et al. (2015). Leben entfalten-Zukunft gestalten, Innovative Lebensräume in NÖ Landespflegeheimen. (A. d. Landesregierung, Hrsg.) St. Pölten.*
5. *Gahleitner, S. B., Hahn, G., & Glemser, R. (2014). Psychosoziale Interventionen. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.*
6. *Jäckel, D., Hoffmann, H., & Weig, W. (2010). Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*
7. *Mahler, L., Jarchov-Jadi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2014). Das Weddinger Modell. Köln: Psychiatrie Verlag.*
8. *Schöny, W., Koren, G., Unteregger, S., Gruber, D., Woisetschläger, N., & Weichbold, M. (2014). NÖ Psychiatrieplan Evaluation 2014. Korneuburg: Ueberreuter Print GmbH.*
9. *Schrems, B. (2013). Fallarbeit in der Pflege. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.*

## **27. Hometreatment für die psychiatrische Akutbehandlung – ein Update**

*Rebekka Wernli, Peter Urner, Simona Jaun, Alexandra Kuhn, Lea Wyder, Wolfram Kawohl, Niklaus Stulz, Urs Hepp*

### **Hintergrund**

Die Psychiatrischen Dienste Aargau führten Anfang 2015 ein Hometreatment als stationsäquivalente Behandlungsalternative für akute Krankheitsphasen in die psychiatrische Regelversorgung des Kantons Aargau ein. Die Behandlungen im häuslichen Umfeld der Patienten erfolgen durch ein mobiles und multiprofessionelles Team. Erste Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Begleitstudie wurden bereits im Rahmen des DLK 2016 in Bielefeld präsentiert. In dem vorliegenden Beitrag erfolgt ein Update mit Daten zum 12-monatigen Follow-up, und es werden Erfahrungen aus der Praxis berichtet.

### **Fragestellung**

Führt das Angebot eines Hometreatments für die psychiatrische Akutbehandlung ohne Qualitätseinbussen zu einer Reduktion des stationären Behandlungsbedarfs und der direkten Behandlungskosten bei schwer psychisch kranken Menschen mit stationärer Behandlungsindikation?

### **Methode und Material**

Zwischen April 2015 und April 2016 wurde eine Prävalenzkohorte aller stationär behandlungsbedürftigen Patienten der Allgemeinpsychiatrie (18-64 Jahre) zufallsbedingt entweder dem traditionellen stationären Behandlungsangebot oder dem neuen Behandlungsmodell mit der Zusatzoption einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zugewiesen. Diese beiden Behandlungsmodelle wurden während einer 12-monatigen Follow-up-Phase bzgl. der stationären Inanspruchnahme, sowie bzgl. weiterer Ergebniskriterien verglichen.



## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse von über 700 randomisierten Patienten in dieser weltweit grössten Studie zu Hometreatment sind sehr vielversprechend: Rund die Hälfte der Patienten mit Hometreatment-Option konnten zumindest phasenweise in ihrem häuslichen Umfeld statt in der psychiatrischen Klinik behandelt werden. Damit wurden rund 20% der Kliniktage eingespart, bzw. in das häusliche Umfeld verlagert, ohne dass die Behandlungen insgesamt länger wurden.

## **Diskussion**

Das Angebot eines psychiatrischen Hometreatments führt zu einer Entlastung der Klinikstationen bei gleichzeitig geringeren Behandlungskosten. Die bisherigen Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre Implikationen für die klinische und pflegerische Praxis dargestellt und diskutiert.

## **Schlussfolgerung**

Psychiatrisches Hometreatment scheint bei vielen Patienten und in vielen Krankheitsphasen eine vielversprechende Alternative für die psychiatrische Akutbehandlung im stationären Setting zu sein.

## **28. Mitmischen – pflegerische Fallführung in einer forensischen Ambulanz, ein Praxisprojekt**

*Thomas Meier, Andrew Bay, Susanne Schoppmann*

### **Hintergrund**

Die forensische Psychiatrie ist zuständig für Besserung und Sicherung psychisch erkrankter Menschen, die im Rahmen ihrer Erkrankung eine Straftat begangen haben, für welche sie gar nicht oder nur teilweise zur Verantwortung gezogen werden können. Üblicherweise werden diese Patient\_innen hinter verschlossenen Türen in gesicherten Kliniken behandelt. Seit etwa 15 Jahren ist die Einrichtung von forensisch psychiatrischen Ambulanzen erfolgt, so dass diese Menschen auch ambulant behandelt werden können. Die ambulante forensische Behandlung scheint ein Erfolgsmodell bezogen auf die Deliktrückfallrate zu sein [1]. Die Studie von Seifert, Schiffer, Leygraf geht von einer Rückfallquote von 9.4% aus [2], was von Ihnen als Beleg für die Effizienz forensischer Ambulanzen interpretiert wird. Forensische Ambulanzen stellen Brücken zwischen allen am Behandlungs- und Integrationsprozess Beteiligter dar, weil sie sowohl über biografisches Wissen über die Patient\_innen als auch über Wissen zu den speziellen Problemen bei der Wiedereingliederung dieser Menschen und deren Behandlung in der Forensischen Psychiatrie verfügen [2].

### **Problemstellung**

Der Übergang von einem gesicherten und hochstrukturierten Behandlungsetting in eine offenere Umgebung stellt eine Herausforderung für alle Beteiligten dar. Dies bedeutet, dass die Sicherung durch die Beziehung gewährleistet werden muss. Mit Beziehung ist hier nicht nur die duale Beziehung zu den Patient\_innen angesprochen, sondern auch die Beziehung und Vernetzung aller an der Behandlung beteiligten Personen und dem sozialen Empfangsraum. Wie diese Aufgabe erfolgreich wahrgenommen werden kann,

zeigt unsere 10jährige Erfahrung als Fallführende in einer forensischen Ambulanz (FAM).

## **Ziele**

Das Ziel aller forensisch-psychiatrischen Bemühungen ist eine erfolgreiche (Re-)Integration der straffällig gewordenen Patient\_innen in die Gesellschaft in bereits bestehende oder in neue soziale Netze. Dazu gehört auch die Ablösung von der oft jahrelangen stationären Behandlung in forensischen Kliniken. In der forensischen Ambulanz der UPK Basel verbinden wir damit auch die Rückführung der Patient\_innen in die allgemeinspsychiatrische Versorgung. Pflegende als Fachleute für den Alltag sind hier mit ihrem Wissen zu alltäglichen Schwierigkeiten, Problemen, aber auch normalen Gepflogenheiten besonders gefragt.

## **Vorgehen**

Vor diesem Hintergrund übernehmen Pflegefachpersonen in der FAM seit etwa zehn Jahren die Fallführung. Dazu gehört die Organisation von Terminen und Absprachen mit Kooperationspartnern, die Erstellung der Behandlungsplanung einschließlich des Festlegens der Behandlungsziele, der Behandlungsfrequenz, der notwendigen Kontrollen und der Vorbereitung und Durchführung der evaluativen Fallkonferenzen inclusive der standardisierten Risikobeurteilung sowie die schriftliche Berichterstattung an die Behörden. Dies entspricht dem von Freese und Schmidt-Quernheim als Kernaufgabe des Casemanagement in forensischen Ambulatorien in Deutschland beschriebenen Vorgehen [4]. Das heißt wir praktizieren einen personen-zentrierten Ansatz, der für alle Patient\_innen maßgeschneiderte Lösungen bezogen auf ihre je individuelle Situation und bezogen auf ihre je individuellen Risiken in jedem Kontakt hervorbringt. Die kontinuierliche Behandlungsevaluation erfolgt wöchentlich im Rahmen der interdisziplinären Teamsitzung in denen alle Patient\_innen besprochen werden.

Seifert, Schiffer und Leygraf beschreiben, dass in „diesem Zusammentreffen möglichst aller Beteiligter der bisherige Wiedereingliederungsprozess zu

reflektieren, das weitere Prozedere abzusprechen und dabei stets die Frage der Gefährlichkeitsprognose neu aufzuwerten“ [2, S. 240] sei.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Bei ca. einem Drittel aller Patient\_innen der FAM sind die Pflegefachleute die Fallführenden und übernehmen oben beschriebene Aufgaben. Die Betreuung der Klienten erstreckt sich im Durchschnitt über einen Zeitraum von vier bis fünf Jahren. Die Akzeptanz der Fallführung durch die Pflegenden ist sowohl bei den Patient\_innen als auch bei den Kooperationspartner\_innen sehr hoch. Dies hat mit der personellen Kontinuität in der Berufsgruppe der Pflegenden zu tun. Insbesondere bei komplexen Patientensituationen mit hohem Betreuungsaufwand und der Notwendigkeit aufsuchender Kontakte ist dies vorteilhaft. Hahn und Wörthmüller [3] beschreiben, dass knapp die Hälfte der bislang im stationären Maßregel Vollzug in Deutschland behandelten Patienten (45.1%), eingebettet im ambulanten Setting, in einer eigenen Wohnung leben. Dieser Befund zeigt sich auch bei den in der FAM behandelten Patient\_innen. Damit scheint auch unsere Zielsetzung der Rückführung in die allgemeinpsychiatrische Versorgung erreicht.

## **Diskussion**

Die pflegerische Fallführung ist im psychiatrischen Versorgungsalltag der Schweiz noch kaum verbreitet [6]. Wie die Erfahrungen in der FAM zeigen, ist sie aber von großem Nutzen für die Patient\_innen. Um die Aufgaben wahrnehmen zu können, benötigen die Pflegenden nicht nur hochspezialisiertes Fachwissen und Erfahrung, sondern die Bereitschaft, Risiken im Sinne unkonventioneller Lösungen für pflegerische Probleme einzugehen und Verantwortung zu übernehmen. Das bedeutet, dass nicht nur von gefährlichen, sondern auch von positiven Risiken gesprochen und zwischen ihnen unterschieden werden muss [7]. Dies ermöglicht es, in Zusammenarbeit mit den Patienten, Alltagsrisiken einzuschätzen, gemeinsam vorzubereiten und dadurch bewusst einzugehen (z.B. Wohnen, Arbeit, Beziehung). Die in der forensisch-psychiatrischen Ambulanz tätigen Pflegefachleute verfolgen ei-

nen Recovery-orientierten Ansatz, den sie nicht nur mittragen, sondern auch initiieren müssen. Insofern übernehmen sie Aufgaben, die in die Rolle einer Advanced Practice Nurse gehören.

## **Schlussfolgerung**

Bislang wird die Rolle der Fallführung aufgrund von persönlicher Eignung, Fachwissen und Berufserfahrung ausgefüllt. Eine spezifische Ausbildung, die genau auf diese Tätigkeiten im Sinn einer APN-Rolle vorbereitet, gibt es nicht. D.h. aus diesem Tätigkeitsgebiet ergibt sich die Notwendigkeit, der exakten Beschreibung der Anforderungen und Kompetenzen, die zur Erfüllung dieser komplexen und anspruchsvollen Aufgaben notwendig sind, um Aussagen darüber treffen zu können wer diese Aufgaben wahrnehmen kann. Advanced Practice Nurses (APNs) sind Pflegefachpersonen mit ausgeprägter Expertise, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und mit klinischen Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis und könnten daher zukünftig eine zentrale Rolle spielen [5].

Für die pflegerische Fallführung in der FAM bedeutet dies in der täglichen Arbeit, dass folgende Kompetenzen vorausgesetzt sind:

- Psychiatrisch-forensisches Fachwissen sowie spezifisches Fallwissen
- Verantwortung und Verlässlichkeit in der Behandlungsplanung mit den Patient\_innen und den Kooperationspartnern sowie in der Zusammenarbeit im sozialen Umfeld
- Fähigkeit zu Präventionsarbeit und Risikomanagement mit Alltagsbewältigungsstrategien und psychoedukativen Elementen zur Förderung der Eigenverantwortung und Selbstverantwortung der Patient\_innen
- Fähigkeit zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Patient\_innen in der Erstellung und Umsetzung der gemeinsamen Zielsetzung ohne die Risikoeinschätzung zu vernachlässigen

## Literatur

1. Schmidt-Quernheim F. & Seifert D. (2013). Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Nervenarzt* 85:1133-1143.
2. Seifert D., Schiffer B. & Leygraf N. (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge. Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiatr Prax* 30: 235-241.
3. Hahn G. & Wörthmüller M. (2011). Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland. Patientenstruktur, Interventionsformen und Verlauf in der Nachsorge psychisch kranker Straftäter nach Entlassung aus dem Massregelvollzug gem. §63 StGB. Daten der Stichtagserhebung „Forensische Fachambulanzen 2009“. Weitramsdorf-Weidach: ZKS.
4. Freese R. & Schmidt-Quernheim F. (2014). Mindeststandards forensischer Nachsorge. Qualitätskriterien in forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanzen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 8:191-198.
5. Jensen M. & Metzenthin P. (2014). Advanced Practice Nursing (APN) im stationären psychiatrischen Setting: Eine Delphi-Studie. In: Hahn S., Hegedüs A., Finklenburg U., Needham I., Stefan H., Schulz M., Schoppmann S. (Hrsg) „Schwellen, Grenzen und Übergänge“. Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, S. 89-95.
6. Stadtmann M., Mikic I., Leute U., Wolfensberger P. (2015). Pflegerische Fallführung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung- ein Zukunftsmodell? Erfahrungen und Erkenntnisse aus Praxis und Forschung im Diskurs. In: Schoppmann, S., Stefan, H., Hegedüs, A., Finklenburg, U., Needham, I., Schulz, M., Gurtner, C., Hahn, S.,(Hrsg.). „Sprachen“ Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis - Management - Ausbildung – Forschung. Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, S.220-224.
7. Burr C. (2015). Positive Risk Taking. Risiken als Chance, zu wachsen. *Psych Pflege* 21: 45-49.

## **29. Langfristige Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens: Ein Behandlungsangebot für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung**

*Bettina Nesa, Sabine Hahn*

### **Hintergrund**

Das krankhafte Übergewicht und seine Begleiterkrankungen stellen aus sozioökonomischer Sicht eines der grössten gesundheitspolitischen Probleme des 21. Jahrhundert dar [1]. Insbesondere in den westlichen Industriestaaten ist das gesundheitsschädigende Übergewicht vorherrschend. Dies scheint neben Überernährung auch in Zusammenhang mit Bewegungsarmut zu stehen. 641 Millionen Menschen waren im Jahr 2014 adipös [8]. Exemplarische Daten aus der Schweiz zeigen auf, dass sich die Krankheitskosten von Übergewicht und Adipositas von 2002 bis 2012 verdreifacht haben: von 2'648 Mio. CHF auf 7'990 Mio. CHF pro Jahr [3]. Übergewicht und Adipositas gehen meistens mit körperlichen Einschränkungen, Beeinträchtigung der Lebensqualität und körperlichen Folgeerkrankungen einher. Menschen mit einer psychischen Erkrankung weisen ein erhöhtes Risiko auf an Übergewicht und Adipositas zu erkranken. Ursachen können in krankheitsbedingten Faktoren und in der standardisierten Medikation zu finden sein. Zudem weisen Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine 2- bis 3- fach erhöhte Gesamtmortalität in Folge kardiovaskulärer Komorbidität auf [6].

### **Problemstellung**

Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten häufig keinen Zugang zu den Therapieprogrammen zur Gewichtsreduktion. Bedingt durch appetitsteigernde Nebenwirkungen der meisten Psychopharmaka ist die Inzidenz von Übergewicht bei psychisch Kranken besonders hoch. Die Einnahme psychotroper Medikation gehört jedoch zu den Ausschlusskriterien üblicher Studien zur Gewichtsreduktion [4]. Viele Menschen mit psychischen Erkran-

kungen in der ambulanten Betreuung weisen ein erhöhtes Körpergewicht auf. Der Grund wird häufig von den Betroffenen und nicht zu Unrecht in der Medikamenteneinnahme zur Stabilisierung der Grunderkrankung gesucht.

Die Gewichtszunahme beeinträchtigt daher auch die Medikamenten Compliance stark und führt häufig zu einer Absetzung der psychiatrischen Medikation und damit zu einer Dekompensation der psychiatrischen Grunderkrankung [5]. Um das Risiko des Absetzens der Medikation zu minimieren sollte daher das Thema Gewichtszunahme ernst genommen und thematisiert werden und nicht als eine vertretbare Nebenwirkung der Behandlung angesehen werden.

Zudem sind der stabile Verlauf der psychiatrischen Grunderkrankung, das Erlernen und Kennen von Strategien zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichtes, für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen wichtige Faktoren um am sozialen Leben teilnehmen zu können

## **Ziele**

Im ambulanten Setting, im Rahmen eines Projektes, ein Behandlungsangebot zur langfristigen Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens für Menschen mit psychischen Erkrankungen einführen und evaluieren. Das Angebot zielt auf eine langfristige Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens ab. Das nach aktuellen internationalen Leitlinien zur Prävention und Behandlung der Adipositas so konzipierte Behandlungsangebot, welches die Notwendigkeit der Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie vorsieht [2], sollte die Teilnehmenden befähigen, im ambulanten Rahmen, folgende Ziele zu erreichen:

- Eine langfristige Veränderung in ihrem Ess- und Bewegungsverhalten
- Halten oder Reduktion des Körpergewichtes
- Steigerung der täglichen Bewegung
- Reduktion des kardiovaskulären Risikos
- Steigerung des Wohlbefindens



## Vorgehen

Zur Erreichung der Zielsetzung wurde ein Pilotprojekt mit Interventionen durchgeführt. Das geplante Behandlungsangebot wurde als freiwilliges Einzel- und Gruppensetting durchgeführt und ausgewertet. Das Angebot beinhaltet eine Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie und richtet sich an Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung und Übergewicht oder Adipositas.

Als methodologisches Vorgehen wird ein Evaluationsdesign mit einem Methodenmix gewählt.

Durchgeführt wurden in einem Zeitraum von 14 Monaten verhaltenstherapeutische Interventionen mit einer neun wöchigen Intensivphase und einer Nachbetreuungsphase von einem Jahr. Zentrale Elemente der verhaltenstherapeutischen Interventionen sollten die Förderung intrinsischer Motivation und die Auflösung der Ambivalenz sein [2].

In den Sitzungen der Intensivphase werden folgende Themen behandelt:

- Sitzung 1: Gemeinsames Therapieziel, Motivation, Erwartung
- Sitzung 2: Psychoedukation
- Sitzung 3: Selbstbeobachtung (Esstagebuch, Schrittzähler)
- Sitzung 4: Kleine, flexible, überprüfbare Ziele
- Sitzung 5: Verhaltensanalyse
- Sitzung 6: Kognitive Umstrukturierung
- Sitzung 7: Stimulus Kontrolle
- Sitzung 8: Hilfreiche Strategien, Risikosituationen
- Sitzung 9: Rückfallprophylaxe

Die Nachbetreuung schließt nahtlos mit 10 monatlichen Sitzungen während des Folgejahres an die Intervention an.

Die Nachsorgephase soll den Teilnehmern dazu verhelfen, die erlernten Verhaltens- und Lebensstiländerungen in den Alltag zu transferieren [2].

Erhoben und ausgewertet werden quantitative Daten: BMI, Bauchumfang, relevante Blutwerte und Anzahl täglicher Schritte. Die Daten werden vor und nach der Intervention bei allen neun Teilnehmenden erhoben und ausgewertet. Ein Follow-up ist bei einer Teilnehmenden nach 5 Monaten und bei 4 Teilnehmenden nach einem Jahr geplant. Die qualitativen Daten werden in Form eines Fragebogens mit offenen Freitextantworten erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse werden mit den Leitlinien der Adipositas therapie und Ergebnissen ähnlich angelegter Evaluationsprojekten und Studien verglichen und bewertet.

## **Ergebnisse**

Das Behandlungsangebot wurde im Zeitrahmen von Februar 2016 bis April 2017 angeboten und in zwei Gruppensettings und einem Einzelsetting durchgeführt.

Insgesamt starteten elf Teilnehmer (N 11) mit dem Behandlungsangebot. Eine teilnehmende Person schied nach der zweiten Sitzung aus dem Programm aus; dies aufgrund einer Dekompensation ihrer psychiatrischen Grunderkrankung. Eine zweite teilnehmende Person brach das Programm nach der ersten Sitzung ab. Als Gründe gab er, einen zu langen Anreiseweg und mangelnde Motivation an. Neun Teilnehmende haben die Intensivphase abgeschlossen, vier Teilnehmende haben die 1-jährige Nachbetreuungsphase abgeschlossen. Fünf Teilnehmende

Alle Teilnehmende kamen regelmäßig zu den Gruppensitzungen. die Hausaufgaben wurden mehrheitlich erledigt.

Der Gewichtsverlust der Teilnehmenden (n = 9) die die Intensivphase abgeschlossen haben betrug im Maximum 12,1 Kilogramm (Kg) der Minimale 0,2 Kg. Der durchschnittliche Gewichtsverlust dieser Teilnehmenden beträgt 3,66 Kilogramm, dies sind 3,9% des Ausgangsgewichtes. Die Teilnehmenden verfügten insgesamt über ein besseres körperliches Wohlbefinden. Die Messung der Anzahl durchschnittlich gelaufener Schritte pro Tag zeigt ein sehr heterogenes Bild und weist keine kontinuierliche Steigerung auf. Nach der

Nachbetreuungsphase beträgt der Gewichtsverlust im Durchschnitt seit Beginn des Programmes 2,2 Kilogramm.

## **Diskussion**

Die kognitive Umstrukturierung konnte nur teilweise umgesetzt werden. Deshalb sollten den kognitiven Funktionseinschränkungen, ein Kernmerkmal der schizophrenen Erkrankung, im Ausarbeiten von Gefühlserkennung mehr Beachtung zukommen [7]. Die Stimulus Kontrolle und das Setzen von kleinen, flexiblen, überprüfbaren Ziele erwiesen sich dagegen als hilfreiche Strategie. Die Nachbetreuungsphase sollte mit klar strukturierten Sitzungsinhalten besser an die Teilnehmenden adaptiert werden.

## **Schlussfolgerung**

Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Dauermedikation können mit angepasster verhaltenstherapeutischer Intervention das Körpergewicht reduzieren. Das Behandlungsangebot hat sich bewährt; Anpassungen anhand der Ergebnisse drängen sich vor allem in der Nachbetreuungsphase auf. Weiterführende Massnahmen wie das Errichten eines Mittagstisches und eines Sportangebotes sollten geprüft werden. Verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien in der Adipositasbehandlung die den Einschränkungen der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gerecht werden, sind nicht ausreichend erforscht und etabliert. Weitere Projekte und Auswertungen, vor allem im deutschsprachigen Raum, mit größerer Teilnehmerzahl und Follow-up von 12 und 24 Monaten wären daher nötig um die Evidenzlage zur Wirksamkeit dieser Programme zu verbessern bzw. Hinweise zu nötigen Anpassungen zu erhalten.

## **Literatur**

1. Balke, H.; Nocito, Antonio (2013): *Vom Schönheitsideal zur Krankheit - eine Reise durch die Geschichte der Adipositas*. In: *Praxis* 102 (2), S. 77–83. DOI: 10.1024/1661-8157/a001169.
2. Becker, Sandra; Zipfel, Stephan; Teufel, Martin (2015): *Psychotherapie der Adipositas. Interdisziplinäre Diagnostik und differenzielle Therapie*. 1. Aufl. s.l.: Kohl-

- hammer Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=3034613>.
3. Bundesamt für Gesundheit BAG: Kosten von Übergewicht und Adipositas. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/kosten-uebergewicht-und-adipositas.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2017.
  4. Daumit, Gail L.; Dickerson, Faith B.; Wang, Nae-Yuh; Dalcin, Arlene; Jerome, Gerald J.; Anderson, Cheryl A. M. et al. (2013): A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. In: *The New England journal of medicine* 368 (17), S. 1594–1602. DOI: 10.1056/NEJMoa1214530.
  5. Herpertz, Stephan; Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=3568255>.
  6. Müller, B., Baci, D., Sahner, H. (2010): Kardiovaskuläres Risikomanagement bei schweren psychischen Störungen. In: *Schweizerisches Medizinforum*, 10(40) 10(40), S. 679–682, zuletzt geprüft am 24.09.2016.
  7. Roder, Volker (2008): *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. Mit zusätzlichen Erläuterungen und Materialien auf CD-ROM. 2., aktualisierte Aufl.* Bern: Huber.
  8. The Global BMI Mortality Collaboration (2016): Body-mass index and all-cause mortality. Individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. In: *The Lancet* 388 (10046), S. 776–786. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30175-1.

## **30. Die Implementierung einer Recovery-Gruppe in einer Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung**

*Volker Panzer, Gabriele Braum, Jacqueline Rixe*

### **Hintergrund**

Das knapp vor einem Jahrhundert aus der Betroffenenbewegung in den USA entstandene Recovery-Konzept rückt die von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen in den Mittelpunkt der Behandlung, ohne dass primär Defizite benannt und aufgezählt oder Abweichungen von einer scheinbaren Normalität definiert werden.

Es wird das Ziel verfolgt, dass die Betroffenen ihren Krankheitsverlauf aktiv und selbstbestimmt beeinflussen und Ressourcen gefördert werden [1]. Neu ist dies nicht, denn es gibt viele Überschneidungen mit einer sozialpsychiatrischen Haltung [2]. Darüber hinaus sieht der Recovery-Ansatz vor, dass die oft unrealistisch und unklar formulierten Behandlungsziele einer vollständigen Heilung durch ein individuelles und subjektives Sinnkonzept der Betroffenen ersetzt werden.

Wie von Winter und Burr [3] vor einigen Jahren für die schweizerische Versorgungslandschaft formuliert haben Recovery- und betroffenenorientierte Konzepte auch in Deutschland in der Vergangenheit nur eine marginale Rolle gespielt, gelangten in den letzten Jahren aber zunehmend in den Fokus. Dass Recovery in der deutschen Versorgungslandschaft an Bedeutung gewonnen hat, wird auch anhand jüngerer Studien und Publikationen unterschiedlicher Berufsgruppen [z.B. 4, 5, 6, 7] deutlich. So wird der Etablierung von Recovery-Orientierung und Peer-Arbeit eine Chance zugeschrieben, „die Versorgung psychisch kranker Menschen weiter zu verbessern und das darin verborgene Potenzial für die Stärkung von Empowerment und Recovery für die Betroffenen zu nutzen“ [8, S. 337].

## **Problemstellung und Ziele**

Um den Recovery-Gedanken in der Praxis zu verankern, wurde in der Klinik eine offene Recovery-Gruppe installiert, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Mut machen möchte, eigene Entscheidungen zu treffen, ihr Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen und für sich individuell passende Visionen zu entwickeln.

Es wurde ein Manual konzipiert, das acht Module umfasst, die sich turnusmäßig wiederholen. Neben der Einführung ins Recovery-Konzept, dem Salutogenese-Modell von Antonovski [z.B. 9] und anderen Modulen stellt das Thema Hoffnung ein zentrales Element dar. Somit bestehen inhaltlich durchaus Parallelen zu dem von Winter und Burr entwickelten und evaluierten Manual der Gruppe „Gesundheit und Wohlbefinden“ [10], es gibt aber auch Abweichungen.

Die Gruppe, die auf freiwilliger Teilnahme basiert, wurde im April 2016 implementiert und findet seitdem wöchentlich statt. Die Moderation erfolgte zunächst ausschließlich durch einen Fachgesundheits- und -krankenpfleger für psychiatrische Pflege, der zuvor an einer Recovery-Schulung teilgenommen hatte, und einen weiteren Krankenpfleger. Seit August 2016 wird die Gruppe durch eine Betroffene mit Ausbildung zur Genesungsbegleiterin verstärkt und mitverantwortet. Die Gruppe wird jeweils durch das Tandem aus Genesungsbegleiterin und Pflegekraft moderiert und ihre Dauer ist auf eine Stunde ausgerichtet.

Wie bei Burr et al. [4] beschrieben können in der Psychiatrie Tätige unterschiedlich auf den Recovery-Ansatz reagieren. Einerseits werde dieser enthusiastisch aufgenommen und andererseits könne er auch Sorgen und Ängste auslösen. Darüber hinaus wird beschrieben [4], dass der Eindruck entstehen kann, dass Recovery im Grunde nichts Neues sei, sondern lediglich „alter Wein in neuen Schläuchen“. Das Potential für vermeintliche Widerstände wird dementsprechend sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Patientenseite für groß eingeschätzt.

## **Vorgehen**

Um die Haltung bzgl. der Gruppe und der mit der Teilnahme einhergehenden Effekte auf der Patientenseite zu überprüfen, wurde in Anlehnung an den Fragebogen von Winter und Burr [10] ein Fragebogen konstruiert, der aus sieben Items mit fünfstufiger Likertskala, zwei Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien und sieben offenen Fragen besteht.

Eine offen gestellte Frage wurde, wie durch Porst [11] und Döring und Bortz [12] empfohlen, am Ende des Fragebogens ergänzt, um die Formulierung eigener Gedanken zum Thema zu ermöglichen und dadurch sicherzustellen, dass alle für die Patienten/-innen wichtigen Aspekte erfragt und nicht übersehen werden.

Die Itemanzahl wurde auf wesentliche Aspekte reduziert, um die Ausfüllzeit mit maximal 10-15 Minuten veranschlagen und dadurch möglichst viele Teilnehmende zum Ausfüllen motivieren zu können. Die Teilnahme unterlag dem Freiwilligkeitsprinzip. Ebenso wurde die Anonymität gewährleistet, um ehrliche Antworten zu erhalten und potentielle Verzerrungen im Antwortverhalten zu reduzieren.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Die Gruppe hat sich mittlerweile zu einer festen Größe im Therapieprogramm etabliert und wird durch das Team der Klinik unterstützt. Die Patientinnen und Patienten zeigen großes Interesse, bringen sich ein und sind gegenseitig sehr wertschätzend. Einzelne verbale Rückmeldungen deuten auf eine hohe Zufriedenheit mit der Gruppe und ihren Inhalten hin. Auch die Teilnehmerzahlen, die deutlich höher sind als anfangs erwartet, spiegeln die Zufriedenheit und das Interesse der Patienten/-innen an der Gruppe wider.

Da sich die Evaluation zum Erstellungszeitpunkt des Kongressbandbeitrags noch in der Erhebungsphase befindet, können hier noch keine Ergebnisse dargestellt, sondern erst im Rahmen des geplanten Vortrags beim Dreiländerkongress in Bern präsentiert werden.

## Schlussfolgerung

Die Implementierung der Gruppe ist zum aktuellen Zeitpunkt anhand subjektiver Parameter als durchaus erfolgreich zu betrachten. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob sich der subjektive Eindruck durch die Ergebnisse der Patienten-Befragung untermauern lässt.

Abschließend lässt sich trotz mangelnder Ergebnisse auch an dieser Stelle bereits feststellen, dass mit der Implementierung der Gruppe und der Mitverantwortung dieser durch eine Psychiatrieerfahrene ein wichtiger Schritt in eine Richtung gegangen wurde, die sich v.a. in englischsprachigen Ländern schon längst etabliert und auch bewährt hat [13]. Darüber hinaus wird eine Recovery-orientierte Haltung neueren Forschungsergebnissen zufolge [14] auch im deutschsprachigen Raum als eins von vier zentralen Kriterien formuliert, an denen sich Psychiatriepflegende ausrichten sollten, um gute psychiatrische Pflege gewährleisten zu können.

Die Vollversion des Manuals zur Recovery-Gruppe kann beim Erstautor angefordert werden.

## Literatur

1. Kuck, R. (2013). *Auf dem Weg vom Lehrenden zum Unterstützer*. *Psych. Pflege Heute*, 19, 192-196.
2. DGBS e.V. und DGPPN e.V. (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion*. Zugriff am 03.07.2017 unter: [https://dgbs.de/fileadmin/user\\_upload/PDFs/DGBS\\_Materialien/S3\\_Leitlinie\\_Bipolar\\_V1\\_2.pdf](https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/PDFs/DGBS_Materialien/S3_Leitlinie_Bipolar_V1_2.pdf)
3. Winter, A. & Burr, C. (2011). *Gruppe „Gesundheit und Wohlbefinden“ – Ein Angebot von Betroffenen für Betroffene*. *Psych. Pflege Heute*, 17, 255-261.
4. Burr, C. et al. (Hrsg.) (2013). *Recovery in der Praxis – Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
5. Dammann, G. (2014). *Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht*. *Nervenarzt*, 85(9), 1156-1165.
6. Ikehaka, H. et al. (2015). *Recovery-Orientierung in der Psychoedukation – zwei Versuche einer Umsetzung*. *Psychiatrische Praxis*, 42, 320-327.
7. Eikmeyer, G. et al. (2017) *Umstrukturierung einer psychiatrischen Abteilung nach Recovery-Grundsätzen: eine Pilotstudie mit „Mixed-method design“*, *ZEFQ*, 120, 16-20.



8. *Gühne, U. et al. (2016). Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Ausblick auf das Update der S3-Leitlinie der DGPPN. Psychother Psych Med 2016; 66(08).*
9. *Sauter, D. (2011). Kapitel 4.4: Das Salutogenese-Konzept von Antonovsky. In: Sauter, D. et al. (Hrsg.), Lehrbuch psychiatrische Pflege (3., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 115-117. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.*
10. *Winter, A. & Burr, C. (2011). Gruppe „Gesundheit und Wohlbefinden“ – Ein Angebot von Betroffenen für Betroffene. Psych. Pflege Heute, 17, 255-261.*
11. *Porst, R. (2014). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.*
12. *Döring, N. & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag.*
13. *Richter, D. et al. (2010). Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. Psych. Pflege Heute, 16, 17-20.*
14. *Richter, D. et al. (2014). Ergebnisse eines Forschungsprojekts: Was ist gute psychiatrische Pflege? Psych. Pflege Heute, 20, 125-131.*

## **31. Die Rollenentwicklung einer APN für Menschen mit Dualdiagnose**

*Sunhi Park-Lee, Fritz Frauenfelder*

### **Hintergrund**

Die Prävalenz der Menschen mit Dualdiagnose ist je nach der Konsumsubstanz und der vorhandenen psychischen Störungen unterschiedlich. Eine nationale Studie aus USA zeigt, dass 45% der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auch psychiatrische Erkrankungen aufweisen [1, 20]. Bei Patientinnen und Patienten mit Heroinabhängigkeit erfüllen 75% die Diagnosekriterien komorbider psychischer Störungen [19]. Von ihnen erhielten 34% eine psychiatrische Behandlung, 2% eine Behandlung für Abhängigkeitserkrankungen und 12% eine Behandlung im Rahmen der Dualdiagnosen. Die Faktoren die zum Substanzkonsum führen ist individuell und unterschiedlich, eine Möglichkeit ist die Selbstmedikation [9]. Die psychischen Störungen werden durch verschiedenen Substanzkonsum wie Alkohol (Erster Wahl für 50% der Menschen mit Dualdiagnose [1, 20]), Medikamente und illegale Drogen verstärkt und umgekehrt. Die Betroffenen zeigen ein starkes ambivalentes Verhalten, erleben oft Rückfällen und leiden an sozialer Isolation [16, 17].

### **Frage- und Problemstellung**

Rollenentwicklung einer APN-Rolle, welche sich auf Patientinnen und Patienten mit Dualdiagnosen spezialisiert.

### **Methode und Material**

Als theoretische Bezugsrahmen wurde der PEPPA Framework [7] und das Advanced Practice Nurse Kompetenzprofil nach Hamric (2014) genutzt [11]. Sowohl die theoretische Perspektive wie auch die Operationalisierung des Pflegeprozesses orientieren sich an NANDA-International, Nursing Outcomes Classification (NOC) und Nursing Interventions (NIC). Die Planung der strate-

gischen Integration, Kommunikation sowie Evaluation findet in enger Zusammenarbeit mit der Direktion Pflege statt.

## **Ergebnisse**

Da die Patientenzentriertheit und damit verbunden die Sicherstellung einer hohen Kontinuität für die Pflege von Patienten mit einer Dualdiagnose als wichtig erachtet wird [10], wurde eine erweiterte und fortgeschrittene Pflegepraxis ins Zentrum gestellt, die sich an der Lebenswelt der Menschen mit Dualdiagnose orientiert. Die Lebenswelt der Menschen mit Dualdiagnose ist geprägt von der Ambivalenz. Seine Krankheit hat auch mit seinem Lebensweise zu tun. Menschen mit einer Dualdiagnose sind nicht nur von einer Krankheit geprägt, sondern entwickelten auch eine Lebensweise, in welcher abhängig machende Substanzen in irgendeiner Form eine zentrale Rolle spielen. Aus diesem Grunde ist es nicht verwunderlich, dass die Betroffenen viele Entscheidungen vor diesem Hintergrund fällen. Sie interpretieren ihr Leiden als Teil ihrer Selbst und ihres Lebens [13]. Die erweiterte Pflegepraxis weiss um diese innere Spannung des Betroffenen und ist fähig, diese Ambivalenz mitzutragen und den Betroffenen darin zu unterstützen, sich seinem Ziel zu nähern. Die Pflege gibt Unterstützung individuelle Wege zu suchen, zu gehen und zu lernen, Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen sowie die Verantwortung für die eigenen Entscheidungen zu übernehmen.

Chronische Verläufe der Erkrankungen im Zusammenhang mit Dualdiagnosen, was in den meisten Fällen auf diese Patientengruppe zutrifft, erfordern Betreuungskonzepte, die sich über eine lange Zeitdauer erstrecken. Dabei wird als Ziel eine umfassende, sekundärpräventiv wirksame Lebensstilmodifikation angestrebt. Eine kontinuierliche Beziehung von Patienten und Pflegefachpersonen, die mit Engagement (affektive Beziehung) geprägt ist, kann die Entscheidung der Patienten in der Behandlung zu bleiben positiv beeinflussen [5, 18].

Menschen mit Dualdiagnosen werden durch die Förderung der Selbstwirksamkeit in ihrem Vertrauen in ihr persönliches Gesundheitsverhalten bestärkt [3, 4, 6, 8]. Anhand psychoeduktiver Ansätzen, die Umsetzung von

angeleiteter Antizipation und mit der Förderung der persönlichen Unterstützungssystemen werden die Betroffenen befähigt ihr Leben ausserhalb des krankmachenden Teufelkreises zu führen.

Bei einer recovery-orientierten Pflege sind die Vermittlung von Hoffnung, die Förderung von Selbstbestimmung und Lebenszufriedenheit, sowie die Unterstützung bei der Aneignung von Wissen und die Nutzung von Selbstheilungsmöglichkeiten die zentralen Punkte [12]. Die Schlüsselergebnisse der Recovery-orientierten Behandlungen sind Zugehörigkeit (Integration), Hoffnung, positive Identität, Sinnfindung und Empowerment [14, 15].

Die theoretische Perspektive beschreibt die wesentlichen Begrifflichkeiten, die Einbettung in übergeordnete Behandlungskonzepte und relevanten pflegerische Verantwortungs- und Handlungsfelder für eine erweiterte und spezialisierte Pflegepraxis der Zielgruppe. Sowohl die direkte Arbeit mit den Patienten, die Entwicklung der klinischen Praxis, das Coaching von Pflegenden und das Casemanagement sind wichtige Tätigkeitsfelder für die APN Dualdiagnose.

