

„Gute Arbeit“

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
15. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien**

„Gute Arbeit“

Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management –
Ausbildung – Forschung

15. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien

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

Verlag Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit
Forschung & Entwicklung Pflege

September 2018

ISBN 978-3-033-06945-9

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

„Gute Arbeit“

**Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in
Praxis – Management – Ausbildung – Forschung**

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
15. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien**

Herausgeber:

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

Verlag Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit
Forschung & Entwicklung Pflege
Murtenstrasse 10, 3008 Bern

September 2018

Vorwort der Veranstalter:

15. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Gute Arbeit“

Liebe Leserinnen und Leser

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Der Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien 2018 trägt den Titel „Gute Arbeit“. Der Titel ist eine Aufforderung für uns zum Innehalten. Wir wollen darüber nachdenken, wie wir gute Arbeit im psychiatrischen Rahmen definieren und verstehen möchten. Manchmal neigen wir dazu ein Projekt nach dem anderen durch die Institutionen, Stationen und Bereiche zu jagen, ohne die Auswirkungen und die Nachhaltigkeit auf einen Qualitätsgewinn und auf Verbesserung der Zufriedenheit aller Beteiligten zu prüfen.

Arbeit hat einen großen Anteil in unser aller Leben und gute Arbeit zu leisten, trägt zur Identitäts- und Sinngebung von Menschen bei. Darüber wissen wir in der psychiatrischen Pflege und Betreuung ganz gut Bescheid. Hinzu kommt, dass nicht nur die Pflegenden und Betreuenden definieren, was gute Arbeit ist. Vielmehr gewinnt das subjektive Erfahrungswissen der Betroffenen zunehmend an Bedeutung. Auch aus diesem Grund werden zunehmend Strategien entwickelt, um NutzerInnen (Peers), Angehörige und PatientInnen in die zu erbringende Arbeit einzubinden. Solche Maßnahmen haben einen großen Einfluss auf das Ergebnis unserer Arbeit und spielen somit auch in der wissenschaftlichen Diskussion im Hinblick auf die Belege guter Arbeit („evidenzbasierte Psychiatrie“) eine wichtige Rolle.

In der Physik wird Arbeit als Kraft x Weg definiert und über diese Definition lässt sich auch in der psychiatrischen Pflege trefflich diskutieren. Wieviel Kraft setzen wir physisch, kognitiv und emotional ein? Welchen Weg möchten wir gehen und welches Ziel wollen wir erreichen? Was verstehen wir unter „guter Arbeit“ im psychiatrischen Setting? Solcherlei Fragen möchten wir durch diesen Kongress in Wien, durch Ihr Mitwirken, beantworten und

gemeinsam diskutieren und somit einer breiten Gruppe zugänglich machen. „Gute Arbeit“ wird erst unter bestimmten Arbeitsbedingungen und Freiräumen von Beschäftigten möglich. Was ist „gute Arbeit“ aus der Perspektive von Arbeitnehmenden?

Aus der Arbeitsforschung [1] wissen wir, dass Arbeit dann als sinnstiftend wahrgenommen wird, wenn sie als nicht getrennt von sich selbst erlebt wird. Dazu müssen drei Bedingungen erfüllt sein:

1. Das Bedürfnis nach Autonomie – also selbst entscheiden zu können, was und wie es getan wird.
2. Das Bedürfnis nach Kompetenz – das tun können, worin wir gut sind.
3. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit – also in der Zusammenarbeit gut mit den KollegInnen klarkommen und sich einer Gruppe zugehörig fühlen.

Bei dieser Aufzählung lässt sich unschwer die Dimension guter Arbeit aus Sicht der Beschäftigten erkennen. Wann aber hat die psychiatrische Pflege und Betreuung gute Arbeit geleistet und wer bestimmt das? Woran erkennen wir, ob wir gute Arbeit geleistet haben?

Wird „gute Arbeit“ anhand der Zufriedenheit von PatientInnen, KlientInnen, NutzerInnen, Angehörigen, Kostenträgern oder anderen sichtbar und messbar? Oder benötigen wir Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Pflege oder gibt es diese vielleicht schon? Was kann die psychiatrische Pflege zu einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen? Wie können pflege- und patientensensitive Ergebnisse in der psychiatrischen Pflege und Betreuung dargestellt werden?

Sie sehen, es stellen sich auch für uns in der täglichen Arbeit Fragen über Fragen, welche wir bestmöglich gemeinsam mit Ihnen und mithilfe Ihrer Beiträge beantworten möchten. Was können und müssen wir in den unterschiedlichen Berufsfeldern wie Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegebildung und Pflegewissenschaft tun, um uns „guter Arbeit“ anzunähern? Wir laden Sie herzlich ein, sich mit Ihren Beiträgen zum Thema „gute Arbeit“ mit uns und den Teilnehmenden auf den Weg zu begeben, mit dem Ziel „gute

Antworten“ und „gute, erfolgreiche Arbeitsweisen“ aufzuzeigen, um daraus zu lernen und sich weiter zu entwickeln.

Wir sind überzeugt, dass der Kongress 2018 in Wien dank Ihrem Mitwirken aufzeigen wird, wie die psychiatrische Pflege ihren Arbeitsbereich eigenverantwortlich und eigenständig gestaltet, welche Entwicklungen in der Pflege stattfinden und wie diese zur Qualität in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung beitragen. Ihre Beiträge zeigen das vielfältige Engagement der psychiatrischen Pflege auf und sind auch dieses Jahr in diesem Kongressband zusammengefasst. Das wäre ohne das bewährte Team von Sabine Hahn an der Berner Fachhochschule nicht möglich gewesen. Sabine Seiler, Jonas Büchi und Caroline Gurtner haben aus den vielen eingegangenen Texten wieder einen lesenswerten Kongressband zusammengestellt. Herzlichen Dank!

Wir freuen uns mit Ihnen auf spannende Tage in Wien, Ihre Beiträge und den gemeinsamen Austausch und spannende Diskussionen zur guten Arbeit.

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

Freundliche Grüsse, für das Kongresskomitee

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

Literatur

1. *Rivkin, W. (2016) Arbeit muss einen Sinn für uns haben. Interview mit einem Arbeitspsychologen. Verfügbar über:*
http://www.ard.de/home/themenwoche/Der_Sinn_der_Arbeit__ARD_Themenwoche_2016/3616930/index.html, Zugriff am 22.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Präsentationen und Workshops	15
1. „Gute Arbeit im Teamteaching mit psychiatriee erfahrenen Menschen in der Weiterbildung – ein Erfahrungsbericht“ Sven Andersson	16
2. Einschätzung von Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Behandlung durch Patienten/-innen, Angehörige und Fachpersonen Simone Beeri	20
3. Mögliche stationäre akutpsychiatrische Betreuung von Lebensgemeinschaften. Desiree Berger, Simon Brussmann, Harald Stefan	24
4. Systemisches Arbeiten in psychiatrischen Akutaufnahme-Stationen Simone Binder, Manuela Müller	27
5. Geschlechtsspezifische pflegetherapeutische Gruppen auf einer Station für suchtkranke Menschen Daniel Burgstaller	33
6. E-Learning im klinischen Umfeld – Chancen und Herausforderungen am Beispiel der „POP Pflegediagnostik“ Jürg Dinkel, Martin Schmid	39
7. Das Erleben der Isolationszeit mittels Medienwand in der Akutpsychiatrie - Evaluation eines Praxisprojekts Michael Durrer, Johann Meinhof	43
8. Evaluation der Einführung eines EBN-Konzeptes in einer psychiatrischen Klinik Laila Elhilali, Christian Burr, Bernd Kozel	49
9. Chronischer Schmerz- Herausforderung für die Pflege. Das Schmerzmanagement in der Psychosomatik und Psychotherapie Switlana Endrikat	55

10.	„Darauf bauen wir“ – Praxisanleitung als Fundament für gute Arbeit Margit Filsmaier, Harald Stefan	61
11.	Woher wissen wir, dass wir gut sind? – Transparenz durch Pflegedokumentation Madlen Fiebig, Uwe Kropp, Josefin Formella, Dirk Hunstein	65
12.	Recovery in der APP - die praktische Umsetzung. Ein Austausch Udo Finklenburg	71
13.	Stärkung des Theorie-Praxis-Transfers in der praktischen Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann mit Fokus Psychiatrie Bernhard Galli	73
15.	PfleNA – Pflegerische Nachsorge in der Alterspsychiatrie Achim Göhring, Karin Finsterle, Barbara Boßler	76
16.	Entwicklung eines nutzer/-innenorientierten Pflege- und Versorgungskonzeptes für suchterkrankte Menschen mit Pflegebedarf Lennert Griese, Thomas Kleina, Annett Horn	83
17.	Die Besonderheiten der Generation X im Kontext von gerontopsychiatrischen Pflegemodellen Bettina Grundmann-Horst	88
18.	Aktiver Einbezug der Patient(inn)enperspektive in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen an einer Hochschule – Erfahrungen eines Pilotversuchs Caroline Gurtner und Sabine Hahn	91
19.	Musik in Isolationszimmern Angelika Güsewell, Cédric Bornand, Emilie Bovet, Gilles Bangerter, Alexia Stantzos, Matthieu Thomas	97
20.	Integration des Recovery Ansatzes im Unterricht des Lernortes Training und Transfer Praxis in der Luzerner Psychiatrie Markus Hadorn	103

21.	Partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Akutbehandlung	109
	Birgit Hahn, Daniela Brandtner & Jacqueline Rixe	
22.	Konkrete Interventionen zur Förderung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung	114
	Jacqueline Rixe, Daniela Brandtner & Birgit Hahn	
23.	Hürden und Fallstricke bei der Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation	119
	Daniela Brandtner, Birgit Hahn, Jacqueline Rixe	
24.	Informativ, attraktiv, kurz – das 1×1 des Abstract Schreibens	124
	Sabine Hahn	
25.	Der Übergang aus der psychiatrischen Klinik nach Hause: die Nutzerperspektive	125
	Anna Hegedüs, Ian Needham, Johann Behrens	
26.	Implementierung komplexer Interventionen in die psychiatrische Versorgungspraxis – Wie schaffen wir eine nachhaltige Implementierung von Innovationen?	128
	Gitte Herwig	
27.	Aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Akademisierung der psychiatrischen Pflegekräfte und des Einsatzes psychiatrischer Pflegeexpert*innen	133
	Martin Holzke	
28.	(Weiter-)Entwicklung und Diskussion eines heuristischen Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie	136
	Stefan Scheydt	
29.	Strategien zur qualifikatorischen Anpassung unterschiedlicher Kompetenzprofile von Pflegefachspezialist*innen Psychiatrie mit und ohne Hochschulischer Qualifikation	139
	Martin Holzke, Stefan Scheydt	

30.	Pflegeprozess und Praxisentwicklung: Gute Arbeit für Patienten und Mitarbeitende in der Psychiatrie	142
	Therese Hirsbrunner, Katharina Wolf-Grauwiler, Nelly Schori, Mirjam Trummer, Martina Lerch	
31.	Wie kann «gute Zusammen-Arbeit» gelingen? Betroffene, Fachpersonen als Angehörige und Forschung im Trialog	147
	Anke Jähneke, Sven Andersson, Sabine Rühle Andersson, Anna Hegedüs	
32.	Therapeutespezifische Persönlichkeitsaspekte und die therapeutische Beziehung - Ableitungen für die Arbeit im Mehrpersonensetting	151
	Thomas Lampert	
34.	„Verbindung zum Leben“ – ein manualisiertes Schulungsprogramm zur Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken	157
	Michael Mayer, Christine Thiele, Frank Gebler	
35.	Lean Leadership – ein zukunftsorientiertes pflegerisches Führungsmodell? Ein Aktionsforschungsprojekt in einer psychiatrischen Universitätsklinik	162
	Philipp Meyer	
36.	„Prävention und Therapie bei aggressivem Verhalten und Vermeidung von Zwang“ – was bedeutet die neue S3-Leitlinie der DGPPN für die psychiatrische Pflege	168
	André Nienaber; Michael Löhr & Michael Schulz	
37.	Das Safe wards Modell – Sicherheit durch Beziehung und Milieu	170
	Michael Löhr, Michael Schulz & André Nienaber	
38.	Implementierung von Safewards als komplexe Intervention	171
	Michael Schulz, Michael Löhr & André Nienaber	
39.	RECOVERY-LABOR der Kunsttherapie: R-LAB	172
	Miriam Risolé	
40.	Berufsrisiko sekundäre Traumatisierung? Konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention	178
	Jacqueline Rixe	

41. Primary Nursing als State-of-the-Art-Praxisempfehlung??? Eine Zukunftswerkstatt... 183
Jacqueline Rixe, Daniel Sahn, Dorothea Sauter
42. „Ich kann mich gezielter in der Patientenbetreuung einbringen und Verantwortung übernehmen.“ - Praxisnahe betriebliche Weiterbildung am Beispiel des Weiterbildungslehrgangs „Primary Nursing“ 188
Ute Roelfs, Wolfram Kämmer
43. Gute pflegerische Arbeit: Geflüchtete in einer psychiatrischen Institutsambulanz: Wie eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Schwerpunkt pflegerischer Expertise etabliert werden kann. 192
Eckhard Rolle, Roya Baghlani-Millard
44. Verwendung von Apps im genesungs- oder therapeutischen Prozess – ein Beitrag zu guter Arbeit? 199
Sabine Rühle Andersson, Christoph Golz, Jonas Büchi, Sabine Hahn
45. Personalbedarfsberechnung in der Pflege am Beispiel PPR-PP 205
Dorothea Sauter, Michael Löhr
46. Gute Arbeit! Über den Umgang mit Angehörigen im psychiatrischen Alltag 208
Edith Scherer
47. Beziehungs-Basierte-Pflege: Grundlagen einer Beziehungs-Basierten – Pflege 209
Uwe Bernd Schirmer
48. Beziehungs-Basierte-Pflege: „Von der Theorie in die Praxis“ oder „Über Personalentwicklung zur Organisationsentwicklung“ 212
Ilona Herter
49. Beziehungs-Basierte-Pflege: Auswertung der Begleitforschung eines Pilotprojektes zur Beziehungs-Basierten-Pflege in der Forensik 215
Martin Holzke, Uwe Schirmer, Ilona Herter

50.	„Demenz-Service NÖ“: ein flächendeckendes, patientInnenorientiertes und niederschwelliges Service für Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung und deren An- und Zugehörige in Niederösterreich (NÖ)	218
	Andreas Schneider, Renate Gabler-Mostler, Bernadette Höhrhan, Hanna Mayer, Melanie Mattes, Martina Koller	
51.	Bedeutung der Vernetzung in der psychiatrischen Pflege im Hinblick auf "gute Arbeit"	224
	Michael Schulz, Michael Löhr, André Nienaber	
52.	Hindernisse im Umgang mit Sexualität in der forensischen Psychiatrie	230
	Johannes Sexauer	
53.	Gute Arbeit in der Betreuung von Menschen mit einem schweren Delir auf einer intermediate care unit (IMCU)	236
	Ilse Stefan, Maximilian Hahn	
54.	„ein Team, das eine APN mit dabei hat, lernt anders zu denken“ - Evaluation von APNs in der Psychiatrie	238
	Regine Steinauer, Beatrice Gehri, Claudia Lötscher	
55.	Wieviel Raum lässt die Psychiatrische Versorgung der somatischen Pflege?	241
	Regine Steinauer, Thomas Schwarze	
56.	Schizophrenie in Kärnten – Versorgungslage und Empfehlungen aus Sicht der wahren Experten	243
	Sigrid Anna Stieger	
57.	Neue Ansätze in Risikoprognostik und Risikomanagement im Maßregelvollzug	249
	Andrea Trost, Martina Piefke	
58.	Kritische Reflektion des „Illness Management and Recovery Program“ zur Anwendung in der ambulanten psychiatrischen Pflege	254
	Ingo Tschinke	

59.	Kulturelle Adaption des REFOCUS Manuals für Recovery Gespräche in der ambulant psychiatrischen Pflege Ingo Tschinke	259
60.	Evaluation des Projektes Demenz-Koordinators Benjamin Volmar, André Nienaber, Michael Löhr und Bernd Meißnest	264
61.	Lebenslanges Lernen: Ermöglichung flexibler Bildungswege innerhalb der akademischen Weiterbildung und ihre Verankerung im Diskurs Sabine Weißflog, Michael Theune	268
62.	Akademisierung in der psychiatrischen Pflege – ein Innovationsschub für Lehre Forschung, Praxis und Management Sabine Hahn, Peter Wolfensberger	271
63.	Entwicklung und Implementierung von State of the Art-Methoden für die Praxis Dorothea Sauter	274
64.	Gelingende Kooperation als wichtige Voraussetzung guter psychiatrischer Behandlung und Pflege André Nienaber, Susanne Schoppmann	276
65.	psychiatriespezifische OSCE Prüfung in der Ausbildung zur dipl. Pflegefachperson HF Reto Wernli Kaufmann	278
67.	Es war einmal... die Geschichte des Deeskalationsmanagements Kerstin Wimmer, Christoph Heller, Karin Jelinek	279
68.	Neurolinguistisches Programmieren als Deeskalationswerkzeug - ein Hilfsmittel zur Kommunikations- und Beziehungsgestaltung im Gesundheitswesen Christian Wirth	283
69.	Fixierung und Isolierung in der Akutpsychiatrie - ein qualitativer Literaturreview über das Erleben der Patientinnen und Patienten Florian Wostry, Karoline Schermann	284

70. Zuversicht und Hoffnung als Grundhaltung im psychiatrischen Akutsetting	289
Gianfranco Zuaboni	
Posterpräsentationen	292
71. IQP – „Instrument zur Qualitätseinschätzung pflegediagnosenbasierter Prozessplanung“-7 Jahre „AK - PraxisOrientierte Pflegediagnosen Bayern“	293
Thomas Auerbach, Andreas Fraunhofer	
72. Der Einfluss ambulanter psychiatrischer Pflege auf die Lebensqualität bei Menschen mit psychotischen Störungen	296
Manuel Furrer, Andres R. Schneeberger, Martin Aebi	
73. Urteilsunfähigkeit! Wie weiter mit der Opioid-Substitutionsgestützten Behandlung bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung?	300
René Giesel	
74. Milieutherapeutische Gruppen in der stationären Psychotherapie	303
75. „Bring dich um, du bist es nicht wert zu Leben!“ - Erfahrungsfokussierte Stimmenberatung	305
Peter Barbara & Durrer Michael	
76. Schizophrenie in Kärnten – Überblick der Versorgungslage im Jahr 2017	309
Sigrid Anna Stieger	
77. Behandlungspfade in der Ambulanten psychiatrischen Pflege	313
Ingo Tschinke	
78. ...damit safe wards auch wirklich drin ist!“	316
Ulrich von dem Berge	
79. Entwicklung durch kontinuierliches Gesundes Gegenüber	319
Christine Ottinger, Doris Zeidler, Dessislava Müller	
Autorinnen und Autoren	323

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. „Gute Arbeit im Teamteaching mit psychiatrienerfahrenen Menschen in der Weiterbildung – ein Erfahrungsbericht“

Sven Andersson

Hintergrund

Im Zuge der Recovery Bewegung entstand die Ausbildung Experienced Involvement (Ex-In) welche zahlreiche Expert/innen durch Erfahrung hervor gebracht hat. Dies eröffnet auch die Gelegenheit, Aus- und Weiterbildungsangebote unter Einbezug psychiatrienerfahrener Menschen durchzuführen und damit den Fokus auf die Kundenorientierung zu fördern. Die Weiterbildungen „Basiswissen psychiatrische Krankheitsbilder“ und „Psychiatrisches Basiswissen in der Familienpflege – ein Angebot für Bezugspersonen in Gastfamilien“, die in den UPD angeboten werden, werden bereits im Teamteaching Lehrperson – Expert/innen durch Erfahrung durchgeführt. Eine spezifische Evaluation in Bezug auf das Erleben der Beteiligten hat aber noch nicht stattgefunden.

Fragestellung

Was ist bereits zu diesem Thema aus der Literatur bekannt? Wie erleben Weiterbildungsteilnehmende das Teamteaching von Fachpersonen und Expert/innen durch Erfahrung? Welche Stolpersteine und Chancen liegen in der Zusammenarbeit?

Ziele

Das bestehende Angebot auf der Basis von Grundlagen aus der Literatur zu Überprüfen, um den Teilnehmenden der Weiterbildungsangebote fachlich und didaktisch ein qualitativ hochstehendes Angebot zu bieten. Dabei soll die Kundenorientierung im Mittelpunkt zu stehen.

Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wird eine systematische Literaturrecherche in Datenbanken (Medline, CINAHL, PsycINFO, Web-of-science) durchgeführt, mit den Suchbegriffen: (service user OR user) AND (further education OR education OR advanced training OR on-the-job training) AND (psychiatric OR mental health). Die Rückmeldebogen der letzten 1 ½ Jahre werden nach der Methode „Content analysis“ [2] ausgewertet und individuelle Erfahrungen aus den durchgeführten Weiterbildungsangeboten werden einbezogen. Anschliessend findet ein Vergleich der Resultate der Literaturrecherche mit den Praxiserfahrungen statt.

Ergebnisse und praktische Umsetzung

Nach Sichtung der Literatur ergab sich unter anderem das folgende Bild: Der Einbezug von Expert/innen durch Erfahrung stösst grundsätzlich auf ein sehr positives Echo. Er hilft stereotype oder negative Haltungen gegenüber psychisch kranken Menschen zu überdenken [1] und eine authentische Einsicht in die Erfahrungen dieser Menschen zu gewinnen [4-6]. In einigen Studien gibt es kritische Stimmen zur Repräsentativität der Beiträge oder Befürchtungen die psychiatrienerfahrenen Menschen würden die Bühne zur persönlichen Erlebnisbewältigung verwenden [4]. Auch die Gefahr, Expert/innen durch Erfahrung als Fallbeispiele zur Schau zu stellen [3] wird erwähnt. In den bisherigen Kursauswertungen blieben solche Rückmeldungen weitgehend aus, ja von den Teilnehmenden wurde ein vermehrter Einbezug von Expert/innen durch Erfahrung gefordert. Bei den Fragen nach Nachteilen / Stolpersteinen und Risiken des Einbezugs von psychiatrienerfahrenen Menschen im Auswertungsfragebogen wurden diese negativen Aspekte als mögliche Risiken zwar erwähnt, in den aktuellen Kursen jedoch nie so wahrgenommen. Bei der Frage nach den erforderlichen Kompetenzen, die psychiatrienerfahrene Menschen mitbringen sollten, waren Selbstreflexion und erwachsenenbildnerische Fähigkeiten die häufigsten Antworten. Der Einbezug findet zurzeit noch mehrheitlich auf Level 3 der Skala von Goss & Miller

(1995) [3] statt, d.h. die Expert/innen durch Erfahrung integrieren ihre Inputs in ein bestehendes Programm.

Diskussion / Schlussfolgerung

Die Rückmeldungen ermutigen zu einem aktiveren Einbezug und zu einer gemeinsamen Überprüfung des Weiterbildungsangebots im entsprechenden Team. Wenn die psychiatrienerfahrenen Menschen während der Weiterbildung in oder nahe einer Krise waren, wurde dies sehr wohl bemerkt. Entweder weil das Tagesprogramm dadurch durcheinandergebracht wurde oder weil die Qualität der Zusammenarbeit darunter litt. Auch der kurzfristige Ausfall einer psychiatrienerfahrenen Person wurde bemängelt. Dies regt zu Überlegungen über einen „Peer Pool“ an, wobei sich dann allerdings wiederum die Frage nach einer seriösen Vorbereitung des Tages stellt. Im Gegensatz zu herkömmlichen Teamteachings scheint eine frühzeitige und sorgfältige Planung des didaktischen Tagesablaufs bei dieser Zusammenarbeit von grosser Wichtigkeit zu sein. Zum einen weil die Beziehungsgestaltung zwischen Fachperson und psychiatrienerfahrener Person auf gegenseitigem Vertrauen basiert sein muss und zum anderen, weil es für psychiatrienerfahrene Personen oftmals schwierig ist, mit Unvorhergesehenem spontan umzugehen. In diesem Zusammenhang müsste auch die Frage gestellt werden, welche Kompetenzen Fachpersonen für ein gelingendes Teamteaching mitbringen müssen. Sicher braucht es den Willen und die Fähigkeit psychiatrienerfahrenen Menschen auf Augenhöhe begegnen zu wollen und sie als Expert/innen zu respektieren, aber auch das Bewusstsein, dass die Weiterbildungssequenzen rechtzeitig und sorgfältig gemeinsam geplant werden müssen. Die Kursteilnehmenden haben am Setting die Authentizität und den Praxisbezug am meisten geschätzt. Eine überwiegende Mehrheit der Kursteilnehmenden hat zurückgemeldet, dass ihnen dies zu neuen Sichtweisen verhalfen und zu einem vertieften Verständnis für das Erleben von psychiatrienerfahrenen Menschen geführt hat. Viele Kursteilnehmende haben auch angemerkt, sie seien dadurch zur Selbstreflexion angeregt worden. Eine Teilnehmende schrieb, im Teamteaching sei „Echtheit im Kontakt als Modell

spürbar“ gewesen (Fragebogen 19), das Teamteachingteam also gleichsam Vorbildcharakter hatte. Diese Aussagen sprechen für einen grossen Lerngewinn und damit für den Beibehalt oder Ausbau des Settings.

Literatur

1. Bennet L., Baikie K. (2003) *The client as educator: learning about mental illness through the eyes of the expert. Nurse Education Today (2003) 23, 104-111*
2. Elo S., Kyngäs H. (2008) *The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62(1), 107-115*
3. Forrest S., Risk I., Masters H., Brown N., (1999) *Mental health service user involvement in nurse education: exploring the issues. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 200, 7, 51-57*
4. Happell B. et al. (2014) *Consumer involvement in the tertiary-level education of mental health professionals: A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing (2014) 23, 3-16*
5. Khoo R., MCVicar A., Brandon D. (2004) *Service user involvement in postgraduate mental health education. Does it benefit practice? Journal of Mental Health, October 2014; 13(5): 481-492*
6. Scammell J., Heaslip V., Crowley E. (2015) *Service user involvement in preregistration general nurse education: a systematic review. Journal of Clinical Nursing, 25, 53-69*

2. Einschätzung von Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Behandlung durch Patienten/-innen, Angehörige und Fachpersonen

Simone Beeri

Hintergrund

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie werden vorwiegend angewendet, um destruktive Handlungen gegen sich selbst oder Mitpatienten/-innen und Mitarbeitende abzuwenden. Die Durchführung solcher Massnahmen stellt eine grosse Herausforderung für medizinische Fachpersonen dar. Sie stehen vor dem Dilemma, einerseits für die Sicherheit verantwortlich zu sein, andererseits die Behandlung der Betroffenen unter Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Autonomie durchführen zu müssen [1]. Patienten/-innen ihrerseits erleben Zwangsmassnahmen als Schicksalsschlag [2] und sind davon häufig traumatisiert [3].

Der Einbezug von Patienten/-innen und ihren Angehörigen in die Behandlung wird heute in der Psychiatrie als bedeutend angesehen [4]. In Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen ist es deshalb wichtig zu verstehen, wie diese die unterschiedlichen Massnahmen bewerten.