In der integrativen Behandlung sind alle an der Behandlung beteiligten Disziplinen wichtig und es erfordert eine qualitative partnerschaftliche Zusammenarbeit. In dem Rahmen sind recovery-orientierte Pflegeinterventionen zu entwickeln und in den interprofessionellen Kontext zu integrieren, wobei im gemeinsamen Weg die Kultur und die Sprache mit Hoffnung und Optimismus geprägt sein soll [2].

## **Diskussion/Schlussfolgerung**

Die Umsetzung der APN-Rolle in den bestehenden Strukturen ist eine enge Zusammenarbeit von Leitungen des Managements und der Fachentwicklung zwingend. Die Integration von APN in ein neues integrative, interprofessionelle Setting in Form eines stationsübergreifende Versorgungsmodells ist eine Chance für Betroffene, Angehörige und Pflegenden. Die Umsetzung des Konzeptes erfordert viele Zeit und Energie und ist für alle Beteiligten eine Herausforderung.

## Literatur

1. Antai-Otong, D., Theis K, D., & Patrick, D. (2016). *Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders*. *Nurs Clin North Am*, 51(2):237-47. doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.007.
2. Australian Department of Health. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: guide for practitioners and providers*. Abgerufen am 2016.1.7 von Australia Commonwealth of Australia: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-recovgde>
3. Bandura, Albert. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*: New York, N.Y. : Freeman.
4. Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E., . . . Gould, E. (2014). *Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial*. *Pain*, 155(9), 1743-1754. doi: 10.1016/j.pain.2014.05.024
5. Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2005). *Observation: the original sin of mental health nursing?* *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(5), 541-549. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00876.x
6. Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochtermann, Joane M., & Wagner, Cheryl M. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)* (R. Widmer & G. Jürgen Eds.). Bern: Hogrefe.
7. Bryant-Lukosis, D., & Dicenso, A. (2004). *A Framwork for the introduction and evaluation of advanced practic nursing roles*. *J Adv Nurs* 48(5):530-540.
8. Crowe, M., & Luty, S. (2005). *Interpersonal psychotherapy: an effective psychotherapeutic intervention for mental health nursing practice*. *Int J Ment Health Nurs*, 14(2), 126-133. doi: 10.1111/j.1440-0979.2005.00369.x
9. Darke, S. (2013). *Pathways to heroin dependence: time to re-appraise self-medication*. *Addiction* 108(4), S. 659-667.
10. Gaidys, U. (2011). *[Quality needs competence and responsibility - challenges and perspectives of Advanced Nursing Practice for the health care system from a nursing science perspective]*. *Pflege*, 24(1), 15-20. doi: 10.1024/1012-5302/a000087
11. Hamric, A., Spross, J., & Hanson, C. (2009). *Advanced Practice Nrsing - An Intergrative Approach* (4 Ausg.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
12. Indermaur, Esther. (2016). *Recoveryorientierte Pflege bei Suchterkrankungen*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
13. Kinderman, P., Setzu, E., Lobban, F., & Salmon, P. (2006). *Illness beliefs in schizophrenia*. *Soc Sci Med*, 63(7), 1900-1911. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.022

14. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. *Br J Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
15. Leamy, M., Clarke, E., Le Boutillier, C., Bird, V., Choudhury, R., MacPherson, R., . . . Slade, M. (2016). *Recovery practice in community mental health teams: national survey*. *Br J Psychiatry*, 209(4), 340-346. doi: 10.1192/bjp.bp.114.160739
16. Moggi, F. (2014). *Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen*. In M. Walter, & E. Gouzoulis-Mayfrank, *Psychische Störungen und Suchterkrankungen* (S. 13-25). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.
17. Rosenthal, R., & Westreich, L. (1999). *treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder other psychological problems*. In E. Mcdrady, & E. Epstein, *Addictions: A comprehensive guidebook* (S. 439-476). New-York: Oxford University Press.
18. Staudt, M., Lodato, G., & Hickman, C. R. (2012). *Therapists talk about the engagement process*. *Community Ment Health J*, 48(2), 212-218. doi: 10.1007/s10597-011-9377-x
19. Stohler, R. (2014). *Opiatabhängigkeit und komorbide psychische Störungen*. In S. Rudolf, M. Walter, & E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen* (S. 182-189). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.
20. U. S. Departement of Health and Human Services. (2012). *Results from the 2010. National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*. Abgerufen am 2016.06.22 von Substance Abuse and Mental Health Services Administration: [http://archive.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10MH\\_Findings/2k10MHResults.htm#Ch4](http://archive.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10MH_Findings/2k10MHResults.htm#Ch4)

## **32. Assistierte Selbsttötung von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen**

*Dirk Richter*

### **Hintergrund**

Während in vielen westlichen Ländern der assistierte Suizid von Menschen mit schweren und terminalen körperlichen Erkrankungen möglich ist, stellt sich dies für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anders dar.

### **Fragestellung**

Welche Argumente, Rechtsgrundlagen und Forschungsdaten zum assistierten Suizid bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegen vor? Wie sind diese Informationen vor dem Hintergrund neuerer theoretischer Entwicklungen wie Recovery und Empowerment sowie vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention zu werten?

### **Methode**

Es wurde eine nicht-systematische Literaturübersicht zu den in der Fragestellung genannten Themen durchgeführt und diese wird narrativ präsentiert.

### **Ergebnisse**

In vielen westlichen Ländern sind Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hinsichtlich der Sterbehilfe deutlich schlechter gestellt und werden gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen diskriminiert. Eine derartige Diskriminierung dürfte gemäss der UN-Behindertenrechtskonvention nicht vorkommen. Die aktuellen Forschungsdaten zeigen, dass Sterbewünsche der meisten Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen nicht durch das Urteilsvermögen getrübt werden.

## **Diskussion**

Es wird vorgeschlagen, im Anschluss an Diskussionen in der Medizinethik im Zusammenhang mit der Assistenz beim Sterben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zwischen Selbsttötung und Suizid zu unterscheiden. Eine Selbsttötung erfolgt nicht unter dem Einfluss einer akuten Krise und das Urteilsvermögen ist vorhanden, dies im Gegensatz zum Suizid. Aus sozialpsychiatrischer Perspektive ist eine Verweigerung der Sterbehilfe für diese Personen vor dem Hintergrund von Recovery, Empowerment und unterstützter Entscheidungsfindung als fragwürdig zu betrachten.

## **Schlussfolgerungen**

Bei den medizinischen, politischen und rechtlichen Regelungen zur Sterbehilfe sollten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht gegenüber Menschen mit körperlichen Erkrankungen diskriminiert werden.



### **33. Wohnpräferenzen von Menschen mit psychischen Behinderungen – Systematische Übersicht und Meta-Analyse**

*Dirk Richter, Holger Hoffmann*

#### **Hintergrund**

Die Wohnversorgung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gehört zu den Grundpfeilern der psychiatrischen Hilfen. Bis zur Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung der Psychiatrie gegen Ende des 20. Jahrhunderts lebten viele Menschen in Kliniken. Anschliessend wurden neue Wohnformen wie Heime, Wohngruppen und Privatwohnungen mit Unterstützung etabliert. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen spricht den Nutzenden der Wohnversorgung Wahlfreiheit zu.

#### **Fragestellung**

Hinsichtlich der individuellen Wahlfreiheit bei der Wohnform, aber auch hinsichtlich des Aspekts der Versorgungsplanung und Ressourcenallokation stellt sich die Frage, wie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wohnen wollen.

#### **Methode**

Wir haben eine systematische Literaturübersicht und eine Meta-Analyse von Proportionen durchgeführt (Random-effects model; Software R, Package metaprop). Eingeschlossen wurden peer-reviewte Publikationen, die über Wohnpräferenzen für das unabhängige Wohnen (allein oder mit Personen nach Wahl) versus andere Wohnformen berichteten. Das Vorgehen folgte dem PRISMA-Schema und enthielt eine Qualitätsbewertung der Publikationen. Es wurde eine Subanalyse von Studien mit Menschen in Obdachlosigkeit und Menschen ohne Obdachlosigkeit durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Von initial 2042 relevanten Studien wurden 20 Publikationen in die systematische Übersicht und 8 Publikationen in die Meta-Analyse eingeschlossen. Insgesamt ergab die Meta-Analyse mit 3134 befragten Personen eine Rate von 84 Prozent, welche unabhängiges Wohnen präferierten. Zwischen den Gruppen von Menschen in Obdachlosigkeit und nicht in Obdachlosigkeit gab es keinen relevanten Unterschied bei der Präferenz.

## **Diskussion**

Die grosse Rate der Präferenz für unabhängiges Wohnen muss vor dem Hintergrund weiterer Faktoren wie der Effektivität und der Wirtschaftlichkeit der Wohnversorgung diskutiert werden.

## **Schlussfolgerungen**

Da es hinsichtlich der Effektivität und der Wirtschaftlichkeit keine klaren Vorteile zugunsten einer Wohnform gibt, sollte die Präferenz der Bewohnenden den Ausschlag geben. Vor diesem Hintergrund sollte das unabhängige Wohnen einen deutlich grösseren Stellenwert erhalten.

### **34. „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflegern mehr Therapie als das Programm“ –Implementierung von Primary Nursing in der psychiatrischen Klinik des Evangelischen Klinikums Bethel (EvKB)**

*Wolfram Kämmer, Ute Roelfs, Sabine Noelle, Jacqueline Rixe*

#### **Hintergrund**

Primary Nursing (PN), ab 1969 von Marie Manthey [1] in den USA entwickelt, folgt so konsequent wie kein anderes Pflegeorganisationssystem dem Gedanken, die Arbeitsprozesse im Krankenhaus am Patienten auszurichten und ermöglicht Pflegenden den durch sie geleisteten Versorgungsprozess aktiv zu gestalten. Neben einer verbesserten Qualität der Pflege und einer höheren Patientenzufriedenheit fördert PN auch die Professionalisierung von Pflegenden.

In der Praxis werden jedoch auch negative Effekte von PN beschrieben. So kann die kontinuierliche, persönliche Verantwortung für Patienten zu tatsächlicher oder gefühlter Arbeitsüberlastung bei PNs führen [2]. Innerhalb von Pflegeteams kann eine differenzierte Aufgaben- und Rollenbeschreibung ein Gefühl von Konkurrenz und Ungleichheit hervorrufen. Die Wahrscheinlichkeit eines solchen negativen Effektes erhöht sich bei einem etablierten Gruppenpflegesystem, wie es in Deutschland weit verbreitet ist.

Um dem entgegenzuwirken wird empfohlen PN nur einzuführen, wenn ein breiter Konsens oder sogar das Einverständnis aller Beteiligten für die Einführung besteht [3].

#### **Fragestellung**

Nachdem bereits 2006 beschlossen wurde, Primary Nursing als verbindliches Pflegeorganisationssystem im EvKB, einer Klinik der Maximalversorgung mit insgesamt 1500 stationären Betten, zu implementieren, wurde das System ab 2010 auch in der Psychiatrischen Klinik eingeführt und vorhandene Struk-

turen verändert. Dies traf weder inter- noch intradisziplinär ausschließlich auf Zustimmung.

Somit wurde in dem Praxisprojekt folgende Fragestellung verfolgt:

- Wie gelingt es unter den bestehenden Rahmenbedingungen PN auf breiter Basis als Pflegeorganisationssystem in einer deutschen Abteilungspsychiatrie zu etablieren und weiterzuentwickeln?

## **Vorgehen**

2010 wurde PN systematisch als verbindliches Pflegeorganisationssystem eingeführt. Viele organisatorische Abläufe wurden auf das PN-System abgestimmt. Parallel zur Einführung von PN wurden Stabsstellen für klinische Pflegeentwicklung geschaffen. Durch die klinischen Pflegeentwicklerinnen und Pflegeentwickler wurde der Einführungsprozess eng begleitet [4].

Obwohl bereits im Vorfeld und auch während des laufenden Implementierungsprozesses kein breiter Konsens für die Einführung von PN bestand, wurde PN nach einem gestaffelten Zeitplan und unter den gleichen fachlichen und organisatorischen Vorgaben in allen Klinikbereichen eingeführt.

Unter diesen gesetzten Vorgaben war und ist es möglich, das System laufend an die Rahmenbedingungen der einzelnen Arbeitsbereiche anzupassen und so dauerhaft zu etablieren und weiterzuentwickeln.

## **Ergebnisse**

Vier wichtige Faktoren haben dabei geholfen, den Veränderungsprozess kontinuierlich fortzusetzen und Erfolge zu erzielen.

- Die pflegerische Führungsebene war und ist fest entschlossen den Veränderungsprozess voranzutreiben. Alle verfügbaren Handlungsspielräume und Ressourcen werden ausgeschöpft und eingesetzt.
- Die stattfindenden Veränderungen und die zugrundeliegenden Ziele werden kontinuierlich und offen kommuniziert.
- Der Veränderungsprozess wird stetig evaluiert und angepasst. Fehlentwicklungen werden zeitnah korrigiert.

- Alle Pflegenden in der PN-Funktion werden durch gezielte Förderung (durch die auf die spezifischen Bedürfnisse der Klinik abgestimmte PN-Fortbildung oder durch ein Bachelor-Studium) fortgebildet.

## Schlussfolgerung

Innerhalb existierender Rahmenbedingungen ist auch in Deutschland die Einführung, Etablierung und Weiterentwicklung von Primary Nursing als Pflegeorganisationssystem möglich. Ein breiter Konsens aller Beteiligten für das System ist zwar wünschenswert, aber für eine erfolgreiche Implementierung nicht zwingend notwendig.

Voraussetzung hierfür ist eine klare Vision des Pflegemanagements, der interdisziplinäre Ansatz und die gezielte Fortbildung von Pflegenden in PN-Funktion und eine stetige Evaluation und Anpassung des Prozesses.

## Literatur

1. Manthey, M. (2011). *Primary Nursing: ein personenbezogenes Pflegesystem*. 3. überarb. und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
2. Athlin, E. et al. (1993). *Application of primary nursing within a team setting in the hospice care of cancer patients*. *Cancer Nursing*, 16(5), 388-397
3. Mischo-Kelling, M., Schütz-Pazzini, P. (2007): *Primäre Pflege in Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
4. Nienaber, A. et al. (2013). *Evaluation von Primary Nursing in einer psychiatrischen Klinik: „... find'ich gut, dass die Kompetenzen haben.“* *Pflegezeitschrift*, 66(3), 150-154.

## **35. „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflegern mehr Therapie als das Programm“ – Skill- und Grade-Mix auf den Stationen: Aufgabenprofil und Qualifikation der PNs**

*Ute Roelfs, Sabine Noelle, Wolfram Kämmer, Jacqueline Rixe*

### **Hintergrund**

Primary Nursing (PN) als Pflegorganisationsmodell impliziert die Übernahme von Verantwortung für den Pflegeprozess und die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Dies kann nicht nur die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung fördern, sondern auch die weitere Professionalisierung von Pflegenden anstoßen [1].

Im Rahmen der Implementierung von PN in einer psychiatrischen Klinik in Deutschland wurde 2010 das Tätigkeitsprofil der Primary Nurses festgelegt, Stellenbeschreibungen für diese erstellt und die PN-Stellen offiziell ausgeschrieben.

Um dem mit der Funktion einer PN einhergehenden Aufgabenprofil und den damit verbundenen Entscheidungsbefugnissen gerecht zu werden, müssen psychiatrisch Pflegende nicht nur über Berufserfahrung und Fachkompetenz, sondern auch über unterschiedliche Handlungskompetenzen [2] in den Personal- und Sozialkompetenzen verfügen.

### **Problemdarstellung**

Die Übernahme von Verantwortung als PN erfordert, wie oben beschrieben, ein stabiles Fundament an Fähigkeiten und Fertigkeiten, um komplexe Pflegehandlungen anbieten und umsetzen zu können.

Diese werden weder durch die berufliche Grundausbildung, noch durch vorhandene Berufserfahrung allein erlernt und lassen zusätzliche Bildungsmaßnahmen notwendig erscheinen.

## Vorgehen

Die Primary Nurses durchliefen ein Bewerbungsverfahren und wurden verpflichtet, an einer zusätzlichen Weiterbildung teilzunehmen, um dem Aufgabenprofil gerecht werden zu können.

Die PN-Qualifikation konnte entweder durch einen durch die Klinik geförderten akademischen Abschluss in „Psychiatrischer Pflege“ oder eine interne PN-Weiterbildung erlangt werden.

Diese wurde unter Leitung einer Bildungsreferentin in fachlicher Kooperation mit den Pflegeentwicklerinnen und Pflegeentwicklern konzeptualisiert. Die Bildungsmaßnahme sorgt für die Verbindung von Erfahrungslernen im Arbeitsbereich und dem formellem Lernen mit der Zielsetzung der Kompetenzentwicklung und dem Erwerb reflexiver Handlungsfähigkeit [3]. Anhand eines praxisnahen Bildungskonzeptes erfolgt hier gezielt eine Vorbereitung auf das in der Klinik geforderte Aufgabenprofil einer PN.

Die Gesamtdauer der Qualifikationsmaßnahme beträgt 208 Stunden. Sie umfasst 120 theoretische Unterrichtsstunden, 40 Stunden für die Erarbeitung der Lernaufgaben. 38 Stunden Hospitation in einen anderen Schwerpunktbereich der Psychiatrie.

Der theoretische Unterricht wird in fünf themenspezifischen Blöcken, durchgeführt.

Um eine gute Theorie-/Praxisverzahnung sicher zu stellen, die Inhalte zu festigen und zu reflektieren, wird zwischen den Blöcken jeweils eine Lernaufgabe zu einem Schwerpunktthema des jeweiligen Blockes gestellt. Die Lernaufgabe wird im nachfolgenden Block ausgewertet.

Zwischen dem 3. und 4. Block absolvieren die Teilnehmenden eine fünftägige Hospitation von Montag bis Freitag (fünf Dienste) in einem anderen Schwerpunktbereich der Psychiatrischen Klinik.

Schwerpunktthemen der Blöcke sind sowohl das theoretische Hintergrundwissen zum Pflegeprozess, als auch zu konkreten Interventionen, z.B. aus der Dialektisch Behavioralen Therapie / aus dem Community Reinforcement

Approach/ aus dem Recoveryansatz / aus der Systemischen Beratung. Weitere Schwerpunkte sind rechtliche und ökonomische Aspekte, sowie Zeitmanagement; Rollenverständnis als Primary Nurse; Eigenreflexion im Rahmen der Kommunikation; Werte in der ethischen Entscheidungsfindung; Coaching für das Kolloquium.

## **Ergebnisse**

Die 1x im Jahr angebotene Weiterbildungsmaßnahme wird kontinuierlich durch die Bildungsreferentin reflektiert, der Lernerfolg durch ein Kolloquium überprüft und die Veränderungen im Arbeitsverhalten mit der Pflegeentwicklung, dem Pflegedirektor und den Klinikleitungen evaluiert [4]. Wie die Evaluationen der PN-Fortbildung zeigen, hat sich diese als unterstützendes Fundament für die PN-Tätigkeit bewährt.

Die Teilnehmenden begrüßen besonders den starken Praxisbezug und den Austausch untereinander und nutzen die Fortbildung, um Unsicherheiten z.B. hinsichtlich der Erstellung von Pflegeplanungen und pflegerischen Interventionen entgegenzuwirken. Das Studium der Psychiatrischen Pflege wird von den Absolventinnen und Absolventen ebenfalls als sehr hilfreich für die PN-Tätigkeit erlebt.

## **Diskussion**

Durch das klar formulierte Anforderungsprofil an eine PN hat die Funktion an Verbindlichkeit gewonnen und einen Skill- und Grade-Mix auf den Stationen hervorgerufen. Dies erfordert nicht nur eine umfangreiche Bildungsmaßnahme für die PNs, sondern auch eine kontinuierliche Begleitung durch die Pflegeentwickler/-innen der Psychiatrischen Klinik. Dadurch wird eine nachhaltige Implementierung gewährleistet.

## **Schlussfolgerung**

Die Übernahme von Verantwortung als PN erfordert ein stabiles Fundament an Handlungskompetenzen, das es im Rahmen von speziellen PN-Weiterbildungsmaßnahmen oder Studiengängen zu festigen gilt.



Um Pflegenden die Übernahme von Verantwortung zu ermöglichen und die Professionalisierung in der Pflege voran zu treiben, sollten Bildungsmaßnahmen und Studiengänge unbedingt installiert und unterstützt werden.

## **Literatur**

1. *Mischo-Kelling, M. & Schütz-Pazzini, P. (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.*
2. *Ott, B. (2000): Grundlagen des beruflichen Lernens und Lehrens (S. 22 -33). Berlin: Cornelsen.*
3. *Dehnbostel, P. & Gondon, P.(2004): Informell erworbene Kompetenzen in der Arbeit – Grundlegung und Forschungsansätze-Grundlegungen und Forschungsansätze. 13. Hochschultage Berufliche Bildung 2004, 19 Band*
4. *Kirkpatrick, D. (1998): Evaluation Training Programs – The Four Levels (2. Auflage). San Francisco: Berrett-Koehler Publisher*

## **36. „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflägern mehr Therapie als das Programm“ – Effekte von Primary Nursing aus Sicht der Patientinnen und Patienten**

*Jacqueline Rixe, Ute Roelfs, Wolfram Kämmer, Sabine Noelle*

### **Hintergrund**

Das in den 1970-er Jahren entwickelte und von M. Manthey [1] ausführlich beschriebene Pflegeorganisationsmodell Primary Nursing wird als Schlüsselkonzept für die Verbesserung der Patientenversorgung formuliert, obgleich die Evaluation von Primary Nursing (PN) als „methodisch problematisch“ [2, S. 404] beschrieben wird. So ist laut Hoffmann Kusk und Groenkjaer [2] bis 2016 noch keine systematische Evaluation durchgeführt worden, um Primary Nursing eine belastbare Evidence zuschreiben zu können. PN geht aber mehreren Studien zufolge [z.B. 4,5] mit einer Steigerung der Versorgungsqualität bzw. mit einer höheren Zufriedenheit sowohl auf Patienten- und auch auf Pfliegendenseite einher. Ebenfalls wird die Übernahme von Verantwortung in der Pflege durch diese Art der Pflegeorganisation begünstigt [6].

Dass es in der psychiatrischen Versorgung häufig nicht an Evidence mangelt, sondern der Transfer in die Praxis an der Implementierung scheitert, wird in Bezug auf unterschiedliche Interventionen diskutiert [z.B. 7]. So zeigt auch im PN-Kontext eine Querschnittstudie von Drach-Zahavy aus dem Jahr 2001/2002 [8] bereits, dass der Implementierungsprozess eine entscheidende Rolle für den Erfolg von PN spielt, dieser aber wenig erforscht ist. Auch scheinen unterschiedliche Probleme bei der Evaluation von PN zu bestehen. So mangelt es Boeckler zufolge z.B. an Richtwerten hinsichtlich der Messzeitpunkte nach Einführung von PN [2].

Für die erfolgreiche Implementierung von PN werden in der Literatur unterschiedliche Rahmenbedingungen und das Einverständnis bzw. eine positive Grundhaltung aller beteiligten Personen als obligat formuliert, um durch die Implementierung eine Win-Win-Situation herstellen zu können [9].

## **Zielsetzung und Fragestellung**

Durch die Evaluation des Praxisprojekts wurde angestrebt, die Effekte des Pflegeorganisationsmodells auf Patientenseite zu überprüfen und daraus Rückschlüsse auf den Implementierungsprozess zu ziehen. Die Evaluation und das Monitoring dieses Prozesses wurden im Sinne der Qualitätssicherung eingesetzt, um ggf. die Implementierungsstrategien anzupassen.

Die Evaluation erfolgte anhand folgender Fragestellungen:

- Wie erleben die Patienten/-innen die Umsetzung von PN?
- Welche Tätigkeiten und Themen sind für die Patienten/-innen im Zusammenhang mit PN wichtig?
- Wie zufrieden sind Patienten/-innen mit der pflegerischen Betreuung?

## **Vorgehen**

Um die Implementierung von PN begleitend zu evaluieren, wurde zu mehreren Messzeitpunkten eine Auswertung mit unterschiedlichen Erhebungs- und Analyseverfahren durchgeführt. So erfolgte initial 2011 eine Erfassung von Effekten anhand von Fokusgruppeninterviews, die qualitativ bzw. inhaltsanalytisch ausgewertet wurden, und anhand einer standardisierten Patienten-Befragung mittels Fragebogen mit quantitativer Auswertung [10].

Dieser wurde im weiteren Verlauf den Erkenntnissen der qualitativen Auswertung entsprechend modifiziert und um wenige Items ergänzt. Der Fragebogen, auf dem die Reevaluation 2016/2017 basierte, umfasste somit insgesamt 17 Items, die sich vier Kategorien zuordnen ließen:

- Soziodemografische Angaben
- Organisation und Rahmenbedingungen
- Rolle und Tätigkeitsprofil
- Qualität und Zufriedenheit

Die Befragung war anonym und die Teilnahme daran freiwillig. Für die bessere Verständlichkeit wurde die PN im Fragebogen als pflegerische Bezugsperson deklariert. Die Auswertung erfolgte deskriptivstatistisch per SPSS.

## Ergebnisse

Die Resultate der zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführten Erhebungen auf unterschiedlichen Stationen weisen darauf hin, dass sich das Pflegeorganisationsmodell Primary Nursing in der psychiatrischen Klinik in den vergangenen sechs Jahre nicht nur etabliert, sondern auch stabilisiert hat. (Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Kongressbandbeitrages steht die Reevaluation bei fünf der 14 Stationen in der Psychiatrie noch aus.)

Über die Stabilisierung hinaus haben sich auf den bereits befragten Stationen seit der Erstevaluation [10] hinsichtlich der Organisation von PN einige Outcome-Parameter (z.B. transparente Gestaltung von Zuständigkeiten und Vertretungsregelungen) deutlich verbessert. Den Themen, die aus der Erstevaluation als Gegenstand der Gespräche mit der PN hervorgingen (Therapieprogramm, Ausgangsregelung, Medikation, Entlassplanung), wurden von den Patienten/-innen in den verschiedenen Abteilungen unterschiedlich gewichtet. Auch wurden die Themen „Ursachen für den Aufenthalt, Erarbeiten eines Notfallkoffers, Sorgen/persönliche Probleme (mit der Familie), Besprechen von Belastungsversuchen“ etc. von den Patienten/-innen als relevante Themen identifiziert, die sie mit ihrer PN besprochen haben.

Hinsichtlich der Gespräche zeigte sich in der Erstevaluation, dass der Planung von Gesprächen durch die Patienten/-innen ein geringerer Stellenwert eingeräumt wurde als zuvor erwartet. Bei der Frage danach, was den Patienten/-innen bei der pflegerischen Betreuung gut gefallen habe, wurde abteilungsübergreifend mehrfach die Ansprechbarkeit und Redebereitschaft rund um die Uhr genannt, so dass diesem Aspekt eine besondere Bedeutung beigemessen werden kann. Darüber hinaus wurden persönliche Attribute wie Verständnis, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit und Offenheit genannt.

Aus allen Erhebungen ging hervor, dass mit 95,6% die meisten Patienten/-innen mit der pflegerischen Versorgung in der Klinik zufrieden waren und die Zusammenarbeit mit ihrer pflegerischen Bezugsperson/PN sehr schätzten. Von einem Patienten wurde der sogar Satz formuliert „Erstaunlicherweise war der Kontakt zu den Pflegern mehr Therapie als das Programm“.

## **Diskussion**

Die positiven Outcomes von PN, die in der Literatur beschrieben werden, spiegelten sich in der praxisnahen Evaluation wieder. Der Großteil der Patienten/-innen war mit der pflegerischen Betreuung zufrieden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenden sehr patientenorientiert arbeiten und die Patienten/-innen die pflegerische Betreuung schätzen und als unterstützend wahrnehmen. Neben der positiven Bewertung liefert die Evaluation auch Hinweise auf Optimierungspotential z.B. durch noch mehr Transparenz.

Rückblickend kann anhand der Ergebnisse auch ein Rückschluss darauf gezogen werden, dass der Implementierungsprozess erfolgreich war und sich das Pflegeorganisationsmodell in der Klinik stabilisiert hat, obgleich vor der Einführung nicht alle empfohlenen Rahmenbedingungen gegeben waren.

Die Ergebnisse der Reevaluation müssen hinsichtlich ihrer Repräsentativität jedoch als eingeschränkt betrachtet werden, da die Evaluation an diverse methodische Limitationen gekoppelt war. So muss z.B. durch die Festlegung auf einen Erhebungszeitraum von vier Wochen und das Vorgehen bei der Rekrutierung von Selektionsverzerrungen ausgegangen werden.

## **Schlussfolgerung**

Die Implementierung von PN in psychiatrischen Behandlungskontexten stellt nicht nur eine Chance für Pflegende dar, auf Augenhöhe mit anderen Disziplinen Verantwortung für die Behandlung (psychisch) erkrankter Menschen zu übernehmen, sondern eine Chance, die Zufriedenheit der Patienten/-innen mit der pflegerischen Versorgung zu verbessern.

Es sollte in Erwägung gezogen werden, für die pflegerische Begleitung von psychisch erkrankten Menschen Primary Nursing deutschlandweit als State of the Art zu formulieren und vermehrt Weiterbildungen und Studiengänge zu nutzen, um dem Anforderungsprofil einer PN in komplexen Versorgungssituationen gerecht werden zu können. Dies würde sich auch auf den Professionalisierungsprozess in der Pflege positiv auswirken.

## Literatur

1. Manthey, M. (2011). *Primary Nursing: ein personenbezogenes Pflegesystem*. 3. überarb. und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
2. Boeckler, U. (2006). *Primary Nursing einfach evaluieren? Eine Auseinandersetzung mit Problemen und Strategien*. *Printernet*, 7/8, 404-419.
3. Hoffmann Kusk, K. & Groenkjaer, M. (2016). *Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol*. *JB I Database of Sytematic Reviews and Implementation Reports*, 14(6), 14-22.
4. Sellicka ,K.J. et al.(2003). *Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction*. *International Journal of Nursing Studie*, 40, 545-551
5. Archibong, U.E. (1999). *Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study*. *JAN*, 29(3), 680-689.
6. Sauter, D. & Rixe, J. (2016). *Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege*. *Psychiatrische Pflege*, 1(1), 37-40.
7. Bechdolf, A. & Klingberg, S. (2014). *Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem*. *Psychiat Praxis*, 41(1), 8-10.
8. Drach-Zahavy, A. (2004). *Primary nurses´ performance: role of supportive management*. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 7-16.
9. *Deutsches Netzwerk Primary Nursing/DBfK (2016). Personalentwicklung im Primary Nursing*. Zugriff am 03.07.2016 unter: <https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/netzwerk-primary-nursing/>
10. Nienaber, A. et al. (2013). *Evaluation von Primary Nursing in einer psychiatrischen Klinik: „... find´ich gut, dass die Kompetenzen haben.“* *Pflegezeitschrift*, 66(3), 150-154.

## **37. Mitmischen - Aufmischen – Einmischen am Beispiel eines Modellprojekts nach § 64b SGB V- als Klinik- als Modellabteilung und integriert in die Abteilungen**

*Elvira Lange*

### **Hintergrund**

Genau dieser Titel passt in die Umbruchphase zum Modellvorhaben nach 64b - was aber hat die Pflege damit zu tun - ist dies nicht ein vorwiegend ärztlicher Bereich?

Nein, genau nicht - im Laufe des Modellvorhabens kann und wird die Pflege sich anderen Herausforderungen stellen müssen und dürfen und es werden sich veränderte Aspekte der multiprofessionellen Zusammenarbeit ergeben. Die bisherige Versorgung der Patientinnen und Patienten der Klinik orientiert sich weitestgehend an klassischen Angeboten eines Psychiatrischen Krankenhauses mit Versorgungsauftrag, auch wenn es immer wieder einzelne kleinere Versuche gab hierzu neuere Angebote zu machen. Die Struktur des bisherigen Versorgungsmodells zeigt sehr deutlich die Grenzen der sektoralen Versorgung an mit den bekannten Schnittstellenproblemen zwischen ambulant und stationär.

### **Problemstellung**

Die notwendigen Veränderungen der Krankenhausstrukturen führen zu einer Veränderung von Abläufen und Strukturen. Behandlung muss anders gedacht und geplant werden, Räumlichkeit, Abläufe müssen verändert werden, Fortbildungsbedarfe geplant werden, Dokumentationsveränderungen müssen erfolgen, Evaluationen geplant werden.

### **Ziele**

Die Zielsetzung besteht zum einen in einem Angebot für Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht, leistungsgerecht versorgt zu werden, zum anderen besteht der Wunsch der Leistungsfinanzierer Patientinnen und Patienten

schnellstmöglich genesen zu wissen, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besteht der Wunsch nach qualitativ hochwertiger Versorgung, ebenso steht eine wirtschaftliche Betriebsführung und jederzeitige Handlungsmöglichkeit hinsichtlich ausreichender Aufnahmekapazitäten im Vordergrund, da es sich um ein Krankenhaus mit Pflichtversorgung handelt.

## **Vorgehen**

Von Beginn an wurde schnell deutlich, dass das Modellvorhaben eine große Chance bedeutet, aber auch gewaltige Veränderungen für den Klinikbetrieb mit sich bringen wird. Daher wurde vor dem Start mit dem Modellvorhaben ein strukturiertes Projektmanagement implementiert, um Veränderungsprozesse, die sich in den verschiedenen Abteilungen der Klinik ergeben zielgerichtet begleiten und koordinieren zu können.

## **Bisherige Ergebnisse/Erfahrungen**

Das Modellvorhaben ist zum Zeitpunkt des Symposiums ein Jahr am Start. Zum jetzigen Zeitpunkt kann man aus den Abteilungen verschiedene Entwicklungsströme beobachten. Beachtenswert ist, dass es eine hohe Leistungsmotivation gibt, die vorhandenen Krankenhausstrukturen neu zu durchdenken und andere Wege zu beschreiten. Die Abteilungen wurden mit verschiedenen Schwerpunktentwicklungen beauftragt. Dies ist als sehr positive Entwicklung zu bewerten, da so gewährleistet werden soll, dass hinsichtlich Lesson learned nicht jede Abteilung mit dem gleichen Fehler oder Anlaufschwierigkeiten gleichzeitig startet und in der Einführung in der eigenen Abteilung von den Erfahrungen anderer gelernt werden kann.

## **Schlussfolgerung**

Das Modellvorhaben der LVR Klinik Bonn bietet die Chance die Behandlung in der Klinik neu zu denken - eine Abkehr von traditionellen Strukturen zu wagen und trotzdem das Bewährte weiter führen zu können sowie Ideen für eine andere Verankerung der Rolle der Pflege zu finden.



## **38. DynaLive in der Allgemeinpsychiatrie- Erwachsenenbereich- Neuausrichtung in der psychiatri- schen individuellen Versorgung, Erweiterung des Stationä- ren Behandlungsangebot im häuslichen Umfeld, Stations- ersetzende Leistungen**

*Dirk Werner*

### **Hintergrund**

Die Ziele in der psychiatrischen Versorgung sehen schon seit längerem eine zunehmende qualitative Behandlungsverbesserung vor. Trotz bestehenden Entlassungsmanagements kommt es häufig zu Behandlungsunterbrechungen, wiederholten Neuaufnahmen und vermeidbaren Behandlungsverlängerungen! Durch die Integration von pflegerischen Behandlungsangeboten im häuslichen Umfeld, schon während der stationären Behandlung, könnte der Gefahr der Hospitalisierung vorgebeugt werden! Ein weiterer Effekt wäre die Verkürzung der stationären Behandlungsdauer und einer subjektiven Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Das auf acht Jahre angelegte Modellvorhaben DynaLive nach §64b bietet hierfür die besten Voraussetzungen.

### **Problemstellung**

Die erhobenen Prävalenzzahlen der psychiatrischen Erkrankungen der letzten Jahre zeigen einen zunehmenden Anstieg der behandelten Krankheitsfälle. So erkrankt mindestens ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal in seinem Leben an einer oder mehreren psychiatrischen Erkrankungen - Tendenz steigend!

Die schon heute angebotenen psychiatrischen Hilfsangebote werden bisher nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung genutzt. Es ist davon auszugehen das in Zukunft die Nutzungshäufigkeit der Behandlungsangebote deutlich steigen wird.

Durch die schon heute bestehende Unterversorgung im ländlichen Raum mit Psychiatern und Psychotherapeuten im ausreichenden Umfang, wird sich eine deutliche Änderung in den psychiatrischen Krankheitsbildern der zu versorgenden psychiatrischen Krankenhäuser abzeichnen.

## **Ziele**

Die Patientenversorgung soll durch das Modellvorhaben an der LVR-Klinik Bonn durch eine sektorenübergreifende Leistungserbringung verbessert werden. Die Behandlungskontinuität soll durch eine ganzheitliche, patientenzentrierte Versorgung verbessert und sichergestellt werden. Mithilfe von konstanten berufsübergreifenden therapeutischen Beziehungen und den Einbezug des persönlichen Umfeldes kann dies erreicht werden. Unterstützend werden hier der Ausbau der stationersetzenden Maßnahmen und die Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung. Geplant ist der Auf- und Ausbau eines komplexen Behandlungsangebots, dem sogenannten „Home-Treatment“.

## **Vorgehen**

Das Modellprojekt umfasst alle psychiatrischen Fachbereiche. Alle Patienten der Modellkrankenkassen werden im Rahmen des Modellvorhabens behandelt und abgerechnet.

Bisher erfolgte die Behandlung in den Behandlungsbereichen „Vollstationär“, „Teilstationär“ und „Ambulant“. Künftig soll die Behandlung kontinuierlich durch ein Behandlungsteam erfolgen-unabhängig vom Behandlungsetting. Es wird möglich sein, dass die Behandlung des Patienten im häuslichen Umfeld erfolgt. Der Patient kann Leistungen in Anspruch nehmen, die über das ambulante Angebot hinausgehen, aber weniger umfänglich als eine teilstationäre Behandlung sind. Am 01.10.2016 hat die APII der LVR-Klinik Bonn mit der Umsetzung des Modellvorhabens im ambulanten Bereich begonnen. Ab dem 01.01.2017 werden auch einzelne Patienten im stationären Bereich betreut. Ab dem 01.10.2017 werden alle Abteilungen des Fachbe-

reichs Psychiatrie in Teilprojekten mit dem Modellvorhaben beginnen und umsetzen.

### **Bisherige Erfahrungen**

Das Modellvorhaben wird von Patienten der Modellkrankenkassen positiv angenommen. So werden aktuell zehn Patienten im stationsunabhängigen Modul betreut. Ein neuer Ansatz für die Pflege ist der ambulante Arbeitsbereich und deren Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung. So besteht ein sehr großes Interesse bezüglich des Arbeitsfeldes „Home-Treatment“. Erste Schulungen sind erfolgt. Im Juni wird eine „Inhouse“-Schulung zum Thema angeboten. Erste „Home-Treatment“-Angebote sollen im 2.Halbjahr 2017 erfolgen.

### **Schlussfolgerung**

Die Umsetzung des Modellvorhabens bietet die Möglichkeit eine zukunftsorientierte Versorgung von psychisch kranken Menschen zu gewährleisten, verbunden mit einer höheren Patientenzufriedenheit. Für die Pflege bieten sich Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung, einer höheren Arbeitszufriedenheit und Wertschätzung durch Übernahme individueller Tätigkeiten in Selbstverantwortung.

## **39. DynaLive in der Alterspsychiatrie – Voraussetzungen, Chancen und Möglichkeiten aus Sicht der Praxis**

*Stefan Rogge*

### **Hintergrund**

Das bisherige psychiatrische Versorgungssystem besteht im Schwerpunkt aus den Bereichen Klinik, ambulante (Sozial-)Psychiatrie und unterschiedlichen Anbietern des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese Angebote kennzeichnen sich bisweilen durch viele Brüche in der Behandlungskontinuität, die in erster Linie zu Lasten der Betroffenen gehen. Durch das Modellvorhaben nach §64b SGB V besteht die Möglichkeit, eine sektorenübergreifende und stationsunabhängige Behandlung zu planen und zu gestalten.

### **Problemstellung**

Insbesondere für ältere Menschen bedeutet eine stationäre psychiatrische Behandlung einen massiven Einschnitt in ihre bisherige Lebenspraxis. Desweiteren stellt ein plötzlicher Milieuwechsel einen Risikofaktor für ein Delir dar verbunden mit einem erhöhten Mortalitäts- und Institutionalisierungsrisko. Aus diesen Gründen sollte eine Behandlung im gewohnten Lebensumfeld angestrebt werden. Hierbei muss zum bisherigen Zeitpunkt jedoch konstatiert werden, dass von Seiten der Kliniken und somit auch von den dortigen psychiatrisch Pflegenden kaum Angebote für eine solche, stationsunabhängige Behandlung gemacht wurden. Nicht zu vernachlässigen ist schließlich auch die Rolle der Angehörigen, diesen fehlt oftmals die Kraft, die häusliche Versorgung weiter zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang lässt sich feststellen, dass es im psychiatrischen Bereich, im Gegensatz zu dem der somatischen Medizin, kaum Kursangebote für Angehörige gibt.

## **Ziele**

Durch die Vermeidung oder Reduktion von stationären Behandlungen soll die bisherige Lebenswelt des Betroffenen möglichst lange erhalten werden. Die hierfür nötigen Anpassungen der bisherigen (Behandlungs-) Angebote werden unter der Zielvorgabe einer Steigerung der Zufriedenheit und Entlastung der Betroffenen und Angehörigen durchgeführt. Weiterhin steht die Professionalität der psychiatrisch Pflegenden im Fokus. Diese sollen dazu befähigt werden ihre bisherigen Behandlungs- und Betreuungsroutinen zu reflektieren und zu durchbrechen. Das Modellvorhaben stärkt die dialogische Perspektive auf allen beteiligten Seiten und fördert hiermit ein Umdenken und führt im besten Fall zur Stärkung der jeweiligen Rollen im gesamten Behandlungsgeschehen.

## **Vorgehen**

Zunächst wurden die bestehenden interdisziplinären Behandlungsangebote, sowie aktuelle Literatur zum Thema zusammengetragen. Eine Arbeitsgruppe psychiatrisch Pflegender prüfte die vorhandenen Konzepte und Unterlagen hinsichtlich der Anforderungen an eine sektorenübergreifende Behandlung und passte diese an. Im weiteren Verlauf ist ein regelmäßiger, interdisziplinärer Austausch angedacht. Die Arbeitsgruppe besteht seit Januar 2017. Im Oktober sollen erste Ergebnisse in die Praxis transferiert werden.

## **Bisherige Ergebnisse/Erfahrungen**

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass es für den Bereich der Gerontopsychiatrie kaum bis keine praktischen Erfahrungen mit der Umsetzung eines Modellprojekts nach § 64b SGB V im Bereich der Alterspsychiatrie gibt. Gleichzeitig zeigt sich, dass nicht zuletzt aufgrund der bestehenden Strukturen (Stationen, Tagesklinik, Ambulanz) und den in all diesen Bereichen vorhandenen psychiatrischen Pflegekräften, Möglichkeiten zur Ausgestaltung von stationsunabhängigen Leistungen bestehen. Geplant sind: Implementierung der Adherencetherapie, aufsuchende Maßnahmen zur Einschätzung

des Betreuungs- und Unterstützungsbedarfs im Lebensumfeld, trialogische Therapieversammlungen, Etablierung eines Angehörigencafés am Abend, sowie der Ausbau der Zusammenarbeit mit Tagesstätten und Selbsthilfeeinrichtungen.

### **Schlussfolgerung**

Bei der Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen im gewohnten Lebensumfeld bei gleichzeitiger Entlastung und Unterstützung derer Angehörigen, spielt die psychiatrische Pflege eine gewichtige Rolle. Sie sind diejenigen, die aus ihrer Profession heraus die Alltagsgestaltung und Soziumilieu-therapie zu ihren Hauptaufgaben zählen. Hierdurch bedingt ist auf ihre Erfahrung und Kompetenz mit Blick auf die Unterstützungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld, zurückzugreifen. Die Behandlung orientiert sich an den Grundsätzen der Interdisziplinarität, Trialog und sozialpsychiatrischem Denken.

## **40. Die Bedeutung der subjektiven Sichtweise für die persönliche Recovery am Beispiel des Phänomens Stimmenhören**

*Daniel Heinrichs, Maximilian Kiereck, Stefan Rogge*

### **Hintergrund**

Die subjektive Sichtweise auf die persönliche Recovery ist zutiefst geprägt von der Frage nach dem eigenen Ich und der Verortung meines Selbst in dieser Welt. Das Fragmentieren dieses Ichs in der Psychose ist verbunden mit dem teilweisen Abbrechen der Verbindungslinie zwischen dem Subjekt und der ihn umgebenden objektiven „Wirklichkeit“. Dieses Fehlen des Zugangs zu der Welt der Anderen bedeutet auch das in Frage stellen des Gemeinnsinns und eine Konstruktion eines logischen Eigensinns in der Psychose [1]. Der sich mit der umgebenden Welt verbundene Mensch sucht sich seine Sinnzusammenhänge genauso wie der Mensch mit Psychose. Aber die Sicherheit in dem schon immer als so-gegeben-gewussten Zugehörig sein zu dieser Welt wird in der Psychose existenziell erschüttert. Beim Verlust dieser Selbstverständlichkeit ringt der Mensch „um den Kontakt zu sich selbst“ [1]. Der Mensch in der Psychose verstummt gegenüber dieser fremdgewordenen Welt [1; 2; 3] da er sich mit seinem konstruierten neuen Sinn in dieser nicht verstanden fühlt. Zwischen dieser Welt und der eigensinnigen Welt gibt es nach Bock [2] etwas Verbindendes das bleibt: die Sprache. Bock sagte, „wenn wir miteinander sprechen, bringen wir uns jedenfalls nicht um“ [4]. Die Psychoseminare Bocks, der SuSi-Fragebogen, als auch das Maasricht-Interview setzen dies voraus und erleben hierdurch ermöglichte Narration des Eigensinns und rekonstruierte Lebensgeschichte als wesentlichen Teil der Resilienz und des Empowerments.

### **Problemstellung**

In einem engen Zusammenhang mit der Entdeckung zwischen Stimmen und Lebensgeschichte steht die Forschungsabriet von Professor Marius Romme und Sandra Escher in den Niederlanden, Ende der 1980er Jahre [3]. Im Rah-

men dieser und folgender Arbeiten wurde deutlich, dass das Stimmenhören als ein normales Phänomen zu betrachten ist, von dem auch Menschen betroffen sind, die keinerlei Kontakt zur Psychiatrie haben [3; 5]. Ebenso wurden Verbindungen zwischen Stimmenhören und Trauma [6] und einer nur geringe Response auf medikamentöse Behandlung deutlich [7].

## **Vorgehen**

Neben einer Literaturrecherche wurden Expertinnen und Experten mit dem Ziel befragt, relevante Informationen zu psychosozialen Aspekten im Bezug auf das Phänomen Stimmenhören zu gewinnen.

## **Ziele**

Ziel der Darstellung ist es, die Bedeutung der Subjektiven Sichtweise im Rahmen des Selbstverständnisses von Recovery darzustellen.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Wenn die Betroffenen sich an das psychiatrische Hilfesystem wenden, wünschen sie sich oftmals eine Auseinandersetzung mit ihrem eigenen subjektiven Erleben. Diese Auseinandersetzung als ein „darüber reden“, dem Erleben eine objektive Stimme geben, findet jedoch bisher zumeist nicht oder nur sehr oberflächlich, fokussiert auf (bio-)medizinische Erklärungsmodelle statt.

## **Schlussfolgerung**

Eine personenorientierte Auseinandersetzung, im in dieser Arbeit vorgestellten Sinne, kann dazu führen, dass sich die Betroffenen ernst genommen und mit der oftmals überwältigenden Last des Erlebens nicht mehr allein gelassen fühlen. Durch der Anwendung des dargestellten Methodik findet eine Abkehr vom Mythos der Unheilbarkeit und der Fixierung auf eine bloße Symptomreduktion und somit ein wichtiger Schritt im Recoveryprozess der betroffenen Person statt.



## Literaturangaben

1. Schödlbauer, M. (2016). *Wahnbegegnungen: Zugänge zur Paranoia (1. Aufl.)*. Köln: Psychiatrie Verlag
2. Bock, T., Heinz, A. (2016). *Psychosen – Ringen um Selbstverständlichkeit*. Köln: Psychiatrie Verlag
3. Romme, M., Escher, S. (2013): *Stimmenhören verstehen – Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern*. Köln: Psychiatrie Verlag
4. Bock, T., Buck, D., Esterer, I. (2014). *Stimmenreich: Mitteilungen über den Wahnsinn (2. Aufl.)*. Köln: Psychiatrie Verlag
5. Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, et al. (2009): *A systematic review and meta analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness – persistence – impairment model of psychosis disorder*. In: *Psychological Medicine*, 39; 179-195
6. Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., et al. (2005): *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications*. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 112; 330 - 350
7. Leucht, S., Arbter, D., Engel, R.R., Kissling, W., Davis, J.M. (2009): *How effective are second generation antipsychotic drugs? A meta analysis of placebo controlled trials*. In: *Molecular Psychiatry*; 14; 429-447

## **41. Die Lizenz zum Einmischen**

*Dominik Rössli*

### **Hintergrund**

Die präsentierte Sichtweise gründet sich in meiner eigenen Geschichte, die sich seit meinem 18. Lebensjahr auch in der Auseinandersetzung mit bipolaren Störungen abgespielt hat, sowie in den Erfahrungen, die ich beruflich als Peer und Genesungsbegleiter seit 2014 in einer psychiatrischen Klinik habe sammeln können. Institutionelle Peerarbeit versteht sich dabei schon von der Grundidee her immer auch als ein erwünschtes Einmischen in bestehenden Strukturen, so dass es bestimmt nicht verkehrt ist, in diesem Zusammenhang von einer „Lizenz zum Einmischen“ zu sprechen, mit der man als Peer von seinem Arbeitgeber ausgestattet wird.

### **Problemstellung**

Wie lässt sich diese Lizenz aus Sicht des Peermitarbeiters, der in dieser Frage oft nur wenig Anhaltspunkte an die Hand bekommt, am besten nutzen? Irgendwo zwischen übermässigem Aktionismus, wodurch einem diese Lizenz schnell auch wieder entzogen werden kann, und allzu angepasster Betriebsblindheit gilt es, einen Weg zu finden.

### **Ziele**

Meine persönliche Sichtweise ist es, dass es darum gehen muss, bestehende Gräben im Feld der Psychiatrie und um dieses herum weiter einzuebnen, und keinesfalls neue auszuheben.

### **Vorgehen**

Allein die Anwesenheit von Peers mit der mehr oder weniger explizit vorhandenen Lizenz zum Einmischen müsste mit etwas Geduld als Katalysator wirken, nämlich dergestalt, dass auch Fachpersonen unterschiedlicher Profession, Betroffene und schliesslich auch Angehörige, die mit derselben

Institution zu tun haben, sich diesen Status bewusst oder unbewusst anschauen und dadurch ermutigt ebenfalls vermehrt einmischen würden. Damit wäre die zweite Stufe der Lizenz erreicht, in welcher jede und jeder im erweiterten psychiatrischen Feld eine solche implizit für sich geltend machen könnte.

Voraussetzung für einen konstruktiven derartigen Prozess wäre eine allgemeine Richtung des Einmischens zueinander hin und nicht voneinander weg. So könnte mit der Zeit aus dem klinischen und dem Recovery-orientierten Paradigma, welche in vielen Punkten nicht vereinbar sind, ein integratives drittes entstehen, welches einen Schulterschluss von allen Beteiligten im psychiatrischen Feld ermöglichen würde.

## **Erfahrungen**

Als Peermitarbeiter, zuweilen auch „the missing link“ genannt, befindet man sich in einer guten Position, um die für eine konstruktive Richtung eines solchen Prozesses nötigen Brücken zu bauen. Ob in den Einsätzen auf der Station, im Trialog oder anderswo versuche ich, die Gelegenheiten dafür wahrzunehmen.

## **Diskussion**

Mit wenig Mühe lässt sich eine dritte Stufe der Lizenz zum Einmischen denken. Die wäre erreicht, wenn man sich aus einem stärker geeinten psychiatrischen Feld heraus vermehrt in die Belange der Gesellschaft einmischen würde, in der wir alle leben. Die beste Prävention gegen psychisches Erkranken wäre eine Gesellschaft, in der Lebensentwürfe auch vulnerabler Menschen wieder vermehrt positiv gestaltet werden könnten, in der Toleranz und Vielfalt gegenüber von Normzwang und Leistungsdruck überwiegen und statt gegenseitiger Entfremdung wieder vermehrt die zwischenmenschliche Geselligkeit gepflegt würde.

## **Schlussfolgerung**

Um solchen wünschbaren Tendenzen Auftrieb zu verleihen, bedarf es des Einmischens von eben dort, wo die Kehrseiten der gegenwärtigen gesellschaftlichen Gangart sichtbar werden.

## **42. Menschen mit Opioidabhängigkeit und multiplem Substanzgebrauch im Akutspital: eine qualitative Studie zu deren Erleben und Bedürfnissen**

*Christine Sani-Toorchi, Regine Steinauer, Irena Anna Frei*

### **Hintergrund**

Opioidabhängigkeit mit multiplem Substanzgebrauch (Mehrfachabhängigkeit) ist eine weltweit verbreitete chronische Erkrankung mit schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für die Betroffenen. Die Population ist besonders stark von Hepatitis- und HIV-Infektionen sowie chronischen und akuten Folge- und Begleiterkrankungen betroffen [1]. Zahlreiche quantitative Forschungen haben in den letzten Jahren aufgezeigt, daß ihr Zugang zu medizinischer Versorgung erschwert, ihre Spitalaufenthalte problembehaftet und ihre Behandlungsergebnisse signifikant schlechter sind [2]. In der Schweiz ist die Substitutionsgestützte Behandlung (SGB) seit langem etabliert und durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geregelt. Dies ermöglicht Betroffenen eine Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes. Chronische Erkrankungen und schwere Infektionen als Folge des so genannten „Beikonsums“ bedürfen oft wochenlanger Spitalbehandlungen. Bisher fehlen Untersuchungen, die das Erleben der betroffenen Patienten und ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung erforscht haben und Hinweise für gezielte Interventionen und Verbesserungen geben können.

### **Fragestellung und Zielsetzung**

Die Fragestellung dieser Studie lautete: Menschen mit Opioidabhängigkeit und multiplem Substanzgebrauch: Wie erleben sie die Gesundheitsversorgung im Akutspital und welche Bedürfnisse haben sie?

Der Basel-Städtischen „Drogenszene“ gehören etwa 1000 Menschen an, wovon 95% in eine SGB eingebunden sind [3]. Nach Beobachtungen der Erstautorin werden durchschnittlich 10 mehrfachabhängige Menschen pro Monat allein auf einer Abteilung der Inneren Medizin im Universitätsspital

Basel (USB) stationär behandelt. Ihre oft wochenlangen Aufenthalte werden regelmäßig von Konflikten mit den Pflegenden und Ärzten überschattet, die Behandlung, Adhärenz und Patienten-Outcome gefährden. Dies trägt zu einer schlechteren gesundheitlichen Gesamtsituation im Vergleich zur übrigen Bevölkerung bei. Dieses Phänomen wird in der internationalen Literatur ebenso deutlich beschrieben wie die Unter- und Minderbehandlung dieser Population in den Akutspitälern [4]. Es muß angenommen werden, daß dies auch auf Basel zutrifft und die Prinzipien der Schweizer Drogenpolitik im stationären Setting der Spitalversorgung nicht konsequent umgesetzt werden. Dies entspricht weder dem Leistungsauftrag öffentlicher Spitäler noch der Mission des USB, wonach rund um die Uhr für beste medizinische Behandlung und patientenorientierte Betreuung gesorgt ist. Die Werte des USB sehen darüber hinaus vor, die „Dienstleistung nach den Patientenbedürfnissen“ auszurichten und „Patienten mit Wertschätzung“ [5] zu begegnen. Weiter ist in den strategischen Zielen der Pflege festgehalten, dass eine „gezielte Integration von Patientenpräferenzen in den Versorgungsprozess“ anzustreben ist [6]. Beobachtungen im Praxissetting zeigen jedoch, dass dies bisher so nicht stattfindet.

Es ist hinlänglich bekannt, daß sich Veränderungen und Interventionen besser und zielgerichteter umsetzen lassen, wenn die Betroffenenperspektive berücksichtigt wird. In der mehrfachabhängigen Patientenpopulation wurde dies bisher unterlassen und in den letzten Jahrzehnten kam es zu keinen nennenswerten Verbesserungen in den geschilderten Problemfeldern. Die Resultate dieser Studie sollen daher Anstoss für zielführende Veränderungen sein.

## **Methode und Material**

In zwei Basler Substitutionszentren wurden insgesamt 12 mehrfachabhängige Personen interviewt. Die Datenanalyse des gewonnenen Materials erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [7]. Diese Herangehensweise eignet sich besonders, wenn Leben und Erleben einer Person oder Gruppe beschrieben und interpretiert werden sollen.

Bedeutung und Komplexität der jeweiligen Lebenssituationen finden hierbei ebenso Beachtung wie deren Einfluß auf Gesundheit und Krankheit [8]. Nach dem jeweiligen Gespräch wurden Feldnotizen zur Umgebung und zu Wahrnehmungen und ersten Eindrücken der Interviewerin notiert. Klinische und demografische Daten wurden aus dem jeweiligen Patientendossier übernommen.

## Resultate

In Beantwortung der Forschungsfrage wurden positives und negatives Erleben einander gegenüber gestellt, die jeweils formulierten Bedürfnisse zum Ausdruck gebracht und aus den Inhalten drei Kategorien gebildet:

*„Im Großen und Ganzen nichts auszusetzen...“* nimmt Bezug auf frühere Spitalerfahrungen. Der Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und den zwischenmenschlichen Begegnungen mit dem medizinischen Personal im Spital wird aufgezeigt. Die existenzielle Bedeutung des Substitutionsmedikaments wird deutlich durch *„...die Angst: bekomme ich es oder bekomme ich es nicht?“*. Vielerlei, sehr unterschiedliche Erfahrungen mit der Fortführung der SGB während des Spitalaufenthaltes sowie damit verbundene Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen werden beschrieben. Das Erleben der Patienten und das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung werden auch von den Abläufen im Spital und der Kommunikations- und Interaktionskultur beeinflusst: *„...du bist halt ausgeliefert...“*.

Obwohl opioidabhängige Menschen mit multiplem Substanzgebrauch äussern, insgesamt zufrieden mit der Gesundheitsversorgung im Akutspital zu sein, leiden sie anhaltend unter Stigmatisierung und Diskriminierung. Insbesondere ist die korrekte Fortführung ihrer Substitutionsgestützten Behandlung nicht sicher gestellt.

Es mangelt einerseits an Fachwissen und interprofessioneller Zusammenarbeit und andererseits an der Integration der Patienten und ihrer Expertise in Behandlung und Pflege. Diese Komponenten werden jedoch von den Be-

troffenen als wesentlich für eine professionelle Gesundheitsversorgung erachtet.

## **Diskussion und Schlußfolgerungen**

In allen Interviews nahmen Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung großen Raum ein. Diesem Problem widmet sich die Forschung seit Jahrzehnten und doch ändert sich kaum etwas [9].

Zudem hat man bisher die Bedeutung der SGB-Medikation für die mehrfachabhängigen Patienten missachtet [10]. Abgesehen von der entzugsprophylaktischen Wirkungsweise stellen insbesondere die eigenverantwortliche Einnahme beziehungsweise Verabreichung des jeweiligen Präparates ein Ritual dar. Die Studienteilnehmer brachten darüber hinaus ihren Wunsch nach offener, informierender Kommunikation und Einbezug in Behandlung und Pflege zum Ausdruck. Bereits 2007 forderte Vreeland [11] in ihrem Editorial eine „multidisziplinäre und holistische Herangehensweise“, um die persistierenden Versorgungslücken für Abhängigkeitskranke im Gesundheitssystem zu schließen. Besonders wichtig seien die interprofessionelle Zusammenarbeit und eine offene Kommunikation mit den Patienten. Diese Überzeugung brachten auch die Interviewteilnehmer zum Ausdruck: Vor allem auch über Spitalgrenzen hinweg sei dies die Voraussetzung für die korrekte Fortführung der SGB.

Die medizinische und pflegerische Behandlung Abhängigkeitskranker erfordert somatisch und psychiatrisch ausgebildetes Personal. Curricula und Weiterbildungsprogramme müssen um entsprechende Module erweitert und die medizinischen Fachpersonen geschult und begleitet werden. Die Grundsätze des evidenzbasierten Modells der Schadensminderung, Bestandteil der Schweizer Vier-Säulen-Drogenpolitik, multidisziplinäre Behandlungsteams und die Expertise akademisch ausgebildeter Pflegender mit Spezialisierung sind hierbei als besonders geeignet und erfolgversprechend anzusehen.



## Literatur

1. Degenhardt, L. et al. (2013). *Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. *The Lancet*, 328(9), 1564-1574
2. Scott, K.M. et al. (2016). *Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions*. *World Mental Health Surveys From 17 Countries*. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150-158
3. Bundesamt für Gesundheit (2016). Retrieved from: [www.bag.admin.ch/](http://www.bag.admin.ch/)
4. Ford, R. (2011). *Interpersonal challenges as a constraint on care: The experiences of nurses' care of patients who use illicit drugs*. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241-252
5. *Universitätsspital Basel, Unsere Werte* (2016). Retrieved from: [www.unispitalbasel.ch/...unispitalbaselch/USB\\_Brosch\\_UnsereWerte](http://www.unispitalbasel.ch/...unispitalbaselch/USB_Brosch_UnsereWerte)
6. *Universitätsspital Basel, Visionen* (2016). Retrieved from: [www.unispitalbasel.ch/das\\_universitaetsspital/ressorts\\_pflege-mtt/angebot/vision](http://www.unispitalbasel.ch/das_universitaetsspital/ressorts_pflege-mtt/angebot/vision)
7. Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag
8. Creswell, J.W. (2014). *Research Design. Fourth Edition*. London: SAGE
9. Marchand, K., Palis, H. & Oviedo-Joekes, E. (2015). *Patient Perceptions of Prejudice and Discrimination by Health Care Providers and its Relationship with Mental Disorders: Results from the 2012 Canadian Community Health-Mental Health Survey Data*. *Community Mental Health Journal*. DOI 10.1007/s10597-015-9949-2
10. Lianping, T. & Lianlian, T. (2015). *Leaving the Hospital Against Medical Advice Among People Who Use Illicit Drugs: A Systematic Review*. *American Journal of Public Health*, 15, 1-7
11. Vreeland, B. (2007). *Bridging the Gap Between Mental and Physical Health: A Multidisciplinary Approach*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(4), 26-33

## **43. Aktionsfeld Angehörigenarbeit in der psychiatrischen Pflege**

*Thomas Lampert*

### **Hintergrund**

Die psychiatrische Versorgung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Während einst der Einbezug der Angehörigen vorwiegend Fachleuten der Disziplinen Medizin, Psychologie und Sozialarbeit vorbehalten war, sind zunehmend auch Pflegendende in der Zusammenarbeit mit Angehörigen gefordert. Angehörigenarbeit ist vielschichtig – von unspezifischen Alltagskontakten über die Co-Leitung in Angehörigengesprächen bis hin zu unerwarteten Telefonanrufen besorgter Familienmitglieder gilt es, in unterschiedlichen Rollen unterschiedliche Erwartungen zu erfüllen.

### **Problemstellung**

Die Rolle von Pflegefachleuten in der psychiatrischen Versorgung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend verändert. Während in den Ausbildungen der Prozessgestaltung in Einzelgesprächen in den vergangenen Jahren ein wachsendes Augenmerk gilt, wird der komplexen und herausfordernden Arbeit im Mehrpersonensetting weniger Beachtung geschenkt.

Doch nicht bloss die Techniken der Gesprächsführung, auch die Haltung in Richtung Kundenorientierung und Empowerment bis hin zu Unsicherheiten mit der Schweigepflicht stellen Pflegendende vor Herausforderungen. Die Belastungen der Familien werden zwar inzwischen durchaus gesehen, dennoch hält sich dieser historische wie auch gesellschaftliche Hintergrund der Stigmatisierung von Angehörigen hartnäckig bis in die heutige Zeit.

### **Ziele**

Pflegendende werden sensibilisiert für eine wertschätzende Haltung gegenüber Angehörigen, indem sie den gesellschaftlichen Kontext von Angehörigen von

Menschen mit einer psychischen Erkrankung wie auch deren Belastungen und Bewältigungsstrategien kennen lernen. Pflegende lernen den Umgang mit der Schweigepflicht zu differenzieren und befassen sich mit den Prämissen guter Angehörigenarbeit.

### **Ergebnisse, Erfahrungen**

Erörterung verschiedener Aspekte die Angehörigenarbeit im Kontext psychiatrischer Pflege betreffend sowie die Sensibilisierung für unterschiedliche Zugänge und Rollen in der Praxis. Illustriert werden die theoretischen Hintergründe mit Praxisbeispielen.

### **Diskussion**

Fragen aus dem Plenum.

### **Schlussfolgerungen**

Der Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung ist ein häufig zitiertes Anliegen, welchem oft eine zu geringe Beachtung geschenkt und Bedeutung zugemessen wird. Der Vortrag soll für die Anliegen von Angehörigen sensibilisieren und Hilfestellung in der Zusammenarbeit mit Angehörigen vermitteln.

## **44. Angehörige in der Psychiatrie – Dos & Don'ts**

*Edith Scherer, Thomas Lampert*

### **Hintergrund**

Die psychiatrische Versorgung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Während einst der Einbezug der Angehörigen vorwiegend Fachleuten der Disziplinen Medizin, Psychologie und Sozialarbeit vorbehalten war, sind zunehmend auch Pflegende in der Zusammenarbeit mit Angehörigen gefordert. Angehörigenarbeit ist vielschichtig – von unspezifischen Alltagskontakten über die Co-Leitung in Angehörigengesprächen bis hin zu unerwarteten Telefonanrufen besorgter Familienmitglieder gilt es, in unterschiedlichen Rollen unterschiedliche Erwartungen zu erfüllen.

### **Einleitung**

Die Rolle von Pflegefachleuten in der psychiatrischen Versorgung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend verändert. Während in den Ausbildungen der Prozessgestaltung in Einzelgesprächen in den vergangenen Jahren ein wachsendes Augenmerk gilt, wird der komplexen und herausfordernden Arbeit im Mehrpersonensetting weniger Beachtung geschenkt.

Doch nicht bloss die Techniken der Gesprächsführung, auch die Haltung in Richtung Kundenorientierung und Empowerment bis hin zu Unsicherheiten mit der Schweigepflicht stellen Pflegende vor Herausforderungen.

### **Thema**

Der Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung ist ein häufig zitiertes Anliegen, welchem oft eine zu geringe Beachtung geschenkt und Bedeutung zugemessen wird. Der Workshop soll für die Anliegen von Angehörigen sensibilisieren und Hilfestellung in der Zusammenarbeit mit Angehörigen vermitteln.

## **Ziele**

Erörterung verschiedener Aspekte die Angehörigenarbeit im Kontext psychiatrischer Pflege betreffend sowie die Sensibilisierung für unterschiedliche Zugänge und Rollen in der Praxis. Stärkung der eigenen beruflichen Fähigkeiten durch die Bearbeitung eigener Fallbeispiele im direkten Praxistransfer. Schwerpunkt ist die Erarbeitung von „Handwerkszeug“ für den Umgang mit Angehörigen im eigenen Berufsalltag.

## **Ablauf und Gestaltung des Workshops**

Workshop mit fachlichem Input (PowerPoint Präsentation), im Wechsel mit Diskussionen im Plenum sowie Gelegenheiten, mittels eigenen Fallbeispielen die postulierten Prämissen zu überprüfen und in Rollenspielen anzuwenden.

## **Lernziele des Workshops**

Pflegende werden sensibilisiert für eine wertschätzende Haltung gegenüber Angehörigen, indem sie den gesellschaftlichen Kontext von Angehörigen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wie auch deren Belastungen und Bewältigungsstrategien kennen lernen. Pflegende lernen den Umgang mit der Schweigepflicht zu differenzieren und befassen sich mit den Prämissen guter Angehörigenarbeit.

## **45. Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie: Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung.**

*Stefan Scheydt*

### **Hintergrund**

Im Rahmen des Forschungsprojektes zu den Themen Reizüberflutung und Reizregulierung wurde in einem ersten Teilabschnitt ein theoretischer Bezugsrahmen zum pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie entwickelt [1]. Innerhalb dieses theoretischen Modells werden drei Teilkonzepte (Reizabschirmung, Modulation der Umgebungsfaktoren, Hilfe zur Selbsthilfe) beschrieben sowie konzeptuell definiert und voneinander abgegrenzt. Die Autoren schränken die Ergebnisse ihrer Arbeit allerdings dahingehend ein, dass es sich im Rahmen der analysierten Daten um Meinungen von überwiegend Pflegeexperten und Pflegewissenschaftlern bzw. zum Teil von Medizinern und praktisch tätigen Pflegenden handelt. Hierauf aufbauend wird die Frage gestellt, inwieweit die beschriebenen Ergebnisse die pflegerische Wirklichkeit, speziell in der Psychiatrie, widerspiegeln und inwieweit «konzeptuellen Lücken», wie z.B. konkrete Maßnahmen, geschlossen werden könnten.

### **Fragestellung**

Inwiefern kann das theoretische Rahmenmodell zum pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie modifiziert werden, damit es die Wirklichkeit der Pflege in der stationären Psychiatrie widerspiegelt und als annähernd theoretisch gesättigt beschrieben werden kann?

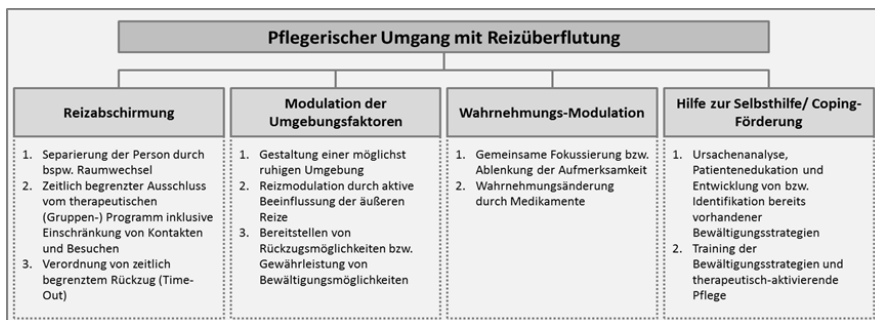
### **Methode und Material**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitativ orientiertes Design gewählt, in welchem mittels Experteninterviews die Interventionen und Aktivitäten von acht examinierten Pflegefachpersonen bzgl. des adäquaten

Umgangs mit Reizüberflutung im stationären psychiatrischen Setting erfragt wurden. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte auf freiwilliger Basis nach informierter Zustimmung. Das Interviewmaterial wurde unter Beachtung der aktuellen Datenschutzrichtlinien transkribiert und mittels inhaltsanalytischen Techniken zur Strukturierung und Zusammenfassung in Anlehnung an Meuser und Nagel [2] sowie Mayring [3] analysiert.

## Ergebnisse

Als erstes Ergebnis der vorliegenden Arbeit konnte der entwickelte theoretische Bezugsrahmen um eine weitere Kategorie *Wahrnehmungsmodulation* mit seinen Subkategorien «Fokussierung», «Ablenkung» sowie «Setzen eines pharmakologischen Filters» erweitert werden. Weiter wurde die Kategorie *Hilfe zur Selbsthilfe* um den Begriff *Coping-Förderung* erweitert, um die in dieser Kategorie beschriebenen Subkategorien adäquat erfassen zu können. Somit können nun folgende vier Kategorien des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der Psychiatrie beschrieben werden (siehe Abbildung 1):



**Abbildung 1:** Modifiziertes heuristisches Rahmenmodell des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der Psychiatrie

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Das theoretische Rahmenmodell des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung konnte auf der Grundlage des Verständnisses und der Erfahrungen

von praktischen Pflegefachpersonen empirisch erweitert und modifiziert werden. Somit konnten die Elemente des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung innerhalb eines relativ gesättigten und gültigen theoretischen Rahmenmodells zusammengefasst beschrieben werden. Auch wenn die theoretische Konzeptualisierung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung *lege artis* durchgeführt wurde, muss eine wohl fundamentale Einschränkung erwähnt werden: in den Untersuchungen werden die Ansichten der Betroffenen nicht berücksichtigt. Zudem hätte die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse mittels kommunikativer Validierung deutlich erhöht werden können. Selbst wenn das beschriebene Rahmenmodell unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive, deren Lebenswelt und der Praxis der ambulanten psychiatrischen Pflege weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden muss, können bereits erste stationsspezifische Konzepte erarbeitet, implementiert und evaluiert werden.

## Literatur

1. Scheydt S, Needham I, Nielsen GH, Behrens J (2016). *Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie – Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens*. In: *Pflege*, 29(5), 227–233.
2. Meuser M, Nagel U (2009). *Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage*. In: *Pickel S, Lauth H, Jahn D (Hrsg). Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Wiesbaden: Springer VS, 465–479.
3. Mayring P (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.



## **46. Befragungsstudie zum Recovery-Prozess Jugendlicher**

*Cornelia Schneidtinger, Elisabeth Haslinger-Baumann*

### **Hintergrund**

Die Ergebnisse einer vor kurzem durchgeführten Befragungsstudie weisen darauf hin, dass jede/-r fünfte Jugendliche in Österreich an einem psychischen Problem leidet [1]. Trotz der hohen Zahl Betroffener mangelt es derzeit noch an entsprechenden Einrichtungen und Fachpersonal [2]. Aufgrund der mangelnden Versorgung ist es von besonderem Interesse, Erhebungen durchzuführen, wie Jugendliche mit einer psychischen Beeinträchtigung den Recovery-Prozess erleben. Dies wurde in Österreich bisher noch nicht erhoben.

### **Fragestellung**

- Wie erleben Jugendliche, die aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung stationär oder teilstationär behandelt wurden, ihre Recovery?
- Was erleben sie dabei als Unterstützung, was als Hindernis?

### **Methode und Material**

Um die Forschungsfrage zu klären wurde mit zehn Jugendlichen, die einen stationären oder teilstationären Aufenthalt an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung genutzt hatten, episodische Interviews nach Flick [3] geführt. Zentrales Einschlusskriterium war, dass die Jugendlichen selbst das Gefühl hatten wieder genesen („recovered“) zu sein, unabhängig von medizinischen Gütekriterien. Neun der Interviews wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [4] ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Befragungsstudie zeigen, dass der Recovery-Prozess der Jugendlichen von endogenen und exogenen Faktoren beeinflusst wird. Endogene Faktoren bezeichnen hier Komponenten, die die Jugendlichen selbst entwickeln oder bereits in sich tragen. Diese sind das subjektive Erleben von

Krankheit und Recovery, Zuversicht und Ressourcen und das Gefühl der Ambivalenz.

Exogene Faktoren, die den Recovery-Prozess der Jugendlichen von außen beeinflussen, sind die Familie, Peers und die Behandlung. Die Jugendlichen bewerten diese Faktoren unterschiedlich. Was manche als Unterstützung erleben, nehmen Andere als hindernden Faktor für ihre Recovery wahr. Gleichzeitig wird hier die Ambivalenz der Jugendlichen besonders spürbar. Unterstützungsangebote, wie stationäre Aufnahmen, werden beispielsweise widersprüchlich erlebt: als Hilfe und Unterstützung, aber gleichzeitig als etwas, das man auf jeden Fall zu vermeiden versucht.

Die endogenen und exogenen Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und stehen somit in einer Wechselwirkung. So kann beispielsweise die Familie einen Einfluss auf die Motivation der Jugendlichen haben und die Zuversicht der Jugendlichen einen Einfluss auf deren Behandlung.

### **Diskussion**

Die Ergebnisse der Befragungsstudie bestätigen die Erkenntnisse zahlreicher Publikationen (z.B. [5,6]), dass Recovery ein einzigartiger und individueller Prozess ist. Es konnten zahlreiche endogene und exogene Faktoren identifiziert werden, die den Recovery-Prozess der Jugendlichen beeinflussen. Auch wenn viele dieser Faktoren auch Erwachsene betreffen, lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass beim Recovery-Prozess Jugendlicher jugendspezifische Aspekte zum Tragen kommen, die sich von denen Erwachsener unterscheiden. So spielen beispielsweise bei den Jugendlichen die Familie und die Peers eine ungleich größere Rolle als bei Erwachsenen. Zu diesem Ergebnis kommt auch Ward [7].

### **Schlussfolgerung**

Die Erkenntnisse der Befragungsstudie zeigen, dass Pflegefachkräfte den Recovery-Prozess Jugendlicher unterstützen können. Um eine recovery-orientierte Pflege im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu verwirklichen sind aber weitere Maßnahmen von Nöten. So sollten in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen Fortbildungen angeboten werden, die

die Entwicklung recovery-orientierter Kompetenzen von Pflegefachpersonen fördern. Bei der Konzeption dieser Fortbildungen müssen die jugendspezifischen Aspekte der Recovery berücksichtigt werden.