Fragestellung

Ziel der Studie ist es, die unterschiedliche Einschätzung von verschiedenen Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie durch Patienten/-innen, Angehörigen und medizinische Fachpersonen zu erfassen und diese miteinander zu vergleichen.

Methode

Mit Hilfe des «Attitudes to Containment Measures» (ACMQ) wurden in drei psychiatrischen Kliniken insgesamt 1037 Personen befragt, davon 435 Patienten/-innen, 230 Angehörige sowie 372 medizinische Fachpersonen. 20.6% der teilnehmenden Patienten/-innen wurden in eine der Kliniken zwangs-

eingewiesen, alle anderen waren auf freiwillig hospitalisiert. Die Angehörigen waren zu 38.2% Eltern (N=84), 9.5% Kinder (N=21), 13.2% Geschwister (N=29), 22.3% Partner/-innen (N=49), und zu 16.8% andere nahestehende Personen (N=37) der Patienten/-innen. Bei 10 Fragebögen fehlte die Angabe. Die Fachpersonen bestand aus 66.4% Pflegenden (N=243), 25.1% Ärzte/-innen (N=92) und 8.5% Psychologen/-innen (N=31). Bei 6 Fragebögen fehlte die Berufsangabe.

Der verwendete Fragebogen ermittelt durch eine 5-teilige Bewertungsskala (stimme stark zu =0 Punkte bis lehne stark ab =5 Punkte) die Akzeptanz bzw. Ablehnung von 11 Zwangsmassnahmen. Die einzelnen Zwangsmassnahmen werden kurz beschrieben und durch ein Bild illustriert. Die Studienteilnehmenden wurden jeweils gefragt, wie akzeptabel die Massnahme sei. Hohe Werte bedeuten somit eine hohe Ablehnung bzw. geringe Akzeptanz.

Ergebnisse

Für medizinische Fachpersonen sind Zwangsmassnahmen signifikant akzeptabler als für Angehörige ($t=3.66$, $p < .001$). Diese wiederum beurteilen Zwangsmassnahmen bedeutend weniger einschneidend als Patienten/-innen ($t=11.5$, $p < .001$). Allerdings liegen die Einschätzungen der Angehörigen deutlich näher an den Bewertungen der Patienten/-innen als an denen der Fachpersonen.

Eine Ausnahme zeigt sich bei der geschlossenen Akutstation. In diesem Bereich unterscheidet sich die Bewertung zwischen Angehörigen und Fachpersonen unwesentlich, hingegen zeigt sich ein erheblicher Unterschied zu denjenigen der Patienten/-innen ($t=4.27$, $p < .001$).

Alle Gruppen lehnen das Netzbett als Zwangsmassnahme am deutlichsten ab (Patient/-innen mean = 4.10; Angehörige mean = 3.94; Fachpersonen mean = 4.22). Weniger deutlich abgelehnt werden die Fixierung (Patient/-innen mean = 3.51; Angehörige mean = 3.13; Fachpersonen mean = 3.65) und die Isolation (Patient/-innen mean = 3.08; Angehörige mean = 3.05; Fachpersonen mean = 2.49). Den grössten Unterschied in der Rangreihen-

folge zeigt sich bei intramuskulären Zwangsmedikationen. Diese werden von Patienten/-innen und Angehörigen am viertstärksten abgelehnt (Patient/-innen mean = 3.07; Angehörige mean = 2.72), bei den Fachpersonen (mean = 2.03) findet sich diese Massnahme erst auf Platz acht.

Patienten/-innen, die selbst eine Zwangsmassnahme erlebt haben (N=38, 34.7%), lehnen die Gesamtheit aller Massnahmen stärker ab, als Patienten/-innen die keine erlebt haben ($t=3.15$, $p= .002$). Signifikant höhere Ablehnung finden sich bei der Abgabe von Reservemedikation ($t=2.29$, $p= .023$), beim Festhalten ($t=3.14$, $p= .002$), bei der Zwangsmedikation ($t=2.89$, $p= .004$), der Fixation ($t=2.10$, $p= .037$) und dem Netzbett ($t=2.36$, $p= .019$).

Diskussion

Patienten/-innen und deren Angehörige lehnen Zwangsmassnahmen stärker ab als medizinische Fachpersonen. Dieser Unterschied kann dadurch bedingt sein, dass medizinische Fachpersonen eine therapeutische Notwendigkeit in diesen Massnahmen sehen oder Schaden gegen sich und andere vermeiden wollen. Dieses Ergebnis ist möglicherweise auch als Rechtfertigung des eigenen Handelns zu interpretieren, da dieses häufig Schuldgefühle auslöst [5].

Bei der unterschiedlichen Einschätzung der intramuskulären Zwangsmedikation könnte im Gegensatz zu den Patienten/-innen und Angehörigen bei den Fachpersonen die Behandlungsbedürftigkeit im Vordergrund stehen [6]. Dabei scheinen die Fachpersonen die negativen Auswirkungen für die Patienten/-innen und den Einfluss auf die pflegerische und therapeutische Beziehung unzureichend zu berücksichtigen [7].

Schlussfolgerung

Eine erhöhte Sensibilität der medizinischen Fachpersonen zur Sichtweise der Patienten/-innen und Angehörigen zu Zwangsmassnahmen ist wünschenswert, um vermehrt auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. Medizinische Fachpersonen sollten ihre Einschätzungen und Befürchtungen gegenüber den Patienten/-innen klarer artikulieren und ihre Kommunikation vor, während und nach einer Zwangsmassnahme verbessern.

Literatur

1. Voskes Y, Evenblij K, Noorthoorn E, Porz R, Widdershoven G: [Moral case deliberation about coercion in psychiatry. Dilemmas, value and implementation]. *Psychiatr Prax* 2014, 41(7):364-370.
2. Van Der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L: Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013, 20(3):203-215.
3. Kinner SA, Harvey C, Hamilton B, Brophy L, Roper C, McSherry B, Young JT: Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017, 26(5):535-544.
4. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften [SAMW]: Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizin-ethische Richtlinien. In.: https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872.../richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf; 2017.
5. Larsen IB, Terkelsen TB: Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nurs Ethics* 2014, 21(4):426-436.
6. Jarrett M, Bowers L, Simpson A: Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *J Adv Nurs* 2008, 64(6):538-548.
7. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S: Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS One* 2016, 11(12):e0168720.

3. Mögliche stationäre akutpsychiatrische Betreuung von Lebensgemeinschaften.

Desiree Berger, Simon Brussmann, Harald Stefan

Einleitung

Menschen, welche in langjährigen Partnerschaften leben und beide eine psychiatrische Grunderkrankung haben stellen die Behandlungsteams oftmals vor herausfordernde Situationen. Wie wird die Aufnahme organisiert, wenn sich beide gleichzeitig in eine Krise befinden. Warum werden diese Menschen oftmals getrennt voneinander aufgenommen obwohl sie bereits Jahrzehnte diverse Lebensphasen gemeinsam gemeistert und auch psychische Krisen zusammen durchlebt haben. Diese Menschen werden älter und auch im höheren Lebensalter kann es vorkommen, dass eine Erkrankungsphase gleichzeitig auftritt und ein Aufenthalt auf einer Akutpsychiatrie unumgänglich ist. Wie gehen Betreuende mit dieser Situation um? Welche Fragestellungen müssen im Vorfeld geklärt werden? Welche Rahmenbedingungen sind notwendig und welche Kompetenzen des Behandlungsteams sollte vorhanden sein um qualitativ hochwertige psychiatrische Pflege gewährleisten zu können?

In der klinischen Praxis ist es aufgrund stationsinterner Regelungen häufig der Fall, dass Partnerschaften zur Behandlung auf der Akutpsychiatrie getrennt voneinander aufgenommen werden (unterschiedliche Stationen, verschiedenes Betreuungsteam, räumliche Trennung).

Fragestellung

Ist es sinnvoll und therapeutisch wichtig, Menschen, welche jahrelang gemeinsam gelebt und Krisen zusammen bewältigt haben, im höheren Lebensalter im stationären Setting zu trennen, nur weil sie sich in einer psychischen Ausnahmesituation befinden?

Das pflegerische Behandlungsteam der sozialpsychiatrischen Station stellte sich dieser Fragestellung und Aufgabe um eine bestmögliche Betreuung

gewährleisten und eine Möglichkeit in der psychiatrischen Behandlung von Lebenspartner im stationären Setting aufzuzeigen.

Ziel

Ziel war es einerseits Kompetenzen und Fähigkeiten der Pflegenden in der Betreuung von Partner im stationären psychiatrischen Bereich zu erhöhen und andererseits den zu betreuenden Lebenspartnern eine hohe Qualität an pflegerischer Expertise ohne Trennung zukommen zu lassen. Wichtig erschien es den Menschen ein Behandlungssetting zu bieten innerhalb einer Station durch ein Betreuungsteam und wo es zu keiner räumlichen Trennung kommt und die Beziehung bestmöglich aufrecht erhalten bleibt.

Beschreibung der Fallsituation

Das Ehepaar führte bereits seit 36 Jahren eine großteils harmonische Beziehung trotz mehrmals auftretender psychischer Krisen (von beiden Personen). Sie lernten sich im Rahmen einer ambulanten Nachbetreuung kennen. Die psychiatrische Grunderkrankung des Mannes war eine bipolare affektive Störung, zusätzlich erhielt er kurz vor dem stationären Aufenthalt eine Krebsdiagnose. Die psychiatrische Grunderkrankung der Gattin war eine schizoaffektive Störung, wobei die Desorganisation in den täglichen Handlungen im Vordergrund stand. Die Hauptsymptome des Gatten im Rahmen der Manie zeigten sich als Größenwahn, gesteigerten Antrieb und schwankender Stimmungslage mit Aggressionsdurchbrüchen. Die Beziehung der beiden untereinander war jedoch zu jeder Zeit positiv besetzt.

Schlussfolgerung

Beide Ehepersonen wurden über ein Jahr intermittierend stationär betreut und die Akutpsychiatrie wurde von ihnen als Anlaufstelle bei bevorstehenden Schwierigkeiten wahrgenommen. Es konnten seitens der Station zusammen mit den Angehörigen Schritte zur palliativen Nachbehandlung gesetzt werden. Es wurde für das Team die Notwendigkeit herausfordernde

Situationen anzunehmen ersichtlich, da sowohl der Mensch als auch die Beziehung ganzheitlich gesehen wurden.

Die Erfahrungen und der Lerngewinn für das Pflergeteam, Aussagen von den betroffenen Eheleuten und deren Angehörigen und die Herausforderungen an dieses spezielle Behandlungssetting werden im Vortrag erläutert. Es wird ebenso dargestellt inwieweit sich diese Behandlungsform vertrauensfördernd und hoffnungsgebend erwiesen hat.

4. Systemisches Arbeiten in psychiatrischen Akutaufnahmestationen

Simone Binder, Manuela Müller

Hintergrund

Die Implementierung von systemischem Arbeiten in psychiatrischen Akutaufnahmestationen. Der Anlass war eine berufsgruppenübergreifende systemische Qualifizierung aller Mitarbeiter. Die Teilnahme an der Weiterbildung war für die Mitarbeiter freiwillig. Gefördert durch die Abteilungsebene, Pflegedienstleitung und Chefärztin. Sie waren inspiriert und begeistert durch die Satellitenstation in Wangen im Allgäu. Vorab fanden zwei Informationsveranstaltungen für alle Mitarbeiter dazu statt. Die systemische Weiterbildung dauerte 2 Jahre. Sie umfasste 6 Blöcke über je 3 Tage. Die Kurse waren mit multiprofessionellen Teilnehmern aller Berufsgruppen von verschiedenen Stationen belegt. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte und Spezialtherapeuten. Zwischen den Blocks hatten wir die Gelegenheit, das angeeignete Wissen zu üben und zu festigen.

Problemstellung

PatientInnen haben häufig eine andere Vorstellung über die Behandlung in psychiatrischen Aufnahmestationen, als es das Behandlungsteam leisten kann. Sie erwarten eine erfolgreiche Therapie, äußern Wünsche, die schwer oder gar nicht erfüllbar sind. Probleme weshalb PatientInnen zur Therapie kommen, sind maßgebend und bestimmend. Die Annahme, wir können diese Probleme lösen, ist drängend. Diese Erwartungshaltung der PatientInnen im Gegensatz zu dem was wir leisten können bedarf aus diesem Grund, einer Klärung und einer Einigung. Welchen Behandlungsauftrag können wir annehmen, welchen müssen wir ablehnen und welchen können wir neu verhandeln? Durch die systemische Weiterbildung sind wir nun einheitlich in der Lage, vielseitige Methoden einzusetzen, um Missverständnissen vorzubeugen, lösungsorientiert und nicht problemorientiert zu arbeiten. Entwick-

lungspotentiale und Ressourcen herauszubilden und uns nicht allzu sehr mit den Defiziten zu befassen.

Ziele

Transparenz hinsichtlich des Versorgungsangebots, Auftrags- und Kontextklärung, Beziehungsaufbau und Gestaltung auf systemischer Grundlage, Kooperation der Berufsgruppen aus systemischer Sicht.

Vorgehen

Durch die Schulung der multiprofessionellen Teams entstand ein relativ einheitliches Wissen. Methoden, welche für uns praktikabel und umsetzbar sind wurden ausgewählt. Dementsprechend haben wir nun eine Selektion an Methoden, die wir standardisiert anwenden.

Mitarbeiter, die nicht geschult sind werden in Teambesprechungen durch geschulte Mitarbeiter, über die Vorgehensweise informiert, sie werden begleitet und unterstützt, bis sie im Umgang damit sicherer werden.

Diese angewendeten Methoden kommen bereits im Aufnahmegespräch zum Tragen. Wir kommen einer Auftragsklärung näher, durch die Unterscheidung zwischen KundInnen, KlägerInnen und BesucherInnen.

KundInnen kommen bereits mit einem Anliegen, sie sehen sich selbst als einen Teil des Problemmusters und beteiligen sich aktiv am Beratungsprozess und an den Lösungsmöglichkeiten." Ich habe ein Problem, ich brauche Hilfe bei der Lösungsuche.

BesucherInnen fühlen sich nicht verantwortlich im Problemsystem, sie haben eigentlich kein Anliegen. Jemand hat sie geschickt oder ihnen geraten, Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Lösungsvorstellung für das Problem ist meist, dass die ProblemzuschreiberInnen sie in Ruhe lassen. "Andere meinen, ich habe ein Problem, aber das stimmt gar nicht" KlägerInnen beschwerten sich, und fühlen sich einem Problem ausgesetzt. Sie erleben sich häufig in einer Opferposition. In ihrem Verständnis sind immer andere

schuld, Lösungen werden außerhalb ihrer Möglichkeiten definiert. "Die anderen sind das Problem."

Durch Anwenden von systemischen Lösungswegen versuchen wir nun, die BesucherInnen und KlägerInnen zu KundInnen zu machen, um an einen klar definierten Auftrag zu kommen.

Hierfür besteht die Möglichkeit, einen Lageplan zu erstellen, der das Familiensystem und die unterschiedlichen sozialen Helfersysteme sichtbar macht. Er ist ein methodisches Hilfsmittel, um die aktuell an die Station gerichteten Aufträge darzustellen, zu analysieren und die Auftragsverhandlungen zu planen. Neben ausdrücklich formulierten Aufträgen oder Anliegen, kann der Lageplan auch verdeckte Aufträge sichtbar machen. Eigenaufträge der Behandler können sich herauskristallisieren, diese werden modifiziert oder fallengelassen. Das heißt dann für uns, wir gehen in Verhandlung mit uns selbst.

Die Schritte der Auftragsanalyse sind im Weiteren, die Aufträge möglichst prägnant stichwortartig im Imperativ aufzulisten. Wie z.B. Sorgen Sie dafür, ... machen Sie, ... helfen Sie, Im Anschluss prüfen wir die Aufträge auf Widersprüchlichkeit und Machbarkeit, bisherige unklare oder nicht umsetzbare Aufträge werden neu verhandelt.

Wir nutzen den Lageplan für Fallbesprechungen, zur Verlaufs- und Entlassplanung, und er wird ins Dokumentationssystem integriert und regelmäßig aktualisiert.

Als weiteres Hilfsmittel verwenden wir Genogramme. Ein Genogramm dient uns zur Öffnung des Blickwinkels, es zeigt die Verbindung, der PatientInnen zum Familiensystem. Hier werden die Probleme in einen erweiterten Zusammenhang gestellt und die Beziehungsbeschaffenheit, in dem die PatientInnen leben werden sichtbar gemacht. Es kann als eine Art Landkarte dienen, die aus der Sicht der verschiedenen Familienmitglieder untersucht wird. Wichtige Familienergebnisse, Glaube, Religion, Kultur, gesellschaftliche und politische Verhältnisse und noch vieles mehr, zeichnen sich ab. Das Genogramm fordert uns zum Bilden von Hypothesen heraus. Die Perspekti-

ve wird erweitert, dadurch bekommen wir mehr Handlungsmöglichkeiten. Je nach Compliance und Verweildauer versuchen wir bei jedem PatientInnen ein Genogramm zu erstellen.

In der Gesprächsführung wenden wir Visualisierungstechniken an, wir bilden Hypothesen, und wir intensivieren durch systemische Fragestellungen die Konversation.

Durch Hypothesenbildung sind wir in der Lage, vielfältige Auslegungen zu entwickeln, und die Problematik sowie die Ressourcen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Dabei geht es nicht darum, die eine, richtige Hypothese zu finden, vielmehr geht es im Verlauf der Prozesse darum, die Möglichkeiten an Perspektiven zu erhöhen.

Sich seiner eigenen Hypothesen bewusst zu werden, ist in der systemischen Beratung ein Mittel zur Selbsterkenntnis und ein Mittel zur Fokussierung. Wir, als Beraterteam, sollten uns aufgrund der Informationen des Erstkontakts über die Familie eines Klienten, bewusstwerden. Wir sollten also die Fähigkeit haben, die eigenen Problemdefinitionen nur als vorläufige Annahmen zu behandeln, die es im Verlauf der Beratung zu überprüfen gilt.

Die wöchentliche Visite findet anhand eines Reflectingteams statt. Die PatientInnen werden vom Multiprofessionellen Team reflektiert, wie sie die Woche über in ihrer Entwicklung wahrgenommen wurden. Im Anschluss wird im Beisein der PatientInnen, durch den behandelnden Therapeuten, die Dokumentation diktiert. Dadurch gewinnt die Behandlungsatmosphäre an Intensität und gewinnt an Transparenz.

Auch im Umgang mit suizidalen Menschen wenden wir methodische Vorgehensweise an, wie die Mehrgenerationensperspektive. Die sich an der Vergangenheit orientiert. Das Externalisieren, Pacing / Leading bezieht sich auf die Gegenwart. Die Time-Line, der Suizid als Vorletztes, sind zukunftsbezogen. Dabei ist ein wichtiger Punkt die Bündnisfähigkeit mit sich selbst, und nicht mit dem Berater. Dies wird im Nonsuizidvertrag festgehalten. Die Berater sind nur Zeuge dieses Abkommens. Aufwendige Interventionen, wie 1:1

Betreuungen, Fixierungen, geschlossene Stationen, ect. können dabei minimiert werden.

Im Triadischen Prozess werden Angehörige auf Augenhöhe in das Therapiegeschehen miteinbezogen, ein gemeinsames Fallverständnis wird erarbeitet. Systemische Angehörigenarbeit ist ein Teil des gesamten Behandlungsprozesses. Nach Möglichkeit werden Aufnahme- und Entlassgespräche mit Angehörigen zusammengeführt. Im Verlauf des Therapieprozesses werden Familiengespräche je nach Wunsch und Bedarf der PatientInnen geführt.

Diese und noch weitere systemischen Elemente verwenden wir nun seit etwa einem Jahr in 3 unterschiedlichen Teams. Wir haben die Methoden evaluiert und bis auf Weiteres verlängert. Wir haben eine Erhebung über das Reflecting- Team gemacht, mit dem Ergebnis, dass sich die PatientInnen durchweg wertgeschätzt und ernst genommen fühlen.

Ergebnisse / Erfahrungen

Durch die Anwendung systemischer Methoden bekommen die PatientInnen mehr Klarheit über die Möglichkeiten unseres Versorgungsangebotes, die Auftragsklärung sowie die Zusammenhänge und die Gestaltung des Arbeitsbündnisses sind effektiver. PatientInnen fühlen sich wertgeschätzt und ernst genommen. Die Berufsgruppen sind in der Lage, effizienter zu kooperieren.

Diskussion

Begegnungen mit den PatientInnen müssen in konsequenter Gleichrangigkeit erfolgen. Wir sollten es schaffen, uns auf Augenhöhe zu begegnen. Die PatientInnen in ihrer Einmaligkeit, in ihrem

So-sein und der Besonderheit anzunehmen. Wir sollten Verhandlungsexperten sein, unterschiedliche Sichtweisen müssen ausgetauscht und diskutiert werden. Es ist sinnvoll, an den Entwicklungspotentialen, den Ressourcen anzusetzen und nicht an den Defiziten.

Literatur

1. *Literaturverzeichnis Syspa 2015-2018- Institut BASiS Evi Bossler- Schulz, Marlies Hinderhofer, Sylvia Fahr- Armbruster, Manfred von Bebenburg, Holger Lier*

5. Geschlechtsspezifische pflegetherapeutische Gruppen auf einer Station für suchtkranke Menschen

Daniel Burgstaller

Hintergrund

Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich während des gesamten Verlaufs einer Drogenerkrankung. Ebenso gibt es bei psychosozialen und gesundheitlichen Folgen geschlechtsspezifische Besonderheiten. Dabei sind es neben den biologischen Faktoren vor allem die Geschlechterrollen und Rollenerwartungen, die für den Konsum und das Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit von Bedeutung sind [1].

Im Rahmen der Ausbildung für basales und mittleres Pflegemanagement am Kepler Universitätsklinikum wurde unter der Leitung des Autors ein Projekt zu diesem Thema durchgeführt. Ziel war die Entwicklung eines Konzepts für geschlechtsspezifische pflegetherapeutische Gruppen auf einer Station für Suchtkranke.

Geschlechterrolle - Mann

Brannon und David (1976) beschreiben in ihrem Buch „The Forty-Nine Percent Majority: The Male Sex Role“ folgende Attribute von Männlichkeit, die immer noch Gültigkeit haben:

- „no sissy stuff“ - die Ablehnung von Verhaltensweisen, die als weiblich angesehen werden könnten
- „be a big wheel“ - das Streben nach Macht, Erfolg, Leistung
- „be a sturdy oak“ - sei unabhängig, stark, zeige keine Schwäche
- „give'em Hell“ - riskiere, sei mutig, sei wild [2].

Diese Stereotype von Männlichkeit stehen in engem Zusammenhang mit den tatsächlichen Verhältnissen unter denen viele Jungen aufwachsen. Laut Hollstein (2004) hat die heutige industrialisierte Gesellschaft den Mann als Partner und Vater über die Rolle des Ernährers aus dem Haus getrieben. Die

Erziehung der Kinder fällt damit fast ausschließlich der Frau zu. An seinem abwesenden Vater kann sich der Junge zumeist nur abstrakt orientieren. Dies führt dazu, dass diese Jungen oft eine unklare und brüchige Vorstellung von Männlichkeit entwickeln. Sie konzentrieren sich in Folge oft an veräußerlichten Leistungs- und Erfolgszielen – wie sie in Stereotypen von Männlichkeit Ausdruck finden und versuchen das dabei nur störende Gefühlsleben abzuspalten. Kampf, Konkurrenz und körperliche Auseinandersetzung sind für sie legitime Mittel, um sich in der Welt durchzusetzen [3].

Auch der Gebrauch von Drogen und Rausch sind neben Gewalt oftmals bestimmende Faktoren zur Konstruktion und Darstellung von Männlichkeit. Drogen können helfen die Vorstellungen von Männlichkeit wie Tatendrang, Lebenskraft, Stärke und Erfolg zu verkörpern. Sie schüren Allmachtsfantasien und geben das Gefühl unbesiegbar oder unverletzbar zu sein. Ungesunde Lebensweisen, aggressive Verhaltensweisen und vernachlässigte Selbstfürsorge werden eher männlich konnotiert. Krankheit und Schwäche werden verleugnet. Es besteht die Pflicht als Mann gesund zu sein, was jedoch verhindert, sich gesundheitsbewusst zu verhalten - das heißt, sich oder anderen Krankheit oder Schwäche einzugestehen, sich Hilfe zu holen oder auch Hilfe annehmen zu können [4].

Geschlechterrolle - Frau

Der Drogenkonsum und die Zugehörigkeit zu einer Drogenszene dienen bei Frauen als Auflehnung gegen die in der Gesellschaft bestehenden Bilder von Weiblichkeit. Frauen sind dadurch stärker von gesellschaftlicher Ausgrenzung, moralischen Verurteilungen betroffen als Männer. Sie verstoßen nicht nur gegen gesetzliche Normen, sondern auch gegen das gesellschaftlich vorherrschende Frauenbild. Sie sind auch häufiger als drogenkonsumierende Männer in einer Beziehung mit einem Partner der ebenfalls Drogen konsumiert [1].

Milieutheraapeutischer Zugang

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Umwelteinflüssen dem Verlauf von psychischen Erkrankungen. Das heißt, bewusste Milieugestaltung kann eine positive Wirkung auf die Entwicklung psychischer Störungen haben [6].

Für unterschiedliche Patientinnen- und Patientengruppen eignen sich unterschiedliche Milieutypen. Heim (1984) unterscheidet fünf Typen von Milieus: Das strukturierende, das equilibrierende, das animierende, das reflektierende und das betreuende Milieu.

Das equilibrierende Milieu eignet sich besonders für Stationen mit suchtkranken Menschen. Zentrales Element dabei ist das gemeinsame Leben. Patientinnen und Patienten sind sich dabei gegenseitig Vorbilder. Dieses soziale Lernen passiert aber nicht nur innerhalb der Patientinnen- und Patientengruppe, sondern auch durch Orientierung an Personen des therapeutischen Teams. Daraus ergibt sich die Wichtigkeit pflegerischer Gruppen auf diesen Stationen: Patientinnen und Patienten können in strukturierten Gruppensettings gezielt voneinander und im Austausch mit der Gruppenleitung lernen. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Teammitglieder im Stationsalltag auch als Vorbilder begreifen [4].

Problemstellung

Während des Aufenthalts auf der Station für Drogenabhängige am Neuro-med Campus des Kepleruniversitätsklinikums wird bei den Patientinnen und Patienten immer wieder sichtbar, dass die geschlechtsspezifischen Rollenbilder einen oftmals negativen Einfluss auf die Behandlung nehmen. Vor allem Männer haben oft Schwierigkeiten sich rechtzeitig Hilfe zu holen und versuchen schwere Entzugssymptome unnötig lange auszuhalten. Sie haben immer wieder Probleme damit Gefühle adäquat auszudrücken, oder überhaupt zu benennen. Dies führt immer wieder zu Spannungen innerhalb der Patientinnen und Patientengruppe. Frauen haben oft Schwierigkeiten auf eigene Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen und treten oft rasch mit männli-

chen Mitpatienten in eine sehr enge Beziehung. Vielmals ist der Umgang mit dem jeweils anderen Geschlecht von negativen Erfahrungen oder von Mustern aus der Drogenszene geprägt. Diese Themen werden unter anderem in Bezugspflegegesprächen aufgegriffen. Jedoch ist es nicht möglich, dass Patienten immer männliche Pflegepersonen und Patientinnen stets weibliche Pflegepersonen als Bezugspflegekraft zugeteilt bekommen.

Ergebnisse

Geschlechtshomogene pflegetherapeutische Gruppen ermöglichen es auf die Bedürfnisse und Anforderungen beider Geschlechter unterschiedlich einzugehen. Sensible Themen können in diesen Gruppen offener bearbeitet werden. Männern bieten sie die Sicherheit Schwächen einzugestehen, und es kann gezielt darauf hingearbeitet werden, Männer wieder in Kontakt mit ihrem Körper zu bringen [8].

Für Frauen sind Gruppen hilfreich, in denen der Fokus auf die Bearbeitung von Gefühlen und die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeit im gelegt wird. Geschlechtshomogene pflegetherapeutische Gruppen können darüber hinaus einen Rahmen bieten, um neue Verhaltensweisen zu erproben [7].

Im Laufe des Projekts kristallisierten sich fünf inhaltliche Schwerpunkte heraus, die in fünf pflegetherapeutische Gruppen aufgeteilt wurden:

- „Das Rollenbild der Frau“: Es werden weiblich konnotierte Eigenschaften hinterfragt und ein Frauenbild erarbeitet in dem Mitsprache und Verantwortung für Entscheidungsprozesse übernommen wird.
- „Frau - Selbstwert und Abgrenzung“: Es wird unter anderem geübt Lob und Anerkennung sich selbst und anderen gegenüber zu äußern und auch annehmen zu können.
- „Rollenbild des Mannes“: Anhand des gängigen Rollenbild werden Klischees bewusst gemacht, um gemeinsam Alternativen zu erarbeiten.

- „Mann – Achtsamkeit“: Es werden Strategien nähergebracht, die zur Entspannung und auch zur besseren Eigenwahrnehmung beitragen können.
- „Mann - Umgang mit Gefühlen“: Patienten erkennen auf spielerische Weise warum die Wahrnehmung eigener Gefühle wichtig ist.

Für die Gruppen wurden Moderationsleitfäden und Materialien erstellt sowie Rahmenbedingungen und Ausschlusskriterien definiert. Die Gruppen sollen wöchentlich stattfinden, wobei Männer- und Frauengruppe einander abwechseln. Thematische Schwerpunkte der jeweiligen Gruppe bestimmt die Pflegeperson die die Gruppe abhält, in Abhängigkeit von den aktuellen Bedürfnissen der Patientinnen oder Patienten. Ein Dokument zur Nachbereitung der Gruppen wurde erstellt und nach sechsmonatiger Laufzeit ist eine Evaluierung vorgesehen.

Schlussfolgerung

Geschlechtsspezifische pflegetherapeutische Gruppen können in der Arbeit mit Suchtkranken hilfreich sein. Die Pflege hat hierbei den Vorteil, dass Pflegepersonen beiderlei Geschlechts auf den Stationen arbeiten und die Gruppen leiten können. Somit kann sichergestellt werden, dass Frauengruppen von Frauen und Männergruppen von Männern geleitet werden. Wichtig dabei ist auch, dass sich die handelnden Personen auch ihrer eigenen (Geschlechter)rolle bewusst sind, um ein Lernen am Model zu ermöglichen.

Literatur

1. Bernard, Ch. (2016): *Gender und illegale Drogen: ein Überblick in: Tödte, M., Bernard, Ch. (Hg.), (2016): Frauensuchtarbeit in Deutschland, transcript Verlag, Bielefeld, S. 15, S. 24 - 26*
2. Zimm, J. (2014): *Computerspielsucht als Konstruktion hegemonialer Männlichkeit, in soziales_kapital: wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschulstudiengänge soziale arbeit, Nr. 12 (2014), <http://sozialeskapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/341/591.pdf> (Zugriff: 12.12.2017), S. 77*
3. Hollstein W. (2004): *Geschlechterdemokratie, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 83-88*

4. Stöver, H. (2015): *Risikolust am Rausch – doing gender with drugs!* in Franz M., Karger A. (Hg.) (2015): *Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp? - Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, S. 62 – 71, S. 74 - 76
5. Abderhalden, Ch. (2011): *Milieugestaltung* in: Sauter D., Abderhalden Ch., Needham I., Wolff St.(Hg.), (2011) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, 3. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, S. 475
6. Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A. (2016): *Pflegetherapeutische Gruppen in der Psychiatrie*, 3. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Stuttgart, S. 23 - 27
7. Zenker, C. (2005): *Sucht und Gender* in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 4 - 2005, Springer Medizin Verlag, S. 474 - 475

6. E-Learning im klinischen Umfeld – Chancen und Herausforderungen am Beispiel der „POP Pflegediagnostik“

Jürg Dinkel, Martin Schmid

Hintergrund

Die Digitalisierung prägt die «neue» Arbeitswelt 4.0. Innovative Technologien, agile Lernformen, mobil-flexible Arbeitsplätze und andere Entwicklungen beeinflussen, wie und wo wir in Zukunft arbeiten und lernen [1-3]. Die Optionen, welche sich durch das mobile Internet und den dazugehörigen webfähigen Geräten ergeben, beeinflussen das alltägliche Leben und Arbeiten, wie auch das Lehren und Lernen. Aus diesen Gründen sind die Institutionen im Gesundheitswesen gefordert, sich unter anderem im Rahmen ihrer Weiterbildungsaufgaben mit entsprechenden Innovationen auseinanderzusetzen [4-6].

Einleitung

Die Clenia Schössli arbeitet seit vielen Jahren im Klinikinformationssystem (KIS) mit der POP – Praxisorientierten Pflegediagnostik [7]. Je besser das ressourcen-orientierte Konzept der POP verstanden wird, umso nutzbringender kann diese Pflegediagnostik für die Patienten eingesetzt werden [8]. Die kontinuierliche Schulung neuer Mitarbeitender bleibt eine stete Herausforderung. Die klassische Präsenzveranstaltung als Weiterbildungsmaßnahme lässt sich im heutigen Klinikalltag nur mit grossen Unwägbarkeiten organisieren. Deshalb hat sich die Clenia Schössli vor einigen Jahren entschlossen, Elearning (eL) einzuführen. Sie nutzt dazu die E-Learning-Plattform Open-OLAT [9].

Thema

Elearning-Module bieten gegenüber der Präsenzveranstaltung dann Vorteile, wenn viele Mitarbeitende mit denselben Inhalten geschult werden müssen, diese Inhalte über weite Zeiträume hinweg unverändert nutzbar blei-

ben und eine räumlich und zeitlich unabhängige Verfügbarkeit der Lerninhalte wichtig ist.

Um eigene Module entwickeln zu können, bedarf es ein hohes Mass an mediendidaktischer Kompetenzen und die Verfügbarkeit zeitlicher und finanzieller Ressourcen.

Nicht zu unterschätzen ist die Veränderung der institutionellen Bildungskultur. Es muss eine eigenverantwortliche Lernhaltung entstehen, welche durch die Führungspersonen mit ihren Mitarbeitenden ausgehandelt und implementiert werden muss [10-11].

Vorgehensweise der Produktion eines Elearning POP-Moduls

Grundlage zur Produktion eines eL-Moduls bildet ein Drehbuch (Storyboard), welches abbildet, was wann und wo passiert, wie die Sprechtexte lauten und welche Bildschirmseiten aufeinander folgen. Das Drehbuch stützt sich auf ein durchdachtes Unterrichtskonzept ab, das die didaktische Reduktion der notwendigen Lerninhalte, in unserem Fall zur Pflegediagnostik, vornimmt. Beide Elemente sind Grundlagen zur Berechnung der monetären Aufwendungen, sowie zur Planung der Produktionsschritte. Auch verlangt diese Erstellung Medienkompetenz sowie Wissen über Autorenwerkzeuge der jeweiligen eL-Plattform und weiterer digitaler Tools [11-12].

Institutionelle Ziele

- Elearning als ergänzende Fortbildungsmethode in der Klinik nutzen
- Den permanenten FB-Bedarf der POP-Pflegediagnostik mit Hilfe von Elearning erfüllen

Ablauf des Workshops

- Einführungsreferat zu den Aspekten Arbeitswelt 4.0, Elearning: Begrifflichkeiten, als Fortbildungsmethode für POP – unsere etablierte Pflegediagnostik, Herausforderungen der kontinuierlichen Schulung POP Pflegediagnostik sowie OpenOLAT als LMS in der Klinik aufbauen

- Leitfragen-getragene Diskussion
- Schnupperkurs im Elearning-Modul POP-Pflegediagnostik (die TN sollten ein persönliches Gerät mit Internetzugang dabei haben, d.h. Smartphone, Tablet oder Notebook inkl. Kopfhörer).

Gestaltung

Ein methodisch abwechslungsreicher Workshop mit starkem Miteinbezug (Diskussion, Lehrgespräch) und aktiver Mitarbeit der Teilnehmenden (selbstständiges Bearbeiten der eL-Lektion).

Lernziele

Die TN:

- setzen sich mit eL als FB-Methode in einer Klinik auseinander
- kennen die Stärken von eL
- leiten daraus Herausforderungen für die verschiedenen Akteure ab
- bearbeiten exemplarisch einen Teil des eL-Moduls POP-Pflegediagnostik

Literatur

1. *Helmrich R. et al (2016). Digitalisierung der Arbeitslandschaften. Bonn; Bundesinstitut für Berufsbildung.*
2. *Aeppli M. et al (2017). Die Entwicklung der Kompetenzanforderungen auf dem Arbeitsmarkt im Zuge der Digitalisierung. Studie im Auftrag von Bern; Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).*
3. *BAuA (Hrsg.) (2015). Intelligente Technik in der Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0. Dortmund; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.*
4. *Röthler D. & Schön S. (Hrsg.) (2017). Wie digitale Technologien die Erwachsenenbildung verändern. Wien; Magazin Erwachsenenbildung.at.*
5. *Roland Berger GmbH et al (2017). ePflege. Informatons- und Kommunikations-technologie für die Pflege. Studie im Auftrag von: Berlin; Bundesministerium für Gesundheit.*
6. *GI (2017). Leitlinien Pflege 4.0. Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Erwerb digitaler Kompetenzen in Pflegeberufen. Berlin; Gesellschaft für Informatik.*

7. Stefan H. et al (2013). *POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik*. Wien; Springer Verlag.
8. Schalek K. & Stefan H. (2017). *PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP) – Ressourcenorientierung in der Pflegediagnostik*. In: Maria Müller Staub, Kurt Schalek & Peter König (Hrsg.) *Pflegeklassifikationen*. Bern; Hogrefe Verlag.
9. Frentix GmbH (2018). *Lernplattform OpenOLAT infinite learning*. Online verfügbar unter: <https://www.openolat.com/> ; zuletzt geprüft am 01.07.2018.
10. Kauffeld S. (2010). *Nachhaltige Weiterbildung*. Berlin; Springer Verlag.
11. Arnold P. et al (2011). *Handbuch E.Learning*. Bielefeld; W. Bertelsmann Verlag.
12. Nlegemann H.M. et al (2004). *Kompodium E-Learning*. Berlin; Springer Verlag.

7. Das Erleben der Isolationszeit mittels Medienwand in der Akutpsychiatrie - Evaluation eines Praxisprojekts

Michael Durrer, Johann Meinhof

Einleitung

In der Schweiz können Personen aufgrund psychischer Erkrankungen und deren Auswirkungen, mittels Fürsorgerischer Unterbringung (FU) untergebracht werden (ZGB §426). Fehlt für die Behandlung die Zustimmung, können bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung sowie schwerer Störung des Gemeinschaftslebens freiheitsbeschränkende Massnahmen (ZGB §438 iVm §383) und eine Behandlung ohne Zustimmung (ZGB §434) als Zwangsmassnahmen angewandt werden. Zwangsmassnahmen können als Mittel der letzten Wahl, wenn mildere Interventionen erfolglos ausgeschöpft sind, mit expliziter Begründung angeordnet werden [1]. Die häufigsten Formen solcher Zwangsmassnahmen sind die Verabreichung von Medikamenten, Festhalten, mechanische Fixation und die Isolation eines Patienten [2].

Klinische Erfahrungen zeigen, dass im Rahmen der Symptomkontrolle aus Reizüberflutung, zur Reizabschirmung Isolationen durchgeführt werden [3]. Die Fachliteratur wie auch Expertenmeinungen sind sich jedoch nicht einig, was genau unter dem Begriff Reizabschirmung verstanden wird und ob sie mittels zeitlich begrenzten Rückzugs in ein Isolationszimmer vollzogen werden kann [3,4]. Die lancierte Diskussion im Deutschsprachigen Raum zeigt aber, dass in der Thematik der Reizkontrolle, die Reizabschirmung kritisch gesehen werden kann, während die Reizregulierung zunehmend an Bedeutung gewinnt [3,4,5].

Einen möglichen Ansatz zur Reizregulierung während einer Isolation bringt die Medienwand (Cowin-48®) mit sich [6]. Die Medienwand von der Firma Recornect ist einerseits eine Kommunikationsplattform zwischen Patient und Behandlungsteam aber auch zu seiner Familie und Bezugspersonen. Durch dieses Medienangebot kann einer vollständigen Reizabschirmung in

der Isolation entgegengewirkt werden. Neben Standardeinstellungen wie eine Uhr, Telefon zum Behandlungsteam (mit Kamera möglich) und Abblendfunktion stehen dem Patienten verschiedene Applikationen zur Verfügung [6].

Die Patienten einer forensischen Psychiatrie in der Schweiz berichteten [7], dass die Medienwand eine Verbindung zur Aussenwelt darstellte, Unterstützung beim Einschlafen bot, zur generellen Entspannung beitrug und sie als Zeitvertreib und Ablenkung genutzt werden konnte. Zudem gab die angezeigte Uhr Orientierung und die Naturbilder weckten Sehnsüchte und Freude [7]. Bei Untersuchungen während der Entwicklungszeit der Medienwand wurde geschlussfolgert, dass positive Stimuli den psychiatrischen Notfall und somit die Aufenthaltsdauer in der Isolation verkürzen kann [8]. Abgesehen von den erwähnten zwei Studien [7, 8] ist keine weitere Evidenz zum Einsatz einer Medienwand während der Isolation vorhanden. Es bleibt offen in wie fern die Medienwand in einem akutpsychiatrischen Setting Auswirkungen auf die Zustandsstabilisierung hat. Wie das Erleben dieser Patienten in Bezug auf die Medienwand während einer Isolation ist und in welchem Rahmen die Medienwand zur bevorzugten Reizregulierung beitragen kann.

Ziel und Fragestellung:

Ziel ist es, erste Erkenntnisse zum Einsatz der Medienwand während den Isolationszeiten im akutpsychiatrischen Setting zu gewinnen. Ausserdem ist herauszufinden, ob die Medienwand im Rahmen der Reizabschirmung einen positiven Einfluss auf die Reizregulierung hat. Es sollen auch erste deskriptive Aussagen zur Anwendung der Medienwand gemacht werden können.

Wie erleben erwachsene Patienten in der stationären Akutpsychiatrie den Umgang mit der Medienwand Cowin-48® während einer Isolation?

- Wie hat sich die Möglichkeit der aktiven Kontaktaufnahme der Patienten zum Behandlungsteam durch die Medienwand zum Behandlungsteam gestaltet?

- Wie hat die Medienwand zur Orientierung der Patienten während einer Isolation beigetragen?
- Welche Möglichkeiten der Medienwand haben die Patienten zu ihrer Reizregulation genutzt?
- Welchen Einfluss hatte die Medienwand auf die Stabilisierung der psychiatrischen Notfallsituation der Patienten?

Wie häufig und auf welche Art und Weise nutzten die Patienten die Medienwand während der Isolationszeit im akutpsychiatrischen Setting?

Methode

Das Erleben der Medienwand in der Isolation wird mittels qualitativen Interviews erhoben und mit der Inhaltsanalyse nach Mayring [9] ausgewertet. Zusätzlich wird die Häufigkeit der Medienwandnutzung durch deskriptive Statistik aufgezeigt. Laut Mayring [9] sind qualitative Untersuchungen bei Pilotstudien das Mittel der Wahl.

Projektverlauf

Parallel zum Einbau der Medienwand im Herbst 2017 im Isolationszimmer auf einer akutpsychiatrischen Station wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur Implementierung gegründet. Die Arbeitsgruppe setzte sich aus zwei Pflegefachkräften, eine davon mit Zusatzfunktionen, einer Psychologin, einer Peer-Mitarbeiterin und einem Pflegeexperte APN zusammen. In einem ersten Schritt konnten aufgrund auftretender Fragen eine grundsätzliche Haltung zur Benutzung der Medienwand ausgearbeitet werden. Anschließend wurde ein Konzept für das Behandlungsteam der Akutstation erstellt und dessen Inhalte einerseits informiert und andererseits praktisch in 1:1-Schulungen vermittelt. Die Evaluation mit den durchgeführten Interviews übernahm der Pflegeexperte APN.

Medienwand Cowin-48

Die Medienwand ist ein interaktiver Bildschirm, welcher Personen in gesicherten Räumen neue Möglichkeiten bietet [6]; Als Kommunikationsplatt-

form durch die Möglichkeit zu telefonieren, zur Beschäftigung mittels verschiedenen Applikationen (Zeichnen, Spiele) oder zur Entspannung durch Entspannungsbilder, Musik etc. Neben Standardeinstellungen können persönliche Profile mit eigenen Bildern, Musik und Filmen erstellt werden. Die Medienwand wird durch das Behandlungsteam über ein I-Pad gesteuert. Die Patienten bedienen sie per Touchscreen. Die Medienwand wurde in enger Zusammenarbeit mit Peers und Gesundheitsfachpersonen entwickelt und ist laut Herstellerangaben bruch- und wasserfest [6].

Untersuchungsgruppe und Rekrutierung

Die Evaluation fand auf einer akutenpsychiatrischen Aufnahmestation mit Versorgungsauftrag statt. Die Pilot-Station hat 17 Behandlungsplätze. Die Interviews wurden mit fünf Patienten, die während der Behandlungsdauer mindestens einmal im Isolationszimmer waren, durchgeführt. Die Patienten gaben für die freiwillige Teilnahme an der Evaluation eine schriftliche Einwilligung mittels Informed consent ab. Voraussetzung zur Teilnahme war die Deutsche Sprache lesen und verstehen können und zwischen 18 und 65 Jahre alt sein. Die Peer-Mitarbeiterin der Station informierte und fragte die Patienten zur Teilnahme an.

Datenerhebung

Die fünf Interviews wurden anhand eines halb-strukturierten literaturgestützten Fragebogens durchgeführt. Aus den Fragestellungen konnten fünf Kategorien abgeleitet werden: (a) Bedienung der Medienwand, (b) aktive Kontaktaufnahme zum Behandlungsteam, (c) Orientierung, (d) Reizregulierung und (e) Einfluss auf die Gesundheit. Der Fragebogen ist durch einen Pretest auf die Verständlichkeit und Gültigkeit geprüft worden. Die Interviews dauerten zwischen 18 und 56 Minuten, wurden auf Tonband aufgezeichnet und zwischen Februar und August 2018 durchgeführt. Die Interviews sind anschliessend unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien und eines einfachen Transkriptionssystems transkribiert worden. Auf Grund des unveränderten Interviewleitfadens nach dem Pretest konnte das dafür ver-

wendete Interview ebenfalls in die Analyse integriert werden. Für die quantitativen Daten konnte auf den Server der Medienwand zurückgegriffen werden. Die Routinedaten konnten in Form eines Excel-Sheets exportiert werden.

Datenanalyse

Die deduktiv abgeleiteten Kategorien der Fragestellungen bildeten die Grundlage zur inhaltlich strukturierten qualitativen Analyse nach Mayring [9]. Die Kategorien wurden definiert und konkreten Textstellen aus dem Material (Ankerbeispiele) zugeordnet. Mit festgelegten Kodierregeln konnte eine eindeutige Zuordnung der Textstellen ermöglicht werden. Alle Textstellen aus dem Material, die zu einer der fünf Kategorien passten, wurden mit der Software MAXQDA 2018 paraphrasierend codiert und in einem zweiten Schritt in Subkategorien zusammengefasst. Abschliessend wurden die in Beziehung stehenden Subkategorien mit dem Ausgangsmaterial abgeglichen, den Kategorien definitiv zugeordnet und interpretiert [9].

Literatur

1. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin. Retrieved from <http://www.samw.ch/de/Aktuell/News.html>
2. Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., . . . Beine, K. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie *Coercive measures in German hospitals for psychiatry and psychotherapy*. *Der Nervenarzt*, 88(7), 802-810.
3. Scheydt, S., Needham, I., Nielsen, G. H., & Behrens, J. (2016). Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie: Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens. *Pflege*, 29(5), 227-233.
4. Scheydt, S., Laimbacher, S., Wenger, A., & Needham, I. (2016). Das Verständnis von „Reizabschirmung“ in der stationären Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 43(04), 199-204.
5. Scheydt, S., Needham, I., & Behrens, J. (2017). Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie: Theoretische Verdichtung und Modifikation des Rahmenmodells. *Pflege*, 30(5), 281-288.
6. Recornect. (2018). Medienwand. Retrieved from http://recornect.com/?page_id=7&lang=de

7. *Bürki-Brunner, R., & Hahn, S. (2017). Medienwand: Ein Qualitätsentwicklungsprojekt in der Forensischen Psychiatrie zur Verbesserung der Intensivbehandlung. Mitmischen-Aufmischen-Einmischen, 22.*
8. *de Laat, J. (2012). Investigating the effect of different type of visual content on psychiatric patients during a stressful episode.*
9. *Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., Neuauflage, 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Beltz Pädagogik.*

8. Evaluation der Einführung eines EBN-Konzeptes in einer psychiatrischen Klinik

Laila Elhilali, Christian Burr, Bernd Kozel

Hintergrund und Problemstellung

Evidenzbasierung in der Pflege (EBN) gilt mittlerweile als Standard in der Gesundheitsversorgung [1] und ist seit 1996 im Krankenversicherungsgesetz verankert. Im Rahmen dieser Entwicklung ist auch der Aufbau von Abteilungen für Forschungs- und Entwicklung zu sehen sowie die akademische Ausrichtung der Pflegeausbildungen.

Um das Thema in der Praxis noch besser zu verankern, wurden in der Pflege der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern (CH) mehrere Initiativen lanciert, die u.a. eine Neuausrichtung der pflegerischen Führung beinhalteten. Den pflegerischen Leitungen, deren Aufgaben vor allem Management und Koordination beinhalten, wurde eine fachverantwortliche Pflegefachperson zur Seite gestellt, die sich auf fachlich-inhaltliche Aspekte der pflegerischen Arbeit unter Berücksichtigung der EBN-Methode fokussieren sollte. Dabei ging es auch um die Klärung Aufgaben dieses „Leitungstandems“.

Als Unterstützung zur Überwindung von bekannten Barrieren und Hindernissen, wie Wissensdefizite oder die Adaption von Forschungsergebnissen [2], wurde ein Konzept erarbeitet und eingeführt. Dies mit dem Ziel das nötige Wissen und Rüstzeug für diese Aufgaben zu erlernen. Die Leitungen und Fachverantwortlichen sollten dabei unterstützt werden, Angebotslücken und Probleme zu erkennen, relevante Literatur zu entsprechenden Themen zu finden, Resultate auf die individuelle Situation der Einheiten oder einzelner Patientinnen und Patienten zu adaptieren sowie Massnahmen umzusetzen und zu evaluieren. Dabei standen die vier Aspekte von EBN externe Evidence, Patientinnen und Patienten Präferenz, Expertenwissen und Ressourcen im Vordergrund [1]. Das Konzept wurde evaluiert mit dem Ziel, etwas über seine Auswirkung auf das Wissen der Fachverantwortlichen und

Leitungen Pflege und deren Haltung gegenüber EBN zu erfahren und zu prüfen, ob die definierten Ziele erreicht wurden.

Methode

Design

Für die Evaluation wurde eine Prä- und Posterhebung ohne Kontrollgruppe mit 3 Messzeitpunkten gewählt. Dieser Artikel befasst sich mit den Resultaten der ersten beiden Messzeitpunkte (T1 und T2).

Stichprobe

Es wurden alle Leitungen und Fachverantwortlichen Pflege aller Einheiten der psychiatrischen Klinik eingeschlossen.

Fragebogen

Für die Evaluation wurde ein 4-teiliger Fragebogen entwickelt. Der erste Teil beinhaltet Angaben zur Aus- und Weiterbildung der Teilnehmenden und deren Funktion und der zweite Teil die Einschätzung der Erreichung der Projektziele (5 Fragen). In den beiden weiteren Teilen ging es um Fragen bezüglich Einstellung (10 Fragen) und das Wissen bezüglich EBN und dessen Umsetzung in der Praxis (8 Fragen), aus bekannten Fragebögen zu den entsprechenden Themen abgeleitet wurden [3,4]. Die Teile 2-4 bestanden jeweils aus einer Aussage, die die Teilnehmenden auf einer 6-stufigen Likert-Skala von voller Zustimmung (6) bis voller Ablehnung (1) einschätzen konnten.

Der Fragebogen wurden vor dem Start (Januar 2017) und 10 Monate danach (November 2017) allen Fachverantwortlichen und Leitungen Pflege abgegeben. Eine weitere Befragungsrunde ist 2 Jahre nach Start geplant.

Intervention

Das Konzept beinhaltete folgende von den Pflegeexperten geleiteten resp. moderierten Angebote:

- vier ½ Tage Weiterbildung pro Jahr Basiswissen zu Forschungsmethoden und EBN, verpflichtend für alle Fachverantwortlichen Pflege.
- Acht Journalclubs pro Jahr (4-6 davon verpflichtend), an denen 1-2 Fachartikel oder Fachthemen diskutiert werden. Die Auswahl der Artikel beruht auf einer zu beantwortenden Frage aus der Praxis und der Fokus der Diskussion wird auf die Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die Praxis resp. auf die Beantwortung der Frage gelegt.
- Individuelles Coaching zu den Themen vor Ort.

Analyse

Die Daten wurden mit SPSS ausgewertet. Deskriptive Statistik beinhaltet absolute und relative Häufigkeiten pro Gruppe. Die Signifikanz der Veränderung der Summenscores der Teile 2-4 zwischen T1 und T2 sowie Unterschiede zu einzelnen Fragen wurde mit einem Mittelwertvergleichstest für unabhängige Gruppen (T-Test) errechnet. Der Alpha-Level wurde auf 5% festgelegt.

Ergebnisse

Stichprobe

An T1 nahmen 21 Personen teil und an T2 26 Personen. Dies entspricht einem Rücklauf von 78% resp. 84%. Bei T2 gaben 13 Personen (50%) an, dass sie schon bei T1 teilgenommen haben. Die Aufteilung zwischen Fachverantwortungen und Leitungen Pflege war bei beiden Messzeitpunkten ähnlich (T1: 12 (57.1%) vs 9 (42.9%); T2: 15 (57.7%) vs 11 (42.3%)). Weitere Angaben zur Aus- und Weiterbildung der Teilnehmenden sind in Tabelle 1 dargestellt.