## Literatur

1. Philipp, Julia, Zeiler, Michael, Waldherr, Karin, Nitsch, Martina, Dür, Wolfgang, Karwautz, Andreas und Wagner, Gudrun(2014): *The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study*. In: *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*. 28 (4): p.198–207.
2. Thun-Hohenstein, Leonhard: *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich — ein Update (2011)*. In: Kerbl, Reinhold, Thun-Hohenstein, Leonhard, Damm, Lilly und Waldhauser, Franz (Hrsg.): *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt*. Wien: Springer : p. 83–90.
3. Flick, Uwe (2007): *Qualitative Sozialforschung - eine Einführung*. 7. Aufl. London: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
4. Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Beltz Pädagogik. Weinheim: Beltz.
5. Anthony, William A. (1993): *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16 (4): p.11–23.
6. Leamy, Mary, Bird, Victoria, Le Boutillier, Claire, Williams, Julie und Slade, Mike (2011): *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. In: *The British Journal of Psychiatry*. 199(6): p.445–452.
7. Ward, David (2014): *Recovery: Does it fit for adolescent mental health?* In: *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 26 (1):p.83–90.

## **47. Somatische Komorbidität bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit und ohne Leistungen der Eingliederungshilfe - Ergebnisse einer Querschnittsstudie**

*Michael Schulz, Birgit Hahn*

### **Hintergrund**

Für schwer psychisch erkrankte Menschen (severe mental illness [SMI]) wird in der Fachliteratur eine erhöhte Mortalität (OR=2,2) beschrieben, welche mit einer um ca. 10 Jahre verkürzten Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einhergeht [1]. Als Gründe hierfür sind Risikofaktoren (RF) der psychischen Erkrankung selbst, unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie und deren Einfluss auf physische Gesundheitsprobleme oder ungünstiges Gesundheitsverhalten der Betroffenen zu nennen [2].

Durch geeignete Interventionen können RF beeinflusst und reduziert werden. Darum sollten Zusammenhänge von psychischen und somatischen Erkrankungen, welche weitreichende Folgen für die Betroffenen selbst als auch innerhalb der Volkswirtschaft haben, bekannt und bewusst sein. Darüber hinaus sind niedrige Zugangsschwellen zu Informationen und Interventionen und ein angemessener Unterstützungsgrad erforderlich [3].

Derzeit existiert kein gesichertes Wissen über somatisch komorbide Erkrankungen und RF bei Menschen mit SMI insbesondere bei Nutzerinnen und Nutzern der ambulanten oder stationären Eingliederungshilfe (EGH). Einerseits ist anzunehmen, dass diese aufgrund ihres besonderen Unterstützungsbedarfes auch somatisch schwerer belastet sind, andererseits befinden sie sich in regelhaften Betreuungskontexten, was die RF wiederum reduzieren könnte.

### **Fragestellung**

Im Rahmen der Studie wurden die Hypothesen überprüft, dass bei Nutzern der ambulanten oder stationären EGH einerseits. mehr somatisch komorbi-

de Erkrankungen und andererseits mehr bzw. ausgeprägtere kardiovaskuläre RF vorliegen als bei Gesunden (Literatur) oder bei anderen akutpsychiatrisch behandelten Patienten, die keine Maßnahmen der EGH erhalten.

## **Methode und Material**

Es handelt sich um eine klinisch-epidemiologische Fall-Kontroll-Querschnittsstudie mit Erhebung retrospektiver Daten und aktueller Laborparameter. Die Datenerhebung erfolgte in einem Zeitraum von vier Monaten an drei psychiatrischen Kliniken (Bielefeld und Berlin) sowie in Einrichtungen der ambulanten und stationären EGH.

Eingeschlossen wurden Betroffene mit einer gesicherten und führenden substanzbezogenen Störung (ICD-10 F1X) (max 40 %) oder einer führenden nicht-affektiven Psychose (ICD-10 F2X) zwischen 18 und 66 Jahren. Ausgeschlossen wurden nicht einwilligungsfähige oder der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtige Patienten bzw. Klienten. Insgesamt wurde eine Studienpopulation von n=350 angestrebt.

Erfasst wurden die in den Krankenakten bekannten psychiatrischen und somatischen Diagnosen, die aktuelle Medikation und Dauer bisheriger Pharmakotherapie sowie routinemäßig erfasste Laborparameter. Die Probanden selbst wurden zu bekannten Erkrankungen, zu Parametern des Gesundheitsverhaltens und zur persönlichen Einschätzung des Gesundheitszustandes befragt. Der eigens entwickelte Fragebogen, dem das „Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEPPSY)“ [4] und die Studie zur „Gesundheit Erwachsener in Deutschland – DEGS“ [5] zugrunde lag, erfasste zudem wichtige Parameter des physischen Gesundheitszustandes sowie RF für kardiovaskuläre Erkrankungen.

Die Rekrutierung fand konsekutiv unter Berücksichtigung der aktuell verfügbaren Ressourcen in den jeweiligen Bereichen statt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels IBM\*SPSS Statistics\*23 und die statistische Analyse erfolgte durch die üblichen statistischen Methoden (deskriptiv, Interferenzstatistik, Mittelwerte, Standardabweichungen, etc.).

## Ergebnisse

Für die Studie wurden 950 Patienten angefragt und 307 Probanden konnten eingeschlossen werden. Die umfassenden Ergebnisse der Datenauswertung können hier nur exemplarisch wiedergegeben werden:

135 (45%) Probanden befanden sich nicht in Maßnahmen der EGH, 63 (20%) erhielten ambulante und 108 (35%) stationäre Leistungen der EGH. Die beiden Gruppen „Menschen mit (ohne) Leistungen der EGH“ unterscheiden sich statistisch nicht signifikant.

Über die Hälfte der Probanden finanziert sich aus Mitteln der Sozialversicherungen (Arbeitslosengeld, Erwerbsunfähigkeitsrente, Grundsicherung). 70,4% sind nicht berufstätig und nur 7,2% leben in einer festen Beziehung. Nur etwa ein Viertel ist lt. subjektiver Angaben mit dem eigenen Gesundheitszustand zufrieden.

Die Analyse der ärztlichen Angaben zu somatischen und psychiatrischen Diagnosen (erste Hypothese) zeigt, dass die Probanden im Schnitt 1,11 somatische und 2,04 psychiatrische Diagnosen hatten. Die Gruppe der Menschen über 50 Jahren war statistisch signifikant stärker von somatischer Krankheit betroffen als jüngere Menschen. Nutzer der stationären EGH hatten mit 1,49 somatischen und 2,26 psychiatrischen Diagnosen die höchste Krankheitslast im Gruppenvergleich. Im Alter der Ersterkrankung unterschieden sich die Gruppen nicht.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese wurden verschiedene kardiovaskuläre RF wie z.B. Dauer der Psychopharmakotherapie, Nikotinabusus, Übergewicht und erhöhter Hba1c-Wert im Gruppenvergleich untersucht. Die Analyse zeigt, dass Nutzer der stationären EGH deutlich ausgeprägtere RF aufweisen: längere Psychopharmakotherapie, stärkerer Raucheranteil und höherer Nikotinabusus und (bes. Frauen) stärker übergewichtig. Der RF Hba1c zeigte sich in dieser Gruppe nicht signifikant erhöht.

## **Diskussion**

Die beiden anfangs gestellten Hypothesen wurden durch die Studienergebnisse bestätigt. Demnach haben Nutzer der EGH mehr physische und psychische Gesundheitsprobleme und weisen höhere RF für kardiovaskuläre Störungen auf. Davon sind Nutzer der stationären EGH besonders stark betroffen: sie weisen am meisten somatische Diagnosen auf, rauchen häufiger und haben unter den Rauchern den höchsten Konsum an Zigaretten pro Tag. Mit durchschnittlich 167 Monaten nehmen sie am längsten Medikamente ein. Frauen aus der stationären EGH sind am stärksten durch Übergewicht belastet. Zudem zeigt sich, dass die Gruppe derer, die Leistungen der EGH erhalten, besonders vulnerabel ist. Die Prävalenzrate, an Diabetes zu erkranken, liegt deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt schätzen 42% der Probanden ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein, was ein signifikant unterschiedliches Bild zu Querschnittsstudien in der Allgemeinbevölkerung ergibt [6].

## **Einschränkungen der Studie**

Das Instrument erfasst subjektive und objektive Parameter und kam in dieser Form zum ersten Mal zum Einsatz. Dabei weist die Studie einige Besonderheiten auf, die auf das Vorhandensein von Verzerrungen, methodischen Problemen und Selektion hindeuten (Kürze der Durchführung, Befragung durch unbekannte Fachpersonen, nicht konkret festgelegte Parameter, Ausschluss nicht-deutschsprachiger Probanden, Fokussierung auf ausgewählte Hauptdiagnosen, etc.). Diese Besonderheiten sind in der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um die Ergebnisse der Hypothesen zu validieren.

## **Schlussfolgerung**

Psychisch erkrankte Menschen insbesondere von SMI Betroffene leben mit einem hohen körperlichen Gesundheitsrisiko. Daher sollten die individuellen

Gesundheitsrisiken dieser Population im Versorgungssystem und in der pflegerischen Praxis systematisch und wiederholt erfasst werden.

Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation bei SMI kann aber nur über Maßnahmen der Verhaltens- als auch Verhältnisprävention herbeigeführt werden. Hierzu ist ein verstärktes Bewusstsein für die Zusammenhänge von psychischer und somatischer Erkrankung, Bedingungsfaktoren und negativen Auswirkungen als auch erhöhte Zugangsschwellen wie beispielsweise (Selbst-)Stigmatisierung oder Gesetzmäßigkeiten des Inverse Care Laws [7] notwendig.

Vor diesem Hintergrund sind Kooperationen zwischen psychiatrischen und somatischen Institutionen auszubauen und gemeinsame Schulungsprogramme für Professionelle unter Einbeziehung der Nutzerperspektive zu initiieren. Besonders die Berufsgruppe der psychiatrisch Pflegenden kann hier angesprochen werden, um Interventionen zur Bewältigung chronischer psychischer und somatischer Krankheit durchzuführen und auszubauen [8]. Dennoch ist diesbezüglich weitere Forschung notwendig.

## Literatur

1. Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). *Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis*. *JAMA psychiatry*, 72(4), 334-341.
2. De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. & Asai, I. et al. (2011b). *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. *World Psychiatry* (10), 52 – 77.
3. De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S. & Ndeti, D.M. et al. (2011a). *Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level*. *World Psychiatry* (10), 138 – 151.
4. Glavanovits, K., Sahli, A., Bänziger, S., & Abderhalden, C. (2013). *Gesunde Hülle für die Seele*. *Psych. Pflege Heute*, 19(01), 14-17.
5. Gößwald, A., Lange, M., Kamtsiuris, P., & Kurth, B. M. (2012). *DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt-*



6. *Held, B., Diefenbacher, H., & Rodenhäuser, D. (2016). Leben in Nordrhein-Westfalen: subjektive Einschätzungen als Teil der Wohlfahrtsmessung (No. 847). SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research.*
7. *Hart, J. T. (1971). The inverse care law. The Lancet, 297(7696), 405-412*
8. *Gray, R., Brown, E. (2017) What does mental health nursing contribute to improving the physical health of service users with severe mental illness? A thematic analysis. International journal of mental health nursing 26, 32-40.*

## **48. Was braucht es, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Anliegen selber vertreten können? – „Mitmischen – Aufmischen – Einmischen“ aus Betroffenenensicht**

*Christa Schwab*

### **Hintergrund**

Am 15. April 2014 hat die Schweiz die UNO-Behindertenrechtskonvention als 144. Staat ratifiziert. Sie ist am 15. Mai 2014 für die Schweiz in Kraft getreten. Die UNO-Behindertenrechtskonvention konkretisiert die Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen. Im Mittelpunkt der Konvention steht das Recht auf gesellschaftliche Teilhabe in allen Lebensbereichen und die konkrete Umsetzung dieses Rechts. Die Konvention fordert eine inklusive Gesellschaft, das heisst, dass niemand ausgegrenzt oder auf Grund seiner Behinderung diskriminiert werden darf. Alle Menschen – auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – haben das Recht, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und für sich Entscheidungen zu treffen.

Die Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen ist in der UNO-Behindertenrechtskonvention in vielen Artikeln festgehalten. Im Artikel 29 der UNO-Behindertenrechtskonvention steht:

„Die Vertragsstaaten garantieren Menschen mit Behinderungen ihre politischen Rechte sowie die Möglichkeit, diese gleichberechtigt mit anderen zu geniessen und verpflichten sich, (...)

b) aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können, und ihre Mitwirkung an den öffentlichen Angelegenheiten zu begünstigen, unter anderem

- i) die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres Landes befassen und an den Tätigkeiten und der Verwaltung politischer Parteien;
- ii) die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sich auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten und den Beitritt zu solchen Organisationen [1].“

Die Interessen und Forderungen von Menschen mit Behinderungen sind wichtig und sollen auch in der Politik und in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Dies gilt auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Barrieren zu gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen müssen abgebaut, die Gleichstellung und die selbstbestimmte Teilhabe am Leben von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gefördert werden.

### **Fragestellung**

Selbstvertretung ist ein wichtiger Aspekt von Inklusion. Wie können sich Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft einbringen und vertreten? Was braucht es, damit Betroffene mitmischen, aufmischen und sich einmischen können? Was für Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, damit dies gelingt?

### **Thema**

Die Kantonale Behindertenkonferenz Bern (kbk) ist ein Dachverband von etwas 45 bernischen Behindertenorganisationen aus Fach- und Selbsthilfe. Sie vertritt behinderungsübergreifend die Interessen der Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen im Kanton Bern, Schweiz. Insbesondere engagiert sie sich für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen [2].

Das Bernische Aktionsbündnis Psychische Gesundheit ist ein Angebot der Kantonalen Behindertenkonferenz Bern. Es setzt sich für eine regionale, personenzentrierte und integrierte Psychiatrieversorgung im Kanton Bern

ein, die die Selbständigkeit und die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen fördert, die Ausgrenzung (Stigmatisierung) verringert und Angehörige in die Behandlung mit einbezieht.

Das Aktionsbündnis will die Politik für die Bedeutung der psychischen Gesundheit sensibilisieren und für die Weiterentwicklung der Psychiatriever-sorgung gewinnen. Zusätzlich geht es darum, dass die Sichtweise der Betroffenen und Angehörigen bei der Weiterentwicklung der Psychiatriever-sorgung mit einbezogen wird.

Das Netzwerk des Aktionsbündnis besteht aus rund 30 Organisationen und Institutionen aus Fach- und Selbsthilfe. Im Positionspapier „Psychische Probleme dort behandeln, wo sie auftreten“ bezieht das Aktionsbündnis Stellung zu den Schwerpunkten „ambulant vor stationär“, Regionalisierung der Versorgung“ und „Mobile Equipen“ und zeigt den Handlungsbedarf für eine zeitgemässe Psychiatrieversorgung auf. [3].

Im Kanton Bern vertritt das Bernische Aktionsbündnis Psychische Gesundheit die Anliegen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen. Über eine Selbsthilfeorganisation verfügen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf regionaler und kantonaler Ebene nicht.

Mit dem Pilotprojekt „Wir sind die Stimme“ fördert und unterstützt das Bernische Aktionsbündnis Psychische Gesundheit die regionale (politische) Selbstvertretung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Gemäss dem Motto: „Ich werde aktiv und bestimme mit.“ wird interessierten Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung eine Plattform geboten, damit sie ihre Anliegen besser selber vertreten können.

In einer ersten Betroffenengruppe im Berner Oberland werden gemeinsam Wege gesucht, wie Vorurteile im Alltag abgebaut werden können. Das Pilotprojekt wird von den Psychiatrischen Dienste der Spitäler fmi AG und vom Berner Bündnis gegen Depression unterstützt.

## **Ziele**

Der Vortrag stellt das Bernische Aktionsbündnis Psychische Gesundheit vor und zeigt auf, welchen Stellenwert eine gemeindenahere, personenzentrierte und integrierte Psychiatrieversorgung in Bezug auf die selbstbestimmte, gesellschaftliche Teilhabe zukommt.

Anhand des Pilotprojektes „Wir sind die Stimme“ wird aufgezeigt, wie die (politische) Selbstvertretung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gefördert werden kann.

## **Literatur**

1. *Vereinte Nationen, Übereinkommen von Menschen mit Behinderungen (2006, deutsche Fassung Stand 2017)*
2. [www.kbk.ch/kurzportrait.html](http://www.kbk.ch/kurzportrait.html)
3. *Positionspapier „Psychische Probleme dort behandeln, wo sie auftreten“ (2015)*  
[www.kbk.ch/news/positionspapier-bernisches-aktionsbueundnis-psychische-gesundheit.html](http://www.kbk.ch/news/positionspapier-bernisches-aktionsbueundnis-psychische-gesundheit.html)

## **49. Warum ist es wichtig, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen „Mitmischen – Aufmischen und sich Einmischen“?**

*Chista Schwab*

### **Hintergrund**

Die Recovery-Orientierung gewinnt in der psychiatrischen Behandlung zunehmend an Bedeutung. Recovery kann mit „Genesung“ oder „Wiedererholung“ ins Deutsche übersetzt werden, wird jedoch unspezifisch verwendet als Synonym für das Potential psychisch erkrankter Menschen, auch nach einer schweren Krise ein erfülltes, teilhabendes und selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Die Recoverybewegung ist der Ausgangspunkt der Peer-Arbeit.

Peers sind Menschen mit Erfahrung in psychischer Erschütterung und Genesung, die ihr reflektiertes, persönliches Erleben zur Unterstützung von Betroffenen einsetzen und somit als „ExpertInnen aus Erfahrung“ tätig werden [2].

Sie engagieren sich in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und bringen ihr Erfahrungswissen bspw. in Behandlung, Forschung, Politik und Sensibilisierungsarbeit gekonnt ein.

### **Thema**

Im Workshop werden verschiedene Aufgabenbereiche von ExpertInnen aus Erfahrung vorgestellt und ihre Bedeutung erörtert. Anhand von Praxisbeispielen werden der Beruf als GenesungsbegleiterIn, ein Engagement in der politischen Arbeit und in der Sensibilisierungsarbeit erläutert.

Menschen, die psychisch erkranken, erleben einschneidende Veränderungen – sei es im familiären, sozialen oder beruflichen Umfeld.

ExpertInnen aus Erfahrung haben sich intensiv mit ihrer Krankheits- und Genesungsgeschichte auseinandergesetzt und Strategien zur Bewältigung

von Krisen und zur Förderung und Erhaltung von Wohlbefinden und Stabilität erarbeitet. Sie setzen ihr reflektiertes Wissen zur Unterstützung der Betroffenen ein und/oder vertreten die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den verschiedenen Aufgabenbereichen.

Wir zeigen auf, was sich durch den Einbezug des Erfahrungswissen in der Behandlung und in der Gesellschaft verändert, warum es wichtig ist, dass sich der Einbezug der Peerarbeit weiter etabliert und welcher Mehrwert durch das Erfahrungswissen in den verschiedenen Arbeitsgebieten entsteht.

## **Diskussion**

Gemeinsam mit den Teilnehmenden diskutieren wir anhand der vorgestellten Praxisbeispiele mögliche Auswirkungen auf und Berührungspunkte mit der Pflege in der Psychiatrie. Was sind die Chancen und Herausforderungen? Wo gibt es Synergien?

## **Literatur**

1. [www.peerplus.ch](http://www.peerplus.ch)

## **50. Wissensvermittlung für Suizidgefährdete Menschen – Implementierung der Intervention und erste Evaluation**

*Astrid Shams, Katharina Schneiders, Bernd Kozel*

### **Hintergrund**

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es nach einem Suizidversuch oder nach einer suizidalen Krise Hinweise auf einen sogenannten suizidalen Modus gibt, der im Gehirn abgespeichert ist und jederzeit in Krisensituationen wie auf „Knopfdruck“ ausgelöst (getriggert) werden kann. Das hat für die klinische Praxis die Konsequenz, dass eine Behandlung der Suizidalität vor allem darauf ausgerichtet sein muss, Menschen dazu zu befähigen, sich selbst in suizidalen Krisen besser helfen zu können. Um dieses Anliegen zu erreichen, muss betroffenen Menschen zunächst Wissen und Informationen zum Verlauf einer suizidalen Krise auf eine einfache und verständliche Art vermittelt werden. Dazu haben wir die manualisierte, psychoedukative Intervention „Wissensvermittlung für suizidgefährdete Menschen“ auf der Basis der bestehenden Literatur entwickelt, um Menschen die notwendigen Informationen zum Verlauf von suizidalen Krisen zu vermitteln. Die Intervention wird (stationär oder ambulant) im Einzelsetting durchgeführt und besteht aus zwei Sitzungen von etwa 30-60 Minuten. Mithilfe von Informations- und Arbeitsblättern wird gemeinsam mit den Patienten ein Erklärungsmodell für den Verlauf ihrer eigenen suizidalen Krise erarbeitet, mit der Absicht das Selbstmanagement für zukünftige suizidale Krisen zu fördern. Mit einem individuellen Krisen- oder Sicherheitsplan wird die Wissensvermittlung abgeschlossen und eine persönliche Handlungsstrategie festgelegt.

### **Problemstellung**

Die Intervention wurde auf einer psychotherapeutischen Station im Rahmen eines Praxisentwicklungsprojektes eingeführt, auf der eine Fachverantwortliche Pflege die Wissensvermittlung durchführt. Im Rahmen der Einführung



der Intervention stellt sich die Frage nach der Nützlichkeit für die Patienten selbst. Fühlen sie sich durch die Wissensvermittlung mit Krisenplan ausreichend unterstützt, um in zukünftige suizidale Krisen selbst bewältigen zu können?

## **Ziele**

Im Rahmen der Fachentwicklung Pflege führen wir im Sinne einer Qualitätsüberprüfungsmassnahme eine einfache Evaluation zur Intervention „Wissensvermittlung für Suizidgefährdete Menschen“ durch. Das Ziel ist, durch die persönliche Meinung der Patienten erste Informationen zum Nutzen der Intervention zu erhalten.

## **Vorgehen**

In Anlehnung an eine Zufriedenheitsbefragung haben wir einen Fragebogen entworfen, der allen Patienten zum Ausfüllen ausgehändigt werden soll, die eine Wissensvermittlung erhalten haben. Die Ausgabe des Fragebogens erfolgt fünf Tagen nach der Durchführung der Intervention. Der Fragebogen enthält 13 Fragen, davon sind drei Fragen offen gehalten. Dabei verfolgen wir das Ziel, bis zum Kongress möglichst viele ausgefüllte Fragebögen zu erhalten. Die Auswertung der Fragebogen erfolgt bei den Fragen mit Antwortvorgaben deskriptiv. Die offenen Fragen werden inhaltsanalytisch nach den vorgefundenen Kategorien zusammengefasst.

## **Zu erwartende Ergebnisse**

Wir erwarten nähere Erkenntnisse zu verschiedenen Bereichen der Wissensvermittlung. Unter anderem zu den folgenden Fragen: Sind die Arbeits- und Informationsblätter sinnvoll und praktikabel? Ist der Zeitaufwand der Wissensvermittlung vertretbar? Waren die Inhalte der Wissensvermittlung für die Patienten neu und haben sie persönlich den Eindruck, auf zukünftige suizidale Krisen besser vorbereitet zu sein?

## **Vorläufige Diskussion und Schlussfolgerungen**

Die Ergebnisse werden im Rahmen des Kongressbeitrages präsentiert und in Bezug auf die Bedeutung für die Betroffenen und die klinische Praxis diskutiert.

## **51. Mitmischen – Interdisziplinäre Betreuung von psychisch erkrankten Menschen auf der Internistischen Station im Otto-Wagner-Spital, Wien**

*Ilse Stefan*

### **Ausgangslage**

Vor 30 Jahren wurde im heutigen Otto-Wagner-Spital, Wien eine Internistische Station eröffnet mit dem Ziel, Menschen die sowohl eine psychiatrische als auch eine internistische Erkrankung haben, bestmöglich zu behandeln.

In Österreich gibt es seit Ende 2016 eine Ausbildungsreform für die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Bis zu diesem Zeitpunkt musste man sich für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege oder für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege entscheiden. Das Gesetz sah vor, dass in Allgemeinen Krankenhäusern ausschließlich Pflegekräfte mit dem allgemeinen Diplom arbeiten dürfen (Ausnahme war das Doppel-Diplom). Der Umgang mit den psychiatrischen Patientinnen und Patienten wurde somit nicht in der Ausbildung, sondern im täglichen Tun auf der Station gelernt.

### **Herausforderungen**

Psychisch kranke Menschen haben eine hohe Prävalenz auch somatisch zu erkranken. Die Organisation im Otto-Wagner-Spital sieht vor, dass Patientinnen und Patienten, die somatisch erkrankt sind, von einer Internistin oder einem Internisten auf der Psychiatrischen Station begutachtet werden. Ist die internistische Symptomatik stärker als die psychiatrische Symptomatik, wird die Patientin, der Patient auf der Internistischen Station übernommen. Schwerkranke internistische Patientinnen und Patienten werden auf der Überwachungseinheit (IMCU), die sich ebenfalls auf der Internistischen Station befindet, betreut.

## **Krankheitsbilder**

Auf der Internistischen Station werden Patientinnen/Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen behandelt. Vorrangig sind folgende Diagnosen:

- Diabetes mellitus
- Pneumonie
- Leberzirrhose, Fettleber
- Zusätzlich zu diesen Diagnosen kommt häufig ein delirantes Zustandsbild

### ***Delirante Zustandbilder***

Eine sehr große Herausforderung bei der Betreuung schwer kranker Menschen ist das delirante Zustandsbild. Prinzipiell geht man davon aus, dass auf internistischen Abteilungen 20–30% der Patientinnen und Patienten ein Delir entwickeln und auf intensivmedizinischen Stationen 30-80 % [1]. Auf der Internistischen Station wurden im Jahr 2016 48 Patientinnen und Patienten mit einem Delir betreut.

### ***Definition des Delirs***

Das Delir ist definiert als akute, organisch bedingte Psychose mit qualitativer Bewusstseinsstrübung, Aufmerksamkeits-, Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen sowie affektiven und vegetativen Symptomen, mit charakteristisch fluktuierendem Verlauf

### **Problemstellung**

Menschen mit einem deliranten Zustandsbild sind schwerst erkrankt und benötigen eine intensive Überwachung. Oft sind diese Menschen desorientiert und stark angetrieben. Die Reaktion darauf sind Beschränkungen, meist Fixierungen, damit Fremd- und Selbstbeschädigung nicht stattfinden kann. Kann sich ein Mensch jedoch nicht eigenständig bewegen, kann das delirante Zustandsbild noch verstärkt werden. Das führte im Jahr 2016 zu 17 Meldungen nach dem Heimaufenthaltsgesetz wegen Fixierungen.

Zusätzlich fühlten sich die Pflegepersonen sehr belastet, da Fixierungen eine hohe emotionale Anforderung stellen.

Eine Patientin bzw. ein Patient im Delir bei der/dem eine Gurtenfixierung notwendig ist, stellt eine enorm hohe Herausforderung für das Pflegepersonal dar. Nach wenigen Tagen wird vom Personal die hohe Belastung thematisiert, es gibt wenig Bereitschaft für Zusatzdienste und Überlegungen für einen Stationswechsel.

Im März 2016 wurde ein Projekt „Management eines schweren Delirs“ begonnen. Ziel dieses Projektes war, dem Pflegepersonal mehr Ressourcen für den Umgang mit diesen herausfordernden Situationen zu geben.

Erarbeitet wurden:

- Sensibilisierung der eigenen Wahrnehmung zur bewussten Begegnungs- und Umweltgestaltung mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen
- „Delirium – Wissensupdate“ aus medizinischer und pflegetherapeutischer Sicht (Integration neuester Studien)
- Evaluierung zu den Interventionen zur: Frühmobilisierung – Reorientierung – Schmerzerfassung und Reduktion – Angebote zur Förderung oraler Ernährung bei Aspirationsneigung – schlaffördernde Angebote
- Schulung in der basalen Stimulation
- Erarbeitung von gemeinsamen Kommunikationsskills
- Erstellung und Implementierung eines multiprofessionellen, praxisnahen Präventions- und Interventionskonzeptes mit dem Team (SOP)

## **Ergebnis**

Bis Ende Juni 2017 gab es 2 Beschränkungsmeldungen lt. Heimaufenthalts-gesetz aufgrund Fixierungen. Es wird zum Management eines schweren Delirs ein gemeinsamer SOP erstellt. Räumliche Veränderungen wurden beantragt.

## **Literatur**

1. *National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, Juli 2010: Delirium: diagnosis, prevention and management.*

## **52. Hilfe(auf)suchen bei psychischen Gesundheitsproblemen und deren Bedeutung für die psychiatrische Pflege**

*Eva Tola*

### **Hintergrund**

Suchen Menschen mit psychischen Gesundheitseinschränkungen nicht oder erst bei fortgeschrittener Symptomatik professionelle Hilfe, steigt das Risiko von sozialer Isolation, Komorbidität, suizidalem Verhalten und einem chronisch-progredienten Verlauf. Adäquate professionelle Begleitung zur richtigen Zeit erhöht die Aussicht, solche Krankheitsfolgen zu verhindern [1]. In der urbanen Schweiz, wo die hier diskutierte Studie durchgeführt wurde, werden jedoch, trotz dichtem psychiatrischen Versorgungsnetz, Versorgungslücken und Anzeichen für Fehlversorgungen beobachtet [2].

Vorliegende Untersuchungen zur Inanspruchnahme befassen sich vorwiegend mit der Differenz zwischen dem Behandlungsbedarf und der Behandlungsquote. Diese Differenz entsteht durch ein Zusammenspiel zwischen der Angebotssituation, der Zugangshürden und der Unterbeanspruchung durch Betroffene. Derzeit existieren keine einheitlichen Kriterien zur Erhebung des Behandlungsbedarfes [2]. Ungeklärt ist auch der Zusammenhang des Behandlungsbedarfes mit den Bedürfnissen der Betroffenen.

Um Angebote mit dem Ziel einer adäquateren Inanspruchnahme auf-, aus- oder umbauen zu können ist es entscheidend über Wissen zu verfügen, wie Betroffene Hilfe (auf)suchen und welche Bedürfnisse sie dabei leiten. Rickwood und Kerry [3] weisen hier auf das Fehlen eines einheitlichen Verständnisses des Hilfe(auf)suchverhaltens bei psychischen Gesundheitsproblemen hin. Zudem beschreiben sie, dass es wenig verifiziertes Wissen dazu gibt und die vorhandenen Studien bezüglich der untersuchten Populationen (Alter, Setting, Diagnosen etc.) stark variieren. Verschiedene hemmende und fördernde Faktoren für eine Inanspruchnahme werden beschrieben, z.B. vorhandene Informationen zu psychiatrischen Dienstleistungen, oder Angst vor Stigmatisierung [3]. Die meisten Erhebungen fokussieren die direkte, aus

medizinischer Sicht bedarfsorientierte, Suche nach psychiatrischen Angeboten [3].

Aktives Hilfe(auf)suchen von psychiatrischen Diensten bedingt, dass Betroffene selber oder Dritte die psychischen Gesundheitsprobleme als solche erkennen. Doch gerade diese Deutung psychischer Probleme wird in der Literatur als Schwierigkeit des Hilfe(auf)such-Prozesses benannt [4]. Die hier und während des Kongressvortrages diskutierte, bereits veröffentlichte Studie nimmt daher eine breitere, bedürfnisorientiertere Perspektive auf das Hilfe(auf)suchverhalten ein [5]. Sie stellt die Suche nach formeller Hilfe, unabhängig von der subjektiven Deutung der Betroffenen bezüglich ihrer psychischen Symptomatik, in den Vordergrund und beleuchtet so gezielt das «Erleben» aus der Betroffenenperspektive.

### **Fragestellung**

Folgende Fragestellung wurde untersucht: Wie erleben Menschen während ihrer psychischen Krise ihr Hilfe(auf)suchen formeller Unterstützung für die Bewältigung ihrer (subjektiven) Probleme?

### **Methode**

Anhand eines qualitativ-induktiven Designs wurde mit Patientinnen/Patienten eines Kriseninterventionszentrums (KIZ), welche zum ersten Mal durch einen psychiatrischen Dienst betreut wurden, retrospektive, leitfadengestützte Experteninterviews nach Gläser und Laudel [6] geführt. Die Daten wurden durch offenes Kodieren in zwei Zirkeln nach Saldaña [7] analysiert.

### **Ergebnisse**

Es konnten 11 Personen im Alter zwischen 24 und 58 Jahren interviewt werden (Durchschnittsinterviewdauer = 62 Minuten). Alle Teilnehmenden beschrieben, dass sie im Vorfeld der Aufnahme aufgrund familiärer und persönlicher Belastungssituationen eine „schwere Zeit“ durchlebten. Während



des gesamten Hilfe(auf)such-Prozesses standen sie mit zahlreichen formellen Angeboten und Dienstleistungen in Kontakt (s. Tab. 1).

Das Erleben des Hilfe(auf)suchens vom Moment, in dem subjektiv erste Einschränkungen der psychischen Gesundheit wahrgenommen wurden, bis zum Eintritt in das KIZ, lässt sich in den drei Kategorien „als real empfundene Probleme sind die Ursache“, „Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme“ und „Dienste der psychischen Gesundheit in Anspruch nehmen“ zusammenfassen. Die Kategorien werden mit Subkategorien weiter konkretisiert/spezifiziert (s. Abb. 1).

**Tabelle 1: Kontakt zu Fachstellen/-Personen aufgrund unterschiedlicher Fragen/Probleme**

| Fragen/Probleme zu                 | Kontakt zu  |
|------------------------------------|---|
| Familiären Anliegen                | Beratungstelefon „depression.ch“; Erziehungsberatung; Evangelische Gruppenpraxisgemeinschaft; Familienplanung; Frauenhaus; Gemeindeleiter der katholischen Kirche; Hausärztin/Hausarzt; Heimleiter (Altersheim Vater); Jugendamt; Katholische Fachstelle für Familienberatung; Kinderneurologe; Kinderspital Notfallaufnahme; Klassenlehrperson Kinder; Lehrperson (Integrierte Förderung) Kinder; Mediatorin |
| Dem eigenen körperlichen Wohl      | Apotheke; Chiropraktiker /Chiropraktikerin; Frauenklinik; Gynäkologin; Hausärztin/Hausarzt; Lungenspezialistin/Lungenspezialist; Physiotherapie; Spitalaufenthalt; Therapeutin chinesische Medizin; Wochenbettstation   |
| Sicherheit und Recht               | Frauenhaus; Polizei; Rechtsberatung; Staatsanwalt   |
| Der finanziellen Absicherung       | Arbeitslosenamt   |
| Der eigenen psychischen Verfassung | Ambulante Psychiaterin/ambulanter Psychiater; Ambulante Psychologin/ambulanter Psychologe ; Apotheke ; Evangelische Gruppenpraxisgemeinschaft   |

## Diskussion

Die Befragten erachten ihre psychischen Beschwerden als Folge von „realen“ (alltagsnahen/sozialen) Problemen. Der Hilfe(auf)such-Prozess ist geprägt vom Bestreben diese zu bewältigen, was u. a. zu verschiedenen Kontakten zu formellen und informellen - nicht auf psychische Gesundheit spe-

zialisierte – Fachpersonen (Polizei, Kirche, Sozialdienst etc.) führt. Die Überlagerung von psychischen und nicht psychischen Problemen überrascht nicht, da sowohl Komorbiditäten, wie auch gleichzeitiges Bestehen von sozialen Problemen durchaus bekannt sind [8]. Die deutliche Einschätzung der Teilnehmenden, dass prioritär die, den psychischen Problemen ursächlichen, „realen“ Probleme bewältigt werden müssen, ist aber ein bemerkenswertes Ergebnis. Denn erst, wenn die „realen“ Probleme den Alltag der Betroffenen immer mehr bestimmen und die psychischen Gesundheitsprobleme unerträglich werden, verändert sich deren Problemwahrnehmung und/oder die ihres Umfeldes: Die psychischen Gesundheitsprobleme, welche zuvor meist nicht als solche erkannt wurden, werden nun unweigerlich sichtbar. Die Deutung einer psychischen Krankheit als solche, wird somit ebenfalls als schwierig empfunden und stellt eine von vielen Zugangshürden des Hilfe(auf)such-Prozesses dar [9]. Die Ergebnisse deuten demzufolge darauf hin, dass Betroffene mit alltagspraktischen und kontextbezogenen Interventionen frühzeitiger abgeholt werden könnten.

Die aus der Betroffenenperspektive generierten Ergebnisse stützen somit die professionelle psychiatrische Pflege in ihrem Bestreben das Erfahrungswissen der Betroffenen und deren Lebenswelt und Bedürfnisse mit ins Zentrum der Behandlung zu rücken. Psychiatrieerfahrene Betroffene schätzen konventionell-psychiatrische Therapien teilweise als zu wenig alltagsnah ein. Bestehende Angebote vornehmlich von Pflegefachpersonen werden als richtungsweisend und von den Betroffenen hochgeschätzt angepriesen [2]. Pflegerische Dienstleistungen können so der oftmals überwiegend institutionellen Perspektive, in deren Fokus die tendenziell medizinisch, hierarchisch-paternalistische Logik steht, entgegenwirken [10]. Auch die World Health Organization (WHO) [11] propagiert den Ausbau von Angeboten durch Gesundheitsfachpersonen, namentlich in Form von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung als eine geeignete Massnahme zur Stärkung der Versorgungsstrukturen.

Doch selbst wenn ein Behandlungsbedarf realisiert wird, ist eine Inanspruchnahme mit dem Überwinden verschiedener Hürden verbunden. U. a. sind die Betroffenen auf aktive Unterstützung Dritter angewiesen [9]. Aus pflegerischer Perspektive überrascht dies nicht, verdeutlicht aber die Wichtigkeit mit Angeboten auch Angehörige anzusprechen.

**Abbildung 1:** Hilfe(auf)suchverhalten aus der Sicht der Betroffenen  
 Hauptkategorien = **fett** / Subkategorien = *kursiv*



## Schlussfolgerung

Auf psychische Gesundheit fokussierte Pflege- und Gesundheitsfachpersonen, mit ihren lebensweltorientierten und Selbstmanagement fördernden Interventionen, sind prädestiniert niedrigschwellige Angebote mit geringen Inanspruchnahme-Hemmschwellen in der Primärversorgung zu implementieren.

Zur Verifizierung und Erweiterung der vorliegenden Resultate sind weitere systematische Untersuchungen indiziert. Nicht nur um Betroffene mit bedürfnisorientierteren Ansprechstrukturen frühzeitiger erreichen zu können,

sondern auch um eine Basis für Verhandlungen von möglichen Finanzierungswegen zu schaffen.

*Der Text fokussiert das Thema „psychiatrische Pflegefachpersonen in der Primärversorgung“. Im Vortrag werden weitere Resultate (z.B. Sensibilisierungsbedarf) diskutiert.*

## Literatur

1. Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogenen Indikatoren*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
2. Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künz, K., (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit
3. Rickwood, D., & Kerry, T. (2012). *Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems*. *Psychology Research and Behaviour Management*, 5, 173-183.
4. Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. *BioMed Central Psychiatry*, 10(113), 1-9.
5. Tola, E., Metzenthin, P. & Mischke, C. (2015). *Das Hilfe(auf)suchen bei psychischen Gesundheitsproblemen aus der Betroffenenperspektive – Eine qualitative Studie*. *International Journal of Health Professions*, 2(2), pp. 107-118.
6. Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (Vol. 4)*. Wiesbaden: VS Verlag.
7. Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: SAGE.
8. Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H. U. (2014). *Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)*. *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304-319.
9. Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., . . . Thornicroft, G. (2014). *What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies*. *Psychological medicine*, 1-17.
10. Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T., Drake, R. E. (2011). *Organizing the range of community mental health services*. In *OxfordTextbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.