Variable	TN T1; N (%)	TN T2; N (%)
Anzahl TN pro Messzeitpunkt	21 (100)	26 (100)
Ausbildungsniveau		
• Höhere Fachschule (HF)	16 (76.2)	21 (80.8)
• Fachhochschule BSc, BA	4 (19.0)	4 (15.4)

• Fachhochschule MSc, MA	1 (4.8)	1 (3.8)
Weiterbildungsniveau (Mehrfachantworten)		
• Höfa 1*	6 (28.6)	6 (23.1)
• NDK*, CAS	9 (42.9)	9 (34.6)
• DAS, MAS	3 (14.3)	5 (19.2)

* Höhere Fachweiterbildung Schwerpunkt Pflege oder Management

** Nachdiplomkurs Höhere Fachschule

Tabelle 1: Angaben zur Aus- und Weiterbildung der Teilnehmenden

Projektziele, Haltung und Wissen zu EBN

Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den Summenscores zwischen T1 und T2 oder zwischen den unterschiedlichen Grundausbildungen und beruflichen Positionen gefunden. In der Tendenz nahmen die Werte von T1 zu T2 ab. Insgesamt wurden im Durchschnitt hohe Summenscores erzielt (siehe Tabelle 2).

Variable	TN T1; mw (sd)	TN T2; mw (sd)	Maximal erreichbarer Summscore	p-Wert
Summscore Ziele (Frage 1-5)	23.4 (3.3)	21.9 (3.4)	30	0.13
Summscore Haltung gegenüber EBN (Frage 6-15)	46.0 (4.5)	45.1 (5.1)	60	0.54
Summscore Wissen über EBN (Frage 16-23)	31.8 (7.4)	31.5 (7.2)	48	0.89

Tabelle 2: Vergleich der Summenscores zwischen T1 und T2

Bei den einzelnen Fragen gab es aber teilweise signifikante Unterschiede zwischen den Fachverantwortlichen und Leitungen Pflege, resp. zwischen solchen mit Bachelorabschluss und solchen mit einem HF Diplom.

So zeigen die Resultate, dass Pflegefachpersonen mit einem Bachelorabschluss die Notwendigkeit von Journalclubs für die Umsetzung von EBN signifikant tiefer einschätzen als Pflegefachpersonen mit HF-Abschluss

($p=.007$) und dass sie verschiedene wissenschaftliche Datenbanken zur Literaturrecherche und Instrumente zur Bewertung von wissenschaftlichen Studien besser kennen ($p=.018$, bzw. $p=.027$). Dafür zeigt es sich, dass es Pflegefachpersonen HF im Durchschnitt leichter fällt, eine Fragestellung oder Problem aus ihrer täglichen Arbeit zu formulieren ($p=.023$).

Diskussion

Der Rücklauf war in T1 wie auch T2 recht hoch. Leitungen und Fachverantwortliche nahmen zu etwa gleich grossen Teilen an der Evaluation teil. Es konnten keine signifikanten Verbesserungen in Bezug auf Wissen, auf die Haltung und auf die Zielerreichung gezeigt werden. Trotzdem ist es wichtig, solche Resultate zu veröffentlichen, um einerseits einem Publikationsbias entgegenzuwirken [5] und um andererseits Rückschlüsse für die Verbesserung der Entwicklung und Implementation von EBN Konzepten ziehen zu können.

Es stellt sich die Frage, warum sich keine Veränderungen gezeigt haben. Allenfalls waren die unterstützenden Interventionen noch zu kurz am Laufen, um nachhaltige Wirkung zu erzielen oder sie sind nicht so wirksam wie erhofft. Diesbezüglich können allenfalls die T3 Ergebnisse Aufschlussreiches liefern. Vielleicht haben aber auch bereits bekannte Hindernisse [2], wie u.a. die mangelnde Zeit in der täglichen Arbeit, einen Einfluss gehabt. Die unterschiedliche Einschätzung der Pflegefachpersonen mit HF respektive Bachelorabschluss zu den einzelnen Fragen legen nahe, dass das Weiterbildungsprogramm die spezifischen Ressourcen und Lücken der beiden Ausbildungen besser rezipieren sollte. So sollten Pflegende mit Bachelorabschluss mehr dabei unterstützt werden, Probleme in der Praxis zu erkennen, und solche mit HF-Abschluss dabei, Fragen mit wissenschaftlicher Literatur zu beantworten.

Limitationen

Dass nur 50% der Teilnehmenden bei T2 auch schon bei T1 mitgemacht haben, kann ein Hinweis auf eine hohe Personalfuktuation im Erhebungszeitraum sein.

Die Befragung wurde so angelegt, was die Analyse mittels einer verbundenen Stichprobe unmöglich machte. Diese hätte allenfalls ein anderes Bild abgegeben. Der Fragebogen wurde nicht psychometrisch getestet, weshalb nicht klar ist, wie gut er die entsprechenden Konzepte tatsächlich abbildet.

Schlussfolgerung

Eine kurzfristige, direkte Wirkung der entsprechenden Interventionen kann nicht gezeigt werden.

Eine qualitative Evaluation des Projekts könnte bestehende Lücken und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Das Ausbildungsniveau sollte bei Weiterbildungen und Unterstützung vermehrt berücksichtigt werden.

Allfällige längerfristige Wirkungen können sich bei der nachfolgenden Messung zeigen.

Literatur

1. Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3. Aufl. Bern: Huber.
2. Kummer, S. & Müller, J. (2016). *Umsetzung evidenzbasierter Pflege: Hindernisse und begünstigende Interventionen*. Bachelorthesis. Berner Fachhochschule.
3. Martin, J.S., Frei, I. A., Suter-Hoffmann, F., Fierz, K., Schubert, M., & Spirig, R. (2010). *Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz—eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung*. *Pflege*, 23(3), 191-203.
4. Köpke, S., Koch, F., Behncke, A., & Balzer, K. (2013). *Einstellungen Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis*. *Pflege*, 26(3), 163-175.
5. Nolting, A., Perleth, M., Langer, G., Meerpohl, J.J., Garthlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H.J. (2012). *GRADE Leitlinien: Einschätzung der Qualität der Evidenz – Publikationsbias*. *ZEFQ*, 106, 670-676.

9. Chronischer Schmerz- Herausforderung für die Pflege. Das Schmerzmanagement in der Psychosomatik und Psychotherapie

Switlana Endrikat

Hintergrund

Schmerzen sind häufige Leitsymptome und/oder Begleiterscheinungen vieler psychischer Erkrankungen. Im Pflegealltag werden sie jedoch nur unzureichend erfasst, verstanden und behandelt. Die daraus resultierenden Folgen stellen gravierende Belastungen sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Systeme des Gesundheitswesens und der Sozialversicherung dar.

Die Gründe hierfür liegen im mangelndem Wissen zum Thema Schmerz und Schmerzmanagement [1] und in dem stark somatisch orientierten Schmerzverständnis, das in der Pflegeausbildung und im Medizinstudium noch bis heute vermittelt wird [2]. Nach diesem Verständnis ist der Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Diese somatische Schmerzauffassung erschwert die Realisierung eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses in der Versorgungspraxis und kann zu einer inadäquaten Behandlung von Schmerz führen [3]. So entwickeln beispielweise 50% aller operierten Patienten chronische Schmerzen aus der Akutsymptomatik, da bei nachweisbarer Organschädigung die psychosozialen Schmerzfaktoren wie

- Belastende Lebensereignisse, z.B. Traumata, Ausgrenzung, emotionale Vernachlässigung, körperliche und sexuelle Misshandlung
- Angst und depressive Stimmungslage
- Stress, z.B emotionale Konflikte und psychosoziale Probleme innerhalb des sozialen Umfeldes

- Destruktive Verhaltensweisen, z.B. Perfektionismus, Durchhaltewille, Entspannungsunfähigkeit, Vermeidungsverhalten

übersehen werden [3, 4]. Diese Faktoren beeinflussen nicht nur Wahrnehmung, Verarbeitung, Empfindung, und Erleben vom Schmerz, sondern auch die Copingstrategien eines Menschen.

Da der Schmerz nicht nur als Folge einer Gewebe- oder Nervenschädigung, sondern auch einer psychosozialen Belastungssituation bzw. der Reaktivierung einer solchen aus der Vergangenheit entstehen kann, ist es wichtig neben körperlichen auch psychische und soziale Schmerzfactoren zu ermitteln und zu behandeln [3].

Um die Qualität der pflegerischen Schmerzversorgung zu verbessern, wurde ein Schmerzmanagementkonzept und einen Pflegestandard entwickelt und im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie implementiert. Das Schmerzmanagement wurde so konzipiert, dass Patienten beim Settingwechsel keine Prozessumbrüche haben.

Das Schmerzmanagement

Im Rahmen der pflegerischen Anamnese wird jeder Patient nach Schmerzen gefragt. Bei Patienten, die Schmerzen äußern, wird ein initiales Schmerzassessment durchgeführt. Bei jedem Patienten mit anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen und einer Schmerzintensität $\geq 3/10$ wird das Schmerzmanagement eingeleitet.

Übergeordnet verfolgt das Schmerzmanagement folgende Ziele:

- Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität im physischen, psychischen und sozialen Bereich durch Schmerzreduktion und /oder Erreichen einer stabilen Schmerzsituation
- Entwicklung eines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses durch Wissensvermittlung und Psychoedukation

- Entwicklung einer differenzierten Selbst- und Schmerzwahrnehmung durch die Reflexion der individuellen Schmerzerfahrungen in Verbindung mit persönlichem Erleben
- Vermittlung effektiver Strategien der Schmerz- und Stressreduktion sowie adäquater Problemlöse- und Bewältigungsstrategien durch Beratung und Schulung
- Stärkung der Selbstmanagementkompetenz
- Medikamentenmanagement

Ausgehend von Schmerzursachen kann es individuell um Schmerz-, Stress- oder Angstregulation sowie um Veränderung der Bindungs- und Beziehungsmuster im Umgang mit sich selbst und anderen Menschen gehen.

Das Schmerzmanagement wird primär im Rahmen der Bezugspflege durchgeführt. Zusätzlich nehmen die Patienten an ausgewählten pflegerischen und therapeutischen Verfahren teil. Die Verfahren sind dem individuellen Bedarf jedes Patienten angepasst und werden in Einzel- oder Gruppentherapien durchgeführt (Tab.1). Die Gruppengrößen kann zwischen 2 und 12 Teilnehmern variieren.

Pflegeverfahren	Medizintisch-therapeutische Verfahren
Bezugspflege	Medizinische Visite
Therapeutisches Boxen	Physiotherapie
Imagination	Ärztlich-pflegerische Schmerzgruppe
Progressive Muskelrelaxation (PMR)	Rezeptive Musiktherapie
Achtsamkeit	Körpertherapie
Schmerzmanagementgruppe (Tagesklinik)	Sport – und Bewegungstherapie

Tabelle 1: Schmerzspezifische pflege-therapeutische Verfahren

Das Schmerzmanagement ist modular aufgebaut und in einem schmerzspezifischen Pflegeplan berücksichtigt. Jedes Modul hat eine klar definierte Zielsetzung und einen Arbeitsauftrag, wobei die Modulgrenzen fließend sind. Damit können die Modulhalte an die Individualität des Patienten angepasst werden.

***Modul 1: Schmerzanamnese, Schmerzdiagnostik, Schmerzbeobachtung.
Einführung in das Schmerzmanagement***

In diesem Modul wird mittels des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF) eine ausführliche Schmerzdiagnostik durchgeführt. Die Auswertungsergebnisse werden mit dem Patienten im Hinblick auf:

- Schmerzempfindung und Schmerzerleben
- Schmerzverständnis und Erklärungsmuster
- Schmerzursachen und Schmerzauslöser
- Linderungsmöglichkeiten und Behandlungserfahrungen
- Grad der Beeinträchtigung der Lebensqualität im physischen, psychischen und sozialen Bereich

validiert und individuelle Behandlungsziele formuliert.

Die Patienten bekommen eine Einführung in das Schmerzmanagement und in die Verfahren zur Schmerz- und Stressregulation. Im Anschluss werden die Patienten mit der Schmerzbeobachtung mittels Schmerzaffektstagebuch vertraut gemacht. Dieses ist ein weiteres Element des schmerzdiagnostischen Vorgehens, das zum Ziel hat, die Patienten für die Wahrnehmung biopsychosozialer Schmerzfactoren zu sensibilisieren und ihre unwirksamen Copingstrategien zu erkennen. In der Bezugspflege werden ihre Beobachtungen reflektiert und die Entwicklung selbstregulativer Kompetenzen unterstützt.

Modul 2: Psychoedukation, Beratung und Schulung

Ein wesentlicher Baustein für ein effektives Schmerzmanagement stellen psychoedukative Verfahren dar.

In der psychoedukativen Schmerzgruppe wird den Patienten Hintergrundwissen über bio-psycho-soziale Zusammenhänge des Schmerzgeschehens und zu Prozessen der zentralen Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung vermittelt und mit den persönlichen Erfahrungen jedes einzelnen Patienten verknüpft.

Die fachlich geleitete Reflexion biografischer und /oder situativer Schmerzerfahrungen hilft den Patienten, ihr gegenwärtiges Schmerzgeschehen zu verstehen, ihre Schmerzerfahrungen neu zu bewerten und in ihre Selbstkonzepte zu integrieren. Die Patienten entwickeln ein Bewusstsein für ihre innere Befindlichkeit und eine differenzierte Selbst- und Schmerzwahrnehmung. Sie lernen ihre eigenen biopsychosozialen Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen, zu erkennen und durch eigenverantwortliche Selbstfürsorge zu regulieren.

Je nach Entwicklungsstand und psychischer Beeinträchtigungen der Patienten kann die Psychoedukationsgruppe entweder strukturiert oder offen gestaltet werden. Bei strukturierten Gruppen kann in jeder Sitzung ein bestimmtes Thema besprochen werden. Bei offenen Gruppen sprechen Patienten ihre Themen an und reflektieren ihre Erfahrungen.

Modul 3: Selbstmanagementkompetenz

Dieses Modul dient der Festigung des erworbenen Wissens und der Fertigkeiten im Umgang mit Schmerzen. Im Rahmen der Bezugspflege werden die persönlichen Erfahrungen und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten reflektiert, Ressourcen gestärkt, die selbstregulativen Fähigkeiten und effektiven Bewältigungsstrategien verfeinert und gefestigt. Die Wirksamkeit des Schmerzmanagements wird vor der Entlassung mittels DSF-Verlaufsbogen evaluiert. Die Auswertungsergebnisse werden individuell mit dem Patienten validiert. Basierend auf diesen Daten wird der weitere Bedarf an Unterstützung eingeschätzt und die ambulante Versorgung geplant.

Ausblick und Reflexion

Mit der Einführung des pflegerischen Schmerzmanagements ist erreicht worden:

- Verbesserung der Pflegequalität durch Umsetzung der Anforderungen des Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) „Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen“
- Kompetenzentwicklung in der Schmerzdiagnostik und -behandlung bei allen Pflegefachpersonen durch interne Schulungen
- Optimierung des pflegerischen Leistungsangebots durch Einführung PEPP (Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) relevanter Einzel- und Gruppenverfahren, wie Achtsamkeit, PMR, Imagination und Therapeutisches Boxen in das Schmerzmanagement
- Integration des Schmerzmanagements in das interdisziplinäre Behandlungskonzept

Für die Zukunft wünschen wir uns Erfahrungsaustausch, denn gemeinsam können wir mehr!

Literatur

1. Boche R, Nestler N, Erlenwein J & Pogatzki-Zahn E. (2018). *Pflegerische Schmerzexperten an deutschen Kliniken Eine Erfassung zu Tätigkeitsprofilen und Aufgaben* <https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-017-0260-8> (Stand: 2.02.2018)
2. Kohnen, N. (2003). *Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen*. Ratingen: pvv <http://www.kohneninc.homepage.t-online.de/Schmerzbuch.pdf> (Stand: 11.02.2018)
3. Egle, U. T. & Zentgraf, B. (2014). *Psychosomatische Schmerztherapie – Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung*. Stuttgart: Kohlhammer.
4. Dimova, V, Lauterbach, S. (2010). *Chronische Schmerzen nach Operationen. Epidemiologie unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Risikofaktoren*. *AINS - Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 45 (7/08): 488-493 <https://www.thieme.de/de/ains/profil-1854.htm> (Stand: 15.02.2018)

10. „Darauf bauen wir“ – Praxisanleitung als Fundament für gute Arbeit

Margit Filsmaier, Harald Stefan

Einleitung

Praxisanleitung stellt eine verantwortungsvolle Tätigkeit dar und ist neben der theoretischen Ausbildung am schulischen Ort, zur Erlangung der vollständigen Einsatzfähigkeit in einem klinischen Team, ein wichtiger Beitrag in der Pflegeausbildung.

Die Anforderungen und Rahmenbedingungen für die Praxisanleitung erfordern ein klar beschriebenes Konzept, abhängig vom Praxisort. Praxisanleitung bedarf der intensiven Kooperation und Koordination mit den Teammitgliedern aller Berufsgruppen. Somit ist es wichtig, dass die Praxisanleitung über sehr gute Kommunikationskompetenzen verfügt, um Türen für Anzuleitende zu öffnen und Wege in der Ausbildung zu erschließen. Transparente und nachvollziehbare Rahmenbedingungen innerhalb der Organisation sind für die gelingende Praxisanleitung von besonderer Bedeutung und ermöglichen allen Beteiligten Orientierung und Handlungssicherheit. Der Vortrag gibt Einsicht in die Konzeption einer allgemein psychiatrischen Abteilung, wo die Praxiseinleitung, durch ihre professionelle Ausrichtung, einen wesentlichen Anteil nicht nur zur Ausbildung selbst, sondern auch zur Personalrekrutierung beiträgt.

Hintergrund und Herausforderung

Die Begrifflichkeit „Praxis“ ist aus dem lateinischen „praxis“ entlehnt, das aus dem griechischen „praxis“ stammt und von ihrer Bedeutung „das Tun, die Tätigkeit, die Handlungsweise, die Wirklichkeit“ beschreibt. Seit dem 17. Jahrhundert tritt es in der Bedeutung der Berufsausübung auf. (vgl. Duden 7, 1997, S. 548)

Der Begriff „Anleitung“ steht dafür „jemanden mit etwas vertraut zu machen.“ (vgl. Duden 7, 1997, S. 416)

Praxisanleiter sind Angehörige der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und sind am Praxisort dem Team des Gesundheitspersonals zugeordnet, mit der Aufgabe, die Studierenden/Lernenden in der Praxis zu unterstützen und sie mit der Praxis vertraut zu machen. Sie sind nicht Teil der Ausbildungseinrichtungen (Schule/ Universität), verfügen jedoch teilweise über eine Weiterbildung zur Praxisanleitung.

Der Anleitungsprozess als pädagogischer Prozess hat einen bestimmten Verlauf mit dem Ziel, die für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten von Auszubildenden zu entwickeln. Dafür benötigt der Anleitungsprozess eine Planung und eine Vorgehensweise, die es ermöglicht, dass Lernende einen Lerngewinn haben, eine Weiterentwicklung erleben und ihr Potential zur Entfaltung wahrnehmen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass das Gesundheitspersonal am Lernort (Station, Organisation) das Gefühl erfährt, einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung leisten zu können, da dies die Motivation steigert, sich in den Lernprozess aktiv einzubringen, indem z.B. Erfahrungswissen weitergegeben wird.

Lernen in der Pflegeausbildung, so auch im Teilbereich Praxis, stellt somit eine hohe Herausforderung an Praxisanleitende dar, diese übernehmen dabei gleichzeitig die unterschiedlichen Rollen Pflegespezialist, Pädagoge, Vertrauensperson, Mentor und Coach.

Für „gute Arbeit“ in der Praxisanleitung stehen viele Fragen, welche in einem Konzept Beantwortung finden sollten:

Wieviel Praxisanleitung braucht eine Organisationseinheit?

Wo werden die Studierenden/Lernenden abgeholt?

Wie funktioniert die Integration von Studierenden/Lernenden ins Team?

Wie werden Studierende/Lernende zu Kolleginnen/Kollegen?

Wie führt man Studierende/Lernende an Krisensituationen heran?

Welche messbaren Kriterien gibt es für gute Praxisanleitung?

Welche Kompetenzen müssen über das Curriculum hinaus angeboten und entwickelt werden?

Wie aussagekräftig sind Benotungen und beschreibende Bewertungsverfahren?

Reflexion

Über die Jahre hinweg konnten immer wieder ehemalige Schüler oder Studierende als neue Kollegen an den Stationen der Abteilung begrüßt werden, es gab auf jeden Fall mehr Bewerbungen als freie Plätze. Der überwiegende Anteil der Studierenden/Lernenden gaben sehr gute Urteile über die Station im Rahmen der Feedbackbögen ab und ließen sich auf eine Bewerbungsliste setzen.

Erwähnenswert ist, dass praktizierende Studierende/Lernende der Generalistenausbildung nach dem Praktikum oftmals die Entscheidung für eine weiterführende Spezialausbildung im Fach Psychiatrie treffen.

Wie kommt es zu diesen Outcomes? Was muss die Praxisanleitung bzw. die Praxisstelle bieten, um diese Ergebnisse (gute Arbeit) fortführen zu können? Welches Erfahrungswissen bringen Teammitglieder zu gewissen Themen ein, die nicht direkt als Praxisanleiterin/Praxisanleiter tätig sind? Wie werden diese Bildungsprozesse in der täglichen Arbeit mit Studierenden/Lernenden eingebracht?

Daten und Informationen zu diesen Angaben werden im Vortrag präsentiert.

Zielsetzung des Vortrags

Vorgestellt werden:

- Praxisanleitungskonzept einer allgemein psychiatrischen Aufnahmestation.
- Daten von Erst-, Zwischen- und Endgesprächen mit Studierenden/Lernenden sowie Feedbackbögen von November 2014 bis Dezember 2017.

- Gesammelte Mitschriften aus Gesprächen mit anderen Praxisanleiterinnen/Praxisanleitern.

Literatur

1. *Gaggl, Markus: Praktische Anleitung - das Verständnis von Praxisanleiter und Praxisanleiterinnen in der Gesundheits- und Krankenpflege - eine qualitative Untersuchung, Universität Wien, Pädagogik, Diplomarbeit, Wien 2010*
2. *Duden Band 7, Dudenverlag Mannheim – Zürich*
3. *Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV) aus: Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-*
4. *Ausbildungsverordnung, 2018.*
5. *Schewior-Popp, Susanne: Lernsituationen planen und gestalten – Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext, Thieme-Verlag, 1998*
6. *Kompetenz- und Qualitätsnachweis 2016*
7. *Mamerow, Ruth: Praxisanleitung in der Pflege, Springer-Verlag, 2006*

11. Woher wissen wir, dass wir gut sind? – Transparenz durch Pflegedokumentation

Madlen Fiebig, Uwe Kropp, Josefin Formella, Dirk Hunstein

Hintergrund

In der psychiatrischen Pflege wächst der Bedarf, Informationen zum Patientenzustand strukturiert zu erfassen, um Behandlungsverläufe sowie Ergebnisqualität darstellen zu können. Dies wurde bisher erschwert, weil Patienteneinschätzungen vorwiegend unsystematisch und einrichtungsindividuell vorgenommen wurden. „Die Einschätzung und Dokumentation von Phänomenen wie Angst, Appetitlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Schmerz oder Spannungen mit Hilfe standardisierter Instrumenten ist für Pflegefachpersonen noch nicht selbstverständlich“ [1].

Viele erfahrene Pflegefachpersonen haben zwar die Fähigkeit, Problembe-
reiche schnell und präzise in einem Patientengespräch zu erfassen (z.B. Steinauer, 2012). Zunehmend gibt es aber die Tendenz, die subjektive Beurteilung durch pflegewissenschaftlich standardisierte Instrumente abzusichern.

Die Methode epa („ergebnisorientiertes PflegeAssessment“) stellt mit ihren standardisierten Basis-Assessmentinstrumenten ein solches Konzept zur Verfügung. Im Vortrag werden die Möglichkeiten und die Anwendung des epaAC (epa-Basis-Assessment AcuteCare) am Beispiel der psychiatrischen Praxis des Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)/ Friedrich von Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin (FvBK) diskutiert und das auf den Erkenntnissen des Praxiseinsatzes neu entwickelte Instrument epaPSYC vorgestellt.

Die Methode epa ist ein Datenmodell zur Pflegeprozessdokumentation, Prozess-Steuerung und Kennzahlengenerierung aus Routinedaten. Sie ist Ergebnis eines Praxis-Forschungsprojekts, das im Jahr 2002 begonnen wurde und das von der Firma ePA-CC GmbH (kurz: epaCC) weiterentwickelt wird.

Die Umsetzung der Methode epa erfolgt primär mit den Basisassessments epaAC, epaKIDS, epaLTC, epaPSYC und epaHC* (*in Vorbereitung). Diese Instrumente ermöglichen es Pflegefachpersonen, den pflegerlevanten Zustand von Patienten mittels Punktwerten systematisch einzuschätzen. Diese Einschätzung ist die Basis für die klinische Entscheidungsfindung im pflegediagnostischen Prozess.

Dabei sind die Assessmentinstrumente der epa-Familie in ihrer Struktur über alle Versorgungsbereiche hinweg einheitlich und damit vergleichbar.

Die Methode epa ist so konzipiert, dass die Situation vor Krankenseintritt mit denselben Kriterien erhoben wird wie die aktuelle Situation im Krankenhaus. Darüber hinaus können unmittelbar im Basisassessment Pflegeziele angegeben werden, die es ermöglichen, den Erfolg der Pflege zu messen. Durch diese Integration aller relevanten Informationen kann die Pflegefachperson bereits während einer Einschätzung den Erfolg der bisher erbrachten Pflegemaßnahmen evaluieren und erhält eine fundierte Entscheidungshilfe, ob sie den Pflegeplan anpassen muss oder nicht.

Die Ergebnisse einer Einschätzung werden anschließend für die Pflegeplanung und zur Pflegeprozessdokumentation verwendet. Eine Besonderheit der Methode epa ist, dass am Ende des Einschätzungsprozesses automatisch epa-Diagnosen (Pflegediagnosen gemäß der international gültigen Norm ISO 18104) generiert werden, was zunächst den Schulungsaufwand und nachfolgend den Dokumentationsaufwand minimiert.

Aus den Daten, die bei der Umsetzung des Pflegeprozesses notwendigerweise anfallen, werden durch die Basisassessments der Methode epa neben einer automatischen Risiko-Ableitung auch Daten generiert, die für die weitere Prozess-Steuerung genauso wichtig sind wie für die Abrechnung oder für Managementzwecke.

Problemstellung & Vorgehen

In diesem Vortrag wird am Beispiel des ergebnisorientierten PflegeAssessments AcuteCare (epaAC) über die Erfahrungen aus dem FvBK mit dem Ein-

satz eines standardisierten Instrumentes zur Patientenzustandserfassung berichtet. Die FvBK arbeitet seit Januar 2014 mit dem epaAC und erfasst so routinehaft und standardisiert den Patientenzustand zu mehreren Zeitpunkten während eines Klinikaufenthaltes. Das KEH nutzt epaAC als standardisiertes Instrument seit 2016 in allen stationären und teilstationären Einheiten der psychiatrischen Klinik.

Mit den Assessmentinstrumenten der Methode epa wird die Komplexität einer Pflegesituation eingeschätzt, d.h. gemessen. Gemäß Benner erhalten alle Handelnden jeweils Informationen so, wie sie sie in Abhängigkeit von ihrer Kompetenzstufe benötigen: Ausdifferenzierte Information für die Novizin, Übersichten für die Expertin [2].

Dadurch, dass in der Methode epa Patientenfähigkeiten und –zustände in Zahlenwerte transformiert werden, werden im Einschätzungsprozess neben dem aktuellen Patientenzustand auch immer die Veränderungen und erzielten Ergebnisse dargestellt. So hat die Pflegefachperson patienten- und pflegesensitive Ergebnisse und damit die Wirksamkeit ihrer Interventionen jederzeit im Blick.

Bei der Anwendung des epaAC in der stationären Psychiatrie zeigte sich, dass das grundsätzliche Konzept gut anwendbar ist, die spezifischen Besonderheiten psychiatrisch Erkrankter aber nur in Teilen abgebildet werden.

Bisher stand im deutschsprachigen Raum kein standardisiertes Basisassessment zur Verfügung, das speziell für den Einsatz in der psychiatrischen Pflege entwickelt wurde. Für die Einschätzung psychiatrischer Phänomene oder von Teilaspekten existieren einzelne Instrumente bzw. Skalen, wie z.B. zur Einschätzung eines Suizidrisikos. Dies führt jedoch zu einer Fragmentierung der pflegefachlichen Beurteilung von Patientenmerkmalen, da die Erfassung für jeden Teilaspekt in unterschiedlichen Medien und nach unterschiedlichen Konzepten erfolgt und unterschiedliche Methoden zur Anwendung kommen: standardisierte Skalen oder Freitexte.

Vor diesem Hintergrund wurde die Methode epa weiterentwickelt und um ein weiteres Instrument ergänzt: epaPSYC (Psychiatric Care). Das Instrument

epaPSYC integriert zentrale pflegerelevante Patientenmerkmale der Psychiatrie – einschließlich Kinder- und Jugend- sowie Gerontopsychiatrie in einem Instrument.

Bei der Entwicklung des epaPSYC waren neben dem zentralen epa-Entwicklerteam Pflegeexpertinnen und -experten der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (CH), dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge/ Friedrich von Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin (D) und der Vitos Weil-Lahn Klinik in Weilmünster (D) beteiligt.

In allen drei Kliniken wurde eine klinische Testung des epaPSYC hinsichtlich Praktikabilität, Vollständigkeit und Verständlichkeit in 120 Patientensituationen über alle Bereiche einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtbereich, Forensik und bei Patienten mit den unterschiedlichsten Diagnosen hinweg durchgeführt.

Neben der Ressourcenorientierung und der Berücksichtigung der Zukunftsperspektive wurden aktuelle Konzepte, wie zum Beispiel der Recovery-Ansatz in das epaPSYC integriert.

- Integration des Recovery-Ansatzes (z. B. [3, 4])
- Berücksichtigung der subjektiven Perspektive der Patienten zum Erleben ihrer Situation
- Standardisierte Erfassung mittels Punktwerten – ausdifferenziert durch optionale Freitexteinträge
- Integrierter Indikator „Abklärungserfordernis Suizidalität“ (mit automatischer Vorbefüllung
- der Nursing Global Assessment for Suicide Risk NGASR)
- Integrierter Indikator „Abklärungserfordernis Gewaltpotenzial“ (mit automatischer Vorbefüllung der Brøset Violence Checklist BVC)
- zeigt über Punktwerte des SelbstfürsorgeIndex (SFI), in wie weit eine Person die Fähigkeit besitzt, für sich selbst Sorge zu tragen, d.h. ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und gut mit sich umzugehen

- integriertes Notfallassessment (epaPSYC-EM)
- integriertes Zusatzmodul Gerontopsychiatrie (epaPSYC-B+)
- psychiatrie-spezifische Ausweitungsmöglichkeiten (z. B.: Stationsatmosphäre, SelbstFürsorgeIndex zur Steuerung von Personalressourcen)

Nahezu alle heutigen (Pfleger-)Dokumentationssysteme sind ausschließlich für die Informationsweitergabe von einer Pflegefachperson zur nächsten konzipiert. Auswertungen, die über die unmittelbare Patientenversorgung hinausgehen, sind nicht weit verbreitet.

Die Methode epa bietet die Möglichkeit, Routinedaten für Sekundäranalysen zu nutzen. Die Daten und Informationen aus der pflegerischen Routinedokumentation werden so aufbereitet, dass sie auf verschiedenen Ebenen und für die unterschiedlichsten Akteure als handlungsorientiertes Wissen zu Verfügung stehen.

Diskussion

Standardisierte Instrumente unterstützen die klinische Entscheidungsfindung. Allerdings können auch sie immer nur einen Teil der „Wahrheit“ erfassen. Nicht alles lässt sich vermessen, und ansprechend präsentierte Informationen wie Verlaufskurven sind per se keine Wahrheit, auch wenn es so scheinen mag. Die Pflegefachperson wird im diagnostischen Prozess niemals aus ihrer fachlichen Expertise und abschließenden Entscheidung entlassen.

In dem Vortrag werden die Vor- und Nachteile der Methode epa im praktischen Einsatz der Psychiatrie diskutiert. Abschließend werden die Möglichkeiten und der Umgang mit den gewonnenen standardisierten Informationen erörtert.

Um zu wissen, wie gut wir sind, benötigen wir Daten und – im Sinne der Vergleichbarkeit – einheitliche Konzepte. Mit der Methode epa und ihrem Instrument epaPSYC steht ein praxisnaher Ansatz zur Verfügung: Transparenz durch innovative Pflegedokumentation.

Literatur

1. Steinauer R. (2012): *Pflegende müssen überzeugt sein - Reflektierter, sinnvoller Einsatz von Assessmentinstrumenten. Psych Pflege 2012; 18(02): 74-78. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York.*
2. Benner, P. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern u.a.: Hans Huber.*
3. Kammer-Spohn, M. (2013). *Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. Schweizerische Ärztezeitung, 94(38), 1450-1452.*
4. Watkins, P. N. (2009). *Recovery - wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. Bern: Huber.*

12. Recovery in der APP - die praktische Umsetzung. Ein Austausch

Udo Finklenburg

Seit einigen Jahren ist das Konzept Recovery in aller Munde, und viele psychiatrisch Pflegende können sich ihren Berufsalltag ohne eine Recovery - Haltung nicht mehr vorstellen. Innerhalb der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) kommt es auch vermehrt zu der Einsicht, dass verantwortungsvolle APP ohne Recovery gar nicht möglich ist...

Im Hinblick auf das Tagungsthema "Gute Arbeit" möchte ich eine Diskussion initiieren, in der in der APP Tätige ihre Vorgehensweise vorstellen und sich gegenseitig über Möglichkeiten und Grenzen austauschen können.

Dabei steht weniger zur Diskussion, was „gut“ oder „schlecht“ ist, sondern vielmehr der Austausch der Beweggründe, weshalb z.B. der eine auf den Wunsch des Klienten nach Ferien ein geschütztes Angebot organisiert oder die andere sich auf die an den Klienten gestellte Frage beschränkt, was der Klient denn brauche, um In Urlaub fahren zu können.

Auch eine Ebene ist es z.B., um es das persönliche Recovery fördert, wenn der Klient ermutigt wird, die fehlenden Kochkenntnisse an einer Volkshochschule zu erwerben oder ist ihr mehr gedient, wenn eine geführte Klientengruppe als Kochkurs fungiert.

Auf die und ähnliche Themen gibt es keine klare Antwort auf die Frage nach „guter Arbeit“, aber vielleicht finden wir Kriterien, welche uns in der täglichen Arbeit weiterhelfen.

Fragestellung

Gibt es den „goldenen“ Recovery – Weg?

Ablauf / Gestaltung

In Anbetracht der kurzen, zur Verfügung stehenden Zeit und nach einem kurzen Input gebe ich die Diskussion frei und wirke als Diskussionsleiter, Stichwortnotierer und gegebenenfalls erneut als Inputgeber.

Zum Schluss sollte eine Essenz des Diskutierten als „Take home“ Message den Teilnehmern zur Verfügung stehen...

Lernziele

Die APPLer können mit ihrer Berufserfahrung, ihrem Fachwissen und den vielfältigen Möglichkeiten ihres Arbeitsumfeldes (in den realen Lebenswelten der Klienten) besser als in vielen anderen Settings eine Recoveryhaltung leben.

Die Umsetzung ist dabei so individuell wie die Anwender selber.

Dieser Diskussionsanlass soll die Teilnehmer ermutigen, sich aktiv mit ihrer Recoveryhaltung in ihrem Arbeitsumfeld auseinanderzusetzen und sie inspirieren, neues auszuprobieren.

13. Stärkung des Theorie-Praxis-Transfers in der praktischen Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann mit Fokus Psychiatrie

Bernhard Galli

Hintergrund

Die Ausbildung der Pflegenden mit Fokus Psychiatrie im Kanton Bern verteilt sich auf drei Lernorte. Der Lernort Schule (1. Lernort) dient zum Erwerb von Wissen, theoretischen Grundlagen und grundlegenden Fertigkeiten. Der Lernort Praxis, z.B. die Station (2. Lernort) dient der Umsetzung dieser Grundlagen im Arbeitsalltag.

Der Lernort Lernen-Training-Transfer (LTT, der 3. Lernort) ist Teil der Praxisausbildung und hat zum Ziel, den Theorie-Praxis-Transfer gezielt zu stärken. Das Konzept für diesen Lernort [1] sieht vor, dass Experten und Expertinnen aus der Pflegepraxis als Lehrpersonen mit den Studierenden ausserhalb ihres Praxisfeldes in spezifischen Lernsettings Problemstellungen und Fragen aus dem Praktikumsalltag reflektieren und bearbeiten.

Problemstellung

Die Evaluationsergebnisse zeigen seit längerem, dass sich das Unterrichts-geschehen am 3. Lernort von demjenigen des 1. Lernorts Schule kaum unterscheidet. Anstelle der Transferförderung wird vor allem theoretisches Wissen aufgearbeitet und vermittelt. Die Praxisfragen der Studierenden werden nur teilweise mit geeigneten Methoden bearbeitet. Dadurch wird die eigentliche Zielsetzung der Transferförderung am 3. Lernort verfehlt.

Interne Analysen zeigen, dass die Gründe dafür hauptsächlich in den lernbiografischen Erfahrungen, der pädagogischen Ausbildung sowie der Sozialisation der Lehrpersonen des 3. Lernorts liegen. Diese greifen mehr oder weniger bewusst auf verinnerlichte Unterrichtsmodelle und -methoden ihrer eigenen Schul- und Ausbildungszeit zurück, in denen der Transfer kaum

thematisiert wurde. Zudem berücksichtigt auch die pädagogische Ausbildung die Methoden der Transferförderung zu wenig.

Ziele

Das Praxisprojekt hat zum Ziel, den Unterricht am 3. Lernort konsequent auf den Theorie-Praxis-Transfer hin auszurichten. Es sind transferfördernde Lernsettings zu entwickeln, angepasste Rahmenbedingungen zu schaffen und umzusetzen.

Vorgehen

Im ersten Schritt erarbeitet die Projektgruppe praxiserfahrener Pflegefachpersonen Lernsettings und methodisch-didaktische Grundlagen, welche den Theorie-Praxis-Transfer am 3. Lernort fördern. Diese werden von den Mitgliedern der Projektgruppe im Unterricht selber erprobt. Die gesammelten Erfahrungen fließen in das Projekt ein und dienen als Grundlage, differenziertere Konzepte mit Unterrichtsleitlinien und Hilfsmitteln zu entwickeln.

Ergebnisse/Erfahrungen

Erste Erfahrungen zeigen, dass die Studierenden die neuen Unterrichtsansätze (z.B. Vorbereitungsaufträge) positiv einschätzen. Ihr Lernbedarf wird direkt bearbeitet, sie erhalten Antworten zu ihren Fragen und Unklarheiten in der Ausbildungspraxis. Die Methoden des problemorientierten Lernens sowie der Fallbesprechungen werden besonders geschätzt.

Für die Unterrichtenden bedeutet die Neuorientierung eine Herausforderung. Sie sind gefordert, bisherige Konzepte zu hinterfragen und sich neu zu orientieren. Die schrittweise Erprobung und ersten Erfahrungen werden jedoch auch von ihnen positiv beurteilt.

Diskussion

Die Stärkung des Transfers bildet eine wichtige Voraussetzung für die praktische Ausbildung der zukünftigen Berufskolleginnen und -kollegen. Der 3. Lernort bietet die Möglichkeit, ausserhalb des häufig hektischen Praxisall-

tags Erfahrungen unter fachkundiger Begleitung zu reflektieren und erlebte Situationen als Lernanlass zu nutzen. Auf diese Weise erweitern und festigen die Studierenden ihre beruflichen Kompetenzen für die zukünftige Berufstätigkeit.

Schlussfolgerungen

Der eingeschlagene Weg wird aufgrund der ersten Erfahrungen weiterverfolgt. Die schrittweise Anpassung der Lernsettings ermöglicht den Lehrpersonen aus der Praxis und den Studierenden, sich mit den veränderten Inhalten und Lernformen auseinander zu setzen. Die ersten Semesterevaluationen werden die Resonanz der Veränderungen differenzierter aufzeigen.

Literatur

1. *Trägerschaftskonferenz LTT Praxis Pflege HF Kanton Bern (2017). Konzept für den Lernbereich Training und Transfer Praxis (LTT Praxis) in der Diplompflegeausbildung HF im Kanton Bern.*

15. PflENA – Pflegerische Nachsorge in der Alterspsychiatrie

Achim Göhring, Karin Finsterle, Barbara Boßler

Hintergrund

Ein Aufenthalt in einem Krankenhaus, ist für Menschen mit einer alterspsychiatrischen Erkrankung ein großer Einschnitt in deren Alltag. Nicht nur die Genesung einer Erkrankung, sondern auch der abrupte Abbruch aus dem Alltagsleben sind dabei große Herausforderungen. Stellt sich zusätzlich die Frage, ob eine Entlassung nach Hause noch möglich ist, kann dies viele Unsicherheiten hervorrufen.

Darum sind das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V und der Expertenstandard Entlassmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege (DNQP) wichtige Instrumente für Krankenhäuser, um Patientinnen und Patienten eine nahtlose Versorgung im Anschluss der Krankenhausbehandlung zu gewährleisten [1, 2].

Auch die alterspsychiatrische Akutstation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP) des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg, Region Alb-Neckar stellt sich den Herausforderungen des Entlassmanagements.

Das Entlassmanagement wird dort dreijährig überprüft und unter Umständen optimiert.

Problemstellung

Bei der Überprüfung der Entlasszahlen der alterspsychiatrischen Akutstation im Jahr 2016 wurden für Patientinnen und Patienten, die aus dem häuslichen unbetreuten Umfeld aufgenommen wurden folgende Entlasszahlen im Krankenhausinformationssystem festgestellt:

Aufnahmen aus dem häuslichen unbetreuten Umfeld aller Zugänge:

- 2014 61,6%

Davon Entlassungen nach Hause:

- 2014 44,2%

Aufnahmen aus dem häuslichen unbetreuten Umfeld aller Zugänge:

- 2015 59,9%

Davon Entlassungen nach Hause:

- 2015 29,6%

Ungefähr die Hälfte der Aufnahmen aus dem unbetreuten häuslichen Umfeld wurde 2014 und 2015 in eine stationäre Wohnform entlassen. Im Sinne des Entlassmanagement wurde darin ein Optimierungsbedarf abgeleitet und überlegt, wie sich Verbesserungen für diese Patientengruppe gestalten lassen könnten.

Daraufhin wurde das Projekt „**Pflegerische** **Nachsorge** in der **Alterspsychiatrie** (PfleNA)“ initiiert. Es sollten Überlegungen stattfinden, um Entlassungen in eine stationäre Wohnform zu minimieren.

Ziele

Verbesserung des Entlassmanagements für Menschen, die unbetreut von zu Hause kommen:

- Poststationäre Versorgungsrisiken definieren und minimieren
- Prozessorientierte Versorgungsstrukturen schaffen, Sicherstellung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung

Qualitätssteigerung: Erhöhung der Entlassungen nach Hause

Stärkung der Selbst- und Dependenzpflegekompetenzen der betroffenen Personen und deren Angehörigen

Vorgehen

Rahmenbedingungen:

Für das Projekt PflENA wurde im Juli 2016 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (AG) gegründet. Teilnehmende der AG sind die pflegerische Stationsleitung als Projektleitung, die ärztliche Abteilungsleitung, die pflegerische Abteilungsleitung, sowie eine psychiatrische Fachpflegerin und eine Pflege-

expertin. Eine psychiatrische Fachpflegerin und eine Pflegeexpertin erarbeiten das Konzept und wurden jeweils zu 50% als Mitarbeitende in Pflena eingesetzt.

Start für die Patientinnen- und Patientenbegleitung war der 01.01.2017. Zielgruppe sind Patientinnen und Patienten, die aus einer unbetreuten häuslichen Situation aufgenommen werden. Es sollen Hausbesuche nach Entlassung für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige angeboten werden. Die Hausbesuche sollen innerhalb drei Monate, drei bis vier Mal stattfinden. Kostenträger für das Projekt ist die Klinik.

Entlassmanagement für Menschen, die unbetreut von zu Hause kommen

Für die Zielgruppe wurde exemplarisch die Versorgungssituation mittels Fallanalysen herausgearbeitet. Anhand des Selbst- bzw. Dependenzpflegebedarfs, sowie des Zieles der „Gewährleistung und Förderung einer kontinuierlichen Selbst- bzw. Dependenzpflege“ wurden poststationäre Versorgungsrisiken entsprechend des DNQP herausgearbeitet und ein Leistungskatalog für Pflena erstellt [3, 2].

Poststationäre Versorgungsrisiken

Folgende poststationäre Versorgungsrisiken konnten für die Zielgruppe herausgearbeitet werden:

- Fehlende Tagesstruktur
- Kognitive Einschränkungen:
- Überlastungssituation der Bezugspersonen
- Medikamenteneinnahme ist nicht gewährleistet
- Vereinsamungsgefahr
- Antriebslosigkeit
- Angstattacken
- Verhaltensveränderungen
- Wahnhafte Veränderungen
- Suchtmittelabhängigkeit

- DrehtürpatientIn (Gefahr der Hospitalisierung)

Die Versorgungsrisiken sind Indizien, dass Versorgungslücken zu Hause vorliegen und Hilfestellung benötigt wird.

Leistungsangebot

PfleNA stellt sich als Dienstleister für Beratungen und psychosoziale Interventionen vor. Leistungsangebote zielen darum einerseits auf die Sensibilisierung der Situation. Andererseits können betroffene Personen und deren Angehörige Bewältigungsformen kennenlernen, um besser mit der Erkrankung oder Situation umzugehen.

PfleNA-Patientinnen und -Patienten

Patientinnen und Patienten, die für eine PfleNA-Versorgung in Frage kommen, sind folgenden Kriterien zuzuordnen:

- Adhärenz der Patientin / des Patienten
- Patientin / Patient möchte wieder nach Hause
- Bezugsperson in unmittelbarer Umgebung vorhanden
- kommt im häuslichen Umfeld, trotz diverser Einschränkungen, zurecht.
- Ressourcen sind erkennbar
- Medizinische Versorgung ist gewährleistet bzw. organisierbar (Hausarzt, PIA, niedergelassener Psychiater)

Ergebnisse / Erfahrungen

Nachdem die ersten sechs Monate durchgelaufen waren, wurde das Projekt von der dualen Klinikleitung bis Ende des Jahres 2017 verlängert. Zwischenzeitlich wurde das Projekt noch ein weiteres Mal, bis Ende 2018, verlängert.

Qualitätssteigerung

Nachdem die Zahlen für 2017 überprüft wurden, waren keine signifikanten Verbesserung der Entlassungen nach Hause erkennbar: 60,7 % der Aufnahmen kamen aus dem unbetreuten häuslichen Umfeld. 48,3 % wurden wie-

der nach Hause entlassen. Die Zahlen werden weiterhin regelmäßig überprüft.

Poststationäre Versorgungsrisiken

Die Zuordnung der poststationären Versorgungsrisiken wurde in den ersten sechs Monaten erfasst. Es konnten mehrere Versorgungsrisiken einem Patienten oder einer Patientin (n=30) zugeordnet werden:

- Fehlende Tagesstruktur	20%
- Kognitive Einschränkungen:	14,2%
- Überlastungssituation der Bezugspersonen	12,3%
- Medikamenteneinnahme ist nicht gewährleistet	9,6%
- Vereinsamungsgefahr	9,0%
- Antriebslosigkeit	7,7%
- Angstattacken	7,7%
- Verhaltensveränderungen	7,1%
- Wahnhafte Veränderungen	6,5%
- Suchtmittelabhängigkeit	3,8%
- DrehtürpatientIn (Gefahr der Hospitalisierung)	1,9%

Leistungsangebot

2017 wurden 22,98% der Patientinnen und Patienten der alterspsychiatrischen Akutstation in das PflENA-Projekt aufgenommen. Es fanden insgesamt 245 Kontakte in 285 Stunden statt:

PflENA-Patientinnen und -Patienten

In den ersten sechs Monaten wurden alle Patientinnen und Patienten, die von zuhause aufgenommen wurden (n=63), anhand des Kriterienkatalogs eingestuft. Davon wurden 30 Patientinnen und Patienten (47% der Aufnahmen von zuhause) als mögliche PflENA-Patientinnen und -Patienten eingestuft. Davon wurden letztendlich 19 Patientinnen und Patienten von den PflENA-Mitarbeiterinnen betreut. Es stellte sich heraus, dass es meist sinn-

voller ist, im interdisziplinären Team zu entscheiden, anstelle des Kriterienkatalogs, ob eine Patientin / ein Patient für PflENA geeignet ist.

Diskussion

Letztendlich können die Zahlen eine Verbesserung des Entlassmanagement nicht bestätigen. Die Tatsache, dass sich die Zahlen nicht signifikant verbessert haben, kann jedoch die Sinnhaftigkeit des Projektes nicht verleugnen. Während des Projektes hat sich gezeigt, dass einerseits die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten, deren Entlassungsart nicht gleich bei Aufnahme geklärt werden kann, ambulant nicht ausreichend versorgt werden kann: das Einzugsgebiet der KPP liegt hauptsächlich im ländlichen Raum. Gerade alterspsychiatrische Strukturen sind nicht ausreichend vorhanden, um diese Zielgruppe optimal ambulant zu betreuen. Andererseits sammelt das interdisziplinäre Team der alterspsychiatrischen Akutstation als Entscheidungsgremium, ob eine Patientin oder ein Patient wieder nach Hause entlassen werden kann, noch Erfahrungswerte, um gerade diese Zielgruppe wieder verantwortungsvoll nach Hause zu entlassen. Desweiteren öffnete sich das Projekt für alle Patientinnen und Patienten aus dem ambulanten Setting, da sich die Betreuung nach der Entlassung für betroffene Personen und deren Angehörige als sinnvoll erweist, damit einem Umzug in eine stationäre Wohnform langfristig entgegengewirkt werden kann. Um den Menschen ausreichend Sicherheit in der Bewerkstelligung des alterspsychiatrischen Pflegebedarfs zu vermitteln, zeigte sich zudem recht früh, dass eine Begleitung durch PflENA von drei Monaten mit drei bis vier Hausbesuchen für eine Vermittlung der Pflegekompetenzen sehr knapp bemessen ist.

Schlussfolgerung

Ansprechpartner zu haben, gerade zu Zeiten, in denen der Alltag durch eine Krise stark beeinträchtigt wurde, kann Menschen aus einer ambulanten Wohnsituation Sicherheit geben, sich wieder zu Hause zurecht zu finden. Fehlende ambulante alterspsychiatrische Strukturen können somit zwar nicht ersetzt werden, bieten jedoch eine Chance die Situation zu stabilisie-

ren. Letztendlich ist die Finanzierung nicht geklärt, Kostenträger sollten das Angebot als Ressource betrachten, um Folgekosten einer alterspsychiatrischen Erkrankung zu minimieren. Es wäre zudem zu überlegen, das Angebot auf stationäre Wohnformen zu erweitern.

Literatur

1. *Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BV Med) 2015: Der neue § 39 Absatz 1a SGB V – Eine Auslegungshilfe. Online unter (02.07.2018): <https://www.bvmed.de/download/positionspapier-entlassmanagement-abgest-ag-170915-auslegungshilfe.pdf>.*
2. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege; 1. Aktualisierung 2009*
3. *Taylor, S.G.; Renpenning, K., Bekel, G. (dt. Hrsg.) (2013): Selbstpflege – Wissenschaft, Pflegelehre und evidenzbasierte Praxis. Hans Huber Verlag, Bern.*

16. Entwicklung eines nutzer/-innenorientierten Pflege- und Versorgungskonzeptes für suchterkrankte Menschen mit Pflegebedarf

Lennert Griese, Thomas Kleina, Annett Horn

Hintergrund

Die Lebenserwartung von Konsument/-innen illegaler Substanzen ist international gestiegen, sodass von einer wachsenden Zahl älterer und mitunter pflegebedürftiger Personen mit Abhängigkeitserkrankungen ausgegangen werden kann. Europaweit befindet sich ein nicht unerheblicher Teil der Betroffenen mittlerweile in einem Alter zwischen 40 und 60 Jahren [1] und auch hierzulande wird vermutet, dass die Anzahl älterer, mitunter pflegebedürftiger Personen mit Abhängigkeitserkrankungen in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird [2]. Charakteristisch für diese Zielgruppe ist, dass sie früher als die durchschnittliche Normalbevölkerung – oftmals schon ab dem 40. Lebensjahr – an altersbedingten Beeinträchtigungen und Alterserkrankungen, wie Diabetes oder Erkrankungen des Bewegungsapparates, leiden [3]. Hinzu kommen die unmittelbaren körperlichen Folgen des Drogenkonsums, die das Risiko eines frühzeitigen Unterstützungsbedarfes erhöhen. Darüber hinaus leidet ein erheblicher Teil älterer Suchterkrankter unter psychischen Einschränkungen. Depressionen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen bilden häufige Komorbiditäten der Suchterkrankung [4].

Mit dieser Entwicklung haben die hiesigen Versorgungsstrukturen nicht ausreichend Schritt gehalten und herkömmliche Einrichtungen der Altenpflege sehen sich mit dem vergleichsweise neuen Phänomen opioidabhängiger Personen mit Pflegebedarf weitgehend überfordert [5]. Dem erheblichen Bedarf der Zielgruppe stehen somit nur unzureichende oder zielgruppenferne Versorgungskonzepte gegenüber, die eine nutzer/-innenorientierte pflegerische Versorgung erschweren [6].