11. WHO. (2013). *Nursing and midwifery progress report 2008-2012*. Genf: WHO

## **53. Aus- und Eintrittsmanagement – Zwischen Bedarfen, Bedürfnissen und ökonomischen Anforderungen**

*Peter Ullmann, Marco Burri, Michaela Höring, Daniel Mohr*

### **Hintergrund**

Seit mehreren Jahren wird der Versuch unternommen, durch verschiedene Reformen und Massnahmenpakete die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. 2018 ist es wieder soweit mit der höchstwahrscheinlichen Einführung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie (TARPSY).

### **Problemstellung**

Die Einführung von TARPSY wird unter anderem einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer aufgrund der variierenden degressiven Leistungsvergütung für einzelne Erkrankungen, nehmen. Es wird davon auszugehen sein, dass es wie bereits bei der Einführung der DRGs, zu einer Zunahme des CASE-Mix und Veränderungen in den Fallzahlen und Aufenthaltsdauern kommt [1, 2]. Dieser Effekt hat gravierende Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung. Infolge wird die Entwicklung und Etablierung eines flexibel-dynamischen Ein- und Austrittsmanagements notwendig, welches sich zwischen den Bedarfen von Patienten, den Bedürfnissen der Fachpersonen und den ökonomischen Anforderungen der Institution bewegt.

### **Ziele**

Hierzu ist es wichtig die:

Einflussfaktoren des Ein- bzw. Austrittsmanagements zu identifizieren, eine standardisierte stationsübergreifende Aus- und Eintrittscheckliste, in deren die Aufgaben und Verantwortlichkeiten aufgeführt sind, zu entwickeln und

die Wirksamkeit der zentralen Austrittsterminierung per Liste in Bezug auf eine homogene Verteilung der Austritte auf die Wochentage zu eruieren.

## **Vorgehen**

Seit 2014 wird das Thema Ein- und Austrittsmanagement proaktiv unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen in der Psychiatrischen Klinik Zugersee intensiv weiterentwickelt. Hierbei wurden die Methoden Brainstorming in der Gruppen, Verteilungsstatistik und Einzelgesprächen für die faktorielle Erhebungen und Evaluation genutzt. Sie wurden wie folgt angewendet:

Faktoren, welche einen Einfluss auf das Ein- und Austrittsmanagement haben, wurde mit einem einstündigen halbstrukturierten Gruppeninterview mit einem Pflgeteam einer psychiatrischen Akutstation an einem Tag identifiziert. Es wurde mittels Kategorienbildung ausgewertet.

Die Entwicklung einer standardisierten Austritts- und Eintrittscheckliste wurde mittels Brainstorming im Bereichskader Pflegemanagement und der Fachexpertengruppe sowie Einzelgesprächen im Zeitraum von 2016 bis 2017 fortlaufend durchgeführt.

Die Wirksamkeit der Austrittsliste in Bezug auf eine homogene Verteilung der Austritte auf die Wochentage, wurde mithilfe der Verteilungsstatistik retrospektiv auf den Interventionszeitraum von sechs Monaten im Jahr 2015 untersucht.

## **Ergebnisse**

Insgesamt fanden sich zehn Faktoren in vier Kategorien die einen Einfluss auf das Aus- und Eintrittsmanagement haben. Sie lauten:

Terminierung/Planung

- geplant
- ungeplant

Kommunikation

- Einbezug
- Zuständigkeiten
- Zeit

- Druck
- Erreichbarkeit
- Übersicht

Patientenmutationen

Angebote/Wochentag

- Wochenende
- Freitag

Die Verteilung ergab, dass die höchste Wahrscheinlichkeit für einen Austritt der Freitag und die niedrigste der Montag ist. In Bezug auf Eintritte war kein Trend über die vergangenen drei Jahre zu eruieren. Am Wochenende ist festzustellen, dass es Samstag und Sonntag am unwahrscheinlichsten ist, dass ein Austritt erfolgt. Der Sonntag war am wahrscheinlichsten für einen Eintritt. Die Wirksamkeit der Austrittsliste in Bezug auf eine homogene Verteilung liess sich bis dato nicht bestätigen.

## **Diskussion**

Interessant dürfte unter anderem der Diskurs einer flexiblen-dynamischen Personaleinsatzplanung sein, um so Schwankungen in der Arbeitsbelastung zu mildern. Die inter- und intradisziplinäre Kommunikation ist essentiell für reibungslose Abläufe, und hilft den Arbeitsdruck zu reduzieren. Hierzu ist eine wertschätzende Haltung bedeutungsvoll, die alle an der Behandlung und Versorgung Beteiligten einbezieht und die Zuständigkeiten klärt. Gerade hier erscheint der vertiefende Diskurs eines Skillmanagement wertvoll, der die Kompetenzen statt die Funktion oder Berufsgruppe in den Vordergrund stellt.

## **Schlussfolgerung**

Zukünftig wird das Thema Ein- und Austrittsmanagement gemeinsam mit Pflegenden und Ärzten weiterentwickelt. Hierzu wurde eine regelmässig stattfindende interprofessionelle Sitzung etabliert, in der das Thema an sich



und die Entwicklungen für sich diskutiert und gemeinsam vorangebracht wird. Der Einbezug von Peers ist derzeit noch ausstehend.

## **Literatur**

1. Grütter, M., Karlegger, A., H. B., & S., B. (2012). *Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär), Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: econcept.*
2. *Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. (2012). Mengenerwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.*

## **54. Entwicklung einer Stellenbeschreibung APN Mental Health**

*Peter Ullmann, Sonja Freyer, Birgit Ullmann*

### **Hintergrund**

Die Implementierung von Advanced Practice Nurses (APNs) in Gesundheitsinstitutionen erfordert unter anderem Anpassungen in der Organisation. Interessant dürfte dabei sein, dies vor dem Hintergrund eines Skillmixes zu diskutieren, bei dem nicht die Funktion sondern die Kompetenz für die Übernahme einer Aufgabe im Vordergrund steht. Ein Ergebnis des Implementierungsprozesses ist die Stellenbeschreibung. Sie gibt allen Beteiligten Klarheit über das Anforderungsprofil der Advanced Practice Nurse, welche in einem Bereich oder/und spezifischen Thema arbeitet.

### **Problemstellung**

Das Fehlen von Regulierungen und das Arbeiten im sogenannten Graubereich (informell toleriert), können zu einem Haftungsausschluss im Schadensfall führen. Ebenso bleibt für den Patienten und die Mitarbeitenden in den Institutionen unklar, wer was darf und ob die APNs die ausreichenden Kompetenzen für die zu bewältigenden Aufgaben haben.

Die Stellenbeschreibung kann je nach Institution umfangreicher oder eingeschränkter sein. Sind die rechtlichen Rahmenbedingungen und Richtlinien gesetzlich verankert, werden die Stellenbeschreibungen in ihrer Komplexität abnehmen.

Die von einer Expertenarbeitsgruppe entwickelte und auf deutschsprachige Verhältnisse modifizierte APN Stellenbeschreibung, basierend auf einer irischen APN Stellenbeschreibung, zeigt die hohe Komplexität von möglichen ANP Handlungsfeldern auf.

Es bleibt daher zu hoffen, dass die gesetzliche Regelung in der nächsten Gesetzesnovelle, respektive -revision dazu führt, die Komplexität wieder zu reduzieren.

## **Ziele**

Ziel der Stellenbeschreibung ist es, ein klares und leicht verständliches Anforderungsprofil für eine Person in einem Unternehmensbereich zu definieren. Je genauer die Beschreibung erfolgt, desto eindeutiger sind die Aufgaben und Kompetenzen gegenüber dem / der Stelleninhaber /-in und deren Vorgesetzten als auch unterstellten Mitarbeitern. Fehlt die Stellenbeschreibung, sind Überforderung, Irritationen und Kompetenzgerangel die Folge.

Die Teilnehmenden verstehen den strukturellen Aufbau einer APN Stellenbeschreibung, so dass die theoretischen Voraussetzungen für die Entwicklung und Implementierung gegeben sind.

Die Teilnehmenden verstehen den Prozess der Entwicklung und Implementierung einer APN Stellenbeschreibung in einer Institution.

## **Vorgehen**

### **A: Theorieinput** (Aufbau einer Stellenbeschreibung [1, 2])

Im ersten Teil wird ein kurzer Input zum Aufbau einer Stellenbeschreibung in den vier Bereichen:

- ANP Handlungsfeld
- Organisation (Befugnisse)
- APNs Subrollenbeschreibungen (Aufgaben der 7 Rollen)
- ANP Kompetenzen (Persönliche Spezifikationen, Qualifikationen, Erfahrungen)

vorgelegt.

### **B: Gruppenarbeit** (Entwicklung einer APN Stellenbeschreibung)

Bearbeitung der APNs Subrolle Beraterin in einen spezifischen Handlungsfeld in einer Kleingruppe.

### **C: Diskurs** (Entwicklung einer APN Stellenbeschreibung)

Die Ergebnisse werden vorgestellt und gemeinsam mit den Teilnehmenden diskutiert.

## Literatur

1. *National Council for the professional Development of Nursing and Midwifery (2007): Framework for the Establishment of Clinical Nurse/Midwife Specialist Post. Intermediate Pathway. 3rd Edition. Irland.*
2. *DN APN & ANP g. e.V. (2016): Stellenbeschreibung, Goch*

## **55. Who is Who - Intensiv, Intensivversorgung, Intensivbetreuung, Intensivpatient, Intensivzimmer und Intensivbereich**

*Peter Ullmann, Emina Djedovic, Mario Rigo, Marco Burri, Carlo Pepe, Daniel Mohr*

### **Hintergrund**

Die Intensivversorgung ist eine der komplexesten und anspruchsvollsten Aufgaben in der Psychiatrie. Während der stationären psychiatrischen Behandlung und Versorgung von Menschen in seelischen Krisen können zeitweise aufgrund von akutem selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten intensive Betreuungsmaßnahmen notwendig werden [1, 2, 3].

### **Problemstellung**

Wie ist und sollte die Intensivversorgung zukünftig unter Berücksichtigung knapper finanzieller und personeller Ressourcen professionell gestaltet werden?

### **Ziele**

- Evaluation der Intensivbetreuung im Intensivbereich
- Identifikation von Faktoren, die Einfluss auf die Intensivversorgung haben.

### **Vorgehen**

Im Oktober 2014 und 2016 erfolgte jeweils an 33 Tagen eine Messung der Vorbedingungen für Intensivbetreuung im Intensivbereich von drei Akutstationen mit je drei Intensivzimmern. Die Grundlage dazu stellt die Konzeptanalyse nach Zehnder, Rabenschlag, & Panfil [4].

Parallel dazu wurde ab März 2015 alle zwei Monate eine pflegerische und ab September 2016 zusätzlich eine interdisziplinäre Sitzungen abgehalten, in

der mittels Brainstorming die Intensivversorgung kontinuierlich analysiert und weiterentwickelt wurde.

## **Ergebnisse Messung im Intensivbereich**

### ***Belegung und Nutzung der Intensivzimmer***

Insgesamt zeigt sich, dass 233-mal die neun Intensivzimmer auf allen drei Akutstationen belegt waren. Im Verhältnis zu möglichen 297 Belegungen, ergibt das eine Auslastung von 79%. Im Verhältnis der 233 Belegungen wurden 176-mal (76%) die Intensivzimmer offen geführt und 56-mal (24%) geschlossen.

Das Risiko der Fehlbelegungen eines Intensivzimmers (fehlender Bettenplatz auf Station) war bei fast der Hälfte der belegten Intensivzimmer gegeben. Im Vergleich der beiden Jahre 2014 und 2016 ist ein signifikanter Rückgang der Fehlbelegung zu verzeichnen.

### ***Kontinuität der Betreuungsperson im Intensivzimmer***

Innerhalb des Untersuchungszeitraumes waren im Durchschnitt an 10 von 33 Tagen oder anders ausgedrückt, an maximal 3 Tagen infolge die gleiche Pflegefachperson für den Intensivbereich zuständig. Berücksichtigt man zusätzlich, dass die zuständige Pflegefachperson gleichzeitig pflegerische Bezugsperson sein können, so waren im Durchschnitt 3 von 33 Tagen die Bezugsperson für die Intensivversorgung zuständig.

### ***Indikationen der Intensivzimmer***

Die Massnahme geschlossenes Intensivzimmer ist eine freiheitsbeschränkende Massnahme und wird durch verschiedene Gesetze geregelt. Sie kommt unter anderem bei Fremdgefährdung zur Anwendung. Am häufigsten wurde die Störung des Zusammenlebens, gefolgt von der beeinträchtigten sozialen Interaktion pflegerisch diagnostiziert. Hervorzuheben ist der deutliche Anstieg bei den Pflegediagnosen *Risiko eines Suizides* und *Selbstverletzung* von 2016 gegenüber 2014.

### ***Legitimation der Intensivzimmer Gesamt***

Die Legitimation steht als Rechtfertigung für den Einsatz der Massnahme Intensivzimmer. Am häufigsten wurden 2016 Gespräche (70%), Beobachtungen (70%), Erfahrungen (66%) und das Bauchgefühl (62%) eingesetzt, um eine Indikation zu diagnostizieren, respektive zu rechtfertigen. Eine deutliche Zunahme gegenüber 2014 erfuhr der Bereich Assessmentinstrument, welcher in jedem dritten Fall genutzt wurde. Möglicherweise ist der Effekt auf die Einführung der Bröset Skala zurückzuführen.

### **Ergebnisse Brainstorming Intensivversorgungssitzungen**

Einflussfaktoren, die eine mögliche Rolle in der Intensivversorgung darstellen sind:

- Berufsgruppen: Medizin und Pflege - Übernehmen/Abgeben/sich davor drücken/froh sein, keine Verantwortung zu übernehmen
- Personalfluktuationen
- Angst im Allgemeinen
- Angst, Verantwortung zu übernehmen
- Absprachefähigkeit
- Es anders zu machen, als vereinbart
- Zeit haben
- Führung
- Einhalten von Rahmenstrukturen
- Vorbildcharakter (Lernen am Modell)

### **Diskussion**

Die Ergebnisse betonen, dass die Kausalität nicht im Überangebot von Intensivzimmern liegt, sondern vielmehr in den Versorgungsstrukturen (fehlende systematische Einschätzung für Gewalttätigkeiten, Überbetten etc.) zu sehen sind.

## Schlussfolgerung

Haltungen, Kultur und Strukturen sind im Kontext von modernen Versorgungsansätzen zu entwickeln. Dafür benötigt es einen verantwortungsvollen Umgang mit Angst, Aggression, Zeit und Geduld.

## Literatur

1. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., (AWMF). (2014). S3 - Leitlinien / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression.*
2. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). (2010). Therapeutische Massnahmen bei aggressiven Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Steinkopff Verlag.*
3. *Health and Social Care Board & Public Health Agency (HSC). (01. 03 2011). Regional Guideline on the Use of Observation and Therapeutic Engagement in Adult Psychiatric Inpatient Facilities in Northern Ireland. Von [http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/Regional\\_Guidelines\\_on\\_the\\_use\\_of\\_observations\\_and\\_therapeutic\\_engagemnent.pdf](http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/Regional_Guidelines_on_the_use_of_observations_and_therapeutic_engagemnent.pdf) abgerufen*
4. *Zehnder, U., Rabenschlag, F., & Panfil, E. M. (2014). Zwischen Kontrolle und Therapie - Eine Evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. Zehnder, U., Rabenschlag, F., Panfil, E.M. (2014). Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine.*



## 56. Neue Einsichten und Aussichten der Peer-Zusammenarbeit im psychiatrischen Setting

*Stephanie Ventling*

Alltägliche Situationen der direkten Peer-Begleitung von Patientinnen und Patienten zeigen auf, dass menschliche Beziehung aus der Erfahrungsperspektive auf ein anderes Verständnis von Nähe und Distanz aufbaut, um Genesung voranzutreiben, als die gängige Fachsicht. Beziehungspflege und Peer-Arbeit werden offensichtlich im psychiatrischen Setting nebeneinander her unterschiedlich verstanden und gelebt; dabei bleibt Peer-Arbeit evidenzbasiert erfolgreich. Über das neuzeitliche Recovery-Paradigma hinaus zeigt die intensive Einzel- und Gruppenarbeit von Peers auf, dass Werte, die inzwischen Gültigkeit gefunden haben, auf ihre Genesungsförderung für alle Beteiligten eventuell neu überdacht werden müssen.

- Worauf achten professionelle Peers im täglichen Umgang mit PatientInnen aus der Erfahrungsperspektive?
- Welche Annahmen bedürfen einer neuen Betrachtung im Recovery-Diskurs?
- Welchen Verletzungen und Grenzüberschreitungen können dabei ExpertInnen aus Erfahrung täglich ausgesetzt sein?

Unbestritten ist, dass verantwortungsvolle und spezialisierte Peers in der Pflege auch Lernenden und anderen Team-Mitgliedern im psychiatrischen Setting als „missing link“ dienen können. Trotz erwiesenem Mehrwert, bleibt die Inklusion von Peers innerhalb psychiatrischer Dienstleistungen erschwert. Wie sieht die fruchtbare und differenzierte Zusammenarbeit von heterogenem Fach- und Erfahrungswissen aus? Beispiele aus der gelebten Peer-Zusammenarbeit zeigen den Zuhörerinnen und Zuhörern die Reibungsflächen wie auch die Aussichten zukunftssträchtiger Genesungsarbeit in Wirkung und Einfluss auf.

## **57. Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz verstehen mit der ABC-Verhaltensanalyse**

*Samuel Vögeli*

### **Hintergrund**

Herausforderndes Verhalten von Menschen mit kognitiven Einschränkungen wird heute in der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur und in internationalen Leitlinien als Ausdruck von unbefriedigten Bedürfnissen interpretiert. Zentrale Aufgabe von Pflegenden ist deshalb, die individuellen und situativen Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und wenn immer möglich zu befriedigen.

### **Problemstellung**

Aufgrund der häufig stark reduzierten sprachlichen aber auch selbstreflexiven Fähigkeiten von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten, ist die direkte Befragung nach diesen Bedürfnissen oft nicht mehr möglich. In der Klinik für Alterspsychiatrie (KAP) der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) kommt ein Grossteil der Behandlungsaufträge aufgrund herausfordernden Verhaltens zustande, mit welchem die Betreuungs- und Pflegepersonen im häuslichen oder stationären Langzeitsetting überfordert sind.

### **Ziele**

Betreuende und Pflegende im häuslichen und im stationären Langzeitsetting haben einen grossen Bedarf an Beratung und Information bezüglich des Umgangs mit herausfordernden Verhaltensweisen der zu Betreuenden. Neben Strategien des situativen Verhaltensmanagements sind präventive Möglichkeiten ebenso gefragt, um die Lebensqualität aller Beteiligten zu erhalten und zu verbessern sowie Einweisungen in die stationäre Akutpsychiatrie wenn immer möglich zu vermeiden.

## **Vorgehen**

Das im Rahmen der Verstehenden Diagnostik entwickelte ABC-Modell der Verhaltensanalyse ermöglicht eine systematische Dokumentation und Interpretation von herausforderndem Verhalten. Dadurch können Auslöser (A), Beweggründe (B) und Konsequenzen (C) von problematischen Verhaltensweisen ermittelt werden. Betreuende und Pflegende verstehen dadurch besser, wann und weshalb ein bestimmtes Verhalten auftritt und welche Bedürfnisse ihm zugrunde liegen. Dieses Verständnis soll die Planung und Begründung von individuellen, personenzentrierten pflegerischen Massnahmen unterstützen.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

In der KAP wurden während mehreren Monaten positive Erfahrungen mit der ABC-Verhaltensanalyse gemacht. So konnten in mehreren sehr herausfordernden Situationen durch eine strukturierte Dokumentation und deren Analyse Muster von Entstehungsdynamiken von herausforderndem Verhalten von demenziell erkrankten PatientInnen und Patienten ermittelt werden. Darauf basierend gelang es den Teams immer wieder, gezielte, individuelle und situativ adäquate Interventionen zu planen und durchzuführen, was oft zu einer deutlichen Abnahme der verhaltensbezogenen und psychischen Sekundärsymptome der Betroffenen führte.

## **Diskussion**

Die Erfahrungen mit dem ABC-Modell der Verhaltensanalyse in der KAP zeigten, dass eine systematische und strukturierte Beobachtung und Dokumentation von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz ein offensichtliches Potential hat, die Auslöser und Beweggründe ebensolcher Verhaltensweisen zu erkennen und den dahinterstehenden unbefriedigten Bedürfnissen besser gerecht zu werden.

## **Schlussfolgerungen**

Aufgrund des hohen Leidensdruckes, welcher mit herausforderndem Verhalten für Menschen mit Demenz und ihre Betreuenden und Pflegenden verbunden ist, ist eine systematische und strukturierte Vorgehensweise im Rahmen einer verstehenden Diagnostik zu empfehlen. Das ABC-Modell der Verhaltensanalyse scheint dabei ein wirksames, leicht zu vermittelndes und in der Praxis umsetzbares Hilfsmittel zu sein.

## **58. Zukunftswerkstatt: Wie kann die akademisierte psychiatrische Pflege in der Gerontopsychiatrie aussehen?**

*Benjamin Volmar, Bettina Grundmann-Horst, Stefan Klees, Katharina Schneiders*

### **Einleitung**

In Deutschland werden die Menschen aufgrund der medizinischen Versorgung und der Lebensweise, immer älter [1]. Dabei nimmt die Wahrscheinlichkeit für eine Demenz oder eine Depression, evtl. mit suizidalen Handlungen, im Alter zu [2]. Dies erfordert eine Notwendigkeit und die Bereitschaft sich mit neuen und innovativen Versorgungsformen für diese Bevölkerungsgruppe auseinanderzusetzen.

Die verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen und die individuellen Lebens- und Krankheitsverläufe dieser z.T. hochaltrigen Menschen stellen besondere Anforderungen an die Versorgung. Häufig gibt es sowohl einen somatischen, als auch einen psychiatrischen und damit komplexen Hilfebedarf. Die Patienten, sowie ihr informelles und formelles Versorgungsnetzwerk sind oft mit dieser hochkomplexen und anspruchsvollen Lebenssituation überfordert [3].

Des Weiteren haben viele der Angehörigen einen eigenen Teilhabe-, Hilfe- und Informationsbedarf, der in der Versorgungsplanung und -gestaltung mitbedacht werden muss [4].

Bei der aktuellen demografischen Entwicklung und dem damit einhergehenden ansteigenden Fachkräftemangel im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege entstehen immer mehr Problemstellungen zum Erhalt der benötigten Versorgungsqualität [5].

### **Thema**

Dies führt zu der Fragestellung, was benötigt die psychiatrische Pflege in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Gerontopsychiatrie, um eine moderne und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten?

Welche Kompetenzen werden für eine pflegerische Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten benötigt und in welchen Settings muss die Pflege, bei immer knapper werdenden Ressourcen, zukünftig agieren?

Dies ist sowohl ein Thema für die Praktiker, das Management und die Forschung zur Erschließung, Beschreibung und Etablierung dieser Handlungsfelder. Dabei kann auch die Fragestellung auftauchen, wie die Strukturen gestaltet werden müssen, damit sich mehr psychiatrisch Pflegende für die verschiedenen Arbeitsfelder der Gerontopsychiatrie interessieren. Hier muss auch der Einsatz von akademisierten Pflegenden betrachtet und dargestellt werden. Wie und wo muss dieser erfolgen, um eine möglichst individuell bedarfsorientierte, aber auch effektive und effiziente Versorgung dieses hochvulnerablen Klientels zu gewährleisten?

## **Ziele**

Gemeinsam mit den Teilnehmenden des Workshops wollen sich die Autoren den folgenden Fragestellungen nähern:

Was brauchen wir in der psychiatrischen Pflege für die zukünftige Gerontopsychiatrie, in den unterschiedlichen Settings?

Wie kann ein ausgewogener Skill- and Grade-Mix in dieser Diskussion aussehen und welche Kompetenzen bzw. welche Aus- und Weiterbildungen werden dafür benötigt?

Welche Haltungen sind notwendig, um diesen komplexen Herausforderungen zu begegnen?

Dabei sollen freie Visionen entstehen, die von den Autoren später verdichtet, zusammengefasst und ggf. in einer Fachzeitschrift publiziert werden.

## **Ablauf**

Es soll eine kreative Fachdiskussion zur zukünftigen Entwicklung der psychiatrischen Pflege in der Gerontopsychiatrie entstehen. Die Autoren unterstützen dies mit vier Impulsvorträgen, aus verschiedenen Bereichen und mit verschiedenen Bezügen zur Gerontopsychiatrie, welche in die Diskussion

eingestreut werden und neue Impulse aufzeigen sollen. Angedachte Impulse wären die aktuelle und zukünftige pflegerische Rollenentwicklung zur Pflegeexpertin oder Advanced Practice Nursing, die Arbeit auf einer Nurse-LED Station, sowie die Gestaltung der ambulanten psychiatrischen Pflege in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Psychiatrischen Instituts Ambulanzen. Des Weiteren kann eine ausgebaute tagesklinische Struktur, die stationäre akutpsychiatrische Arbeit sowie die Erschließung und Vernetzung alter und neuer Arbeitsbereiche in der Kommune dargestellt werden. Ein pflegerischer Liaisonsdienst oder die Quartiersarbeit können einen niederschweligen pflegerischen Zugang zum gerontopsychiatrischen Versorgungsnetzwerk ermöglichen und eine zukunftsweisende ambulante Versorgungsstruktur zu gewährleisten.

### **Gestaltung des Workshops**

Es wird eine offene und freie Herangehensweise an das Thema gewählt, bei der Techniken angelehnt an die Zukunftswerkstatt aufgegriffen werden. Es wird eine semistrukturierte Diskussion geführt werden, in der die Phasen *Standortbestimmung, künftige Herausforderungen, ideales Zukunftsbild/Vision, Ansätze/Wege* sowie allenfalls *erste Schritte* durchlaufen werden können [6].

### **Lernziele des Workshops**

- Die Teilnehmenden kennen die gesonderten Herausforderungen der Gerontopsychiatrie.
- Chancen, Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der akademisierten psychiatrischen Pflege in gerontopsychiatrischen Settings sind bekannt.
- Gemeinsames Entwickeln und Verstehen von zukunftsfähigen Einsatzmöglichkeiten der psychiatrisch Pflegenden in der Gerontopsychiatrie und das Erschließen neuer Wirkungsfelder.

## Literatur

1. *Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2011). Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistische Ämter des Bundes und der Länder.*
2. *Mehnert, A., Volkert, J., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2011). Psychische Komorbidität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Krebserkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54(1), 75–82.*
3. *Kruse, A. (2017). Verletzlichkeit im hohen Alter – die Sicht der Angehörigen. In Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife (S. 355–409). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.*
4. *Kofahl, C., & Lüdecke, D. (2012). „Angehörige: nicht erkrankt und doch betroffen“. BKK Gesundheitsreport, 2012, 197–201.*
5. *Kuhlmann, A., Franke, A., & Naegele, G. (2016). Akademische Fachkräfte in Altenhilfe und -pflege: Bedarfaus Expertensicht. In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.), Teilhabe im Alter gestalten (S. 197–216). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.*
6. *Kuhnt, B., & Müllert, N. R. (2006). Moderationsfibel Zukunftswerkstätten: verstehen-anleiten-einsetzen; das Praxisbuch zur sozialen Problemlösungsmethode Zukunftswerkstatt (Bd. 166). AG SPAK Bücher.*



## **59. Forschungsbedarf aus Sicht wissenschaftlicher und praktisch tätiger Expertinnen und Experten in der forensisch psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum. Eine Delphi-Studie.**

*Pamela Wersin, Ian Needham*

### **Hintergrund**

Für die forensisch psychiatrische Pflege gibt es derzeit weder im deutschsprachigen Raum noch international eine Forschungsagenda. Im deutschsprachigen Raum könnte dies mit der noch recht aktuellen Entwicklung von Studiengängen im Bereich Psychiatrischer Pflege bzw. Forensisch Psychiatrischer Pflege zusammenhängen [3]. Kolbe legt 2013 die erste Arbeit zum Stand der forensisch psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum vor und benennt darin Ansätze eines „Dreischritt[s] von Forschung, Praxisentwicklung und Bildung“ [5]. Er konkretisiert dabei mögliche Forschungsthemen und konstituiert die Wichtigkeit der systematischen Recherche und Entwicklung von Forschungsvorhaben sowie der Vernetzung mit der Pflegepraxis. Um diesem Anspruch gerecht zu werden und als Entscheidungsgrundlage für zukünftige Investitionen in Forschung und Entwicklung der forensisch psychiatrischen Pflege soll eine Forschungsagenda erstellt werden.

### **Fragestellung**

Folgende Fragen lagen der Erhebung zugrunde:

- Welchen Forschungsbedarf gibt es aus Sicht wissenschaftlicher sowie praktisch tätiger Expertinnen und Experten in der forensisch psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum?
- Wie ist dieser Bedarf aus Sicht der Befragten zu priorisieren?

## **Methode**

Zur Ermittlung des Forschungsbedarfs wurde eine Delphi-Studie Typ 3 (Delphi-Befragung zur Ermittlung und Qualifikation der Ansichten einer Expertengruppe über einen diffusen Sachverhalt [4]) durchgeführt. In jeweils einer qualitativen und zwei quantitativen Befragungsrunden wurden 23 wissenschaftliche sowie 42 praktisch tätige Expertinnen und Experten online befragt. Es handelt sich dabei um eine Vollerhebung im deutschsprachigen Raum. Die Auswertung erfolgte in MaxQDA bzw. Excel. Die qualitativen Ergebnisse wurden einer inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse wie von Kuckartz oder Schreier beschrieben, unterzogen [6;8], die quantitativen Ergebnisse deskriptiv analysiert.

## **Diskussion/Ergebnis**

Aufgrund der wenigen, im deutschsprachigen Raum ausgewiesenen wissenschaftlichen Expertinnen und Experten in der forensisch psychiatrischen Pflege, wurden auch Teilnehmende in die Stichprobe einbezogen, die thematische Beiträge auf Kongressen präsentiert hatten. Bei der Auswahl der praktisch tätigen Expertinnen und Experten entstand eine Limitierung aufgrund der Auswahl der Teilnehmenden durch deren Arbeitgeber. Ferner ist eine Limitation aufgrund der Durchführung nur einer qualitativen Befragungsrunde gegeben, es besteht kein Anspruch auf Sättigung der Daten oder Theoriebildung. Die Ergebnisse der Delphi-Studie liegen im Juni 2017 vor; der Befragungszeitraum erstreckt sich von November 2016 bis April 2017.

Erwarteter Nutzen: In den deutschsprachigen Ländern werden derzeit unterschiedliche Strategien verfolgt: In Deutschland soll die Qualität der Versorgung durch die Nutzung vorhandener und die Herstellung von Evidenz in noch nicht ausreichend beforschten Bereichen sichergestellt werden [7]. Österreich setzt auf Gesundheitsförderung durch die Umsetzung von breit abgestimmten, qualitätsgesicherten, wirksamen und effizienten Gesundheitsförderungsmaßnahmen [1]. Die Strategie 2020 des schweizerischen

Bundesamtes für Gesundheit gibt als Ziel vor, die Versorgungsqualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Dazu sollen Über-, Unter- und Fehlversorgung reduziert werden [2]. Die Identifikation und Priorisierung von Forschungsbedarf trägt den Zielen aller Länder Rechnung, indem Forschungsgelder gezielt für Vorhaben eingesetzt werden können, die aus Sicht von Expertinnen und Experten als notwendig und dringlich eingestuft werden. Dies stellt sowohl einen Beitrag zur Effizienz, als auch zur Qualität der Versorgung dar.

## Literatur

1. *Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2014): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014. Online verfügbar unter [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/1/4/CH1099/CMS1401709162004/gesundheitsfoerederungsstrategie\\_20140825.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/1/4/CH1099/CMS1401709162004/gesundheitsfoerederungsstrategie_20140825.pdf), zuletzt geprüft am 04.07.2016.*
2. *Eidgenössisches Departement des Inneren (Januar 2013): Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020. Online verfügbar unter [www.gesundheit2020.ch](http://www.gesundheit2020.ch), zuletzt geprüft am 29.06.2016.*
3. *Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld (07.03.2012): Begehrte Doppelqualifikation B.A. und Case-Manager – Bewerbungen bis 30. Juni. Online verfügbar unter <https://www.bethel.de/begehrte-doppelqualifikation-ba-und-case-manager-bewerbungen-bis-30-juni.html>, zuletzt geprüft am 04.07.2016.*
4. *Häder, Michael (2014): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).*
5. *Kolbe, Harald-Joachim (2013): Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. Motor für gesellschaftliche Innovation. In: Pflege & Gesellschaft 18 (2), S. 101–116.*
6. *Kuckartz, Udo (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr: Juventa.*
7. *Schrapppe, M. (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Berlin [Germany]: MWV Medizinisch Wissenschaftliche.*
8. *Schreier, Margrit (2012): Qualitative content analysis in practice. Los Angeles: SAGE.*

## **60. Erfahrungen im Erleben und im Umgang mit der eigenen psychiatrischen Erkrankung: Die Stimme der Betroffenen!**

*Peter Wolfensberger*

### **Hintergrund**

Recovery bezeichnet den zutiefst persönlichen und einzigartigen Veränderungsprozess im Leben eines von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen [2]. In der psychiatrischen Versorgung wird Recovery [1; 8] auch von professioneller Seite vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt und ein personenzentrierter Ansatz in der Behandlung ist weitgehend unumstritten [7]. Es werden entsprechende Modelle entwickelt [6; 3] oder konkrete Schulungs- und Handlungsgrundlagen ausgearbeitet [9]. In alledem spielen die Erfahrungen von Betroffenen eine zentrale Rolle und gleichzeitig werden diese nur selten mit konkreten Beispielen erwähnt. Die diesem Vortrag zugrundeliegende Forschungsarbeit konzentriert sich auf diese Erfahrungen aus der Perspektive von Betroffenen und möchte von deren Stimme lernen.

### **Fragestellung**

Dem Projekt liegen die folgenden Fragen zugrunde: Welches sind die Erfahrungen von Betroffenen im Erleben und im Umgang mit der eigenen psychiatrischen Erkrankung? Welchen Einfluss haben diese Erfahrungen im persönlichen Anpassungsprozess an das Leben mit der Erkrankung?

### **Methode**

Für diese qualitative Studie wurden bis zum aktuellen Stand der Arbeiten zehn ausführliche, offene Interviews mit Betroffenen im deutschsprachigen Raum der Schweiz durchgeführt. Dabei handelt es sich um erwachsene Frauen und Männer mit den unterschiedlichsten psychiatrischen Diagnosen. Zum Zeitpunkt der Interviews durften die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht in einer stationären Behandlung sein. Die Interviews wurden vom

Autor dieser Studie selber durchgeführt. Die ausführlichen Transkripte werden zurzeit anhand einer Grounded Theory Methode [5; 4] ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die bisherigen Erkenntnisse aus den Interviews zeigen einen vielfältigen Fächer an Themen, die aus den Erfahrungen der Betroffenen abgeleitet werden können: Wie werden die Symptome der Krankheit wahrgenommen und bewertet? Wie wird dem Geschehen Sinn verliehen oder dem Verlust der Selbstkontrolle begegnet? Wo liegen die grössten Unsicherheiten und Ängste? Welchen Einfluss haben Familie und Freunde oder das professionelle Behandlungsteam? Und natürlich vieles mehr. Die Betroffenen haben viele Ressourcen und entwickeln ein erstaunliches Arsenal an Bewältigungsmechanismen. Überraschendes und Vertrautes wird im Rahmen des Vortrages an Ergebnissen präsentiert werden können.

## **Diskussion**

Die Ergebnisse der Studie sind zurzeit noch unvollständig, da die Auswertung der Daten andauert. Trotzdem lassen sich bereits deutliche Hinweise erkennen, die uns als Fachpersonen in der Psychiatrie zur Reflexion der eigenen Praxis animieren sollten. Einen ersten Anstoss dazu will dieser Vortrag leisten. Jede persönliche Geschichte hat natürlich auch mit persönlichen Lebensumständen, Prägungen und vielen weiteren individuellen Aspekten zu tun. Durch den fundierten Prozess der qualitativen Datenanalyse lassen sich jedoch Muster und Themen erkennen, die nicht mehr nur einen ausschliesslich individualistischen Charakter haben und daher der breiteren Diskussion dienen.

## **Schlussfolgerungen**

Die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der Betroffenen gehört nicht nur in die tägliche Arbeit der psychiatrischen Pflegefachpersonen und anderen Professionellen in der Behandlung, sondern muss auch in der Forschung vermehrt verankert werden. Aus den Erkenntnissen der vorliegenden For-

schungsarbeit werden sich weitere wichtige Fragestellungen ableiten lassen können. Gesichert ist auf jeden Fall eine Erkenntnis: Jede einzelne Stimme zählt, auch wenn viele davon noch nicht gehört werden.

## Literatur

1. Amering, M. & Schmolke, M. (2012) *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. (5. Auflage) Psychiatrie Verlag, Bonn, DE
2. Anthony, W.A. (1993) *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23
3. Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005) *The Tidal Model – A Guide for Mental Health Professionals*. Routledge, East Sussex, UK
4. Breuer, F. (2010) *Reflexive Grounded Theory – Eine Einführung für die Forschungspraxis* (2. Auflage) VS Verlag, Springer Fachmedien, Wiesbaden, DE
5. Charmaz, K. (2014) *Constructing Grounded Theory* (2nd Edition). SAGE Publications, London, UK
6. Mahler, L., Jarchov-Jàdi, I., Montag, C. & Gallinat, J. (2014) *Das Weddinger Modell – Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, DE
7. Mezzich, J.E., Botbol, M., Christodoulou, G., Cloninger, C.R. & Salloum, I.M. (2016) *Person Centered Psychiatry*. Springer International Publishing, CH
8. Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness – A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press, Cambridge, UK
9. Trenoweth, S. (2017) *Promoting Recovery in Mental Health Nursing*. Learning Matters, SAGE Publications, London, UK

## 61. ...mischen im Kernteam

*Dominic Zemp, Stefanie Peter, Barbara Peter, Johann Meinhof*

### Hintergrund

Die Luzerner Psychiatrie (*lups*) ist eine Institution, die aus der Klinik St Urban, gegründet vor 140 Jahren, und der Klinik Luzern, aus der Zeit der Sozialpsychiatrie, 2006 entstanden ist. Seither entwickelt sich in der *lups* eine Patientenorientierung in den Strukturen der Behandlungsangebote. Eine wichtige Entwicklung ist das Entstehen von Behandlungsteams (BHT), die interdisziplinär besetzt und dual geführt werden.