Zielsetzung und Fragestellung

Mit dieser Untersuchung sollen einerseits Informationen über die derzeitige Versorgungssituation suchterkrankter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere opioidabhängiger Personen generiert werden. Andererseits stehen die Vorstellungen und Einstellungen Opioidabhängiger, mit dem sie dem Thema Pflege begegnen, im Erkenntnisinteresse.

- Welche Defizite und Barrieren determinieren die pflegerische Versorgung Suchterkrankter?
- Welche Vorstellungen haben langjährig opioidabhängige Personen von einem Leben in Pflegebedürftigkeit?

Methode und Material

Zur Realisierung der Zielsetzung erfolgte zunächst eine Literaturrecherche bestehender Versorgungskonzepte und –strategien. Ergänzend dazu wurde eine Analyse des Unterstützungsbedarfs der anvisierten Nutzer/-innengruppe sowie der vorhandenen Ausgangs- und Rahmenbedingungen durchgeführt. Dazu wurden 22 professionelle Akteure mittels qualitativer Expert/-inneninterviews zu ihren Einschätzungen zur Versorgungssituation Suchterkrankter mit Pflegebedarf in Einzel- und Gruppeninterviews befragt. In einem weiteren Schritt wurden 10 leitfadenorientierte Interviews mit langjährig opioidabhängigen Menschen in ihrem gewohnten Umfeld geführt. Die Interviews wurden tontechnisch aufgezeichnet bzw. im Anschluss des Interviews protokolliert, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet [7, 8].

Ergebnisse

Die professionellen Akteure/-innen berichten sowohl von strukturellen Barrieren als auch von hohen Anforderungen auf Personal- und Versorgungsebene. Insbesondere die somatischen und psychiatrischen Bedarfslagen der Nutzer/-innen, Unsicherheiten bei der Organisation suchtspezifischer Pflegearrangements sowie bestehende Vorbehalte gegenüber Suchterkrankten

hemmen die Bereitschaft herkömmlicher Einrichtungen, die Zielgruppe zu versorgen. Anbieter ambulanter psychiatrischer Pflege scheinen dagegen vermehrt an der Versorgung langjährig Suchterkrankter beteiligt zu sein. Darüber hinaus bilden fehlende zielgruppenspezifische Angebote der pflegerischen Langzeitversorgung sowie ein bisher unkoordinierter Austausch von Sucht- und Altenhilfe Defizite, die eine nutzer/-innenorientierte Versorgung der Zielgruppe aus Expert/-innensicht erschweren.

Dem Hilfebedarf Suchterkrankter steht der stark ausgeprägte Wunsch nach Autonomie und Akzeptanz gegenüber, dem innerhalb der Versorgung nur geringfügig Rechnung getragen wird. Zum einen sind Nutzer/-innen auf Grundlage ihres oftmals geringeren Alters und atypischen Lebensbiographien nur schwer in herkömmlichen Pflegeheime integrierbar, zum anderen widersprechen die oft normierten Angebote den Vorstellungen älterer Suchterkrankter. Die Ergebnisse verweisen zudem auf die wenig tragfähigen sozialen Netze der Befragten, die eine Bewältigung der Pflegesituation erschweren. Die Präferenzen in Bezug auf das Thema Pflege unterscheiden sich nicht sonderlich von denen anderer Nutzer/-innengruppen. Die Vorstellungen von einer pflegerischen Versorgung werden jedoch von Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen geprägt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Mit den bisher vorliegenden Ergebnissen wird der hohe versorgungsspezifische Bedarf aller an der Versorgung Beteiligten bestätigt: Pflegekräfte benötigen suchtspezifisches, Mitarbeiter/-innen der Suchthilfe dagegen pflegespezifisches Wissen [9, 10]. Suchterkrankte sind im Krisenfall auf niederschwellige Hilfs- und Beratungsangebote angewiesen, die akute Problemlagen abfedern und den Zugang zum Pflegesystem ermöglichen [11]. Ansatzpunkte zur Problemlösung bildet die Verzahnung der Sucht- und Altenhilfe, die Qualifizierung von Pflegekräften und Mitarbeiter/-innen der Drogenberatung sowie ein koordinierter Austausch aller an der Versorgung beteiligten Professionen. Diese Bausteine bilden die Grundlage eines nutzer/-

innenorientierten Pflege- und Versorgungskonzeptes für suchterkrankte Menschen mit Pflegebedarf.

Literatur

1. *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2017). Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.*
2. *Degkwitz, P., & Zurhold, H. (2010). Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen - Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen (HLS), Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).*
3. *Vogt, I. (2009). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. Suchttherapie, 10(01), 17-24.*
4. *Cullen, W., O'Brien, S., O'Carroll, A., O'Kelly, F. D., & Bury, G. (2009). Chronic illness and multimorbidity among problem drug users: a comparative cross sectional pilot study in primary care. BMC Fam Pract, 10, 25.*
5. *Thieme, K., Rester, D., & Seeberger, B. (2011). Zur Lebenssituation alternder Drogenabhängiger in Deutschland. Ein Überblick zur Datenlage. Sozialer Fortschritt, 60(11), 257-264.*
6. *Tolsdorf, M. O. (2015). "In Würde überleben". Pflegezeitschrift, 68(4), 222-225.*
7. *Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 301-613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.*
8. *Meuser, M., & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H. Lauth & D. Jahn (Hrsg.), Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft (S. 465-479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.*
9. *Kämper, B. (2009). Drogenabhängigkeit und ambulante Pflege – Eine Falldarstellung. Suchttherapie, 10(01), 25-27.*
10. *Schäffler, F., Thym, M., Stubican, D., Bolz, M., Braasch, S., Körner, U., Fuhrmann, K. (2017). Netzwerk 40+: Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe zur Versorgung älterer Drogengebraucher. Suchttherapie, 18(3).*

11. *Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K., & Kaucher, M. (2010). Ältere Drogenabhängige in Deutschland - Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung (IfS).*

17. Die Besonderheiten der Generation X im Kontext von gerontopsychiatrischen Pflegemodellen

Bettina Grundmann-Horst

Hintergrund

Jede Generation hat ihre eigenen Vorstellungen vom Altern und von der Art und Weise, wie sie sich einen zufriedenen Lebensabend vorstellen. Die Werte der zu Pflegenden verändern sich zwangsläufig mit einer erhöhten Lebenserwartung, sowie ihre Erwartungen an die Versorgung und ihre Vorstellung vom Leben mit Pflege.

Einleitung

Der Vortrag beschäftigt sich mit der Generation X, die zwischen 1965 und 1980 geboren wurde. Neben den aktuell in der Gesellschaft präsenten Generationen, wird die Generation X genauer betrachtet. Hier ist die deutsche Generation X von besonderem Interesse, da in der Prägephase dieser Generation die Teilung Deutschlands beendet wurde. Es wird vorgestellt, welche spezifischen Werte und Eigenschaften diese Generation im Laufe ihres Lebens erworben hat. Professionelle Pflege benötigt einen assoziativen Ansatz, die Einbeziehung sämtlicher Einflussfaktoren auf die konkrete Pflegesituation unter Einbeziehung der Biografie [1]. Die Generation X ist heute auf dem Weg ins Rentenalter und muss sich daher zwangsläufig auch mit Pflege im Alter auseinandersetzen.

Fragestellung

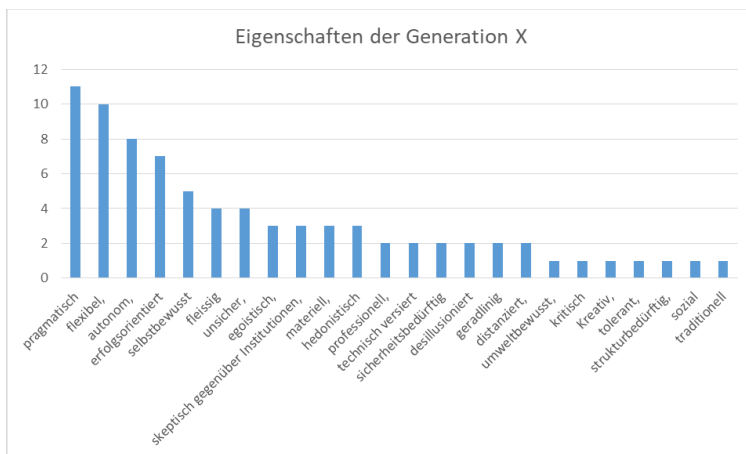
Zunächst wird geklärt, was unter einer Generation verstanden werden kann. Danach werden die Attribute der Generation X vorgestellt. Die beschriebenen Eigenschaften und Einstellungen werden in Bezug zu ausgewählten Pflegemodellen gesetzt. Exemplarisch wurden das Psychobiographische Pflegemodell von Erwin Böhm [2] und das Gezeitenmodell von Phil Barker ausgewählt [3].

Methode

Die Charakteristika der Generation X wurden anhand einer orientierenden Literaturrecherche näher beleuchtet und beschrieben. Zusätzlich wurde eine Online Umfrage ausgewertet, die Tendenzen aufzeigte, wie diese Generation X sich ihr Altern vorstellt.

Um das Themengebiet einzugrenzen, wurde im Wesentlichen deutschsprachige Literatur ausgewertet. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den spezifischen Charakteristika der deutschen Generation X, die in Deutschland eine einzigartige Besonderheit aufweist: Innerhalb der Prägezeit dieser Generation ist die Mauer gefallen und es ist eine Generation zusammengewürfelt worden, die ihre Kindheit in zwei verschiedenen deutschen Staaten erlebt hat, jetzt aber in einem vereinigten Deutschland zusammenlebt.

Ergebnisse



Schlussfolgerungen

Es zeigt sich anhand der beiden gewählten Modelle sehr eindrucksvoll, dass man mit den biografischen Daten unterschiedlich umgehen kann. Für die Pflege von morgen ist es deshalb von Bedeutung, sich den Besonderheiten

der Generation X im Besonderen, aber auch allen weiter folgenden Generationen anzunehmen, bestehende Modelle zu überprüfen und anzupassen und die Pflegenden auf diesen Weg einzustimmen für eine optimale Versorgung einer sich immer schneller wandelnden Gesellschaft.

Literatur

1. *Noelle, R. (2015). Grundlagen und praxis gerontopsychiatrischer Pflege. (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.*
2. *Böhm, E. (2004). Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I: Grundlagen. (3.Aufl.). Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.*
3. *Barker, P., Buchanan-Barker, P., Zuaboni, G., Burr, C., & Schulz, M. (2013). Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.*

Zum Betrag wird am Kongress auch ein Poster präsentiert mit dem Titel: Generation X goes Pflege. Autorinnen und Autoren sind: Bettina Grundmann-Horst, Ines Ernesti, Katharina Schneiders

18. Aktiver Einbezug der Patient(inn)enperspektive in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen an einer Hochschule – Erfahrungen eines Pilotversuchs

Caroline Gurtner und Sabine Hahn

Hintergrund

Der Einbezug von Patient(inn)en und Angehörigen in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen wird international als wichtiger Faktor angesehen, um Gesundheitsdienstleistungen künftig besser an die Bedürfnisse der nutzenden Personen anzupassen sowie die Qualität der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen zu steigern [1, 2].

Verschieden Forschungsarbeiten betonen die positiven Aspekte des Patient(inn)en- sowie Angehörigeneinbezugs. Von einer aktiven Beteiligung profitieren sowohl die involvierten Patient(inn)en und Angehörigen als auch die Dozierenden sowie die Studierenden [3]. Trotz dieser optimistischen Ausgangslage fehlt es insbesondere im deutschsprachigen Raum an systematischen und kontinuierlichen Umsetzungsbeispielen zum aktiven und partizipativen Einbezug von Patient(inn)en und Angehörigen in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen [4].

Zielsetzung

Das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule möchte den Patient(inn)en- und Angehörigeneinbezug im Regelbetrieb implementieren. Daher wurde zwischen 2015 und 2017 ein erstes Projekt mit Pilotcharakter (PIONEERS I) in der angewandten Pflegeforschung umgesetzt und die Erfahrungen dieser partizipativen Zusammenarbeit evaluiert [5]. Im Folgeprojekt PIONEERS II, welches Anfang 2018 startete, fokussiert die Zielsetzung auf den Einbezug von Patient(inn)en und Angehörigen in die Ausbildung von angehenden Gesundheitsfachpersonen. Dazu wurde ein erster Pilotversuch in der Lerneinheit „Clinical Assessment“ (CA) im Bachelorstudiengang Pflege durchgeführt. Das CA bildet eine Schnittstelle zwischen ärztlicher sowie

pflegerischer Tätigkeit. Die Studierenden erlernen eine vollständige problemfokussierte Anamnese sowie eine Körperuntersuchung. Diese Lerneinheiten finden als Übungssituationen ohne Patientenbeteiligung statt, indem sich die Studierenden befragen und sich gegenseitig untersuchen.

Das CA eignet sich für eine partizipative Patientenbeteiligung als Lehreinheit aus folgenden Gründen: Die Studierenden sollen im CA möglichst unterschiedliche Gesundheitsprobleme kennenlernen sowie ihre Sozial- und Kommunikationskompetenzen weiterentwickeln. Die Untersuchung von Mitstudierenden kann zwar als Übungssituation zur Sicherung einer gewissen Routine im Handling und den Abläufen sowie der dabei notwendigen Kommunikation führen, individuelle Reaktionen (zum Beispiel Druckschmerz) auf die Situation sowie Veränderungen aufgrund der Erkrankung (zum Beispiel eingeschränkte Beweglichkeit) sind jedoch nicht zu erwarten. Um diese Situationen realistischer und somit praxisnaher zu gestalten, werden in der Ausbildung auch sogenannte standardisierten Patient(inn)en eingesetzt. Dabei stellen Schauspieler(innen) eine erkrankte Person dar. Hier können kommunikative Situationen und gewisse Beeinträchtigungen realistischer nachgestellt werden. Für das CA und die damit verbundenen Untersuchungstechniken sowie den Erfahrungsstand, der in der Praxis für die Umsetzung benötigt wird, stellt dies nur ein notwendiger Zwischenschritt dar, der die reale Situation gut imitiert. Die Übungssituationen mit „echten“ Patient(inn)en bilden in diesem Zusammenhang eine Steigerung der Anforderungen, indem die Patient(inn)en den Studierenden ein direktes Feedback zur Qualität der Untersuchung geben und diese Kompetenzen auch mit eigenen Erfahrungen vorangegangener Untersuchungen vergleichen. Die beteiligten Patient(inn)en bestimmen zudem den Fokus der Untersuchung sowie der Anamnese, indem sie die Aufmerksamkeit der Studierenden jeweils auf ein bis zwei persönliche, im Vordergrund stehende, Gesundheitsprobleme lenken. Dazu werden keine didaktischen Vorkenntnisse von Seiten der Patient(inn)en benötigt. Der so gestaltete Aufbau eines CA soll einerseits die Lehr- und Lernsituation verbessern und andererseits sollen die Studie-

renden ausreichend Erfahrung für die Praxis sammeln, was mit positiven Auswirkungen auf die Patient(inn)ensicherheit einhergeht.

Fragestellung

Im Pilotversuch sollen Patient(inn)en erstmals eine „Teacher-Rolle“ im CA übernehmen, was sowohl für die Patient(inn)en, die Studierenden und auch für die Dozierenden eine ungewohnte Situation darstellte. Für uns ergaben sich daher folgende organisatorischen und edukativen Fragestellungen:

1. Welche organisatorischen sowie konzeptionellen Rahmenbedingungen begünstigen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Patient(inn)en, Dozierenden sowie Studierenden?
2. Welche Erfahrungen in der Umsetzung werden von den Patient(inn)en, Dozierenden, Studierenden als positiv erlebt und was sollte bei einer weiteren Umsetzung verbessert werden?
3. Welche Erkenntnisse lassen sich aus dem Pilotversuch für die Lehre an einer Hochschule ableiten?

Vorgehen

Im Rahmen dieses Pilotversuchs wurden Patient(inn)en aus verschiedenen Selbsthilfegruppen, darunter auch ausgebildete Peers, für eine Teilnahme angefragt und im Vorfeld auf ihre neue Rolle geschult. Das Konzept zur Durchführung des Pilotversuchs wurde in partizipativer Zusammenarbeit zwischen Dozierenden des CA, Mitarbeitenden der PIONEERS-Projektgruppe, Patient(inn)en sowie Studierenden entwickelt. Im Anschluss an die Durchführung wurde der Pilotversuch innerhalb der einzelnen Gruppen (Dozierende, Studierende, Patient(inn)en) mündlich reflektiert und schriftlich evaluiert und daraus Schlussfolgerungen für Folgeaktivitäten abgeleitet.

Ergebnisse

Eine qualitative zusammenfassende Analyse der schriftlichen sowie der mündlichen Rückmeldungen zeigt, dass die Teilnehmenden den Pilotversuch

im «Clinical Assessment» insgesamt sehr positiv bewerten. Dies verdeutlicht die Aussage eines/einer Studierenden: *«Das war das beste CA aller Zeiten!»* (schriftliches Feedback Studierendengruppe 1). Der Pilotversuch wurde durch die Zusammenarbeit mit den Patient(inn)en als: *«Sehr lehrreich“ und „insgesamt als sehr gute Idee und als gute Übung, um die CA-Skills anzuwenden, da die Patienten wirklich an verschiedenen Krankheiten litten und man die Skills richtig anwenden konnte»* beschrieben (schriftliches Feedback Studierendengruppe 1). Allgemein erlebten die Studierenden den Tag als *«sehr praxisnah»* (schriftliches Feedback Studierendengruppe 2) und als *«sehr gute Erfahrung, die unbedingt beibehalten werden muss»* (schriftliches Feedback Studierendengruppe 1).

Die Studierenden beurteilten die Möglichkeit *«verschiedene Patientensituationen mit unterschiedlichen Problemstellungen»* (schriftliches Feedback Studierendengruppe 2) untersuchen zu können als äusserst wertvoll. Auch das Feedback der Patient(inn)en wurde: *«Als sehr wertvoll, um die Sicht der Patienten zu erfahren»* (schriftliches Feedback Studierendengruppe 2) umschrieben. Der aktive Einbezug von Patient(inn)en wurde von den Studierenden sehr geschätzt. Die Studierenden beschrieben die Patient(inn)en als *«sehr engagiert und offen»* und *«authentisch»* (schriftliches Feedback Studierendengruppe 1 und 2).

Die PatientInnen erlebten die Studierenden *«als empathisch und motiviert»* (schriftliches Feedback Patientengruppe 1). Das Thema «Nähe – Distanz» wurde von den Studierenden gut befolgt und die Atmosphäre während der Untersuchungssituation wurde als *«angenehm»* beschrieben. Auch wurde von Seiten der Patient(inn)en darauf hingewiesen, dass *«die Studierenden von der Ausbildung einen sehr guten Hintergrund mitbringen und die Situation sehr gut, besser sogar, als Fachpersonen in der Praxis»* (schriftliches Feedback Patientengruppe 1) erfassen würden. Einige Patient(inn)en waren der Ansicht, dass *«die Studierenden selbstbewusster sein dürften. Manchmal waren sie etwas zögerlich.»* (schriftliches Feedback Patientengruppe 2)

Von Seiten der Dozierenden wurden einerseits die «*Begeisterung und Motivation der Studierenden*» (schriftliches Feedback Dozierende 3) und andererseits die «*geduldige und interessierte Kooperation und Hilfsbereitschaft der «Patient(inn)en»*» (schriftliches Feedback Dozierende 2) hervorgehoben. Eine Dozierende umschrieb den Pilotversuch mit folgenden Worten: „*Beides zusammen (Clinical Assessment und Patienteneinbezug) führt zu viel interessanter zwischenmenschlicher Aktion*» (schriftliches Feedback Dozierende 2).

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen erste optimistische Tendenzen dieser neuen und ungewohnten Form der Zusammenarbeit auf und decken sich mit Erkenntnissen internationaler Forschungsarbeiten zum Thema [3, 4]. Alle beteiligten Gruppen berichteten von positiven und lehrreichen Erfahrungen durch den aktiven Patient(inn)eneinbezug in die Lehreinheit «Clinical Assessment». Als wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit werden zielgruppenspezifische Information im Vorfeld der Lehrveranstaltung sowie klare und gut strukturierte Abläufe der Übungssituationen angesehen. Für die beteiligten Patient(innen) wurde dazu ein Informationsabend zur Klärung von Fragen durchgeführt sowie zusätzlich schriftliche Informationen zur Organisation und dem Ablauf erstellt. Ein partizipativ erarbeitetes Konzept zur Durchführung der Lehrveranstaltung diente allen Beteiligten als «Leitfaden» und erwies sich in der Umsetzung als anwendbar. Weitere Pilotversuche in der Lehre sowie die Weiterentwicklung der Grundlagen zur systematischen Umsetzung des Patient(inn)en und Angehörigen - Einbezugs im Departement Gesundheit sind geplant und werden laufend evaluiert.

Literatur

1. Spencer, J., et al. (2011). "Can patients be teachers? Involving patients and service users in healthcare professionals' education." *The Health Foundation*.
2. Bombard et al. (2018) *Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. Implementation Science, 13(98): 1-22.*

3. *Repper, J., Breeze, J., 2007. User and carer involvement in the training and education of health professionals: a review of the literature. International Journal of Nursing Studies 44, 511–519.*
4. *Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., ... & Thislethwaite, J. (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. Medical education, 44(1), 64-74.*
5. *Gurtner, C., & Hahn, S. (2016). Mitgestalten in Forschung, Lehre und Weiterbildung durch Einbezug der Betroffenenperspektive. Psychiatrische Pflege, 1 (1), 25, 27.*

19. Musik in Isolationszimmern

Angelika Güsewell, Cédric Bornand, Emilie Bovet, Gilles Bangerter, Alexia Stantzoz, Matthieu Thomas

Hintergrund und Problemstellung

Intensivpflege- oder Isolationszimmer sind abschließbare Räume, die nur sichere Möbel enthalten. Indem sie die sensorischen Stimulationen reduzieren, sollen sie dazu beitragen, dass die PatientInnen die Kontrolle über ihren psychischen Zustand und ihr Verhalten wiedergewinnen. Obwohl sie als Pflegemassnahme gelten, sind Aufenthalte in Isolationszimmern in der Schweiz wie in anderen europäischen Ländern sehr umstritten [1, 2, 3, 4]. Sie schränken die Bewegungsfreiheit und Autonomie der PatientInnen ein; der Aufbau einer dialogischen Pflegebeziehung kann dadurch erschwert werden; schließlich ist ihre therapeutische Funktion nicht wissenschaftlich belegt [1, 5].

In diesem umstrittenen Umfeld, für das es derzeit keine echten Alternativen gibt, besteht seitens der Pflegeteams das Bedürfnis, die Pflege zu überdenken und zu optimieren. Die Verwendung von Musik, um die Stille des Zimmers zu durchbrechen und gleichzeitig das Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit zu reduzieren unter dem die PatientInnen leiden [6, 7, 8, 9], scheint ein vielversprechender Weg, vor allem, wenn das Musikhören selbst gesteuert ist und so eine gewisse Autonomie ermöglicht.

Vorgehen

Im Rahmen eines Aktionsforschungsprojekts (Amenhotep¹, 2012-2016) wurde ein Musikplayer entwickelt der den Anforderungen der Intensivpflege- oder Isolationszimmer Rechnung trägt. Ein interdisziplinäres Team aus Pflegenden, Ingenieuren, Musikern, Psychologen und Anthropologen entwickelte diesen Player. Die erste Herausforderung bei der

¹ www.amenhotep.ch

Entwicklung stellte die Einhaltung der strengen Sicherheitsvorschriften dar: der Player musste in die Wände des Zimmers integriert werden. Die zweite Herausforderung bestand in der Auswahl einer begrenzten Anzahl von Musikstücken die ein möglichst breites Spektrum an affektiven Zuständen abdecken sollten [10, 11, 12].

Ergebnisse / Erfahrungen

Nach Entwicklung und Einbau des Prototyps in einem Intensivpflegezimmer folgte eine zwölfwöchige Testphase. Der Player stand den PatientInnen frei zur Verfügung. Täglich wurden Kurzinterviews mit den betreuenden PflegeRinnen geführt, um festzuhalten, wie er von den PatientInnen angenommen und genutzt wurde, und wie diese auf die Auswahl der Musikstücke reagierten.

Technisch gesehen, hat sich der Player während der Testphase bewährt. Es zeigte sich, dass die begrenzte Anzahl (N = 20) relativ kurzer Stücke und deren Kategorisierung nach emotionalem Gehalt es den PatientInnen schnell erlaubte, sich zurechtzufinden. Alle PatientInnen fanden Musikstücke, die ihren Bedürfnissen entsprachen, auch wenn einige von ihnen beim ersten Hören wenig Begeisterung zeigten (weil die angebotene Musik nicht ihren stilistischen Vorlieben entsprach). Die Tatsache, dass die Musik den meisten PatientInnen völlig unbekannt war (die Playlist enthielt keine aktuellen Hits), lud zum genauen Hinhören ein, weckte vielfältige Assoziationen, und förderte die Auseinandersetzung mit den eigenen emotionalen Bedürfnissen und Reaktionen.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen früherer Studien [13, 14], zeigte sich, dass der Player das Autonomie- und Selbstbestimmungsgefühl der PatientInnen förderte, indem er es ihnen erlaubte, Entscheidungen zu treffen. Einigen PatientInnen half er, die Kontrolle über sich selbst und ihr Verhalten wiederzuerlangen: sie mussten einsehen, dass er sich nur steuern liess, wenn sie ihn mit Sorgfalt behandelten und mit genügend Genauigkeit bedienten. Schließlich zeigten die Interviews, dass in einigen Fällen ein intensiver Austausch zwischen Betreuern und Patienten rund um das Thema

Musik und Musikhören entstand. Das Hören von Musik schien einen neuen Beziehungsraum zu schaffen, einen sogenannten «Übergangsraum» oder auch «transitionellen Raum» [15] – einen Raum also zwischen dem Innen und dem Außen, zwischen der inneren und der äusseren Realität in dem sich Patienten und Betreuer begegnen können. Dies ist ein interessantes Ergebnis, da die Interaktionen zwischen Patienten und Pflegepersonal im Kontext der Intensivpflege- oder Isolationszimmer meist reduziert sind [16]: Die "Pflege" der Patienten beschränkt sich oft auf die Überwachung ihrer Medikamente und ihrer körperlichen Gesundheit. Es bleibt nicht genügend Zeit für das, was PflegerInnen und Literatur [17; 18] als den Kern oder die Essenz der akut-psychiatrischen Versorgung betrachten: den Aufbau einer pflegerischen Beziehung, d.h. einer Interaktion, die auf dem persönlichen Kontakt und der Kommunikation zwischen den beiden Parteien beruht und in der der Patient im Zentrum des Interesses steht [19].

Die Interviews wiesen darauf hin, dass die Akzeptanz des neuen Players in den zwölf Wochen des Testzeitraums gestiegen war. Zugleich zeigten sie aber auch, dass noch keine (oder nur wenig) neue Arbeitsabläufe rund um den Player und das Musikhören entstanden waren. Für eine wirkliche Integration in die tägliche Routine der Abteilung braucht es deutlich mehr Zeit - eine Tatsache, die auch von Lund et al. erwähnt wird [13].