### Problemstellung

Die duale Führung hat sich in den BHTs fortgesetzt in der Entstehung eines Teams aus Bezugsperson (BP) und Fallführung (FF). Durch den Einbezug des/der Patienten entstand dadurch das Kernteam (KT, Bild).

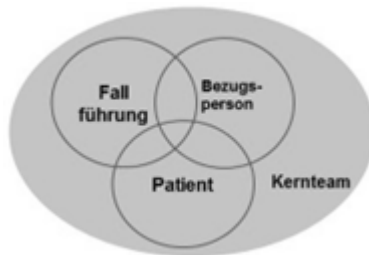


Abbildung 1: Kernteam

### Ziele

Ziel ist es, eine Organisationsstruktur zu etablieren, die eine an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasste Behandlung fördert.

## **Vorgehen, Ergebnisse**

### ***Das Kernteam***

Jeder Patient erhält während des Aufenthalts eine FF und eine BP zugeteilt. Zusammen bilden die drei das KT. Sie treffen sie sich regelmässig für ein Standortgespräch (Kernteamgespräch), wobei der Behandlungsplan der Leitfaden des Gesprächs ist.

Die Auswahl der FF und der BP erfolgt mit dem Ziel, dem/der Patient/in möglichst vertrauensfördernde und aus Beziehung unterstützende Fachpersonen zuzuteilen. Dabei ist die Auswahl der FF nicht an eine Disziplin gebunden und die BP wird Grade unabhängig, nach ihren Skills und dem Bedarf des Patienten gewählt. Die zur Auswahl stehenden Disziplinen für Fallführung sind; Arzt/Ärztin, Psychologe/-in, Heilpädagoge/-in, Sozialarbeiter/-in und Pflege. Als Bezugsperson ist die Bandbreite von Pflegehilfe bis APN möglich.

Durch diese Auswahlpraxis entsteht eine Spezialisierung, die sich aus den vorhandenen Fähigkeiten des Teams, dem Bedarf des Patienten und den Ressourcen die zur Wahl stehen ergibt.

Gelingt es durch diese Massnahmen mit dem Patienten den passenden Weg zu finden, nicht zwingend den besten aus fachlicher Sicht, ist ein wesentliches Ziel der Kernteamarbeit erreicht. Durch das Begegnen im Kernteam auf Augenhöhe mischt sich die Haltung aus dem Recovery in die Kernteamarbeit ein.

### ***Kommunikation***

Eine wesentliche Änderung zu vorher ergibt die Kommunikationsrichtung. In der KT-Organisation wird die geplante Behandlung in Übergaben berichtet und die Erfahrungen des Teams an das Kernteam zurückgegeben. Direkte Einflussnahme der Behandlungsteamleitung (Stationsleitung und Oberarzt/Leitende Psychologin) kann durch Einladung ins KT erfolgen. Dasselbe gilt für alle anderen an der Behandlung involvierten Personen wie z.B. Sozialarbeiter/-innen. Die zuvor durchgängig praktizierte und heute immer noch



teilweise vorhandene Direktive, aus den Besprechungen ohne Patient in die Behandlungsplanung der Kernteamarbeit, sollte vermieden werden.

### ***Aufgaben und Ressourcen***

Die aus der gemeinsam geplanten Behandlung entstandenen Aufgaben werden nach den Fähigkeiten verteilt. Das heisst, dass der/die eine Patient/-in Aufgaben alleine übernehmen kann, während der andere hier noch Unterstützung braucht.

Die Fachleute richten sich an ihren Fähigkeiten und Ressourcen aus, dabei übernehmen FF und BP gegenseitig StellvertreterInnen Funktion in allen Bereichen der Koordination, Dokumentation und Kontrollen der Behandlung. Das Ziel dessen ist die Aufrechterhaltung der Behandlungs- und Beziehungskontinuität innerhalb des Kernteams und im Verhältnis zum BHT.

Beispiele für typische Aufgaben der BP, bei denen FF mitwirken oder diese auch übernehmen können sind Spaziergänge, Gespräche, Kriseninterventionen oder Zwangsbehandlungen. Mögliche Übernahmen von typischen Aufgaben der FF durch BP können Dokumentation, Verordnungen, Therapieanmeldungen oder Terminkoordination sein.

### ***Inhalt, Struktur und Dokumentation***

Voraussetzung für diese Entwicklung war ein interdisziplinär ausgerichtetes Klinikinformationssystem. In diesem wurde eine Trennung von Fachsprache (z.B. Klassifikationssysteme), Sprache des Patienten (Behandlungsplan) und einer "Sprache" zur Qualitätssicherung (Fokussierte Veränderungsplanung, FVP) gemacht.

Die Klassifikationssysteme dienen der Forschung und damit den Berufsgruppen in ihrer Disziplin. Der Patient profitiert erst sekundär aus der daraus erwachsenden Qualitätssteigerung.

Der Behandlungsplan ist der rote Faden der für alle bindend ist. Er wird mit dem Patienten verabredet, alle beteiligten können in diesem Vorgehen einen Sinn erkennen.

Die FVP ist ein Instrument, welches spezifische Veränderungswünsche aus dem Behandlungsplan aufgreift und einen Prozess innerhalb eines Themas abbildet. Er kann so auch einen einzeltherapeutischen Prozess – einen Pflegeprozess oder andere Veränderungen – zum Inhalt haben. Die darin erarbeiteten Ziele und zu diesen abgesprochenen Massnahmen machen die Wirksamkeit des Vorgehens evaluierbar. Die Fokusplanung ersetzt mit Teilen der Behandlungsplanung die Pflegeplanung und macht den Regelkreis interdisziplinär.

## **Diskussion und Erfahrungen**

Der Umsetzungsgrad auf den Stationen ist abhängig von einer Kultur, die den/die Patient/-in unbedingt einbezogen wissen möchte. Förderlich in diesem Prozess war der Einsatz von Peers mit ihrer erfahrungsbasierten Perspektive.

Der Unterschied des Umsetzungsgrads auf den Stationen stellt für intern wechselnde Mitarbeiter (z.B. Assistenzärzte) und für die Weiterentwicklung ein Problem dar. Eine weitere Herausforderung sind Widerstände, wie bei jeder Veränderung, aus Machtfragen und Gewohnheit.

Die Erfahrung zeigt, dass funktionierende Kernteamarbeit eine höhere Bereitschaft für die Weiterführung der Behandlung über die Grenzen des stationären Aufenthalts hinaus hat.

## **Schlussfolgerung**

Das Kernteam ist mit drei Personen die kleinste Gruppe (mehr als zwei sind eine Gruppe). So werden Gespräche zu Dialogen, wodurch mehrere Perspektiven sichtbar werden. Durch die Konstellation sind auch therapeutische Methoden wie Reflektion und Metakommunikation möglich. Diese Form bietet allen Personen die Möglichkeit sich einzumischen und mitzumischen. Daraus ergibt sich ein Potenzial, bestehende Strukturen der Psychiatrie aufzumischen.

## **62. Fachpersonen mit psychiatrischen Krankheitserfahrungen – Disqualifikation oder besondere Qualifikation für die Praxis?**

*Gianfranco Zuaboni, Pamela Wersin, Linda Frei*

### **Hintergrund**

Fachpersonen mit eigener psychischer Krankheitserfahrung werden als besonders einfühlsam und sensibel im Umgang mit den Patientinnen und Patienten beschrieben und würden vorhandene Ressourcen bei Erkrankten deutlicher wahrnehmen [9]. Auch können sie zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen [7]. Dennoch werden persönliche Krankheitserfahrungen von Fachpersonen in der Psychiatrie vielfach verschwiegen. Über die Auseinandersetzung mit dem Recovery-Ansatz und der Beteiligung von Genesungsbegleitenden in den psychiatrischen Dienstleistungen gewinnt der Diskurs zur Offenlegung von persönlichen Erfahrungen von Fachpersonen an Bedeutung [2].

### **Einleitung**

Persönliche Erfahrungen können nutzbringend in die therapeutische Arbeitsbeziehung integriert werden und lassen dabei aus der Sicht der Nutzenden die Fachperson authentisch erscheinen [1]. Authentizität und eine persönliche Note gelten als wesentliche Merkmale guter Kommunikation von Fachpersonen [8]. Und wie verhält es sich mit der Offenlegung von eigenen psychiatrischen Krankheitserfahrungen? Wird dies von Betroffenen und Institutionen als Disqualifikation oder als erweiterte fachliche Qualifikation gesehen? Es scheint, als sei trotz einer wahrnehmbaren Häufung von psychischen Erkrankungen deren Offenlegung für die betroffenen Fachpersonen mit Risiken und Ängsten verbunden. Grundsätzlich kann eine Offenlegung in verschiedenen Abstufungen erfolgen, die beginnend bei sozialer Vermeidung und Geheimhaltung, über selektive und wahllose Offenlegung bis zur „Ausstrahlung“ („Broadcast“) reichen kann [3]. Die Stigmatisierung

psychischer Erkrankungen durch psychiatrische Fachpersonen wurde in verschiedenen Studien untersucht [4;5]. Ein Faktor, der Stigma begünstigt, wird als die „wir und die“ („us and them“) Mentalität beschrieben [6]: Auf der einen Seite die gesunden Fachpersonen und auf der anderen Seite die psychisch Kranken.

## **Thema**

Im Rahmen des Workshops werden die Offenlegung persönlicher Krankheitserfahrungen von Fachpersonen sowie deren Chancen und Potentiale thematisiert. Im Austausch mit den Teilnehmenden sollen Erfahrungen ausgetauscht und allfällige unterstützende Interventionen für diesen Prozess erarbeitet werden.

## **Ziele**

Mit diesem Workshop soll ein Beitrag zur Enttabuisierung psychiatrischer Erkrankung von Fachpersonen im Fachbereich der psychiatrischen Pflege geleistet werden. Auch sollen konkrete Hinweise erarbeitet werden, wie der Umgang seitens des Managements und der Betroffenen gestaltet werden kann.

## **Ablauf**

Der Einstieg in den Workshop wird über ein Impulsreferat und über persönliche Erfahrungsberichte erfolgen. Gemeinsam mit den Teilnehmenden werden Problemstellungen rund um das Thema bearbeitet.

## **Gestaltung des Workshops**

Für die Gestaltung des Workshops werden sowohl Powerpoint-Folien, als auch Flipchart verwendet.

## **Lernziele des Workshops**

- Das Potenzial eigener Krankheitserfahrungen für die psychiatrische Praxis erkennen

- Hinweise für den Umgang mit dem Thema seitens der Betroffenen sowie der Institutionen erarbeiten

## Literatur

1. Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). *Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services*. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505. doi:doi:10.1080/09638230400006809
2. Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review". *International Journal of Mental Health Nursing*. doi:10.1111/inm.12241
3. Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). *On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change*. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 57*(8), 464-469.
4. Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). *Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness?* *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 48-54. doi:10.1177/0020764011423176
5. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). *Do mental health professionals stigmatize their patients?* *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(429), 51-59. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x
6. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing Stigma*. *Annual Review of Sociology, 27*(1), 363-385. doi:doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
7. Perkins, R., Rinaldi, M., & Hardisty, J. (2010). *Harnessing the expertise of experience: increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems*. *Diversity in Health and Care, 7*, 13-21.
8. Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). *Good communication in psychiatry--a conceptual review*. *Eur Psychiatry, 26*(7), 403-407. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.010
9. Prins S., Hrsg. (2006). *Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen* Neumünster: Paranus-Verlag.

### **63. Wer Abseits steht, kann nicht mitgestalten: Ist die psychiatrische Pflege unpolitisch?**

*Gianfranco Zuaboni, Michael Schumacher, Andreas Daurù*

#### **Einleitung**

In gesundheitspolitischen Debatten bildet die Berufsgruppe der Pflege eine Randerscheinung. Geprägt werden die Diskussionen von Gesundheitspolitikern, Ökonomen und Vertretungen der Ärzteschaft, von Krankenkassen und Patientinnen und Patienten. Obwohl die Pflege die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen darstellt, wird diesem Umstand im demokratischen Prozess nicht entsprochen. Auch wenn in einer Demokratie Mehrheiten massgebend sind, gelingt es kleineren Berufsgruppen und Interessensvertretungen viel effektiver ihre Anliegen durchzubringen. Wo liegen die Gründe dafür? Will man die Pflege nicht mitgestalten lassen oder ist die Pflege schlichtweg nicht in der Lage dazu? Benötigen wir die Unterstützung von aussen oder sollten wir uns selbst emanzipieren? Letzteres scheint in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung. Im direkten Vergleich zu den jeweiligen Kontrahenten des politischen Diskurses ist die Berufsgruppe der Pflege weiblich geprägt. Auch kann die pflegerische Arbeitsleistung der immateriellen und unsichtbaren Arbeit zugeordnet werden. Die Form der Arbeitsleistung als auch die feminine Prägung können als Hinweise für die Marginalisierung der Pflege im politischen Diskurs gedeutet werden. Doch wo beginnt der politische Diskurs? Ab wann ist das „Mitmischen – Aufmischen – Einmischen“, wie es im Kongresstitel heisst, politisch? Die Auseinandersetzung mit dem Thema soll im Rahmen des Kongresses in partizipativer Form erfolgen. Zu diesem Zweck wird eine neue Form der Beitragsgestaltung konzipiert, die sich aus Elementen des „World Café“ [1] und dem englischen „Speaker’s Corner“ zusammensetzt.

#### **Thema**

Pflege, Politik und Gesellschaft.

## **Ziele**

Auseinandersetzung mit der Thematik fördern und weiterführende Handlungsfelder erarbeiten.

## **Ablauf**

Am ersten Tag des Kongresses werden die Teilnehmenden mittels eines Flyers auf die Veranstaltung hingewiesen, die am zweiten Kongresstag angesetzt sein sollte. Auf dem Flyer werden verschiedene Ausgangslagen aufgeführt, die im Zusammenhang mit dem politischen Engagement der psychiatrischen Pflege stehen (z.B. „Pflege ist unpolitisch, weil wir es gewohnt sind, dass andere für uns entscheiden.“ / “Es wird uns niemand Verantwortung übertragen, wir müssen sie aktiv übernehmen!“). Die Teilnehmenden des Kongresses werden eingeladen, ihre Meinung bezüglich einer Ausgangslage in einer kurzen Rede am „Speaker’s Corner“ darzulegen. Die zentralen Aussagen der Reden werden auf Flippcharts festgehalten und im Plenum diskutiert. Der Abschluss der Veranstaltung erfolgt über eine Zusammenfassung der Aussagen und der Diskussionen, in welcher mögliche Handlungsfelder dargelegt werden. Die Veranstaltung wird 90 Minuten dauern.

## **Gestaltung**

Für die Veranstaltung werden ein kleines Podium, eine Flippchart und Stellwände benötigt.

## **Literatur**

1. *Brown, J., & Isaacs, D. (2007). Das World Café: Kreative Zukunftsgestaltung in Organisation und Gesellschaft. Heidelberg: Auer.*

# Posterpräsentationen

*Hinweise:*

*Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich.*

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden die Autorinnen und Autoren der Beiträge meist nur die männliche oder weibliche Form. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.*

*Die von der deutschen und österreichischen abweichende S-Schreibweise der Schweiz wurde bei den Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren beibehalten.*



## **64. Krisendiagramm – ein effektives Instrument der Rückfallprophylaxe**

*Martin Aebi*

### **Hintergrund**

Psychotischen Dekompensationen und anderen psychischen Krisen gehen meist Frühwarnzeichen, die einige Tage bis Wochen zuvor auftreten können, voraus. Es sind Vorläufer-Zeichen, die zeigen, dass etwas nicht in Ordnung ist. Betroffene können durch gezielte Anleitung ihr Symptommanagement verbessern.

### **Problemstellung**

Psychisch Kranke mit krisenhaften, wiederkehrenden Krankheitsepisoden fühlen sich oft hilflos ihrer Krankheit ausgeliefert. Sie machen immer wieder die frustrierende Erfahrung erneuter Krankheitsphasen und wiederholter Klinikeintritte. Sie fühlen sich der Krankheit gegenüber hilflos und haben den Eindruck, von der institutionellen Psychiatrie und dem medizinischen Fachpersonal abhängig zu sein. Ihnen fehlt ein Instrument zum Erkennen von Frühwarnzeichen und das Wissen, wie sie darauf reagieren können.

### **Ziele**

Patienten sollen zu Experten ihrer eigenen Gesundheit werden. Das Erlebnis mehrerer seelischer Erschütterungen führt zu wichtigen Erfahrungen, die für die Vorbeugung vor weiteren Krisen genutzt werden können. Diese Erkenntnisse sollen ins Bewusstsein von Patienten und nahen Bezugspersonen gelangen. Protektive und unterstützende Massnahmen sollen zum rechtzeitig angewendet werden können, um das Fortschreiten einer Krise zu unterbrechen. Das Krisendiagramm soll den Betroffenen helfen, den Schweregrad von Krisen durch effektive Intervention zu vermindern, unvermeidbare Klinikeintritte frühzeitig und selbstbestimmt einzuleiten und damit Klinikaufenthalte verkürzen.

## **Vorgehen**

Betroffene erarbeiten möglichst in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld ein Krisendiagramm. Es enthält eine optische Komponente, welche die Zuspitzung einer Krise symbolisiert. Eine Zeitachse zeigt, in welchem zeitlichen Rahmen sich die Krise erfahrungsgemäss entwickelt. Den Beschreibungen individueller Frühwarnzeichen stehen Angaben mit konkreten Handlungsoptionen gegenüber.

In einem ersten Schritt identifizieren Betroffene individuelle Frühwarnzeichen, die den Krisen oder Klinikeintritten vorausgegangen sind. Dabei sind die Erfahrungen nahestehender Personen hilfreich. In der Rückschau versuchen sie, die Frühwarnzeichen in eine zeitliche Abfolge zu bringen. So lernen sie, allererste Zeichen einer Verschlechterung von solchen zu unterscheiden, die erst kurz vor der Krise auftreten.

Nach diesem Erarbeitungsschritt werden mögliche Verhaltensweisen formuliert, mit denen der Betroffene und/oder seine Angehörigen/Bezugspersonen auf die jeweils beobachteten Frühwarnzeichen reagieren können.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Bereits das Erarbeiten der individuellen Frühwarnzeichen eröffnet vielen Betroffenen neue Erkenntnisse über ihre Krankheit und deren Verlauf. Die gemeinsamen Überlegungen, welches erste Krisenzeichen sind und welche Massnahmen sich möglicherweise eignen, eine Krisenentwicklung abzufangen, eröffnen neue Perspektiven. Sie vermitteln Hoffnung und stärken das Selbstvertrauen, künftig frühzeitig und effektiv auf eine beginnende Krise reagieren zu können.

Oft gelingt es, selbst Betroffene zu einem Krisendiagramm zu motivieren, die grosse Widerstände gegen eine Behandlung zeigen. Mit diesem Ziel des Krisendiagramms gehen sie in der Regel einig: einen erneuten Klinikaufenthalt zu verhindern.

## **Diskussion**

Die Vermutung, dass mit dem Krisendiagramm ein wirksames, zweckmässiges und letztlich auch ein wirtschaftliches Instrument zur Krisenvorsorge zur Verfügung steht, wurde durch eine Nachbefragung bei einer kleinen Patientenzahl bestätigt. Gegenwärtig untersuchen wir die Wirksamkeit des Krisendiagramms anhand der Daten von über 200 Patienten.

## **Schlussfolgerung**

Die Erfahrung Betroffener und von Fachleuten zeigt, dass das Krisendiagramm eine wirksame Hilfe zur Prävention weiterer Krankheitsepisoden sein kann.

## **65. „Risiko – Suizid: Professionelle Begleitung von Menschen in akut-suizidalen Krisen, Literaturrecherche zum Thema Risiko und Suizid“**

*Henning Albes, Miriam Mertins*

### **Hintergrund**

Das Risiko eines Suizides ist für alle Beteiligten ein schwer auszuhaltender Zustand. Aus dem Bedürfnis nach Sicherheit resultieren häufig drastische Maßnahmen für betroffene Menschen in psychiatrischen Versorgungssystemen. Teilweise mit gegenteiligem Effekt.

### **Fragestellung**

Wie wird das Risiko der Suizidprävention innerhalb psychiatrischer Kliniken in der aktuellen Literatur beschrieben?

### **Methode und Material**

Überwiegend deutschsprachige Literaturrecherche zum Thema Risiko und Suizid im stationären Setting. Einbezug von Expertenmeinungen, Einzelstudien und Leitlinien zum Thema Suizidalität und Risiko in psychiatrischen Krankenhäusern. Konsensbildung anhand der generierten Ergebnisse.

### **Ergebnisse**

Bei 90% der Suizidfälle liegt eine psychische Störung vor, welche bei über 80% zum Todeszeitpunkt unbehandelt ist. Die professionelle Begleitung von Menschen in akut suizidalen Krisen, kann durch die zielgerichtete Anwendung von suizidpräventiven und risikominimierenden Interventionen sowie durch die fachgerechte Nutzung von Assessments gestützt werden.

Weitere spezifische Aspekte bei der Begleitung sind eine recoveryorientierte Arbeit, eine psychiatrische Versorgung ohne Zwang, eine grundlegende Bewertung des Sicherheitsaspektes und die Entwicklung eines Krisen- und Sicherheitsplanes für die Zeit nach der Entlassung.

Als präventiv für die Betroffenen erweist sich zudem die Sicherstellung einer Übergangsbegleitung von der Klinik zurück in das eigene Leben und das soziale Umfeld. Wolfersdorf und Abderhalden (2012) betonen ein Risiko einzugehen, das einen Suizid erleichtert (z.B. Stationsöffnung, Ausgangsregelung, Entlassplanung o.ä.), ist richtig wenn es dem Betroffenen eine positive Chance eröffnet. Chance und Vorteil für den Betroffenen müssen dabei wesentlich größer sein, als das einzugehende Risiko.

## **Diskussion**

Die Zahl der Kliniksuzide ist seit der Jahrtausendwende stetig gesunken. Dem steht entgegen, dass es selbst unter optimalen Bedingungen von Therapie und Pflege nach Wolfersdorf (2016) keine absolute Suizidprävention gibt und Menschen in der Psychiatrie auch sterben können. Es kann nicht nachgewiesen werden, dass geschlossene Stationen das Sicherheitsrisiko reduzieren. Im Gegenteil kann eine Verlegung auf eine geschlossene Station durch depressiv wahnhaftige Verarbeitung zu einem weiteren Risikofaktor führen. Essentiell zeigt sich der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, der Erhalt der Autonomie des Betroffenen, die Nutzung geeigneter Kommunikationsmethoden und das Erkennen von risikobegünstigenden Faktoren. All dies sollte von einem, im Bereich der Suizidalität, fachlich geschultem multiprofessionell zusammenarbeitenden Team umgesetzt werden.

Schulungen zum frühzeitigen Erkennen und Beurteilen von Suizidalität z.B. durch Assessments sind für psychiatrisch Pflegende nicht selbstverständlich. Dennoch sind psychiatrische Fachpersonen in ihrer täglichen Arbeit mit Menschen konfrontiert, deren Überleben von der Professionalität ihres Gegenübers abhängen kann. Es ist somit notwendig, sich Assessments durch Schulung nutzbar zu machen und sich gleichzeitig auf die Beziehungsarbeit als eine der Kernkompetenzen psychiatrisch Pflegender zu besinnen.

## **Schlussfolgerung**

Die Nutzung des Beziehungsaspektes als Kern der Suizidprävention ist ein wichtiges Element innerhalb der gemeinsamen Einschätzung zwischen

Chance und Risiko. Durch ihre Beziehungsarbeit und die besondere Nähe in der Begleitung akuter suizidaler Krisen, leisten Pflegendе mit ihrer Einschätzung einen wichtigen Beitrag in der Suizidprävention.

## Literaturverzeichnis

1. Boden M., Feld D. (2009). *Sinnfindung, Hoffnung, Trost, Lebensfreude und Resilienz vermitteln*. In Hahn S., Schulz M., Schoppmann S., Abderhalden C., Stefan H., Needham I. (Hrsg.), *Depressionen und Suizidalität*, (S. 30-32). Unterostendorf: Ibicura
2. Bergk, J., Gaebel, W. & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2010). *Behandlungsleitlinie therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie)*. Heidelberg: Steinkopff.
3. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. und N. (DGPPN) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung*, 2. Auflage. doi:10.6101/AZQ/000262
4. Eink M. (2009). *Professioneller Umgang mit Patienten in einer suizidalen Krise*. In Hahn S., Schulz M., Schoppmann S., Abderhalden C., Stefan H., Needham I. (Hrsg.), *Depressionen und Suizidalität*, (S. 49-54). Unterostendorf: Ibicura
5. Fröhlich, W. D. (2008). *Wörterbuch Psychologie*, 26. Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag München, ISBN 978-3-423-34231-5
6. Huber, C.G., Schneeberger, A.R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., von Felten, S., Walter, M. et al. (2016). *Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study*. *The Lancet Psychiatry*, 3 (9), 842–849. doi:10.1016/S2215-0366(16)30168-7
7. Kozel, B. (2015). *Professionelle Pflege bei Suizidalität (1. Aufl.)*. Köln: Psychiatrie-Verlag
8. Kozel B. & Abderhalden C. (2009). *Suizid und Suizidalität – Welche Rolle spielt die Pflege?*. In Hahn S., Schulz M., Schoppmann S., Abderhalden C., Stefan H., Needham I. (Hrsg.), *Depressionen und Suizidalität*, (S. 132-135). Unterostendorf: Ibicura
9. Kozel, B. & Maire, S. (2016). *Risikobereitschaft im Umgang mit Suizidalität (Forum für soziale Psychiatrie)*. (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Hrsg.) Kerbe, (4), 23–25.
10. Löhr, M. (2013). *Suizidale Patienten in der Akutpsychiatrie: Das Leben pflegen*. *Psych. Pflege Heute*, 19 (3), 155–158. doi:10.1055/s-0033-1345703
11. Sollberger, D. & Lang, U.E. (2014). *Psychiatrie mit offenen Türen: Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie*. *Der Nervenarzt*, 85 (3), 312–318. doi:10.1007/s00115-013-3769-9

12. Weinmann, S. (2016). *Risiken und Verantwortung in der klinischen Praxis (Forum für soziale Psychiatrie)*. (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Hrsg.) Kerbe, (4), 20–22.
13. Wolfersdorf, M. (2012a). *Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus*. *Psych. Pflege Heute*, 18 (5), 262–267. doi:10.1055/s-0032-1327018
14. Wolfersdorf, M. (2012b). *Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht*. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 13 (2), 2–7. doi:10.1055/s-0032-1304969
15. Wolfersdorf, M. & Abderhalden, C. (2012). „Ist da was schief gelaufen?“ *Psych. Pflege Heute*, 18 (2), 62–63. doi:10.1055/s-0032-1307679
16. Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Grebner, M., Keller, F., Purucker, M. et al. (2016). *Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen*. *Der Nervenarzt*, 87 (5), 474–482. doi:10.1007/s00115-016-0111-3
17. Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Keller, F., Spießl, H., Wurst, F. et al. (2014). *40 Jahre Kliniksuzidverbundstudie der AG „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“*. *Psychiatrische Praxis*, 41 (6), 331–335. doi:10.1055/s-0034-1369851

## 66. Den Pflegeprozess beeinflussende Faktoren

*Patrick Bieri, Manuela Grieser*

### Hintergrund

Es herrscht eine weitgehende Übereinstimmung, dass professionelle Pflege nach dem Pflegeprozess gestaltet werden soll [1]. Häufig weisen Pflegedokumentationen Lücken auf: im Assessment definierte Probleme führen zu keiner Diagnose, Symptome und Ursachen stehen nicht in Zusammenhang mit den beschriebenen Problemen, Ziele beruhen nicht auf den Ursachen der Probleme [2]. Im folgenden Review werden fördernde und behindernde Faktoren hinsichtlich der Umsetzung des Pflegeprozesses vorgestellt.

### Fördernde Faktoren

- Wissen über Pflegediagnosen und Pflegeprozess beeinflussen die Diagnosekompetenzen und Pflegeprozessanwendung positiv [3, 4].
- In der Pflegeausbildung eignet sich „Problemorientiertes Lernen“ und „Concept Mapping“ [5].
- Im Berufsalltag unterstützen Fallbesprechungen und die „Geführte klinische Entscheidungsfindung“ [6, 7].
- Pflegeklassifikationssysteme unterstützen passende Pflegeinterventionen zu planen [8].
- Eine ausgewogene Teamzusammensetzung, hinsichtlich Erfahrungsstufen sowie Erfahrungen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, führt zu einer akkurateren Entscheidungsfindung [9].
- Übersichtliche Patientenakten mit nur notwendigen Formularen helfen [10].
- Ein unabhängiges und von Vertrauen geprägtes Berufsumfeld stärkt das Verantwortungsgefühl sowie das kritische Denken [11].



- Der Patientinnen- und Angehörigeneinbezug führt zu akkurateren Pflegeplanungen [12].

### **Hindernde Faktoren**

- Strukturhilfen und standardisierte Pflegepläne können einerseits unterstützend sein [13], andererseits divergentes Denken einschränken [14].

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse weisen nach, dass neben der deklarativen und prozeduralen Wissensvermittlung vor allem Methodenkompetenzen geschult werden müssen. Aus Pflegemanagementsicht ist ein demokratischer Führungsstil mit hoher Verantwortungsübergabe zu bevorzugen, um die Umsetzung des Pflegeprozesses voranzutreiben. Bei der Implementierung des Pflegeprozesses in die Praxis können ein übersichtliches Dokumentationssystem und die Verwendung von Klassifikationssystemen unterstützend wirken.

### **Literatur**

1. *Abderhalden, C. (2011). Der Pflegeprozess. In Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I, & Wolff, S. (Hrsg.), Lehrbuch Psychiatrische Pflege (3. Aufl.) (S. 347-377), Bern: Hans Huber.*
2. *Rieder, P. (2006). Jahresauswertung Bezugspflege 2006. Bern: Univeristäre psychiatrische Dienste Bern (UPD).*
3. *Hasegawa, T., Ogasawara, C., & Katz, E. C. (2007). Measuring Diagnostic Competency and the Analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 18(3),193–102.*
4. *Adeyemo, F. O., & Olaogun, A. (2013). Factors Affecting The Use of Nursing Process in Health Institutions in Ogbomoso Town, Oyo State. International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences, 3(1), 91–98.*
5. *Feng, R.-C., Chen, M.-J., Chen, M.-C., & Pai, Y.-C. (2010). Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center. The Journal of Nursing Research:(JNR, 18(2), 77–87.*
6. *Müller-Staub, M., & Stuker-Studer, U. (2006). Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen. Pflege, 19(5), 281–286.*

7. Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M. A., & van Achterberg, T. (2009). *Geführte klinische Entscheidungsfindung zur Einführung von Pflegediagnosen: Eine cluster-randomisierte Studie. Pflegewissenschaft, (04/10), 233–240.*
8. Denehy, J., & Poulton, S. (1999). *The use of standardized language in individualized healthcare plans. The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses, 15(1), 38–45.*
9. Currey, J., & Botti, M. (2006). *The influence of patient complexity and nurses' experience on haemodynamic decision-making following cardiac surgery. Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses, 22(4), 194–205.*
10. Howse, E., & Bailey, J. (1992). *Resistance to documentation – a nursing research issue. International Journal of Nursing Studies, 29(4), 371–380.*
11. Tewes, R. (2002). *Pflegerische Verantwortung: eine empirische Studie über pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge zur Pflegekultur und zum beruflichen Selbstkonzept. Huber.*
12. Bucknall, T. (2003). *The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. Journal of Advanced Nursing, 43(3), 310–319.*
13. Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M., Krijnen, W. P., & van der Schans, C. P. (2012). *Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. BMC Nursing, 11, 11.*
14. Carnevali, D. L., & Thomas, M. D. (1993). *Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing. Lippincott.*

## **67. Mit kollegialer Beratung gegen Stress?**

*Alexander Brandenberger, Regine Steinauer*

### **Hintergrund**

Beruflicher Stress hat Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Mitarbeitenden. Verschiedene Autoren beschreiben individuelle und organisationale Folgen von chronischem Stress und von Burnout in Pflegeberufen [1,2]. Neben kurzfristigen Beeinträchtigungen wie kognitiver Irritation, Rumination, emotionaler Gereiztheit, Depersonalisation und reduzierter Leistungsfähigkeit werden auch manifeste Gesundheitsstörungen wie psychosomatische Beschwerden, Suchtmittelgebrauch, Angst und Depression sowie das sogenannte Burnout-Syndrom beschrieben.

Als organisationale Folgen von psychischer Belastung und chronischem Stress beim Pflegepersonal werden krankheitsbedingte Ausfälle und -Fehlzeiten sowie die Reduktion des sozialen Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit innerhalb der Organisation genannt, welche in letzter Konsequenz die Qualität der Arbeit am Patienten beeinträchtigen.

In der vorliegenden Präsentation werden Gründe für Stress dargestellt und Möglichkeiten evaluiert, in wie weit das Konzept der kollegialen Beratung zur Reduktion von Stress am Arbeitsplatz von Pflegenden führen kann.

### **Fragestellung**

Kann mit kollegialer Beratung reduzierend auf Zeichen von Stress und Burnout bei Pflegenden in der Psychiatrie eingewirkt werden?

### **Vorgehen**

Literatursuche Januar bis März 2017 in den Datenbanken livivo und pubmed nach den Schlagworten „Kollegiale Beratung“ und „Collegial Consultation“ sowie Schneeballprinzip.

## Ergebnisse

Die Literatursuche ergab 5 Studien [1-5]. Zwei Studien haben sich auf Befragungen von Betroffenen anhand von verschiedenen Fragebögen über ihre Erfahrungen mit Supervision und kollegialer Beratung beschränkt. Bei zwei weiteren Studien handelte es sich um Interventions-/ Evaluationsstudien, welche Interventionen über einen gewissen Zeitraum erforscht haben. Die letzte der fünf Studien war ein Projektbeschrieb (Action Research), welcher über die Implementierung einer „klinischen Supervision“ mithilfe von Fokusgruppengesprächen berichtete.

Keine der Studien konnte einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen Kollegialer Beratung und Stress zeigen. Hyrkäs et al. (2006) konnten jedoch aufzeigen, dass die extrinsische Arbeitszufriedenheit (Anstellungsmodalitäten, Schichtarbeit, Fachexpertise) einen hohen prädiktiven Faktor darstellte.

## Schlussfolgerungen

Kollegiale Beratung wie auch klinische Supervision kann die Arbeitszufriedenheit, die Kollegialität und die professionelle Identität der Mitarbeitenden verbessern. Es zeigte sich, dass neben den Geschlechtsunterschieden auch unterschiedliche Bedürfnisse in Bezug auf Arbeitserfahrung, fachspezifischer Qualifikation und Alter der Mitarbeitenden sowohl beim Thema Stress und Burnout als auch bei der Implementierung von Kollegialer Beratung eine Rolle spielen. Daneben wurde ebenfalls deutlich, wie wichtig der aktive Einbezug der Mitarbeitenden bei der Auswahl der Art der Beratung (Supervision, Kollegiale Beratung), der Auswahl des Supervisors bei der Supervision und des Ortes, an dem die Beratung (Supervision, Kollegiale Beratung) stattfinden soll, sind.

Abschliessend lässt sich feststellen, dass unabhängig von Studienlage und Signifikanzen, Kollegiale Beratung eine Bereicherung für die professionelle, patientenorientierte Arbeit im Sinne des Zitates aus der Studie von Lakeman & Glasgow (2009) ist: *„...I'm really happy that I did because it (CS) is helping*

*me to appreciate what I do. There is more satisfaction and fulfilment in what I do. I am a caregiver. I know I just enjoy caring for my patients.”*

## **Literatur**

1. *Zimber, A. & Ullrich, A. (2012). Wie wirkt sich die Teilnahme an kollegialer Beratung auf die Gesundheit aus? Ergebnisse einer Interventionsstudie in der Psychiatriepflege. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20 (2), 80-91.*
2. *Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing, 63 (5), 506-516*
3. *Edwards, D., Burnard, Ph., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Fothergil, A., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. Journal of Clinical Nursing, 15, 1007-1015.*
4. *Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. Journal of Advanced Nursing, 55 (4), 521-535.*
5. *Lakeman, R. & Glasgow, Ch. (2009). Introducing peer-group clinical supervision: An action research project. International Journal of Mental Health Nursing, 18, 204-210.*

## **68. Sexualität und Psychische Gesundheit - Unterstützung durch Schulungs- und Selbsthilfeangebot für Menschen mit psychischen Problemen**

*Christian Burr*

### **Hintergrund und Problemstellung**

Das Altern aber auch mehr länger andauernde Erkrankungen erfordern eine Anpassung der Angebote in der Gesundheitsversorgung [1, 2]. Dafür wurde das weltweit anerkannte Chronic Care Modell [3] entwickelt. Dies betont u.a. die Stärkung von Selbsthilfe-Angeboten. Menschen mit längerdauernden psychischen Erkrankungen haben oft Probleme im Bereich Sexualität. Diese können durch die Erkrankung, oft auch durch die Medikamente und teilweise durch andere Faktoren verursacht werden. Das im Buch Sexualität und psychische Gesundheit [4] integrierte Selbsthilfemanual ermöglicht diese Problembereiche individuell zu identifizieren und von den Betroffenen selber oder mit Unterstützung der Pflege oder andere Unterstützungspersonen anzugehen und zu bearbeiten.

Die 5-A-Strategie [5] stellt ein erfolgreich überprüfetes Vorgehen dar, wie Menschen unterstützt werden können, ihre Probleme und ihr bereits bestehendes Wissen zu identifizieren und darauf aufbauend Massnahmen zu planen, umzusetzen und zu überprüfen. Sie entstammt der Lern-, Verhaltens- und Motivationsforschung und zielt darauf ab, die Motivation der Person in Veränderungsprozessen zu stärken.

### **Ziel**

Diese Strategie kann genutzt werden, um mit den Betroffenen den Unterstützungsbedarf im Bereich psychische Gesundheit und Sexualität zu identifizieren und zu schauen, wie dieser mit Hilfe des Selbsthilfemanuals [4] bearbeitet werden kann. Wenn der Bedarf vor allem aus Information und Schulung besteht, kann je nach Person auf die Schritte vier und fünf, *Assist* und *Arrange* verzichtet werden.

## Massnahmen

### 1. Erheben (Assess):

Die Pflegenden klären mit den Betroffenen zusammen

- welche Problemen und Interessen sie haben und bearbeiten wollen
- welches Wissen sie diesbezüglich schon besitzen.

### 2. Beraten (Advise):

Die Pflegenden beraten die Betroffenen

- bei der Auswahl der Themenbereiche im Selbsthilfemanual
- bei der Entscheidung diesen Teil selbständig oder mit Unterstützung der Pflege zu bearbeiten

### 3. Einigen (Agree):

Falls die betroffene Person an einer weiteren Zusammenarbeit interessiert ist, werden auf Grund der Informationen und ersten Empfehlungen aus dem Buch Ziele mit der betroffenen Person definiert.

### 4. Unterstützen (Assist):

Die Pflegefachperson identifiziert mit den Betroffenen zusammen persönliche Hindernisse, Strategien zur Problemlösung und zur sozialen Unterstützung. Es wird vereinbart wie diese Strategien umgesetzt werden können und welche Rolle bei der Unterstützung die Pflege dabei einnehmen soll.

### 5. Vereinbaren (Arrange):

Zusammen werden Folgekontakte oder zusätzlichen möglichen Unterstützungsmöglichkeiten festgelegt.

## Literatur

1. *World Health Organisation (WHO), Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocs for action. 2002, World Health Organisation: Geneva.*
2. *World Health Organisation (WHO), Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. 2009, World Health Organisation: Kopenhagen/Dänemark.*

3. *Wagner, E.H., et al., A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?... reprinted from Managed Care Quarterly, Vol. 7, No. 3, pp. 56-66, © 1999 Aspen Publishers, Inc. Journal of Nursing Care Quality, 2002. 16(2): p. 67-80.*
4. *Zurbrügg, R., et al., Sexualität und psychische Gesundheit. Ein Manual für die Einzel- und Gruppenarbeit mit Betroffenen und Fachpersonen 2016, Köln: Psychiatrie Verlag.*
5. *Woolf, S.H., et al., Putting It Together: Finding Success in Behavior Change Through Integration of Services. Annals of Family Medicine, 2005. 3(Suppl 2): p. s20-s27.*



## **69. Leanmanagement in der Psychiatrie**

*Karin Heeb-Maier, Carmine Di Nardo*

### **Hintergrund**

Die sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zwingen auch Psychiatrien, sich im wachsenden Markt zu positionieren. Der Einsatz von LHM soll dabei helfen, unsere Arbeit konsequent am Patienten auszurichten, um trotz hervorragender Behandlungsqualität wettbewerbsfähig zu bleiben und uns dabei unterstützen, die Voraussetzungen zu optimieren um jederzeit die richtige Leistung, zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort und in bester Qualität zu erbringen können.

Beim Ansatz „Lean Hospital Management“ geht es darum, alle Aktivitäten, die aus Kundensicht für die Wertschöpfung notwendig sind, optimal aufeinander abzustimmen und überflüssige Verschwendung zu verhindern. Für den Kunden wertschaffende Tätigkeiten werden gezielt ausgebaut, nicht wertschaffende Tätigkeiten werden eliminiert: Dies schafft effektive und effiziente Prozesse mit hoher Kundenorientierung

### **Problemstellung**

Seit langem beschäftigten uns zahlreiche innerbetriebliche Anstrengungen in Richtung Effizienzsteigerung, welche allerdings noch wenig in einer übergeordneten Systematik eingebunden waren. In allen Bereichen und auf allen Hierarchiestufen wurden Effizienzsteigerungspotentiale vermutet. Trotz allem stand aber immer der Patient im Mittelpunkt unserer Arbeit. Gesucht wurde ein sanfter Weg um zwischen Patientenorientierung und Effizienzsteigerung.

### **Ziele**

Effizienzsteigerungspotentiale und Verschwendungen sind identifiziert  
Zeitnahe Umsetzung von Optimierungsmassnahmen als Erfolgsbeispiele  
Schaffung von Grundlagen für weitere Optimierungsstossrichtungen

Pilotteilnehmer sind Multiplikatoren der Lean-Denkweise

## **Vorgehen**

Im Q1/2016 wurde mit externer Beratung das Pilotprojekt erfolgreich abgeschlossen. Inhalt war in erster Linie die Analyse. Aus den Ergebnissen wurden 6 Massnahmenpakete abgeleitet und in stark umsetzungsorientierten Verbesserungsworkshops bearbeitet. Zudem wurden intern vier Lean-Coaches ausgebildet.

Das restliche Jahr 2016 stand ganz im Zeichen der Umsetzung dieser Pakete. Aktuell beschäftigt uns der Rollout der Pilotmassnahmen und verschiedene kleine Projekte in anderen Bereichen.

Anfang 2019 soll LHM offiziell in ein Programm überführt werden, welches die Allgegenwärtigkeit von LHM sicherstellt. Das langfristige Ziel heisst: Wir sind ein Lean Unternehmen. Hierfür ist mit einem Zeithorizont von gut zehn Jahren gerechnet.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Die Euphorie, welche durch den sehr erfolgreichen Abschluss des Pilotprojektes entstanden ist, führte zu sehr hohen Erwartungen an den weiteren Verlauf und auch zu einer unrealistischen Planung. Die Umsetzung der Massnahmenpakete gestaltete sich teils als schwierig. In technisch und handwerklich orientierten Bereichen konnten sehr schnell Erfolge erzielt werden. Im Bereich der Behandlung zeigte sich dies aufgrund der vorherrschenden Kultur als grosse Herausforderung. Zudem stellte sich heraus, dass bei der Schnürung der Massnahmenpakete grössere Achtsamkeit notwendig gewesen wäre. Trotzdem konnten wir bereits über 50 Verbesserungsmassnahmen erfolgreich umsetzen, welche in erster Linie die Patientenorientierung aber auch die Effizienz und die Mitarbeiterzufriedenheit bedienen. Die Einsparung von Kosten zeigt sich als wünschenswerter Nebeneffekt. LHM eignet sich als sanfter Weg zur Optimierung, den aber alle, vom Mitarbeiter bis zum obersten Kader, mitgehen müssen. Grossangelegte LHM-Projekte sind

sehr aufwändig. Es gilt das klassische und mittlerweile auch in vielen Häusern erfolgreich eingeführte Lean Hospital Management ist auf die Psychiatrie nicht 1:1 übertragbar.

## **Diskussion**

Erfolgsgeschichten kennt man vor allem aus klassischen Bettenstationen in der Somatik. Erfolgserprobte Bausteine sind vergleichsweise einfach zu adaptieren. Die Arbeitsweise (und die Kultur?) in der Psychiatrie unterscheidet sich allerdings stark. Ist LHM psychiatrietauglich?

## **70. Pflegerisches Basisassessment für die Psychiatrie – vom Wunsch zur Wirklichkeit**

*Beatrice Gehri, Franziska Rabenschlag, Madlen Fiebig*

### **Hintergrund**

Der Pflegeprozess ist ein strukturierter Problemlösungsprozess und gilt als zentrales Element professioneller Pflege. Dabei wird in der Regel das Sammeln pflegerelevanter Informationen als erster Schritt beschrieben, gefolgt von der Problembeschreibung oder Pflegediagnose, der Ziel-/ Ergebnisformulierung, der Planung der Massnahmen sowie der Evaluation des ganzen Prozesses [1, 2]. Die Abbildung des gesamten Pflegeprozesses in der elektronischen Patientenakte (EPA) wurde in den Universitären Psychiatrischen Klinik Basel ab 2015 projektiert. Für die oben erwähnten Schritte waren zum Zeitpunkt bereits elektronische Klassifikationen verfügbar (NANDA-I, NOC und NIC), welche in der EPA hinterlegt und den Pflegenden zur Verfügung gestellt wurden. Bis jetzt stand jedoch noch keine systematisierte psychiatrie- und pflegespezifische Informationssammlung zur Verfügung, die sich in die EPA implementieren und mit den weiteren Schritten des Pflegeprozesses verknüpfen liess.

### **Problemstellung**

Der Pflegeprozess konnte nicht vollständig elektronisch dokumentiert werden, da ein auf die psychiatrische Pflege ausgerichtetes und in der EPA implementierbares Basisassessment fehlte.

### **Ziel**

Erstellen eines Basisassessment zur strukturierten Erfassung und Dokumentation relevanter Informationen und Phänomene in der psychiatrischen Pflege, welches in die EPA implementiert werden kann.

## Vorgehen

Entwicklung und Testung eines Basisassessments für die psychiatrische Pflege in Kooperation mit Pflegenden, Pflegewissenschaftlern und der Firma ePA-CC GmbH.

## Ergebnisse

Ein auf die psychiatrische Pflege ausgerichtetes Basisassessment zur Implementierung in die elektronische Patientenakte liegt mit dem *epaPSYC* nun vor. Die Testung zeigte eine hohe Akzeptanz des Instrumentes in unterschiedlichen Settings der klinischen psychiatrischen Praxis, beispielsweise Kinder und Jugendpsychiatrie, Abhängigkeitsbereich, Forensik.

## Schlussfolgerungen

Die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Theorie führte zu einem praktikablen und theoretisch abgestützten Basisassessment zur Implementierung in die elektronische Patientenakte. Aufgrund der systematischen Dokumentation lassen sich Kennzahlen generieren. Diese dienen einerseits dem Pflegemanagement bei strategischen Überlegungen, andererseits können die Routinedaten zur Verbesserung der Pflegequalität genutzt werden [3].

## Literatur

1. *Abderhalden, C. (2011). Der Pflegeprozess. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsgs.), Lehrbuch psychiatrische Pflege ( 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Aufl., S. 347 - 378). Bern: Huber.*
2. *Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2015). Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.*
3. *Fiebig, M., Rabenschlag, F., Gehri, B., Metznerath, A., Sippel, B., Söyler, M., & Hunstein, D. (2017). Basisassessment für die psychiatrische Pflege. Psych Pflege, 23(03), 114-118. doi: 10.1055/s-0043-105645*

## **71. Begegnen. Bewegen. Leben.**

*Regula Mader, Karin Kehl*

Im Zentrum unserer Tätigkeit steht die Entwicklung und Begleitung von 265 Bewohnerinnen und Bewohner mit psychischer und/oder geistiger Beeinträchtigung und rund 300 Mitarbeitenden mit dem Ziel der Befähigung durch möglichst optimale Nutzung der eigenen Ressourcen.

Als Ausgangspunkt stand eine in ihrer Entwicklung in den letzten Jahren weitestgehend stehen gebliebene Institution, welche in die Neuzeit übergeführt werden sollte und wollte. Gestützt auf diese Ausgangslage sind wir in einen die gesamte Organisation umfassenden Strategie- und Entwicklungsprozess gestartet. Dieser Prozess wurde breit abgestützt. «Mitmischen – Aufmischen – Einmischen» genügte uns dabei nicht. Diese drei Worte beschreiben treffend die von der Geschäftsleitung erlebte Ausgangslage. Jede und Jeder wollte sich irgendeiner Form einbringen. Wir sind in unserem Strategieprozess weitergegangen und haben anstelle von «Mitmischen – Aufmischen – Einmischen» den Weg zu «Begegnen. Bewegen. Leben.» gewählt. Ausgangspunkt dieses Weges war die Formulierung einer Vision und gestützt darauf die Entwicklung von strategischen Stossrichtungen. Diese umfassen die Themenbereiche Wohnen und Entwicklung, Arbeit und Beschäftigung, Personal, Beratung und Assistenz, Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Supportdienstleistungen und Kooperationen.

### **Begegnen für Mitmischen**

Wir unterstützen und entwickeln die Fähigkeiten der bei uns lebenden und arbeitenden Menschen, indem wir einander begegnen, wahrnehmen, uns gegenseitig unterstützen und Ressourcen gezielt nutzen. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Schlossgarten Riggisberg können Inklusion leben und werden in all ihren Belangen des alltäglichen Lebens in ihrer Selbstbestimmung gestärkt. Neue konzeptionelle Grundlagen ermöglichen und fördern die Durchlässigkeit von unterschiedlichen Wohnformen, begünstigen ein stufenähnliches Programm zur Arbeit, Beschäftigung und Integration bis hin

zur vollständigen Ablösung der Institution. Seitens der Mitarbeitenden eröffnen sich neue Wege durch die HR-Strategie, sowie eines Aus- und Weiterbildungskonzepts. Ebenfalls wurde das Areal räumlich umgestaltet und einladende Begegnungszonen geschaffen. Die Eröffnung einer Kindertagesstätte in der Kooperation mit der Gemeinde sowie ein öffentliches Zentrum für Medizin und Gesundheit prägen den neuen Auftritt des Schlossgarten Riggisberg.

### **Bewegen für Aufmischen**

Wir möchten die bei uns lebenden und arbeitenden Menschen vermehrt in Bewegung setzen. Deswegen haben wir das betriebliche Gesundheitsmanagement konzipiert und eingeführt. Es stehen neue Angebote zur Verfügung im Bereich Bewegung und Spiel wie elektrisch betriebene Doppelfahrräder, die es auch Menschen mit Beeinträchtigung ermöglichen, Velo zu fahren. Tischtennis, Boule, Schach und Halma sind weitere Alternativen zur Aktivität. Bisherige Angebote wie Krafttraining, Nordic Walking und Aquagym werden weitergeführt. Neu spielen Mitarbeitende, Bewohnende und die bei uns arbeitenden Asylsuchenden regelmässig gemeinsam Fussball.

Bewegen wollen wir nicht nur körperlich. Wir fordern und fördern die Mitarbeitenden und Bewohnenden gezielt. Basis dazu ist das Projekt Skill- und Grademix, welches uns die Grundlagen für die individuelle Unterstützung und Entwicklung bietet. Zudem soll das in der Organisation bestehende Wissen noch gezielter genützt werden.

### **Leben für Einmischen**

Wir unterstützen die Mitwirkung und Mitgestaltungsmöglichkeiten unserer Bewohnenden und Mitarbeitenden gezielt. In den Sitzungen des Bewohnerrats werden die Teilnehmenden formell gewählt. Die Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner wird ganz praktisch im Alltag umgesetzt. Sie haben neu die Möglichkeit, nicht nur Vorschläge einzubringen, sondern auch bei der Neugestaltung direkt mitzuwirken. So konnte beispielsweise ein bisheriger Raucherraum neu als Aufenthalts- und Freizeitraum umgenutzt werden.

Den Mitarbeitenden stehen Gefässe zur Verfügung, die eine direkte Einflussnahme und Mitgestaltung ermöglichen, wie regelmässige Informationssitzungen, Führungskonferenzen und Führungsfrühstücke, Tischgespräche mit der Geschäftsleitung, Mitwirken bei Projekten und vieles mehr. Den gewählten Weg mit «Begegnen. Bewegen. Leben.» zu einer lernenden Organisation und die erhaltenen Lerngeschenke möchten wir aufzeigen.



## **72. Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender – eine qualitative Studie**

*Dorothea Sauter, Jacqueline Rixe*

### **Hintergrund**

Eine professionelle und patientenorientierte Pflege ist ohne die Fähigkeit und die Bereitschaft der Pflegenden zur Verantwortungsübernahme nicht möglich. Auch die Umsetzung von Veränderungen und Professionalisierungsschritten scheitert, wenn Verantwortung nicht wahrgenommen wird [1, 2]. Damit in der Pflegepraxis die Verantwortungsübernahme stattfindet und gelingt, müssen etliche Voraussetzungen (z.B. Kompetenzen und Befugnisse der Pflegefachpersonen oder Rollenklarheit innerhalb der Organisation) erfüllt und normative Vorgaben geklärt sein. Einige Befunde zeigen deutliche Mängel und weisen auf ungünstige Bedingungen hin [1, 2].

### **Fragestellung**

Für die psychiatrische Pflege im Gültigkeitsbereich des SGB V wurde folgende Fragestellung untersucht: Wie wird Verantwortung erlebt und was beeinflusst die Bereitschaft zu Verantwortungsübernahme? Zum ersten Teil dieses Forschungsprojektes wurde 2016 berichtet [3].

### **Methodik**

Weil die kollektiven Erfahrungen der Pflegenden sowie deren Kontexte von Interesse waren, wurden zur Datenerhebung Gruppendiskussionen durchgeführt und aufgezeichnet [4]. Da insbesondere das implizite Wissen (die nicht kommunizierten Werte, Handlungsmuster und Erfahrungen, in die das Alltagshandeln eingebettet ist), herausgearbeitet werden sollten, erfolgte die Auswertung über die dokumentarische Methode. Diese ist im Vergleich zu anderen qualitativen Analysemethoden besonders geeignet, unbewusste Erfahrungsräume und kollektive Orientierungen zu rekonstruieren [4].

## **Ergebnisse**

Von insgesamt vier Gruppendiskussionen fanden drei in Kliniken statt, die vierte mit ambulant psychiatrisch Pflegenden (APP). In allen Gesprächen wurde das Thema lebhaft und facettenreich diskutiert.

Es zeigte sich, dass Pflegefachpersonen Verantwortung grundsätzlich gerne und im fürsorgeethischen Sinn übernehmen oder übernehmen wollen. Auf der Basis einer guten Zusammenarbeit mit dem Patienten und unter Einbezug von Erfahrungswissen können (oder könnten) Sie auch in Risikosituationen patientenorientierte Entscheidungen treffen. In den Kliniken variieren Art und Umfang der Verantwortung sehr, sie hängen von der personellen Situation, der Etablierung von Bezugspflege, der „Kultur der Einrichtung“, der Klarheit von Aufgaben und Konzepten sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit ab. Pflegende spüren ein Dilemma, wenn Sie aufgrund des vorherrschenden Sicherheitsparadigmas gegen die Patientenbedürfnisse handeln müssen, insbesondere wenn Sie dies als vermeidbar einschätzen. Eine Ausweitung Ihrer Handlungsräume wünschen Pflegende sich jedoch nur, wenn die Voraussetzungen (u.a. die ausreichende personelle Besetzung) gewährleistet sind. Die APP fühlt sich mit der Verantwortungsübernahme weniger belastet als die Kollegen in den Kliniken, obschon ihr Handlungsraum weitaus größer ist. Ihnen hilft der gut geklärte Verantwortungsrahmen.

## **Diskussion und Schlussfolgerungen**

Diese Studie konnte einige generalisierbare Feststellungen zur Verantwortungserleben psychiatrisch Pflegender herausarbeiten, es lassen sich konkrete Empfehlungen ableiten. Vor allem in den Kliniken kann und muss noch sehr viel geleistet werden, damit die Pflege mehr Verantwortung im Sinne der Patienten übernehmen kann. Dass Pflegende restriktive Maßnahmen durchführen müssen, die sie als vermeidbar oder reduzierbar einschätzen, ohne hier (mit-)entscheiden zu können, ist ein Beispiel unter vielen für dringliche Handlungsbedarfe. Um die deutlichen Unterschiede zwischen den

Kliniken und andere Details erklären zu können, wären umfanglichere Daten notwendig.

Die Realisierung von mehr Pflegeverantwortung würde nicht nur den Pflegefachpersonen Wertschätzung vermitteln, sondern auch dazu beitragen, Schaden von den Patienten abzuwenden.

## Literatur

1. Sauter, D. & Rixe, J. (2016). Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Pflege*, 1(1): 37–40
2. Sauter, D. (im Druck). Verantwortung übernehmen - verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. In Aktion Psychisch Kranke (Ed.), *Verantwortung übernehmen - verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Tagungsdokumentation 7. und 8. 11. 2016 in Kassel*.
3. Rixe, J. & Sauter, D. (2016). Was beeinflusst die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender - eine qualitative Studie. In M. e. a. Schulz (Ed.), „Fremdsein überwinden“. 13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie. Bern: Verlag Berner Fachhochschule: 366–368
4. Przyborski, A., & Wohrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erw. Aufl.). München: Oldenbourg.

## **73. Von Einmischen bis Mitmischen: Über den Umgang mit Angehörigen im psychiatrischen Alltag**

*Edith Scherer*

### **Hintergrund**

Angehörige sind längst in der psychiatrischen Arbeit angekommen. Vorurteile und Vorbehalte Angehörigen gegenüber gibt es aber nach wie vor. Unsere Haltung prägt mit, ob wir die Angehörigen als Störenfriede wahrnehmen oder ob wir ihnen wertschätzend und wohlwollend gegenüber treten. Ob wir die Angehörigen als wichtige Ressource in die Behandlung einbeziehen hängt nicht nur von der Zustimmung von Patientinnen und Patienten ab.

Um die Angehörigen in der Psychiatrischen Versorgung wahrzunehmen, müssen wir uns für sie interessieren und wir brauchen praxisbewährte Leitlinien für den Arbeitsalltag.

### **Problemstellung**

Wie begegnen wir in unserer Arbeit den Angehörigen, die sich „Einmischen“? Interessieren wir uns für die kritischen Fragen der Angehörigen?

Haben wir Ressource zur Verfügung, die sich mit den Angehörigen befassen? Die Realität im stationären Alltag in einer psychiatrischen Institution hat oft wenige Möglichkeiten, sich mit den Angehörigen zu befassen. Und trotzdem sind sie da, Tag für Tag. Qualitative Standards helfen Pflegenden, die Angehörigen im Stationsalltag zu integrieren und mit praxisbewährten Leitlinien einen Umgang zu ermöglichen.

### **Ziele**

Der Vortrag soll Möglichkeiten aufzeigen, wie Pflegende in der täglichen Arbeit den Angehörigen begegnen können. Anhand von konkreten Beispielen aus der Praxis soll aufgezeigt werden, was sich Angehörige wünschen und wie wir diesen Wünschen gerecht werden können.

## **Vorgehen**

Vortrag mit PowerPoint Präsentation.

## **Ergebnisse, Erfahrungen**

Der Vortrag baut auf einer reichen Erfahrung aus der Angehörigenberatung auf. Praxisbewährte Ideen für den Umgang mit Angehörigen im Pflegealltag werden aufgezeigt und sollen Mut machen, eigene Wege zu gehen und eine institutionelle Diskussion zu führen, wie man als Psychiatrische Versorgung den Angehörigen begegnen will.

## **Diskussion**

Fragen aus dem Plenum.

## **Schlussfolgerungen**

Wenn sich Angehörige in unsere Arbeit und in das Wesen der Psychiatrie „Einmischen“, soll uns das nicht verunsichern sondern anspornen, dass die Angehörigen „Mitmischen“ können.

## **74. Biofeedback, ein Weg zur bewussten Achtsamkeit**

*Manuela Decurtins, Larissa Jucker, Florian Rutz, Martin Schmid*

### **Hintergrund**

Der Begriff Biofeedback (BF) bezieht sich auf die visuelle und auditive Rückmeldung psycho- und physiologischer Prozesse, welche im Körper unbewusst ablaufen und durch gezieltes Training bewusst gemacht werden [1]. Patienten können so ihren Körper besser einschätzen und lernen diesen bewusster zu steuern. Es enthält Elemente der Psychoedukation, Achtsamkeit und der Spannungsreduktion. Biofeedback ist eine komplementäre Therapieform und erhält aufgrund seiner Fassbarkeit eine hohe Patientenakzeptanz.

Randomisierte Studien zur Biofeedbacktherapie ergeben positive Effekte bei psychiatrischen Störungsbildern wie Depressionen, generalisierten Angststörungen, Panikstörungen und Schlafstörungen [2, 3, 4].

### **Einleitung**

In der Klinik bieten einige Stationen BF an. Die Biofeedbacktrainer/Innen aus Pflege und Psychologie werden in Grund- und Aufbaukursen geschult und weitergebildet. Die Anwendung auf den Stationen findet in Absprache mit den Falltherapeuten statt und wird regelmässig im Team evaluiert. Indem diese Therapieangebote interprofessionell angeboten werden, kann die Nachhaltigkeit im Alltag (Therapie- bzw. Bezugspersonengespräche) gewährleistet werden. Als Ergebnisse von BF zeigen sich bei unterschiedlichen psychiatrischen Indikationsstellungen Wirkungen in der Spannungsreduktion.

### **Thema**

In der Behandlung von Menschen mit psychiatrischen Störungsbildern hat sich der Ansatz von Achtsamkeit inzwischen etabliert. Die Auswirkungen von Achtsamkeitsübungen können im Zusammenhang mit funktionellen und strukturellen Veränderungen im Gehirn verstanden werden [5]. Mit BF ge-

lingt es, die körperlichen Reaktionen objektiv sichtbar zu machen und die Wirkungen von Achtsamkeit und Entspannung aufzuzeigen.

Der verhaltenstherapeutische Ansatz geht davon aus, dass jedes Verhalten nach gleichen Prinzipien erlernt, aufrechterhalten und verändert werden kann. Verhalten findet kognitiv-emotional, muskulär und viszeral statt. Verhaltensstörungen werden als Funktionskette gesehen, welche nach dem Muster Auslösung - Verhalten - Konsequenzen unterschieden werden können [6].

Auf den Stationen wird BF im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit seitens des Behandlungsteam empfohlen und in Absprache mit den Biofeedbacktrainer/Innen umgesetzt.

## **Ziele**

- Bewusstseinsentwicklung für die psycho- und physiologischen Abläufe im Körper.
- Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen zur Verbesserung der subjektiven Beschwerden, Stressoren.

## **Ablauf**

Die Biofeedbacktrainerin plant einen Ersttermin für den Belastungstest, bei welchem Parameter wie Atmung, Puls, Hautleitwert und anderes aufgezeichnet werden. Im Test wechseln sich Anspannungs- und Entspannungsübungen ab. Die Auswertung gibt in Anlehnung an die Grundproblematik des Patienten Aufschluss über die im Therapieverlauf zu benutzenden Parameter. Die weiteren Sitzungen greifen die Anspannungsfelder des Patienten auf, fördern die Wahrnehmung und helfen gleichzeitig zur Entspannung. Zum Schluss findet ein Abschlussgespräch statt, bei welchem die Zielerreichung überprüft wird. Der Patient profitiert von individuellen Übungen, welche er selbstständig anwenden kann. Bei Bedarf kann auch ein Expositionstraining durchgeführt werden, so dass der Patient lernt, seine Spannungen zu regulieren.

## Schlussfolgerung

BF stellt eine von Patienten wertgeschätzte Therapieform im stationären Alltag dar. Davon profitieren können Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern. Der Fokus setzt gezielt auf Prozesse, welche in unserem Körper ablaufen. Eingreifen zu können und diese positiv zu beeinflussen steht an vorderster Stelle. Aus Übungen entstehen funktionale Strategien, welche die Selbstwirksamkeit in schwierigen Alltagssituationen erhöhen. Die Resultate aus BF-Sitzungen fließen in die interprofessionelle Arbeit mit ein und dienen der weiterführenden Behandlung. Präventiv dazu hilft es Patienten durch psychoedukative Anteile in den Gesprächen, Zusammenhänge zwischen Körperreaktionen und Stress zu veranschaulichen. Erfolge werden dank der Aufzeichnung der Parameter visuell und auditiv an den Patienten zurückgemeldet. Durch einen regelmässigen Austausch zwischen den Biofeedbacktrainer/Innen kann das individuelle Fachwissen ständig erweitert werden und durch die interprofessionelle Zusammenarbeit werden stets neue Inputs gewonnen.

## Literatur

1. Haus, K.M. et al. (2013) *Praxisbuch Biofeedback und Neurofeedback*. p. 4, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013
2. Martin, A., Rif, W. (2009) *Wie wirksam ist Biofeedback?* Hogrefe Bern
3. Schoenberg, PL., David, AS. (2014) *Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review*. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, p. 109-135
4. Teufel, M., Stephan, K., Kowalski, A. (2013) *Impact of biofeedback on self-efficacy and stress reduction in obesity: a randomized controlled pilot study*. *Appl. Psychophysiology Biofeedback*, p. 177-184
5. Weiss, H., Harrer, ME. (2010) *Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel*. *Psychotherapeutenjournal* 1/2010
6. Margraf, J., Schneider, S. (2009) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* 3. Auflage. Springer: Heidelberg



## **75. Häufigkeit von somatisch bedingten notfallmässigen Übertritten in allgemeine Krankenhäuser in der Schweiz**

*Thomas Schwarze, Regine Steinauer*

### **Ausgangslage**

In den letzten Jahren wurde zunehmend auf die Komorbidität von somatischen Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Problemen hingewiesen [1, 2]. Dabei wurden bisher fast ausschliesslich chronische Krankheiten untersucht.

Der Fokus dieser Untersuchung ist auf akutauf tretende somatische Erkrankungen bei Menschen mit einer psychischen Störung gerichtet. Die Ergebnisse einer vorgängigen Literaturrecherche zeigen auf, dass akut auftretende somatische Komplikationen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen während ihres Aufenthaltes in psychiatrischen Kliniken kaum beschrieben werden [6].

Es ist anzunehmen, dass akute Komplikationen auch während eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik auftreten und einer schnellen Behandlung und eventuell sogar einer Verlegung in eine Akutklinik bedürfen.

### **Fragestellung**

Die Studie bearbeitet u.a. folgende Fragestellung:

Welche somatischen Symptome/Diagnosen führen zu notfallmässigen Verlegungen aus psychiatrischen Kliniken in allgemeine Krankenhäuser?

### **Methodik**

Sekundäranalyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Jahre 2010 bis 2014 des Bundesamts für Statistik. Es wurden alle Übertritte aus psychiatrischen Kliniken in Notfälle allgemeiner Krankenhäuser untersucht.

## Resultate

|         | <b>Diagnosegruppen nach ICD-10</b>                                   | <b>2010-2014<br/>n= 11'108<br/>n (%)</b> |
|---------|--|--|
| Kapitel | Missings   | 441 (4.0)                                |
| I       | Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten                      | 546 (4.9)                                |
| II      | Neubildungen   | 190 (1.7)                                |
| III     | Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe                  | 111 (1.0)                                |
| IV      | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                   | 374 (3.4)                                |
| V       | Psychische und Verhaltensstörungen                                   | 1'416 (12.7)                             |
| VI      | Krankheiten des Nervensystems  | 551 (5.0)                                |
| VII     | Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde                    | 12 (0.1)                                 |
| VIII    | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes                       | 11 (0.1)                                 |
| IX      | Krankheiten des Kreislaufsystems                                     | 1'069 (9.6)                              |
| X       | Krankheiten des Atmungssystems                                       | 1'076 (9.7)                              |
| XI      | Krankheiten des Verdauungssystems                                    | 1'005 (9.0)                              |
| XII     | Krankheiten der Haut und der Unterhaut                               | 189 (1.7)                                |
| XIII    | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes              | 212 (1.9)                                |
| XIV     | Krankheiten des Urogenitalsystems                                    | 385 (3.5)                                |
| XV      | Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett                               | 56 (0.5)                                 |
| XVI     | Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | -  |
| XVII    | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien      | 3 (0.0)                                  |

|       |   |              |
|-------|---|--------------|
| XVIII | Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind             | 946 (8.5)    |
| XIX   | Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen                          | 2'274 (20.5) |
| XX    | Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität  | 3 (0.0)      |
| XXI   | Gesundheitszustand beeinflussende und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führende Faktoren | 238 (2.1)    |

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Die drei häufigsten somatischen Diagnosegruppen (Krankheiten des Atmungssystems, des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems), welche zu Übertritten aus einer Psychiatrischen Klinik in ein Akutspital geführt haben, zeigen auf, dass eine umfassende interdisziplinäre somatische Abklärung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig ist. Die Behandlung chronischer somatischer Krankheiten und die Prävention der aus diesen Krankheiten stammenden Akutproblematiken stellt daher auch eine Kernaufgabe im Gebiet der psychiatrischen Versorgung dar. Weitere detaillierte Analysen sind notwendig um konkretere Empfehlungen ableiten zu können.

## Literatur

1. Felker, B., J.J. Yazel, and D. Short, *Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. Psychiatr Serv, 1996. 47(12): p. 1356-63.*
2. Koran, L.M., et al., *Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. Psychiatr Serv, 2002. 53(12): p. 1623-5.*
3. Becker, T. and J. Hux, *Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. Diabetes Care, 2011. 34(2): p. 398-402.*
4. Goff, D.C., et al., *A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. Schizophr Res, 2005. 80(1): p. 45-53.*
5. Douzenis, A., et al., *Factors affecting hospital stay in psychiatric patients: the role of active comorbidity. BMC Health Serv Res, 2012. 12: p. 166.*

6. *Steinauer, R. and T. Schwarze, Acute medical complications of patients in psychiatric units. A literature review, in 21st World Congress Social Psychiatry. 2013: Lisbon, Portugal. p. 214.*

## **76. Ein Praxisprojekt kann nur in einer lernenden und reflektierenden Organisation umgesetzt werden**

*Therese Steudler*

### **Hintergrund**

Praxisentwicklung ist ein kontinuierlicher Prozess, der auf Effektivitätssteigerung in der Patientenzentrierten Versorgung abzielt. Durch Praxisentwicklung werden Gesundheitsteams befähigt, ihre Kenntnisse und Fähigkeit zu entwickeln, um die Kultur und den Kontext der Versorgung zu verändern. Dieser kontinuierliche und systematische Prozess wird unterstützt und begleitet durch Praxisentwicklerinnen (Pflegeexpertinnen).

### **Problemstellung**

Insbesondere dann, wenn eine Institution Mitarbeitende in der beruflichen Entwicklung stärken und in und mit Weiterbildungen unterstützen will, stellt sich häufig die Frage nach dem Zugewinn während und nach der Weiterbildung. Es bedingt seitens der Institution eine Bereitschaft die in Praxisentwicklungsprojekten erarbeiteten Themen im Alltag zu integrieren.

Eine FVS (Fachverantwortliche Station) welche zurzeit ein MAS in gerontologischer Pflege absolviert, führte im Zusammenhang mit ihrem MAS-Abschluss ein interprofessionelles Praxisentwicklungsprojekt durch. Die Durchführung des Praxisentwicklungsprojekts erfolgte nach dem Modell des Clinical Leadership und der Methodik des Aktionsforschungsprozesses, um eine patienten- und familienorientierte, auf Erfahrung und Evidenz gestützte Praxis zu ermöglichen.

### **Ziele**

Die Organisation erlaubt sich eine kritische Auseinandersetzung mit den internen Abläufen, mit dem Ziel die Patientenbehandlung zu optimieren.

## **Vorgehen**

Das Fachgremium Medizin/Pflege unterstützt die interdisziplinäre Idee der Pflegeexpertin im Rahmen der MAS-Weiterbildung und stellt Zeitressourcen zur Verfügung.

In der Direktion Medizin / Pflege werden die Resultate und Ergebnisse kritisch geprüft und Entscheide in den interprofessionellen Behandlungsteams kommuniziert.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Durch das Projekt wurden viele interne Abläufe kritisch beleuchtet und Verbesserungsvorschläge wurden gemacht.

Die Pflegeexpertin konnte ihre Rolle in der Fachführung dank mehrjähriger Erfahrung im Weiterentwickeln von Pflegethemen erfolgreich einnehmen. Als Fachführung sieht sie ihre Aufgabe, die Teilnehmerinnen einzubinden und zu Beteiligten zu machen, ihnen bei Erfolgen Anerkennung auszusprechen und das Wissen praxisnah und erfahrungsbezogen zugänglich zu machen. Ein wichtiger Aspekt in der Zusammenarbeit war, auf die einzelnen Projektteilnehmerinnen einzugehen und jedem einzelnen Beitrag Gewicht zu geben. Emanzipatorische Praxisentwicklung bedeutet somit, Pflgeteams zu befähigen und die Kultur und den Kontext von Pflege zu verändern.

## **Diskussion**

Sowohl Berufsverbände als auch der Gesetzgeber fordern eine Evidenzbasierung in der Therapie. Um dieser Forderung nachzukommen, müssen sich Therapeuten mit dem Thema Evidenzbasierung auseinandersetzen und ihr Handeln in der Therapie darauf einstellen. Das erfordert neben dem Recherchieren von externer Evidenz auch die Reflexion der internen Evidenz und das Erfragen der Patientenpräferenzen zum konkreten Patientenfall. Die Umsetzung der Evidenzbasierung kann somit nicht ausschliesslich als Methode beschrieben werden, sondern ist als grundsätzliche Haltung zu ver-

stehen, die es erfordert, sein eigenes Vorgehen kritisch zu hinterfragen und sein Wissenstand regelmässig zu aktualisieren.

Qualitätsbewusste Patienten bewerten nicht nur die erhaltene medizinische, therapeutische, pflegerische Versorgung und das Ergebnis der Behandlung, sondern auch die Informationsvermittlung, die Kommunikation mit den Leistungserbringern, den Eindruck vom Personal (Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Kompetenz, Pünktlichkeit, Wartezeit), den Umgang mit allen Mitarbeitern der Praxis oder der Klinik, den Zugang zur und die Organisation in der Praxis sowie Unterstützungsangebote

Die Planung und Durchführung des Projekts erforderte von der Pflegeexpertin eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema partizipative Entscheidungsfindung im gerontologischen Setting. Ein wichtiger Punkt in der Zusammenarbeit der Projektgruppe war, gemeinsam eine Haltung zu entwickeln, welche in der Behandlungsplanung den Fokus auf die patientenzentrierte Betreuung legt und dem Betreuungsteam die nötige Unterstützung bieten kann. So konnte sich eine Vision entfalten, was in Clinical Leadership im Sinne eines gemeinsamen zielorientierten Prozess von Bedeutung ist.

## **Schlussfolgerungen**

Für die Umsetzung müssen nicht nur Fachpersonen mitsprechen können, sondern auch den Einbezug der Entscheidungsträger darf nicht fehlen. Scheinbar kleine Veränderungen können in der Umsetzung grosse Auswirkungen haben...

Die Sicherstellung der Nachhaltigkeit und die Weiterbearbeitung von Konzepten werden die Pflegeexpertin zusammen mit Projektteams der Institution weiter beschäftigen und herausfordern. Auch wird es im herausfordernden und komplexen Pflegealltag, mit den immer knapper werdenden Ressourcen notwendig sein, die Behandlungsteams in diesem Thema kontinuierlich zu begleiten und zu stärken.

Lernende Organisationen sind Organisationen, in denen die Menschen kontinuierlich die Fähigkeit entfalten, ihre wahren Ziele zu verwirklichen, in denen neue Denkweisen gefördert und gemeinsame Hoffnungen freigesetzt werden und in denen Menschen lernen miteinander zu lernen.

## **Literatur**

1. *Longerich, H. & Preusse-Bleuer, B. (2016). Clinical Leadership. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.*
2. *Kuster, J., Huber, E., Lippmann, R., Schmid, A., Schneider, E., Witschi, U. & Wüst, R. (2011). Handbuch Projektmanagement. Bern: Springer Verlag.*
3. *Vossler, G. (2016). Projektmanagement. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.*



## **77. Ein lernendes Management als Basis für die Entwicklung der Pflege**

*Marianne von Dach Nicolay*

### **Hintergrund**

Führungspersonen im mittleren Kader besetzen eine Schlüsselstelle und sichern massgeblich den Erfolg einer Institution. Zu den Aufgaben der Stationsleitung Pflege gehören die Einhaltung der Rahmenbedingungen, wie z. B. die Qualitätssicherung, die Ressourcenplanung, diverse Regelbesprechungen, das Führen der Mitarbeitergespräche und im Rahmen der Alltagsbewältigung Entscheidungen treffen.

Aufgrund der zukünftigen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung verändern sich die Anforderungen an die Rolle der Stationsleitung Pflege. Die zunehmende Komplexität wird sich in der Zukunft unter anderem über die Dienstleistungen für die Behandlungsteams definieren. Dies bedeutet, dass das Management das Fundament für eine funktionierende Patientenbehandlung darstellt. Die Hauptaufgabe ist somit das System/die Organisation so zu unterstützen, dass die jeweiligen Funktionen ihre Kernaufgaben wahrnehmen können.