Diskussion und weiteres Vorgehen

Derzeit sind zwei Intensivpflegezimmer in Yverdon-les-Bains (psychiatrisches Zentrum im Norden des Kantons Waadt), eines in der Stiftung Nant (psychiatrische Klinik im Osten des Kantons Waadt) und ein viertes in der Nähe von Lyon (St Cyr au Mont d'Or, Établissement Public de Santé Mentale, Rhône France) mit dem Musikplayer ausgestattet. Um vom Prototypen zu einer neuen, rund um das Musikhören strukturierten Pflegepraxis zu gelangen, müssen dessen Benutzung und Auswirkung empirisch untersucht

werden. Das Forschungsprojekt "Écoute musicale en CSI²", welches im Frühjahr 2018 startete, hat zum Ziel, qualitative und quantitative Daten in einer grösseren Stichprobe von Patienten und Betreuern zu erheben. Einerseits, um die Nutzung des Players zu dokumentieren; andererseits, um seinen Einfluss auf die subjektive Erfahrung von PatientInnen die in Isolationszimmern untergebracht werden, auf die Interaktionen zwischen PatientInnen und Pflegenden, sowie auf die Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden der Betreuerteams zu untersuchen.

In unserem Tagungsbeitrag werden wir die Entwicklung des Musikplayers, insbesondere die Auswahl der Musikstücke genauer beschreiben, und dann auf das Forschungsdesign des Projekts «Écoute musicale en CSI» vorstellen, um so der Frage nachzugehen, wie man "gute Arbeit" im Rahmen der psychiatrischen Intensivmedizin erfassen, analysieren und verstehen kann.

Literatur

1. Bovet, P. (2009). *Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud. Rapport adressé à M. le secrétaire du DSAS, à la demande de M. le Conseiller d'Etat P.-Y. Maillard.* Lausanne: CHUV.
2. *Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2016). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale.* Paris: Dalloz.
3. Klein, G., & König, D. (2016). Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 16(6), 137–141.
4. *Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate (2014). Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions.* Great Britain, Department of Health.
5. Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., & Bingley, W. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on evidence-based nursing*, 3, 8-18.

² <https://www.hemu.ch/rad/ecoute-musicale-en-csi/>

6. Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
7. Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578.
8. Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.
9. Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(1), 124-144.
10. Bornand, C., Stantzios, A., Güsewell, A, Bovet, E., Bangerter, G., & Chakraborty, G. (2017). User Aware Interface for Seclusion Rooms. Conference paper, IEEE 8th International Conference on Awareness Science and Technology (iCAST 2017).
11. Bovet, E., Bangerter, G., Constantin, V., & Stantzios, A. (2015). Un dispositif musical en chambre d'isolement. *Santé Mentale*, 18, 2.
12. Güsewell, A., Bovet, E., Bornand, C., Stantzios, A., & Bangerter, G. (in press). Music in seclusion rooms – development, implementation and initial testing of a music listening device. *Issues in Mental Health Care*.
13. Lund, H. N., Bertelsen, L. R., & Bonde, L. O. (2016). Sound and music interventions in psychiatry at Aalborg University Hospital. *Sound Effects*, 6(1), 49-68.
14. Topo, P., Maki, O., Saarikalle, K., Clarke, N., Begley, E., Cahill, S., & Gilliard, J. (2004). Assessment of a music based multimedia program for people with dementia. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 3(3), 331-350.
15. Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
16. Hoekstra, Lendemeijer, & Jansen, (2004):
17. Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The tidal model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.
18. Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, B. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: A human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64-75.

19. Rask, M., & Brunt, D. (2007). *Verbal and social interactions in the nurse–patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A model and its philosophical and theoretical foundation*. *Nursing Inquiry*, 14(2), 169–176.

20. Integration des Recovery Ansatzes im Unterricht des Lernortes Training und Transfer Praxis in der Luzerner Psychiatrie

Markus Hadorn

Kontext

Die Luzerner Psychiatrie (lups) ist sehr aktiv in die Ausbildung von Pflegefachfrauen und -männern HF (Höhere Fachschule) in Fachrichtung Psychiatrie eingebunden. Diese Ausbildung dauert 3 Jahre, bzw. 6 Semester. Ausbildungsbereiche: Lernbereich Schule (40%), Lernbereich Praxis (40%), Lernbereich Training und Transfer (LTT 20 %). Die Ausbildungsinstitution – im vorliegenden Fall die lups – bietet den Studierenden somit ausserhalb der realen Arbeitssituation auf der Station und ausserhalb der Berufsschule mit dem LTT moderierte Lernfelder. In der Luzerner Psychiatrie wird Recovery seit einigen Jahren als Haltungs-, Verhaltens- und Handlungsmodell in jede Behandlung integriert. So hat die lups z.B. Peers angestellt, das Konzept Recovery Praktisch für alle Pflegefachpersonen als Weiterbildungsangebot etabliert und diverse Recovery Gruppenaktivitäten ins Behandlungsangebot aufgenommen. Die Studierenden der HF Pflege sind während ihrer Ausbildung vom institutionellen Recovery Weiterbildungsangebot jedoch ausgenommen. Wir sind der Auffassung, dass Studierende während ihrer Ausbildung aber unbedingt in die Thematik miteinbezogen und darin sensibilisiert werden müssen. Die Berücksichtigung einschlägiger Situationen als Erlebnisbasis, der Miteinbezug von Peers und die Realisierung konkreter erlebnisschaffender Umsetzungsereignisse war leitend in der Planung und Realisation eines separaten Konzeptes für die HF Studierenden der Luzerner Psychiatrie.

Didaktische, methodische Ansätze und Überlegungen

Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, son-

dern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.
(Antoine de Saint-Exupery. Werk: Die Stadt in der Wüste / Citadelle)

Die Integration des Recoveryansatzes in psychiatrische Pflegesituationen bedeutet eine grosse Herausforderung. Recovery ist vor allem ein Haltungskonzept. Dabei ist evident, nebst der Auseinandersetzung mit den Recovery-Dimensionen sowie den damit verbundenen theoretischen Inhalten, Konzepten und Modellen, die Studierenden hinsichtlich der Entwicklung eigener Haltungen gegenüber dem Recoveryansatz, zu sensibilisieren. Zentrale Botschaften von Recovery in der Psychiatrie sind das Ende der Vorstellung von Unheilbarkeit, das Prinzip Hoffnung, Gesundung trotz Störungsphänomenen und Symptomen, sowie die Expertise Betroffener.

Deegan, 1996 [1] zeigt in seinem Beitrag "Recovery als State of the Art" die zentrale Herausforderung der Integration von Recovery in den Stationsalltag wie folgt auf: Gesundung ist eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist ein selbstgesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung ins Leben zurückzugewinnen. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird.

Aus lerntheoretischen Erkenntnissen und daraus resultierenden Konzepten wie z.B. dem Konstruktivismus wissen wir, dass Haltungen nicht "vermittelt" im Sinne von "bewirkt" werden können. Durch gezielte didaktische Überlegungen und methodische Vorgehensweisen kann die Entwicklung von zeitgemässen Haltungen, sowie darauf basierende Verhaltens- und Vorgehensweisen aber ermöglicht und gefördert werden.

Wir lassen die Studierenden in realen, will heissen nicht künstlichen Erlebnissituationen entsprechende Erfahrungen machen, diese in ihren Ausbildungsportfolios reflektieren und ihre Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und Konsequenzen festzuhalten.

Leitend dabei ist der erlebnispädagogische- sowie der ermöglichungsdidaktische Ansatz. Lernprozesse sind Erkenntnisprozesse! Inszeniere diese deshalb

möglichst als aktivierende Aneignung und wirksames Erleben! Lernen ist niemals nur fachlich, sondern stets auch ein Erleben von Kooperation und Können. Übe Dich deshalb im „Unterricht im Stereoton“! Arnold, 2011 [2].

Demnach kann und soll abgeleitet werden, dass ohne einschlägige Ergebnisse aus dem beruflichen Alltag bzw. ohne einer bewussten Reflexion derselben, keine verwertbare Erkenntnisse abgeleitet werden- und sich in der Folge auch nicht entsprechende Haltungen generieren, bzw. gegebenenfalls verändern können.

Der ermöglichungsdidaktische Ansatz wird als Lernschleife verstanden und beinhaltet wesentliche Schritte, die sich wie folgt darstellen:

Auftragsübergabe → Selbständig-Produktives Erschliessen → Präsentationssituation → Besprechungssituation Arnold, 2011 [3]. Die Ermöglichungsdidaktik betont deshalb Prinzipien wie Selbststeuerung und Selbstbestimmung durch die Studierenden und Lernenden. Arnold, 2011, S. 5, [4] zeigt in diesem Zusammenhang ferner auf, dass sich ein ermöglichungsdidaktisches Vorgehen an den Lernenden orientiert und diesen mehr zutraut als Lehrende gewohnt sind, ihnen zuzutrauen. Genau diese Erkenntnis bildet das kompetenzorientierte Bildungsverständnis der Luzerner Psychiatrie als Ausbildungsbetrieb präzise ab.

Das Unterrichtsdesign

Der Einbezug des Recoveryansatzes in die Ausbildung geschieht im 1., 3., 4. und 6. Semester. Die aufgenommenen Unterrichtsinhalte werden in der Folge kursiv dargestellt. In den einzelnen Unterrichtssequenzen wechseln sich zudem Lehrvorträge (Frontalunterricht), Lehrgespräche, Partner- und Gruppenarbeiten, Beobachtungsaufträge, Projekte und Portfolioevaluatoren ab. In alle Unterrichtssequenzen werden Peermitarbeitende zur Planung, Organisation und Durchführung aktiv miteinbezogen.

1. Semester; die Haltung

- Übersicht über die Thematik
 - Der Recoveryansatz, Prinzipien von Recovery
 - Prinzip Hoffnung, Selbstbezug auf eigene Haltung entlang der Recovery-
prinzipien
 - Zentrale Begriffe klären
 - Stigmatisierung
 - Nähe, Distanz,
 - Konzept Peers
- (7 Lektionen)

2. Semester; Erste Umsetzung

- Unheilbarkeit, Heilbarkeit
 - Heilung im psychiatrischen Kontext,
 - Salutogenese Schwerpunkt Kohärenzgefühl
 - Gesundheit, Krankheit und Sinnfindung
 - Interview Betroffene und Sinnfindung
 - Planung und Durchführung von drei Modellgruppen,
- (4 Lektionen plus 3 Lektionen Zeitfenster Modellgruppen)

3. Semester: Die Hintergründe

- Ressourcen haben alle
 - "psychisch krank und trotzdem stark
 - "Reizbegriffe" der Psychiatrie,
 - Selbstbezug World Café
- (7 Lektionen)

6. Semester: Zweite Umsetzung

- Stellenwert und Rolle von Angehörigen im Recoveryansatz

- Stigmatisierung/Entstigmatisierung,
- Planung und Organisation dreier Trialogabende zum Thema Stigmatisierung
(4 Lektionen, plus 3 Lektionen Zeitfenster Trialog)

Präzisierende Bemerkungen Design

Modellgruppen:

Im 3. Semester ist von sogenannten Modellgruppen die Rede. In der lups werden regelmässig Recoverygruppen durchgeführt, welche durch Peers moderiert werden. Studierende können aus organisatorischen Gründen in der Regel nicht an diesen Gruppen teilnehmen. Sie verpassen dadurch wichtige Elemente des Erlebnislernens. Deshalb sind im Konzept sogenannte Modellgruppen vorgesehen, welche durch die Ausbildungsverantwortlichen in Zusammenarbeit mit Peermitarbeitenden organisiert und ausserhalb des Unterrichtes im Schulzimmer vor Ort in den Kliniken durchgeführt werden.

Trialogveranstaltungen:

Die drei Trialoge im 6. Semester unterscheiden sich etwas von traditionellen Trialogen, was die Themenauswahl und die Auswahl der Angehörigen anbelangt. In traditionellen Trialogen werden meist keine Themen vorgegeben und die Angehörigen sind in aller Regel Angehörige von Psychisch Kranken. Studierende berichten oft, dass die Stigmatisierung von betroffenen Menschen einerseits und/oder die Stigmatisierung gegenüber ihrer Berufswahl und den damit verbundenen Tätigkeiten, in ihrem eigenen Umfeld nicht Halt macht.

Für den Trialog im Rahmen der Ausbildung lautet das Thema deshalb Stigmatisierung und die die Studierenden laden eigene Angehörige, Bekannte, Freunde etc. zur Teilnahme ein. Die drei Trialogabende werden ausserhalb des Unterrichtes im Schulzimmer, vor Ort in den Kliniken durchgeführt.

Literatur

- 1 Deegan PE. 1996. *Gesundung und die Verschwörung im Geiste der Hoffnung*. Zit in: *Schweizerische Ärztezeitung*. 2013;94:38
- 2 Arnold, R. 2011. *29 Regeln für das Arrangement eines Lebendigen und Nachhaltigen Lernens*. Unveröffentlichtes Manuskript, ausgeteilt im Rahmen eines Vortrages am Weiterbildungskongress. Luzern, 19.07.2011
- 3 Arnold, R. 2011. *Unterrichtsentwicklung und Unterrichtsqualität. Ermöglichungsdidaktik – ein systemisch konstruktivistisches Konzept*. Unveröffentlichte Powerpoint-Präsentation, ausgeteilt im Rahmen eines Vortrages am Weiterbildungskongress. Luzern, 19.07.2011
- 4 Arnold, R. 2011. *Unterrichtsentwicklung und Unterrichtsqualität. Ermöglichungsdidaktik – ein systemisch konstruktivistisches Konzept*. Unveröffentlichte Powerpoint-Präsentation, ausgeteilt im Rahmen eines Vortrages am Weiterbildungskongress. Luzern, 19.07.2011

21. Partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Akutbehandlung

Birgit Hahn, Daniela Brandtner & Jacqueline Rixe

Hintergrund und Problemstellung

Partizipation als Teilhabe, Mitwirkung oder Mitbestimmung wird im Rahmen von Gesundheitsförderung als wesentlicher Beitrag definiert [1] und wurde schon durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Ottawa – Charta von 1986 international verankert [2]. Im Gegensatz zum Pathogenesemodell des traditionellen Behandlungsansatzes, welcher eher durch ein defizitorientiertes Krankheitsmodell gekennzeichnet ist, findet in der Genesungs- und Gesundheitsförderung ein Perspektivenwechsel in Richtung Ressourcen statt [3], wie er im Salutogeneseansatz verfolgt wird [4]. Dieser Ansatz bildet die Grundlage für Konzepte wie Recovery und Selbstbefähigung im Sinne von Empowerment [5, 6] und beinhaltet die Grundhaltung einer aktiven Partizipation.

Der ressourcengerichtete Behandlungsansatz bedarf zur Konkretion und Implementierung unterschiedlicher Ebenen. Auf gesundheitspolitischer Ebene ist die Forderung nach Patientenbeteiligung und Gesundheitsförderung an unterschiedlichen Stellen der Gesetzgebung als auch in Behandlungsempfehlungen verankert [z.B. 2, 8, 9]. Auf der Ebene der psychiatrischen Versorgung wird die Forderung nach Einbezug und Partizipation der Betroffenen inzwischen vielseitig formuliert, ist jedoch insbesondere im Bereich der Akutpsychiatrie bisher nicht flächendeckend zu finden [7]. Dies wird vorwiegend durch die betroffenen Nutzer psychiatrischer Hilfesysteme und deren Angehörige, aber auch von Seiten der in psychiatrischen Versorgungskontexten Tätigen immer wieder angemahnt und eine Veränderung angeregt.

In der Fachliteratur werden Konzepte wie die Partizipative Entscheidungsfindung (PE) bzw. Shared Decision Making (SDM) und deren Anwendung auf praxisnahe Interventionen in der Akutpsychiatrie erörtert. Auch auf der

Ebene der praktischen Umsetzung können vielfältige partizipative Interventionen wie z.B. Offene Tür, Open Dialogue oder Peerberatung identifiziert werden, die in Modellprojekten stattfinden, jedoch nicht auf breiter Basis umgesetzt werden [10, 11].

Zielsetzung und Fragestellung

Partizipation von Betroffenen findet im Bereich akutstationärer psychiatrischer Versorgung bislang nicht flächendeckend statt. Daher werden folgende Fragestellungen untersucht:

- Welche Modelle / Formen von Partizipation der Betroffenen/ Nutzer werden in der Fachliteratur diskutiert?
- Welche Interventionen der PE oder SDM sind in der Akutpsychiatrie zu finden und wie findet deren Umsetzung statt?
- Wie wirkt sich der Einsatz von PE bzw. SDM in der psychiatrischen Akutbehandlung aus?

Methode und Material

Um die Zielsetzung zu verfolgen und die Fragestellungen zu beantworten, wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt.

Ergebnisse

In Bezug auf die genannten Fragestellungen können anhand der Fachliteratur zunächst theoretische Konzepte wie bspw. PE und SDM als auch subjektbezogene Haltungen von Partizipation ausgemacht und beschrieben werden [z.B. 7, 10, 14].

Als Argument gegen die Anwendung von PE und SDM wird u.a. eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen v.a. in akuten Krankheitsphasen genannt. So werden Betroffene z.T. als nicht partizipationsfähig durch die Behandler eingeschätzt. Eine Feststellung der Einwilligungsfähigkeit bzw. -unfähigkeit kann sich danach unterschiedlich auf die Ausprägung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung auswirken Aber

auch die individuellen Präferenzen oder Erwartungen der Nutzer des Hilfesystems und Vorbehalte oder Unkenntnis auf Seiten der Behandler wirken sich auf eine aktiv gestaltete Partizipation in der Akutpsychiatrie aus [11].

In diesem Spannungsfeld können psychiatrisch Pflegenden durch ihren besonderen Beziehungsauftrag einen umfassenden Beitrag zur Umsetzung einer PE leisten. Darüber hinaus findet sich der Hinweis, dass sich PE bzw. SDM positiv auf eine höhere Nutzerzufriedenheit, stärkere therapeutische Beziehungen oder bessere Behandlungsergebnisse auswirken kann [11, 12]. Auf den unterschiedlichen Ebenen lassen sich verschiedenartige praxisnahe Interventionen in der psychiatrischen Akutbehandlung identifizieren [u.a. 11, 12, 13]:

- Interventionen auf der Systemebene: u.a. Ausbildung der Experten aus Erfahrung (EX-IN), Arbeit von Beschwerdestellen, Dialog, ...
- Interventionen in akupsychoiatrischen Settings: u.a. offene Türen, Recovery-Gruppen, Open Dialogue und andere systemische Therapieansätze, Einsatz von Safewards-Interventionen, Genesungsbegleitern, ...
- Instrumente der Krisenvorsorge: u.a. Behandlungsvereinbarungen, Krisenpass, psychiatrische Patientenverfügungen, ...
- persönliche Werthaltungen auf Seiten der unterschiedlichen Akteure wie bspw. paternalistische vs. autonomieorientierte Haltung [14], ...

Diskussion

Angesichts der zentralen Herausforderung in psychiatrischen Akutsettings, eine Entstigmatisierung der Betroffenen zu fördern, erscheint PE bzw. SDM durch alle Berufsgruppen im psychiatrischen Tätigkeitsfeld indiziert. Auch vor dem Hintergrund der häufig langfristigen Krankheitsverläufe und -bewältigungsprozesse bei psychischen Erkrankungen ist die Stärkung persönlicher Ressourcen, Selbstbefähigung und ein Einbezug der Betroffenen in Behandlungsentscheidungen unbedingt erforderlich. Die besondere Gruppe psychisch akuterkrankter Menschen, die nach dem fähigkeitsbasierten Modell der Einwilligungsfähigkeit als nicht einwilligungsfähig einzustufen ist,

erfordert besondere zeitliche und personelle Ressourcen, um Behandlung unter partizipativen Gesichtspunkten zu gewährleisten [11].

Die Forderung, PE bzw. SDM auch in der akutpsychiatrischen Behandlung zu implementieren, ist nicht zu überhören und sollte nicht ignoriert werden. Um einen Veränderungsprozess auf breiter Basis zu ermöglichen, wird der Einbezug weitergehender Therapien wie z.B. systemische oder psychotherapeutische Angebote, Kommunikationstrainings für psychiatrisch Tätige als auch Fort- und Weiterbildungsangebote unter Einbezug der Nutzer empfohlen [9, 11].

Schlussfolgerung

Vor dem Hintergrund, dass partizipative Behandlungsansätze wesentlich zu einer höheren Nutzerzufriedenheit als auch zu besseren Behandlungsergebnissen führen können, ist deren Beitrag deutlich herauszustellen. Schon deshalb ist Partizipation in der psychiatrischen Behandlung auf allen Ebenen und durch alle Berufsgruppen anzustreben. Dennoch ist weitere Forschung notwendig, um die besonderen Erfordernisse partizipativer Behandlungsgestaltung in akutpsychiatrischen Settings konkreter zu differenzieren und sowohl aus Sicht der Nutzer als auch aus Sicht der Professionellen besser zu verdeutlichen.

Literatur

1. *Horch, K., Hintzpeter, B., Ryl, L. & Dierks, M.L. (2012). Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland – Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5 (55): 739 – 745.*
2. *Weltgesundheitsorganisation (WHO) Europa (1986). Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung. Online – zuletzt abgerufen 07.07.2018. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf*
3. *Berger, H. (2003). Gesundheitsförderung – ein neuer Weg in der Psychiatrie. Psychiat Praxis, 30(1): 14 – 20.*
4. *Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt – Verlag.*

5. Chamberlin, J. (1997). *A Working Definition of Empowerment*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4): 43 – 46.
6. Knuf, A., Osterfeld, M. & Seibert, U. (2007). *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
7. Reichhart, T., Kissling, W., Scheuring, E. & Hamann, J. (2008). *Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – Eine kritische Bestandsaufnahme*. *Psychiat Prax* 35: 111 – 121.
8. Borbé, R. (2011). *Die UN-Behindertenrechtskonvention: Feste Größe in einem psychiatriepolitischen Schlingerkurs*. *Psychiat Prax*, 38, 215 – 217.
9. Falkai, P. (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
10. Hamann, J. et al. (2005). *Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie*. *Nervenarzt*, 77: 1071 – 1078.
11. Heres, S. & Hamann, J. (2017). *„Shared decision-making“ in der Akutpsychiatrie. Widerspruch oder Herausforderung?* *Nervenarzt*, 88: 995 – 1002.
12. Asani, F. & Eißmann, I. (2009). *Die Rolle der Pflege in der Psychiatrie bei der partizipativen Entscheidungsfindung*. *Psych Pflege*, 15: 143 – 146.
13. Lang, U. (2013). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen: Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
14. Prestin, E. (2016). *Einflussnahme in der psychiatrischen Versorgung: Wünsche aus Betroffenen-Perspektive*. *Psychiatrische Pflege*, 1(1), 9-12.

22. Konkrete Interventionen zur Förderung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung

Jacqueline Rixe, Daniela Brandtner & Birgit Hahn

Hintergrund

Obgleich Partizipation, Selbstbestimmung und Shared Decision Making im psychiatrischen Versorgungskontext durch Betroffene, Behandler/-innen und die Politik (z.B. im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention [1]) gewünscht bzw. sogar gefordert werden, hat sich die partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland bisher noch nicht flächendeckend etabliert.

Zurückzuführen ist dies auf ungünstige Rahmenbedingungen, aber auch auf eine durch die Geschichte geprägte paternalistische Haltung in Versorgungskontexten, die einer humanistischen Grundhaltung als Voraussetzung für den Einbezug individueller Wünsche und Entscheidungen der Betroffenen entgegensteht [2]. Erschwerend kommt in der Akutpsychiatrie hinzu, dass die Möglichkeit zur Partizipation in akuten Krankheitsphasen aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung bzw. zur Einwilligung vorübergehend beeinträchtigt sein kann.

Um auch in diesen Phasen Selbstbestimmung zu gewährleisten, werden in der Praxis unterschiedliche Interventionen der Vorausplanung angewendet und in der internationalen Literatur beschrieben [3]. Diese ermöglichen nicht nur Partizipation und Selbstbestimmtheit in akuten Krisensituationen, sondern stellen darüber hinaus auch Maßnahmen zur Krisenvorsorge dar. Auch als Maßnahmen zur Vertrauensbildung werden sie beschrieben [4].

Vor diesem Hintergrund haben sich im Ev. Klinikum Bethel in Bielefeld in den vergangenen drei Jahrzehnten insbesondere zwei Interventionen etabliert: der Krisenpass [5] und die Behandlungsvereinbarung [6]. Zwar sprach bei deren Einführung noch niemand von „partizipativer Entscheidungsfindung“ oder vom „Shared Decision Making“, der angestrebte „partnerschaftliche Umgang“ [7, S.9] weist inhaltlich jedoch eindeutige Parallelen auf.

Ziele

Während der Krisenpass mit dem Ziel des frühzeitigen und eigenständigen Intervenierens durch die Betroffenen v.a. das Herausarbeiten und Verschriftlichen von Frühwarnzeichen und von wichtigen Ansprechpartner/-innen (incl. Adressen und Telefonnummern) für mögliche Krisensituationen beinhaltet, dient die Behandlungsvereinbarung der Vorbereitung etwaiger stationärer Behandlungen in der Zukunft. Dadurch werden Selbstbestimmung und Partizipation auch in akuten Krankheitsphasen gewährleistet und infolgedessen ggf. sogar Zwangsmaßnahmen reduziert.

Die Behandlungsvereinbarung ermöglicht durch den partnerschaftlich ausgerichteten Verhandlungs- und Vereinbarungsprozess die offene Diskussion zwischen Patientenwünschen einerseits und Überlegungen und Empfehlungen des Behandlungsteams andererseits. Die gemeinsam getroffenen Entscheidungen umfassen somit gleichermaßen sowohl die Patientenselbstbestimmung als auch die Fürsorgeverpflichtung während des stationären Aufenthalts. Die unterschriebene Verschriftlichung der gemeinsamen Entscheidungen/Absprachen ist bindend und entspricht einer Patientenverfügung, an die sich die beteiligten Parteien halten müssen.

Vorgehen

Die Behandlungsvereinbarung wird gemeinsam mit allen Personen, die im Behandlungsprozess wesentlich involviert waren, wenige Wochen nach Beendigung der stationären Behandlung erstellt, um über ausreichend Stabilität und Abstand für eine differenzierte Reflexion zu verfügen.

Die Vereinbarung umfasst mehrere behandlungsrelevante Aspekte (Konkrete Maßnahmen bei der Behandlung, Vereinbarung für Krisenzuspitzungen, Kontakte, Soziale Situation,...), die thematisch sortiert sind. Für Vorüberlegungen erhalten alle Beteiligten vor der gemeinsamen Besprechung eine unbearbeitete Behandlungsvereinbarung und diskutieren ihre Überlegungen bei dem gemeinsamen Termin. Dort getroffene Absprachen werden schriftlich festgehalten und anschließend von allen Beteiligten unterschrieben.