Führungspersonen können erst wirksam sein, wenn sie sich selbst klar sind, als Person in ihrer Rolle und in ihrem Selbstmanagement. Erfolgreiche Führung beginnt mit der Reflexion der eigenen Erfahrungen, Bedürfnisse und Werte im Kontext der beruflichen Anforderungen. Welche Muster bringe ich mit? Welche professionellen Rollen muss ich als Führungsperson einnehmen und welchen (widersprüchlichen) Erwartungen bin ich dabei ausgesetzt? Diese Art der Selbstreflexion geschieht nicht von selbst, sondern muss bewusst herbeigeführt werden.

Die Direktion Pflege in der Privatklinik Meiringen befindet sich seit fünf Jahren in einem Prozess mit dem Ziel der Optimierung der pflegerischen Behandlung. Begleitet wird dieses Vorhaben mit dem strategischen Leitziel, das sich die Stationen/Teams als lernende und entwickelnde Einheiten ver-

stehen. In der Umsetzung zeigten sich Stolpersteine bezgl. der Gestaltung von Lernen.

### **Problemstellung**

Das mittlere Management wird künftig vielmehr - im Sinne einer Lehr- und Lernmanagerin - die Rolle eines Coaches einnehmen müssen. Das bedeutet Coaches für Lernen und Befähigen der Mitarbeitenden, damit eine erfolgreiche und effiziente Patientenbehandlung gewährleistet wird. Dabei werden auch Zusatzfunktionen, wie beispielsweise Ausbildung und Fachentwicklung optimal gefördert und integriert. Aufgrund einer Überarbeitung bzw. Anpassung der Anforderungen an die Rolle der Stationsleitungen Pflege wurde ersichtlich, dass diese Rolle und die bisherigen Tätigkeiten kritisch überprüft werden müssen.

### **Ziele**

Die Stationsleitungen Pflege sind vertraut mit den zukünftigen Herausforderungen und befähigt, diesen professionell und als Vorbildfunktion für die Mitarbeitenden zu begegnen. Sie starten mit der Kunst der Selbstführung und ermutigen ihre Mitarbeitenden dazu. Diese Entwicklung wird von der vorgesetzten Stelle begleitet, die damit gleichzeitig eine Vorbildfunktion für die Stationsleitungen Pflege einnimmt. Lernen wird als Grundlage für die Entwicklung der Mitarbeitenden und der pflegerischen Behandlung wahrgenommen.

### **Vorgehen**

Die Anforderungsprofile wurden anhand der strategischen Vorgaben und vermuteter Herausforderungen überarbeitet; insbesondere wurden die Kernaufgaben konkretisiert. Die Begleitung der Stationsleitungen Pflege wurde über monatliche Besprechungen in Gruppen und Einzelsettings mit der Pflegedirektorin wahrgenommen. Dabei ging es um die Fragestellung, wie wird Führung in einem komplexen Umfeld wirksam und wie kann gemeinsame Verantwortung und lernen entwickelt werden?

Die Stationsleitungen erhielten analog zu den überarbeiteten Anforderungen den Auftrag einer geführten Selbstreflexion. Diese Selbsteinschätzung war die Grundlage zu konkreten Fragestellungen bezogen auf ihren Führungsauftrag.

### ***Persönliches Verständnis meiner Führungsrolle***

- Wie verstehe ich meinen Auftrag als Führungsperson?
- Was ist meine Aufgabe?
- Was erwarten die verschiedenen RollenträgerInnen von mir?

### ***Herausforderungen***

- Welches sind meine grossen Herausforderungen?
- Wo kann ich wirksam führen – was ist verbesserungswürdig?
- Wie steuere ich Entscheidungsprozesse?
- Wie findet lernen statt?

### ***Unterstützende Elemente***

- Welche aktuellen Kommunikationsgefässe unterstützen mich in meiner Rolle?
- Welche Kooperationen sind förderlich?
- Was ist verbesserungswürdig?

**Einzelcoaching:** Beschreiben ihrer Wirklichkeit

Reflexionsschleife, so finden Lernen, Komplexitätsverarbeitung und Selbststeuerung statt [1].

- Aktuelle Fragestellung
- Hypothesen bilden
- Interventionen planen
- Interventionen umsetzen

### ***Ergebnisse/Erfahrungen***

Die geführte Selbsteinschätzung und das Einzelcoaching begannen im März und das wird gegen Ende Jahr evaluiert.

Die Regelkommunikation ist neu strukturiert und basiert auf konkreten Fragestellungen

Die Methodenkompetenz wird über regelmässige Leadershipcircle gestärkt  
Erste Ergebnisse können am Dreiländerkongress präsentiert werden.

## **Literatur**

1. *Königswieser, Exner u. Pelikan 1995*

## **78. „Trauma und Psychose“**

*Katja Weidling, Katharina Fichtel*

### **Hintergrund**

„...das wesentliche ist für die Augen unsichtbar...“ [1]. Hermann Oppenheim beschäftigte sich bereits 1889 mit dem Phänomen, dass Psychosen mit erlebten Traumata zusammen hängen. John Read konnte den Nachweis erbringen, dass psychische Traumatisierungen einen wesentlichen Faktor bei der Entstehung von Psychosen spielen [2]. Studien zeigen, dass jeder 2. an einer Schizophrenie erkrankte Mensch eine Form von aktivem Missbrauch erlebt hat [2,3,4].

### **Fragestellung**

Welche Implikationen für die psychiatrische Pflegepraxis ergeben sich aus dem Zusammenhang von erlebten Traumata und dem Auftreten einer Psychose?

### **Methode**

Systematische Literaturrecherche in deutscher und englischer Sprache.

### **Ergebnisse**

Hinweise für erlebte Traumata bei psychotischen Zuständen sind u.a. ein junges Erkrankungsalter und das Auftreten von Suizidalität und Selbstverletzung [5]. In psychiatrischen Settings kommt es häufig zu einer Retraumatisierung der Betroffenen. Bedürfnisse und Grenzen werden ignoriert, Dunkelheit, Geräusche und Gerüche auf den Stationen lösen negative Erinnerungen aus. Das Personal tritt teilweise autoritär auf, es kommt zu Fixier- und Isoliersituationen. Körperliche Gewalt und Selbstverletzung werden erlebt oder miterlebt [5]. Oft sind psychiatrisch Tätige an solchen Situationen beteiligt. Retraumatisierende Ereignisse führen bei den Betroffenen zu einem erneuten Erleben von Ohnmacht, Hilflosigkeit und dem Gefühl, aus-

geliefert zu sein. Durch das erneute Erfahren der Betroffenen, dass ihre persönlichen Grenzen und Bedürfnisse missachtet und ignoriert werden, kann es zu einem massiven Vertrauensverlust kommen [2, 5].

## Diskussion

Retraumatisierungen können durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden [5]. Dabei kann zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden werden. Die Primärprävention verfolgt die Aufklärung, Schulung und Sensibilisierung psychiatrisch Tätiger. John Read entwickelte z.B. das Programm Learning when and how to ask [2]. Als Sekundärprävention wird die Anwendung von proaktiven Deeskalationsmodellen, wie dem Safe-wardsmodell angesehen [6,7,8]. Unter Tertiärprävention wird verstanden, dass nach Ausübung von Zwang und Gewalt Nachbesprechungen erfolgen. Erlebten Gefühlen wird Raum gegeben und gemeinsam nach adäquateren Lösungen gesucht [2,6,7].

## Schlussfolgerung

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen, sind kreative und individuelle Lösungen nötig. Betroffene müssen die volle Kontrolle und Führung über die Behandlung erhalten. Pflegende müssen sich ihrer Verantwortung jederzeit bewusst sein. Handlungs- und Haltungsvänderungen tragen zu einer Verbesserung der Situation für Betroffene bei.

## Literatur

1. *Saint-Exupéry, Antoine* <http://www.derkleineprinz-online.de/zitate/man-sieht-nur-mit-dem-herzen-gut-das-wesentliche-ist-fuer-die-auge-unsichtbar/>
2. *Read & Bentall; Read, John; Dillon, Jacqui (2012): Models of madness. Psychological, social, and biological approaches to psychosis. 2nd edition.*
3. *Simpson, Eleanor H.; Waltz, James A.; Kellendonk, Christoph; Balsam, Peter D. (2012): Schizophrenia in translation: dissecting motivation in schizophrenia and rodents. In: Schizophrenia bulletin 38 (6), S. 1111–1117. DOI: 10.1093/schbul/sbs114.*
4. *Varese, Filippo; Smeets, Feikje; Drukker, Marjan; Lieverse, Ritsaert; Lataster, Tineke; Viechtbauer, Wolfgang et al. (2012): Childhood adversities increase the*

- risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. In: Schizophrenia bulletin 38 (4), S. 661–671. DOI: 10.1093/schbul/sbs050.*
5. Schäfer, Ingo (2012): *Trauma und Dissoziation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.* Bielefeld, 05.10.2012. Online verfügbar unter [636231301490507468.pdf](#), zuletzt geprüft am 19.02.2017.
  6. Pieters, Volker (2007): *Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen.* In: Regina Ketelsen, Michael Schulz und Christian Zechert (Hg.): *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.* 2., korr. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 106–119.
  7. Ketelsen, Regina; Schulz, Michael; Zechert, Christian (Hg.) (2007): *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.* 2., korr. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
  8. Bowers, Len; James, Karen; Quirk, Alan; Simpson, Alan; Stewart, Duncan; Hod-soll, John (2015): *Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial.* In: *International journal of nursing studies* 52 (9), S. 1412–1422. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

# Autorinnen und Autoren

\***Aebi Martin**, Pflegeexperte HöFa1, Psychiatrische Dienste Graubünden. *Kontakt: martin.aebi@pdgr.ch*

\***Albes Henning**, Bielefeld, Evangelisches Klinikum Bethel, Heilerziehungspfleger, Studierender an der FHdD Bielefeld, Studiengang: Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit *Kontakt: henning.albes@evkb.de*

**Barandun Schäfer Ursi**, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, Diplomierte Expertin Intensivpflege NDS HF, Bereichsfachverantwortliche Pflege Medizinische Querschnittsfunktionen, Universitätsspital Basel

**Bay Andrew**, MAS ZFH in Health Care Management, Klinikleitung Pflege FPK, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: andrew.bay@upkbs.ch*

\***Beeri Simone**, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, ist seit 18 Jahren in der Psychiatrie, davon 10 Jahre als Stationsleiterin einer Akutstation mit Schwerpunkt für Abhängigkeitserkrankungen tätig. Aktuell arbeitet sie als Pflegeexpertin und Pflegewissenschaftlerin MNS in der Psychiatriezentrum Münsingen AG. Ihre derzeitigen Schwerpunkte sind offen geführte Akutstationen, Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen sowie Intensivpflege in der Psychiatrie. *Kontakt: simone.beeri@pzmag.ch*

**Behrens Johann**, Prof. Dr., Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Universität Halle –Wittenberg

\***Bieri Patrick**, dipl. Pflegefachmann HF, MAS Mental Health (BFH), Stationsleiter UPD Bern. *Kontakt: patrick.bieri@upd.ch*

**Bläuer Cornelia**, PhD, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, Bereichsfachverantwortliche Pflege Spezialkliniken, Universitätsspital Basel

**Boßler Barbara**, M.Sc. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2 Jahren als Pflegeexpertin am ZfP Südwürttemberg tätig. *Kontakt: barbara.boßler@zfp-zentrum.de*

\***Brandenberger Alexander**, Dipl. Pflegefachmann Höfa 1, Pflegerische Teamleitung im Ambulanten Dienst Sucht (ADS), Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: alexander.brandenberger@upkbs.ch*

**Braun Gabriele**, Genesungsbegleiterin. *Kontakt: geeby77@yahoo.de*



**Bürki Brunner Rosmarie**, MAS Gesundheitsförderung und Prävention, Pflegeexpertin HöFa II, Dipl. Erwachsenenbildnerin, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Leiterin Pflegeentwicklung der Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG).

**Burr Christian**, RN, MScN, Pflegeexperte und wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung F&E, Pflege, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD AG, Bern. *Kontakt: christian.burr@upd.ch*

**Burri Marco**, Stationsleiter A6, *Kontakt: marco.burri@pkzs.ch*

**Daurù Andreas**, Kantonsrat (SP) des Kantons Zürich, Pflegefachmann HöFa I

**\*Decurtins Manuela**, Diplomierte Pflegefachfrau HF, arbeitet seit 4 Jahren in dieser Funktion in der Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See auf einer Akutstation Krisenbewältigung für junge Erwachsene und ist zudem auf Station als Biofeedbacktrainerin sowie Berufsbildnerin tätig. *Kontakt: manuela.decurtins@clenia.ch*

**Di Nardo Carmine**, Dipl. Pflegefachmann Pflegedienstleiter und Leiter Therapien Leancoach Klinik St. Pirminsberg Psychiatrie-Dienste Süd. *Kontakt: Carmine.dinardo@psych.ch*

**Djedovic Emina**, Stationsleiterin A7

**Emmerich Andreas**, Dipl. Pflegewirt (FH), Pflegedienstleitung Psychomedizinische Abteilung, Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein Mosel-Fachklinik Andernach. Seit 2009 Lehrbeauftragter an der Katholischen Hochschule Mainz, zum Thema Pflegediagnostik und deren praktischen Umsetzung. 2012/2013 Seminarreihe „Expertise in Leadership“, 2015 Ausbildung zum Adherence Therapeut. *Kontakt: a.emmerich@kng.landeskrankenhaus.de*

**Erdmann Anke, Dr. rer. medic.**, Krankenschwester, Lehrerin für Krankenpflege, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HFH Hamburger Fern-Hochschule. *Kontakt: anke.erdmann@hamburger-fh.de*

**\*Farcher Renato**, M.A. Health Sciences (Health Economics and Health Policy) Universität Luzern, Praktikant, Abteilung F&E, Pflege, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD AG, Bern

**Fichtel Katharina**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, can. BA Psychiatrische Pflege, tätig auf einer Station für psychisch Kranke mit somatischen Problematiken. *Kontakt: kafi103@web.de*

**Fiebig Madlen**, Dipl. Pflegewirtin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, ePA-CC GmbH Wiesbaden. *Kontakt: madlen.fiebig@epa-cc.de*

**\*Finklenburg Udo**, PsyKP, MAS Mental Health, freiberuflicher Psychiatriepfleger in der Region Biel / Seeland (CH), Gründungsmitglied und Präsident des „Verein Ambulante Psychiatrische Pflege, Mitglied des Organisationskomitees Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie. *Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch*

**\*Flansburg Susanna**, B.A. Psychische Gesundheit, ist Studierende in M.A. Community Mental Health an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld und Pflegedienstleitung in der Bernhard-Salzmänn-Klinik am LWL-Klinikum Gütersloh. *Kontakt: susanna.flansburg@web.de*

**\*Forster Sonja**, Klinik Meissenberg AG, Dipl. Pflegewirtin, Fachkrankenschwester für Psychiatrie. *Kontakt: forster\_sonja@web.de*

**Frauenfelder Fritz**, MSc, PhD. Stv. Direktor PTS. *Kontakt: fritz.frauenfelder@puk.zh.ch*

**\*Frei Irena Anna**, PhD, RN, Leiterin Abteilung Praxisentwicklung Pflege, Ressort Pflege/MTT, Universitätsspital Basel und Lehrbeauftragte Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. *Kontakt: irenaanna.frei@usb.ch*

**Frei Linda**, BScN, cand. MScN, Fachverantwortliche Pflege, Sanatorium Kilchberg

**\*Freiburghaus Roger**, psychiatriepflege-mossee. *Kontakt: roger-freiburghaus@bluewin.ch*

**\*Frey Barbara**, Pflegeexpertin Höfa II/FH, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, in Weiterbildung zur zertifizierten Transaktionsanalytikerin, arbeitet als Pflegeexpertin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. *Kontakt: barbara.frey@puk.zh.ch*

**Freyer Sonja**, MSc. APN, BA Pflegewissenschaft & Public Health, Fachkrankenschwester Psychiatrie, Präsidentin AFG Mental Health Care DNAPN&ANP g.e.V., seit Januar 2015 als Fachexpertin auf der Station G0, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich tätig. *Kontakt: sonja.freyer@puk.zh.ch*

**Fröbel Rahel**, cand. MScN, wissenschaftliche Praktikantin und cand. Pflegeexpertin APN, ist in der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich tätig. *Kontakt: rahel.froebel@puk.zh.ch*

**\*Gähler-Schwab Béatrice**. *Kontakt: b.gaehler@just-do-it.ch*

**Galli Bernhard**, MAS Supervision und Coaching in Organisationen, Dipl. Pflegefachmann; leitet in der Psychiatriezentrum Münsingen AG den Bereich Bildung Pflege mit den Ressorts Fachentwicklung, Aus- und Weiterbildung. Vormalig tätig in der Akutpsychiatrie, als Berufsschullehrer sowie in verschiedenen Bereichen der Weiterbildung für Gesundheitsberufe. *Kontakt: bernhard.galli@pzmag.ch*

**\*Gehri Beatrice**, MSc, Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: [beatrice.gehri@upkbs.ch](mailto:beatrice.gehri@upkbs.ch)*

**Giacopuzzi Schätti Loretta**, MAS, Leitung Pflege, ist in der Psychiatrie St.Gallen Nord, Schweiz tätig. *Kontakt: [loretta.giacopuzzi@psgn.ch](mailto:loretta.giacopuzzi@psgn.ch)*

**\*Gianni Cornelia**, MSc.N, Fachschwester für Psychiatrie (DKG), Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft der Pflegedirektion Klinikum München Ost (KMO). Sie ist zudem Referentin zum Thema „pflegewissenschaftliches Arbeiten“ in der Fachpflegeausbildung KMO und hat einen Lehrauftrag an der evangelischen Pflegeakademie zum Thema „psychiatrische Pflege.“

**Grieser Manuela**, Diplompflegewirtin, MaA Erwachsenenbildung. *Kontakt: [manuela.grieser@bfh.ch](mailto:manuela.grieser@bfh.ch)*

**Grossmann Florian**, MNS, Dipl. Pflegefachmann, Bereichsfachverantwortlicher Pflege Medizin, Universitätsspital Basel

**Grötsch Philipp**, Dr. med., Oberarzt ZDK, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel

**Grundmann-Horst, Bettina**, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Case Managerin und Studentin der psychiatrischen Pflege. Sie ist Geschäftsführerin des ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH Berlin. *Kontakt: [b.grundmann-horst@umalleskuemmerkaefer.de](mailto:b.grundmann-horst@umalleskuemmerkaefer.de)*

**\*Hahn Birgit**, ist Sozial- und Milieupädagogin und arbeitet als pflegerische Stationsleitung auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Bearbeitung ethischer Fragen in der psychiatrischen Arbeit. Sie studiert Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege (B.A.) an der Fachhochschule der Diakonie Bethel.

**\*Hahn Sabine**, Prof. Dr. Pflegefachfrau und Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin; Leiterin Disziplin Pflege, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule Schweiz. *Kontakt: [sabine.hahn@bfh.ch](mailto:sabine.hahn@bfh.ch)*

**Haslinger-Baumann Elisabeth**, Mag. Dr., Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin, ist an der Fachhochschule Campus Wien als Forscherin und Lehrende im Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege tätig. *Kontakt: [elisabeth.haslinger-baumann@fh-campuswien.ac.at](mailto:elisabeth.haslinger-baumann@fh-campuswien.ac.at)*

**\*Heeb-Maier Karin**, Dipl. Ing. FH Programmleiterin Lean Management Psychiatrie-Dienste Süd

**\*Hegedüs Anna**, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Careum Forschung, Doktorandin der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle – Wittenberg.

**\*Heinrichs Daniel**, LVR-Klinik Köln, Gesundheits- und Krankenpfleger, Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege B.A.; FHdD Bielefeld. *Kontakt: Daniel.Heinrichs@lvr.de*

**\*Heinsch Anna**, B.Sc. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 5 Jahren als Pflegeexpertin am ZfP Südwürttemberg tätig. *Kontakt: anna.heinsch@zfp-zentrum.de*

**Hepp Urs**, Prof. Dr. med.; Ärztlicher Direktor; Integrierte Psychiatrie Winterthur

**Hoffmann Holger**, PD Dr. med., Chefarzt, Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Chefarzt, Soteria Bern

**Holder Jan**, Leitender Arzt, Psychiatrisch Psychologische Poliklinik Zürich. *Kontakt: jan.holder@zuerich.ch*

**\*Holzke Martin**, ZfP Südwürttemberg, M.A. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpfleger. *Kontakt: martin.holzke@zfp-zentrum.de*

**Höring Michaela**, Qualitätsmanager Psychiatrische Klinik Zugersee. *Kontakt: michaela.hoering@pkzs.ch*

**\*Indermaur Esther**, Pflegeexpertin APN, Spitex Zürich Limmat AG. *Kontakt: esther.indermaur@spitex-zuerich.ch*

**Jaun Simona**, Stv. Teamleitung Pflege Hometreatment; Psychiatrische Dienste Aargau AG

**\*Jensen Majbritt, MScN**, Leiterin Potentialentwicklung Pflege, Privatklinik Meiringen. *Kontakt: majbritt.jensen@privatklinik-meiringen.ch*

**Jucker Larissa**, Pflegefachfrau HF, Biofeedbacktrainerin, Station S3 Privé Stressfolgeerkrankungen und Psychosomatik, Clenia Privatklinik Schlössli CH-8618 Oetwil am See. *Kontakt: Larissa.Jucker@clenia.ch*

**\*Kämmer Wolfram**, B.Sc. Health Communication, Heilererziehungspfleger, Klinischer Pflegeentwickler/ANP in der psychiatrischen Klinik des evangelischen Krankenhauses Bielefeld/Abt. Abhängigkeitserkrankungen. *Kontakt: wolfram.kaemmer@evkb.de*

**Kaufmann Astrid**, Diplomierte allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Kunsttherapeutin, Gewalt- und Mißbrauchspräventionstrainerin,

Pflege- und Betreuungsmanagement im NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Baden, Psychosoziale Betreuung und Übergangsbetreuung *Kontakt: astrid.kaufmann@noelandesheime.at*

**Kehl Karin**, Departementsleiterin Wohnen und Entwicklung, diplomierte Pflegefachfrau, NDS Management im Gesundheitswesen. *Kontakt: k.kehl@wohnheimriggisberg.ch*

**Kiereck Maximilian**, LVR Klinik Bonn, Gesundheits- und Krankenpfleger, Stud. Psychiatrische Pflege B.A..

**Klees Stefan**, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.A. Psychiatrische Pflege und Case Manager. Er ist als duale Stationsleitung in der Gerontopsychiatrie im LWL-Klinikum Gütersloh tätig. *Kontakt: Stefan.klees@lwl.org*

\***Konhäuser Tim**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Fachwirt für Organisation und Führung *Kontakt: tim.konhaeuser@grosch-ps.de*

\***Kozel Bernd**, M.Sc, Diplom-Pflegewirt (FH), examinierter Krankenpfleger, Pflegewissenschaftler Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, Doktorand der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle-Wittenberg. *Kontakt: bernd.kozel@upd.ch*

**Kuhn Alexandra**, Teamleitung Pflege Hometreatment; Psychiatrische Dienste Aargau AG

\***Kuhweide Veronika**, Dipl. Pflegefachfrau, seit 4 Jahren in: Universitäre Psychiatrischen Kliniken Basel. *Kontakt: veronika.kuhweide@upkbs.ch*

\***Laimbacher Sabrina**, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin, ist in der Psychiatrie St.Gallen Nord, Schweiz tätig. *Kontakt: sabrina.laimbacher@psgn.ch*

\***Lange Elvira**, LVR Klinik Bonn, Pflegedirektorin

\***Lampert Thomas**, Koordinator Prävention und Angehörigenarbeit St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd, Pflegefachmann HF, postgraduale Weiterbildung systemische Therapie und Beratung ZSB Bern, Vize-Präsident Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz Autor Basiswissen "Angehörige in der Psychiatrie", Psychiatrie-Verlag. *Kontakt: thomas.lampert@psych.ch*

\***Lechner Sabine**, MSc, Pflegemanagement, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflege- und Betreuungsleitung im NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Scheiblingkirchen, Psychosoziale Betreuung und Übergangsbetreuung, *Kontakt: sabine.lechner@noelandesheime.at*

**Lüthi Regula**, MPH, Direktorin Pflege, MTD und Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: regula.luethi@upkbs.ch*

**Mader Regula**, Direktorin, Rechtsanwältin, EMBA Universität St. Gallen, MAS Angewandte Ethik, CAS Mediation und Moderation im interkulturellen und interreligiösen Dialog. *Kontakt: r.mader@wohnheimriggisberg.ch*

**\*Gerda Malojer**, Pflegeexpertin MSC Psychiatrie-Dienste Süd

**\*Meier Thomas**, Dipl. Krankenpfleger, Psychiatriepfleger, Abteilungsleitung, Forensisch Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: thomas.meier@upkbs.ch*

**Meinhof Johann**, Dipl. Pflegewirt, Pflegeexperte Luzerner Psychiatrie. *Kontakt: johann.meinhof@lups.ch*

**Mertins Miriam**, Unna, Kontrapunkt, Studierende an der FHdD Bielefeld, Heilerziehungspflegerin, Studiengang Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit

**Mohr Daniel**, Pflegedienstleiter Psychiatrische Klinik Zugersee. *Kontakt: daniel.mohr@pkzs.ch*

**Möller Julian**, Dr. phil., Psychologe, Zentrum für psychotische Erkrankungen (ZPE), Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: julian.moeller@upkbs.ch*

**Needham Ian**, Prof. Dr., Leiter Forschung Pflege, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord, Center of Education & Research (COEUR) St.Gallen Nord, Schweiz. *Kontakt: ian.needham@psgn.ch*

**\*Nesa Bettina**, UPD AG Bern, Pflegefachfrau, MAS Mental Health, Ambulatorium Mitte, Zieglerstrasse 7, 3007 Bern *Kontakt: bettina.nesa@upd.ch*

**Noelle Sabine**, Krankenschwester B.A. psychische Gesundheit/ psychiatrische Pflege, klinische Pflegeentwicklerin im Evangelischen Klinikum Bethel. *Kontakt: sabine.noelle@evkb.de*

**Nurse Aurelia**, Fachschwester für Psychiatrie (DsG), Stellvertretende Stationsleitung, ehemals Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft der Pflegedirektion KMO

**\*Panzer Volker**, Fachgesundheits- und Krankenpfleger für psychiatrische Pflege, seit 25 Jahren in unterschiedlichen psychiatrischen Arbeitsfeldern in den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld tätig. *Kontakt: volker.panzer@evkb.de*

**\*Park-Lee Sunhi**, DNII, BSc, MSc, neu APN Dualdiagnose, seit 2002 Jahren in der Psychiatrischen Universitätsklinik, 4 Jahre Altersabhängigkeit, 2 Jahre Dualstation.  
*Kontakt: sunhi.park@puk.zh.ch*

**Pepe Carlo**, Stationsleiter A5. *Kontakt: carlo.pepe@pkzs.ch*

**Peter Barbara**, RN, Fachbeauftragte Pflege, Akutpsychiatrie, Luzerner Psychiatrie St. Urban. *Kontakt: barbara.peter@lups.ch*

**Peter Stefanie**, BScN, RN, Fachbeauftragte Pflege, Akutpsychiatrie, Luzerner Psychiatrie St. Urban. *Kontakt: stefanie.peter@lups.ch*

**Pretto Manuela**, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, Bereichsfachverantwortliche Pflege Chirurgie, Universitätsspital Basel

**Rabenschlag Franziska**, Dr. phil., Pflegewissenschaftlerin, Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.  
*Kontakt: franziska.rabenschlag@upkbs.ch*

**Reiter-Theil Stella**, Prof. Dr. rer. soc., Dipl.-Psych., Leiterin Klinische Ethik, Unversitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

**\*Richter Dirk**, Dr. phil. habil, Leiter Forschung und Entwicklung, Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. *Kontakt: dirk.richter@puk.unibe.ch*

**Rigo Mario**, Trainer für Deeskalation & Aggression

**\*Rixe Jacqueline**, MSc., Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Fachgesundheits- und krankenpflegerin für psychiatrische Pflege, RN, Stabsstelle Pflegeforschung Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel (EvKB); wissenschaftl. Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. *Kontakt: Jacqueline.Rixe@evkb.de*

**\*Roelfs Ute**, Dipl. Pflegepädagogin (FH), Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Anästhesie- und Intensivpflege, Bildungsreferentin im Evangelischen Klinikum Bethel. *Kontakt: ute.roelfs@evkb.de*

**\*Rogge Stefan**, LVR Klinik Bonn, Pflegedienstleitung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I, Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege, FHdD Bielefeld

**\*Röösli Dominik**, lic.phil.; Genesungsbegleiter; Psychiatrische Dienste Aargau AG  
*Kontakt: dominik.rooesli@pdag.ch*

**Rossnagel Astrid**, Altenpflegerin, Erste Staatsprüfung Lehramt/Gymnasium, Studentin "Psychiatrische Pflege" (BA) an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (FHdD),

Projektmitarbeiterin (DiaDem) und Referentin für Leben im Alter und Pflege beim Diakonischen Werk Schleswig-Holstein

**Rutz Florian**, Pflegefachmann HF, Biofeedbacktrainer, Station W0 Behandlungsschwerpunkt Depressionen 50plus, Clenia Privatklinik Schlössli CH-8618 Oetwil am See. *Kontakt: Florian.Rutz@clenia.ch*

**\*Sani-Toorchi Christine**, MScN, Pflegeexpertin ANP, seit 17 Jahren im USB auf einer Akutabteilung der Inneren Medizin tätig. *Kontakt: Christine.Sani-Toorchi@usb.ch*

**\*Sauter Dorothea**, M.Sc, Gesundheits- und Pflegewissenschaft, RN, wiss. Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld. *Kontakt: Dorothea.Sauer@fhdd.de*

**Schärer Stephan**, MBA, Dipl. Pflegefachmann, Fachbereichsleiter Pflege, Chirurgie (bis 31.03.2017), Universitätsspital Basel

**\*Scherer Edith**, Leiterin der Angehörigenberatungsstelle Klinik Wil, St.Gallische Psychiatrie Dienste Sektor Nord, Pflegefachfrau HF, Erwachsenenbildnerin MAS & PE Vorstandsmitglied Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie, Autorin Basiswissen "Angehörige in der Psychiatrie", Psychiatrie-Verlag

**\*Scheydt Stefan**, Pflegewissenschaftler (M.A.), Stabstelle Forschung und Entwicklung Pflege am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. *Kontakt: stefan.scheydt@zi-mannheim.de*

**Schneiders Katharina**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisanleiterin und Studentin der psychiatrischen Pflege. Sie arbeitet im Evangelischen Klinikum Bethel auf einer gerontopsychiatrischen Station für Menschen mit Depressionserkrankungen. *Kontakt: Katharina.schneiders@evkb.de*

**\*Schneidtinger Cornelia**, MSc Advanced Nursing Education, Lehrtätigkeit an diversen Institutionen der Aus- und Weiterbildung, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien. *Kontakt: cornelia.schneidtinger@gmx.at*

**Schmid Martin**, Pflegeexperte MSc HE, Clenia Privatklinik Schlössli CH-8618 Oetwil am See. *Kontakt: Martin.Schmid@clenia.ch*

**Schmidt Philipp**, Klinik Meissenberg AG, Dipl. Sozialökonom, Gesundheits- und Krankenpfleger. *Kontakt: Philipp.Schmidt@meissenberg.ch*

**Schneiders Katharina**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studentin im Bachelorstudium „Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege“ an der Fachhochschule Diakonie (FHDD), tätig im Evangelischem Klinikum Bethel (EvKB) mit dem Schwer-



punkt Depression und Krisenintervention im Alter, Bielefeld. *Kontakt: katharina.schneiders@evkb.de*

**Schoppmann Susanne**, Dr. rer. medic., Pflegewissenschaftlerin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: susanne.schoppmann@upkbs.ch*

**Schulz Michael**, Prof. Dr. habil. ist Krankenpfleger sowie Diplompflegewirt und leitet den Studiengang Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie Bethel. Zudem ist er Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. *Kontakt: Michael.schulz@fhdd.de*

**Schumacher Michael**, Pflegefachmann, MAS ZHAW, Bereichsleiter Pflege Sanatorium Kilchberg AG

**Schwab Christa**, Verantwortliche Bernisches Aktionsbündnis Psychische Gesundheit bei der Kantonalen Behindertenkonferenz Bern (kbk). *Kontakt: christa.schwab@kbk.ch*

\***Schwarze Thomas**, MNS, dipl. Pflegefachperson, Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege/Dienstleistung, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. *Kontakt: Thomas.Schwarze@bfh.ch*

\***Shams Astrid**, B.Sc, diplomierte Pflegefachfrau FH , Fachverantwortliche Pflege, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, arbeitet auf einer Station mit psychotherapeutischen Schwerpunkt. *Kontakt: astrid.shams@upd.ch*

**Simonik Michaela**, MScN, Pflegeexpertin APN, ist in der Psychiatrie St.Gallen Nord, Schweiz tätig. *Kontakt: michaela.simonik@psgn.ch*

\***Stefan Ilse**, Dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 12 Jahren Bereichsleitung im Internistischen Zentrum im Sozialmedizinischen Zentrum, Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital, Wien. *Kontakt: ilse.stefan@wienkav.at*

**Steinauer Regine**, MScN, Pflegerische Leitung Ambulatorium ADS/Janus und APN Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK Basel. *Kontakt: Regine.steinauer@upkbs.ch*

**Stepulovs Helen**, M.Sc., Assistenzpsychologin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: olena.stepulovs@upkbs.ch*

\***Stuedler Therese**, diplomierte Pflegefachperson HF, Fachverantwortliche Station West 2, Privatklinik Meiringen. *Kontakt: therese.stuedler@privatklinik-meiringen.ch*

**Stulz Niklaus**, Dr. phil.; Leiter Evaluation, Forschung und Lehre (ELF); Psychiatrische Dienste Aargau AG

**\*Tola Eva**, MSc in Pflege, NDS Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention, Dipl. Pflegefachfrau DNII, ist Lehrperson und Leiterin des Nachdiplomkurses Psychiatrische Pflege und Betreuung am Berner Bildungszentrum Pflege. Sie ist Vorstandsmitglied im Verein EX-IN Bern [www.ex-in-bern.ch](http://www.ex-in-bern.ch). *Kontakt: [eva.tola@bzpflege.ch](mailto:eva.tola@bzpflege.ch)*

**Ullmann Birgit**, Diplom Pflegewirtin, Mitglieder der AFG Menat! Health Care DN APN & ANP g.e.V. *Kontakt: [birgit.ullmann@dnapn.de](mailto:birgit.ullmann@dnapn.de)*

**\*Ullmann Peter**, Master of Science ANP, Diplom Pflegewirt, Dipl. Pflegefachmann, seit 26 Jahren in psychiatrischen Einrichtungen tätig und seit drei Jahren in der Psychiatrischen Klinik Zugersee als Pflegeexperte und stellvertretender Pflegedienstleiter tätig. Er ist Präsident des Deutschen Netzwerkes APN & ANP g.e.V. und Mitglied in den Akademischen Fachgesellschaften APN Mental Health Care (DN APN & ANP) und Psychiatrie (VFP). *Kontakt: [peter.ullmann@pkzs.ch](mailto:peter.ullmann@pkzs.ch)*

**Urner Peter**, dipl. Pflegefachmann Hometreatment

**\*Ventling Stephanie**, Peer Expertin aus Erfahrung, MSc. Mental Health Recovery and Social Inclusion. *Kontakt: [sky\\_lit@gmx.ch](mailto:sky_lit@gmx.ch)*

**\*Vögeli Samuel**, Pflegeexperte APN, RN, MScN, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie, Zentrum für dementielle Erkrankungen und Altersgesundheit, Aufsuchender Gerontopsychiatrischer Interprofessioneller Liaisondienst AGIL. *Kontakt: [samuel.voegeli@puk.zh.ch](mailto:samuel.voegeli@puk.zh.ch)*

**\*Volmar Benjamin**, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.A. Psychiatrische Pflege und Case Manager. Er ist als Demenz-Koordinator im Klinikum Gütersloh und dem LWL-Klinikum Gütersloh tätig. *Kontakt: [Benjamin.volmar@klinikum-guetersloh.de](mailto:Benjamin.volmar@klinikum-guetersloh.de)*

**\*von Dach Nicolay Marianne**, MSc, Pflegedirektorin, Privatklinik Meiringen *Kontakt: [marianne.vondachnicolay@privatklinik-meiringen.ch](mailto:marianne.vondachnicolay@privatklinik-meiringen.ch)*

**\*Weidling Katja**, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie, can. BA Psychiatrische Pflege, tätig auf einer Psychotherapiestation mit dem Schwerpunkt Traumatherapie. *Kontakt: [katja-weidling@t-online.de](mailto:katja-weidling@t-online.de)*

**Weinmann Stefan**, Dr.med. Dr. P.H, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Eschborn, Deutschland

**\*Werner Dirk**, LVR Klinik Bonn, stellvertretender Pflegedirektor, Pflegedienstleitung der Abteilung Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie II

**\*Wernli Rebekka**, Leitung Pflege, Fachtherapien, Sozialdienst (PFS). *Kontakt: Rebekka.Wernli@pdag.ch*

**\*Wersin Pamela**, RN, BA Pflege und Gesundheitsförderung, cand. MScN, Universitäre psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: pamelawersin@fhsmail.ch*

**\*Wolfensberger Peter**, RN, MScN, cand. PhD an der Faculty of Health and Social Care, Bournemouth University, Bournemouth, UK, arbeitet auf der Direktion Pflege, Fachdienste und Informatik, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur, Schweiz. *Kontakt: Peter.Wolfensberger@ipw.zh.ch*

**Wolfram Kawohl**, Prof. Dr. med.; Chefarzt und Bereichsleiter Psychiatrie und Psychotherapie; Psychiatrische Dienste Aargau AG

**Wyder Lea**, M.Sc.; Forschungsassistentin/Doktorandin; Psychiatrische Dienste Aargau AG

**\*Zemp Dominic**, BScN, RN, Fachbeauftragter Pflege, Akutpsychiatrie, Luzerner Psychiatrie St. Urban. *Kontakt: dominiczemp@lups.ch*

**Zimmermann Tatjana**, Dr. med., Leitende Ärztin Akutpsychiatrie Psychiatrische Dienste Thurgau

**\*Zuaboni Gianfranco**, MScN, PhD Medizinische Fakultät InGrA Universität Halle-Wittenberg, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg AG. *Kontakt: g.zuaboni@sa-ki.ch*

**Unter**

**<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/>**

**finden Sie weiter Informationen zum jährlichen Kongress und nützliche Links. Sie können alle bisherigen Kongressbände als PDF downloaden. Zudem finden Sie auf dieser Seite auch schon frühzeitig die Ausschreibung für den Kongress 2018 in Wien.**