Erfahrungen/Ergebnisse

Im Ev. Klinikum Bethel wurde mittlerweile mit über 400 Psychatriepatienten/-innen eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen. Vor allem für die allgemeinspsychiatrische Akutbehandlung hat sich die Intervention für die Reflexion und die gemeinsame Behandlungsplanung als hilfreich erwiesen und als Möglichkeit der Krisenvorsorge bewährt. Die Verbesserung der therapeutischen Beziehung wird sogar durch externe Evidenz bestätigt [8].

Nicht nur die Behandlungsteams sind von der Intervention überzeugt, auch die Betroffenen beschreiben einen deutlichen Benefit. So wird die Behandlungsvereinbarung auch vom Bielefelder Verein der Psychiatrieerfahrenen als gemeinsam mit der Klinik entwickelte Intervention befürwortet [9].

Auch andernorts sind Initiativen zu verzeichnen, Behandlungsvereinbarungen zu entwickeln und anzubieten, der Verbreitungsgrad in Deutschland scheint jedoch weiterhin sehr gering zu sein [z.B. 10, 11]. Dementsprechend gering ist auch die nationale wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema.

Diskussion

Da die Erfahrungen sowohl der Betroffenen als auch der Klinikmitarbeiter/-innen als durchaus positiv zu bewerten sind, erscheint dieser geringe Verbreitungsgrad zwar wenig nachvollziehbar, lässt sich aber u.a. mit der mangelnden eindeutigen Evidenz der Intervention begründen. So gibt es bspw. Hinweise aus den Niederlanden, dass Zwangseinweisungen durch Behandlungsvereinbarungen reduziert werden können, was sich in Großbritannien hingegen nicht abzeichnet [8, 12]. Eine Meta-Analyse wiederum zeigt, dass mit Vorausverfügungen (advance statements) im psychiatrischen Kontext Zwangseinweisungen signifikant reduziert werden können [13].

Während es in Deutschland an wissenschaftlicher Literatur mangelt, sind die Ergebnisse der internationalen Studienlage folglich als inkonsistent zu bewerten. Diese Inkonsistenz erschwert die Untermauerung der Intervention mit Evidenz, zumal ein Transfer auf Deutschland aufgrund der stark differierenden Rechts- und Versorgungssysteme ohnehin nur begrenzt möglich ist.

Schlussfolgerung

Behandlungsvereinbarungen werden sowohl von Betroffenen als auch von Behandlungsteams des Ev. Klinikums Bethel als hilfreiche Möglichkeit der Partizipation und der Krisenvorsorge wahrgenommen und eingesetzt. Sowohl die Verbesserung der therapeutischen Beziehung und die Vertrauensbildung, als auch die Reduktion von Zwangsmaßnahmen werden als Effekte der Behandlungsvereinbarung aus der Praxis berichtet und auch anhand unterschiedlicher internationaler Studien mit Evidenz belegt.

Bedauerlicherweise hat sich die Intervention in Deutschland noch immer nicht flächendeckend etabliert. Es ist davon auszugehen, dass der Implementierungsprozess auch durch die mangelnde Evidenz für die deutsche Versorgungslandschaft ausgebremst wird. Eine in NRW durchgeführte multi-zentrische RCT (randomisierte kontrollierte Studie), die die Effekte von Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässen bei Patienten/-innen mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung untersucht, wird voraussichtlich 2020 erste Ergebnisse liefern und somit die Evidenzlücke schließen [14, 15].

Literatur

1. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.*
[http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile; Stand 21.03.2018.](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile; Stand 21.03.2018)
2. *Prestin, E. (2016). Einflussnahme in der psychiatrischen Versorgung: Wünsche aus Betroffenen-Perspektive. Psychiatrische Pflege. 1(1): p. 9-12.*
3. *Henderson, C. et al. (2008). A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. Psychiatric Services. 59(1): p. 63-71.*
4. *Dietz, A. et al. (1998) (Hrsg.). Behandlungsvereinbarungen: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*
5. *Ketelsen, R. (1998). Einführung des Krisenpasses in Bielefeld. In: A. Dietz et al. (1998), Behandlungsvereinbarungen: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, S. 168-179. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*
6. *Hildebrandt, B. et al. (1998). Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In: A. Dietz et al. (1998), Behandlungsvereinbarungen: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, S. 29-44. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*

7. Dietz, A. et al. (1998). *Verhandeln als Leitlinie psychiatrischen Handels*. In: A. Dietz et al.(1998), *Behandlungsvereinbarungen: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*, S. 9-15. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
8. Thornicroft, G. et al. (2013) *Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial*. *Lancet*. 381: p. 1634-1641.
9. VPE (Verein Psychiatrie-Erfahrene) (2018). *Psychiatriepolitik, Die Behandlungsvereinbarung*.
<http://www.vpe-bielefeld.de/b/wb/pages/psychiatriepolitik.php>; Stand 08.07.2018.
10. Borbé, R. et al. (2012). *Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. *Nervenarzt*. 8;, p.638-643.
11. Grätz, J.et al.. (2012). *Einführung und Umsetzung einer Behandlungsvereinbarung - Eine empirische Studie unter Berücksichtigung von Betroffenen, Ärzten und Sozialarbeitern*. *Psychiatrische Praxis*. 39: p. 388-393.
12. Ruchlewska, A. et al. (2014). *Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial*. *PLOS ONE*, 9(3): e91882.
13. De Jong, M.H. et al. (2016). *Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*. 73(3): p. 657-664.
14. *Deutsches Register klinischer Studien* (2018). DRKS00013985.
https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00013985; Stand 10.07.2018.
15. EvKB (2018). *Studie zur Krisenvorsorge*. <http://evkb.de/ueber-das-evkb/kliniken-institute-zentren/nervensystem/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung/projekte/projekte/studie-zur-krisenvorsorge.html>; Stand 10.07.2018.

23. Hürden und Fallstricke bei der Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation

Daniela Brandtner, Birgit Hahn, Jacqueline Rixe

Hintergrund und Problemstellung

Der Behandlungsansatz des „Shared Decision-Making“ (SDM), d.h. die zwischen professionell Tätigen und Betroffenen gemeinsam verhandelte Entscheidung für eine Behandlungsstrategie, ist auch heute keineswegs in der psychiatrischen Behandlung implementiert [1]. Die Umsetzung des SDM impliziert die Bereitschaft zum Verhandeln statt Behandeln. Obwohl die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der BRD seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) mit dem Patientenverfügungs-, sowie dem Patientenrechtegesetz hin zur Erfüllung der menschenrechtlichen Anforderungen ausgestaltet wurden [2], finden ausführliche Aufklärung und Behandlungsplanung gemeinsam mit Patienten oftmals nicht ausreichend statt. Behandlungsvereinbarungen, Behandlungskonferenzen oder der Einbezug von Genesungsbegleitern können die Partizipation der Betroffenen und damit deren Selbstbestimmung stärken. Bei Fehlen der breiten und regelhaften Umsetzung dieser partizipativen Angebote ist davon auszugehen, dass auf dem Weg zur Partizipation noch einige Hürden zu meistern sind.

Ziele

Es wurde das Ziel verfolgt, die verschiedenartigen Hindernisse und Hürden, die der Umsetzung von Partizipation der Betroffenen in der Akutpsychiatrie entgegenstehen, zu identifizieren und auszuleuchten.

Materialien und Methode

Die aktuelle Fachliteratur wurde zur genannten Thematik gesichtet und die verschiedenartigen Barrieren, die zu einer unzureichenden Implementierung partizipativer Haltung in Behandlungssettings führen, identifiziert.

Ergebnisse

Trotz der Hinweise in der aktuellen Studienlage ist unter den professionell in der Psychiatrie Tätigen Skepsis in Bezug auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten akut erkrankter Patienten auszumachen. Die Frage nach der Fähigkeit zur Selbstbestimmung im akuten Erkrankungszustand, z.B. in manischen oder psychotischen Episoden, spielt hierbei eine große Rolle [3] und führt oftmals zu einer paternalistischen Haltung der Professionellen – vor allem der Ärzte als Behandlungsverantwortliche. Einen Ausweg bietet ein verändertes Krankheitsverständnis, welches sich vom pathologischen Verständnis abwendet und sich an einem anthropologisch und recoverygerichteten Verständnis orientiert. Damit sind Erkrankungen eher verstehbar als fremd und das Gemeinsame und Verbindende zwischen „Krankheit“ und „Gesundheit“ kann somit eher gesehen werden. Die „Psychische Krankheit“ wird hierbei als individuell verstehbare, aber eben andere Seins-, Erlebens- und Wahrnehmungsweise verstanden [4]. Zur Genesung, d.h. der Bewältigung von alltäglicher Begegnung und Aufgaben und Erreichen von Lebensqualität, bedarf es vor allem des um Verständigung bemühten Kontaktes von Seite der Professionellen. Geschulte Mitarbeitende mit eigener Psychiatrieerfahrung, wie Genesungsbegleiter, können bei diesem Weg zur Verständigung auf Grund ihrer reflektierten eigenen Erfahrungen „Übersetzungsarbeit“ leisten.

Im Rahmen eines anthropologisch und recovery orientierten Menschenbildes müssen Symptome nicht notwendigerweise als „weg gemacht“ werden, sondern es kann ein individuelles Problemverständnis entwickelt werden. Bei diesem Herangehen ist die Partizipation der Patienten und die Selbstbestimmung über den Weg der Genesung und auch der Frage nach der Symptomreduktion unverzichtbar. Shared Decision Making ist in einer anthropologisch und recovery orientierten Psychiatrie der Dreh- und Angelpunkt – dabei ist „Krankheitseinsicht“ keine Voraussetzung, sondern ein individuelles Verständnis der Erkrankung und vor allem der Umgang mit dieser das Ziel.

Dem stehen – neben dem traditionellen paternalistischen und behandlerzentrierten Krankheitsverständnis - auch personelle und zeitlich knappe Ressourcen entgegen, ebenso der Auftrag der Kostenträger, Symptome zu beseitigen und Behandlung – entgegen bestehender fachlicher Leitlinien - nahezu ausschließlich als medikamentöse Behandlung zu definieren. Gemeinsam führen diese Hürden zur Verhinderung von Partizipation und Shared Decision-Making, ja sogar zu einem oftmals unwürdigen Umgang mit Patienten im psychiatrischen Behandlungsfeld.

Diskussion

Nicht nur Mitarbeitende sondern auch Patienten unterliegen in einer ökonomisierten Psychiatrie der Gefahr, Objekte von Wertschöpfung zu sein und mangels Zeit eher „Fließbandarbeit“ als die notwendige Beziehungsarbeit zu leisten. Ursächlich könnten hier bspw. ungünstige Rahmenbedingungen (Personal- und Zeiteffizienz) oder eine hohe Dokumentationspflicht genannt werden, die zu einem Mangel an Zeit für die notwendige Beziehungsarbeit für einen angemessen würdevollen und die Selbstbestimmung achtenden Umgang mit Patienten/-innen führen.

Andererseits ist zu hinterfragen, ob sich Professionelle nicht teilweise hinter der Bürokratie und in dem Dienstzimmer oder Büro geradezu „verstecken“, um eine echte Begegnung mit akutpsychiatrisch erkrankten Patienten, die nicht selten Angst, Unsicherheit und Stress bei erlebter Arbeitsüberforderung auslöst, zu vermeiden. Fraglich ist in diesem Kontext auch, ob durch den Einsatz von Genesungsbegleitern möglicherweise eine Begegnung mit den Patienten an jene delegiert wird.

Können durch den Einbezug von Genesungsbegleitern, die Berücksichtigung von Behandlungsvereinbarungen und Behandlungskonferenzen echte Partizipation erreicht und Shared decision Making weiter implementiert werden?

Schlussfolgerung

Die genannten Interventionen wie bspw. Behandlungsvereinbarungen, Behandlungskonferenzen oder der Einbezug von Genesungsbegleitern sind

bestens geeignet, um „Shared Decision-Making“ zu ermöglichen, sie sind jedoch nicht der Garant, dass dies gelingt. Die Studienlage zeigt, dass die Beteiligung von Patienten in Behandlungsentscheidungen sowohl Zwangsmaßnahmen verhindern kann, als auch eine Akzeptanz und Inanspruchnahme weiterer psychiatrischer Hilfen signifikant erhöht [5]. Dennoch ist zu belegen, dass trotz bekannter fachlicher Leitlinien, die den Einbezug von SDM empfehlen, die Umsetzung durch Ärzte nur zu 40 % erfolgt.

Neben einer strukturierten Implementierung der Angebote von partizipativen Maßnahmen ist eine Haltungsänderung hin zu einem anthropologischen Menschenbild in der psychiatrischen Behandlung notwendig, um sich nicht in den Fallstricken, wie Überlassen der Partizipation an Genesungsbegleitern oder der Hürden der ungünstigen ökonomisierten Rahmenbedingungen zu verfangen. Die partizipativen Maßnahmen wie Behandlungskonferenz, Behandlungsvereinbarung und Einführung von Genesungsbegleitern erfordern einen in der institutionellen Struktur verankerten regelhaften Einsatz, um eine Haltungsänderung nachhaltig zu bewirken. Es bedarf daher für die Einführung dieser Maßnahmen Fortbildung aller Mitarbeitenden in Bezug auf partizipative Behandlungsmodelle als auch Reflexionsmöglichkeiten, um das eigene Handeln und eine innere Haltung in diesem Spannungsfeld auszuloten.

Literatur

1. Heres, S. & Hamann, J. (2017). „Shared Decision-making“ in der Akutpsychiatrie. Widerspruch oder Herausforderung? *Nervenarzt*, 88: 995 – 1002.p
2. Brosey, Dagmar & Osterfeld, Margret (2017). *Menschenrechte, die UN-BRK und ihre Bedeutung für eine ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie in Ethik in der Psychiatrie*, Vollmann, Jochen (Hg.)
3. Schramme, Thomas (2017). *Autonomie und Paternalismus in Ethik in der Psychiatrie*, Vollmann, Jochen (Hg.)
4. Bock, Thomas & Demke, Elena (01.03.2018). „Patientenautonomie und Partizipation in der Psychiatrie - Entwicklungen und gegenwärtiger Stand“, Beitrag ver.di 10. Fachtagung Psychiatrie, <http://www.fachtagung-psychiatrie.org/245.html>

5. *Lang, Undine; Borgwardt, Stefan; Walter, Marc; Huber, Christian G. (2017). Einführung einer „Offenen Tür Politik“ – Was bedeutet diese konkret und wie wirkt sie sich auf Zwangsmaßnahmen aus? Recht&Psychiatrie (2017) 35:72-79*

24. Informativ, attraktiv, kurz – das 1×1 des Abstract Schreibens

Sabine Hahn

Wer kennt sie nicht, die Stunden in denen wir versuchen kurz, informativ und attraktiv unsere Projekte, unser Wissen oder unsere Erfahrung in Zusammenfassungen zu beschreiben. Es gibt unzählige Schreibworkshops, Bücher und Lehrveranstaltungen zur hohen Kunst der kurzen Information. Denn, nur wenige Worte entscheiden über Annahme oder Ablehnung von Präsentationen und Publikationen.

Ausgelernt ist diese Kunst nie, so eignet sich der Workshop für Anfänger und Fortgeschrittene. Im Workshop arbeiten wir mit konkreten Beispielen und besprechen die wichtigsten Inhalte eines Abstracts sowie den Feinschliff, der ein Abstract gelingen lässt. Die Basis bilden die klassischen „Do’s and Don’ts“, über die wir Bescheid wissen sollten. Sie sind die wichtigen Voraussetzungen für die erfolgreiche Annahme, beziehungsweise der häufigste Grund zur Ablehnung.

Für alle, die auch morgen wieder einen Abstract einreichen wollen, bietet der Workshop einen idealen Platz um im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen Erfahrungen zu teilen und mittels Übungen Know-how und Ideen zu tanken.

25. Der Übergang aus der psychiatrischen Klinik nach Hause: die Nutzerperspektive

Anna Hegedüs, Ian Needham, Johann Behrens

Hintergrund

Die Zeit nach dem Austritt aus der Klinik ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen ein kritischer Zeitraum. Um den Austritt zu verbessern wurden in den letzten Jahrzehnten vermehrt Interventionen und Strategien zu Verbesserung der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik entwickelt. Die Wirksamkeit solcher Interventionen ist bis heute nicht eindeutig belegt. Die Studien messen eine Vielzahl an Outcomes und zeigen kontroverse Ergebnisse. Häufig verwendete Outcomemaße sind: Wiedereintrittsrate, Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, Lebensqualität, Symptombelastung, Funktionsfähigkeit. Die gemessenen Variablen sind sehr vielfältig und erscheinen relevant für die Versorgungsqualität und aus der ökonomischen Perspektive heraus. Unklar ist, ob die in den Studien verwendeten Outcomemaße auch die der Perspektive der Betroffenen widerspiegeln.

Der Sichtweise der NutzerInnen wird in der psychiatrischen Versorgung und seit einigen Jahren auch in der Entwicklung von neuen Ergebnismaßen Rechnung getragen. Immer mehr AutorInnen befassen sich mit der Entwicklung von Outcomes, die unter Einbezug der NutzerInnen entwickelt werden. Ein besseres Verständnis vom Zeitraum nach dem Austritt und jenen Faktoren, die für die Betroffenen relevant sind, ermöglicht die Identifikation von nutzerrelevanten Outcomes. Diese könnten die zukünftige Forschung und Entwicklung der nächsten Jahre dahingehend verbessern, dass vermehrt Interventionen entwickelt werden, die den Bedürfnissen der NutzerInnen entsprechen.

Fragestellungen

Die Studie beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen:

- Wie gestaltet sich die Adaption von Menschen mit einer psychischen Erkrankung an das Lebensumfeld nach dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik?
- Anhand welcher Kriterien beurteilen Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine gelungene oder nicht-gelungene Anpassung an das Lebensumfeld nach dem Austritt?

Methode und Material

Für diese qualitative Studie wurden 13 leitfadengestützte Interviews mit Betroffenen im deutschsprachigen Raum der Schweiz durchgeführt. Dabei handelte es sich um Erwachsene mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen und unterschiedliche langer Krankheitserfahrung. Der letzte Austritt aus der psychiatrischen Klinik lag bei den Befragten 1 - 4 Monate zurück. Die transkribierten Interviews wurden mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse [1] ausgewertet. Themen und Subthemen wurden induktiv, direkt am Material gebildet.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse der Analyse zeigen eine häufig auftretende Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach dem Austritt und einer gleichzeitig auftretenden Angst bzw. Bedenken gegenüber dem Austritt. In den Tagen/ Wochen nach dem Klinikaufenthalt bereiten vor allem die plötzlich notwendige Selbstständigkeit, die Eigenverantwortung und die Gestaltung der Tagesstruktur Schwierigkeiten. Das „Ankommen“ im Lebensumfeld wird stark mit Wohlbefinden, einer gewissen Stabilität der psychischen Gesundheit, Eigenständigkeit, Tagesstruktur und dem Erreichen einer gewissen Routine in Verbindung gebracht.

NutzerInnen wünschten sich, dass die ersten 1-2 Wochen nach dem Austritt gemeinsam mit der Bezugsperson genau geplant werden. Gerade bei PatientInnen mit noch eher wenig Erfahrung mit Klinikaustritten erscheint dies unverzichtbar.

Diskussion & Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie sind zwar noch unvollständig, zeigen aber bereits erste Tendenzen. Die ersten Erkenntnisse im Hinblick auf die nutzerrelevante Ergebnismaße verdeutlichen die Relevanz von bisher nicht bzw. wenig gemessenen Outcomes. Die Ergebnisse der Studie könnten ein Umdenken bei zukünftigen Interventionsstudien und deren Outcomes anregen. Außerdem liefern sie Hinweise dazu, welche Elemente des Ankommens bedeutsam sind für die NutzerInnen und wie diese optimal bei diesem Prozess unterstützt werden können.

Literatur

1. Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

26. Implementierung komplexer Interventionen in die psychiatrische Versorgungspraxis – Wie schaffen wir eine nachhaltige Implementierung von Innovationen?

Gitte Herwig

Hintergrund

Die Entwicklung der psychiatrischen Pflege schreitet durch Forschung, Entwicklung sowie Integration komplexer Interventionen [2] in die Versorgungspraxis stetig voran. Die jeweiligen Innovationen werden in der Fachwelt mit viel Aufmerksamkeit bedacht, eine Implementierung in die psychiatrische Versorgungspraxis wird in vielen Kliniken forciert. Darüber hinaus fordern auch rechtliche Grundlagen (u. a. § 113 Sozialgesetzbuch [SGB] XI, § 3 Krankenpflegegesetz [KrPflG]) eine Implementierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis [14].

Die Art und Weise von Überführung der Interventionen in die Versorgungspraxis, auch als Theorie-Praxis-Transfer bezeichnet, findet insgesamt jedoch wenig Beachtung im Berufsfeld der Pflege. So können bis zu 20 Jahre vergehen, bis Innovationen nachhaltig in die Versorgungspraxis integriert werden [11, 12]. Drake, Gorman und Torrey [4] beschreiben es zudem als paradoxe Situation, dass zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren, häufig nicht-evidenzbasierte Methoden angewendet werden. Effektive Interventionen bleiben so häufig weit hinter ihrem Potential zurück. Studien zeigen, dass vielversprechende Forschungsergebnisse nur zu ca. 10 – 14% in die Patientenversorgung eingehen und der erreichte Nutzen insgesamt gering ist [1].

Fragestellung

Vor dem theoretischen Hintergrund ergeben sich vielfältige Fragestellungen hinsichtlich einer erfolgreichen und nachhaltigen Überführung theoretischen Wissens bzw. komplexer Interventionen in die Versorgungspraxis. Insbesondere mit dem Ziel eines positiven Nutzens der Interventionen für

die Patienten. Förderliche und hemmende Faktoren gelten als zentrale Parameter im Implementierungsprozess, da sich Planung und Steuerung des Implementierungsgeschehens im Wesentlichen an den Erkenntnissen orientieren und den Implementierungserfolg beeinflussen. Die Identifizierung der Faktoren bzw. Barrieren, deren Interaktion sowie die Erkundung der Wirkungsweise gilt als ein zentrales Teilgebiet der Implementierungsforschung und soll daher im Mittelpunkt der Auseinandersetzung stehen.

Methode

Zur Literaturrecherche, in Form einer Schneeballsuche, wurden deutsch- und englischsprachige Fachpublikationen in PubMed und Cochrane Library gesucht. Es wurde eine Handsuche in der Universitätsbibliothek Freiburg und der Caritas Bibliothek Freiburg vorgenommen. Weiterführend fand eine Onlinerecherche in deutsch- und englischsprachigen Pflegezeitschriften sowie im Online-Journal Implementation Science statt. Berücksichtigt wurden auch graue Literatur und Internetseiten zum Themengebiet der Disseminations- und Implementierungsforschung.

Ergebnisse

Während im deutschsprachigen Raum im Kontext der psychiatrischen Pflege Implementierungsforschung noch wenig Beachtung findet, erforschen international seit geraumer Zeit verschiedene Disziplinen, wie Innovationen im Gesundheits- und Sozialwesen nachhaltig in die Praxis transferiert werden. Es werden derzeit mannigfaltige und heterogene Faktoren auf unterschiedlichsten Ebenen beschrieben, die die Implementierung neuer Interventionen beeinflussen [3, 5, 13]. Zusammenfassend scheint die Nachhaltigkeit einer Implementierung von Forschungsergebnissen bzw. komplexer Interventionen entscheidend davon abzuhängen, in wie weit Implementierungsstrategien, Führung, Kontext und Mitarbeitern selbst Beachtung gegeben werden [7]. Die Implementierungsforschung hat sich des Weiteren auf die Zusammenstellung jener Faktoren konzentriert, die versuchen, einen Implementierungsprozess als ganzheitliches Konstrukt zu betrachten. Rabin et al. [10]

präsentieren auf der interaktiven Web-Seite 87 Modelle bzw. Rahmenwerke, die zur Planung und Evaluierung von Implementierung dienen. Vielfach beschrieben ist der *PARIHS- (Promoting Action on Research Implementation in Health Service) Bezugsrahmen*. Dieser sieht die erfolgreiche Implementierung von Forschungserkenntnissen in Abhängigkeit der Qualität von Evidenz und Kontext sowie der Art der Begleitung [13].

Diskussion

Die internationale Forschungslage und Diskussion zu Einflussfaktoren in Implementierungsprozesse ist insgesamt unübersichtlich. Implementierungsforschung ist eine vergleichsweise junge Disziplin und befindet sich im Begriffs- und Konzeptfindungsprozess, was sich in der großen Vielfalt nur unscharf voneinander getrennter und synonym gebrauchter Begrifflichkeiten zum Themengebiet widerspiegelt [6]. Die Schlüsselpublikationen zu Implementierungsforschung stammen aus dem angloamerikanischen Sprachraum und beziehen sich auch mehrheitlich auf Studien aus diesem Raum, so dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den deutschsprachigen Kontext nicht ohne Einschränkung möglich erscheint [9]. Pflegerische Interventionen im Berufsfeld der Psychiatrie konnten vielfach als komplexe Interventionen identifiziert werden, die ihrerseits in komplexe Kontexte unter komplexen Bedingungen implementiert werden. Die Komplexität von Intervention bedingen diverse Fehlerquellen im Implementierungsprozess, daher ist eine Berücksichtigung vieler Faktoren notwendig, ohne dass vorab immer ausreichend bekannt ist, welche Interventionskomponenten die Wirksamkeit bedingen. Unbestritten ist der Zusammenhang zwischen komplexen Interventionen und der Häufung von Fehlerquellen im Implementierungsprozess [8].

Fazit

Vielfältige Einflussfaktoren sowie widersprüchliche Interessenslagen zahlreicher Akteure machen die Implementierung von Innovationen auch in der psychiatrischen Versorgungspraxis zu einem schwer zu steuernden Prozess.

Publiziertes Wissen, Innovationen und evidenzbasierte Interventionen verbreiten sich nur begrenzt selbst. Zentral für die Gestaltung von Implementierungsprozessen ist die Abkehr des Prinzips: *Schulen und Hoffen*, hin zur Nutzung evidenzbasierter und systematischer Implementierungsaktivitäten.

Literatur

1. Arnaud, N. (2015). *Transfer und Implementation evidenzbasierter Ansätze*. In Hoff, T. & Klein, M. (Hrsg.), *Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung* (S. 139 – 156). Berlin: Springer.
2. Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Mitchie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *Bmj* (Hrsg.).
3. Damschroder, L. J., Aron D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implementation Science*, 4 (50), 1-15.
4. Drake, R. E., Gorman, P. & Torrey, W. C. (2002). *Research on Core Implementation Components*. In Fixsen, L., Naoom, S. L., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature* (2005) (S. 35). Tampa, FL: University of South Florida.
5. Greenhalgh, T., Glenn, R., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). *Diffusion of Innovations in Service Organisations: A systematic Review and Recommendations*. *The Milbank Quarterly*, 48 (4), 581-629.
6. Hoben, M. (2016). *Einflussfaktoren in Implementierungsprozesse*. In Hoben, M., Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.), *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
7. Müller-Isberner, R., Born, P., Eucker, S. & Eusterschulte, B. (2017). *Implementation of Evidence-Based Practices in Forensic Mental Health Services*. In Roesch, R. & Cook, A. N. (Hrsg.), *Handbook of Forensic Mental Health Services* (S. 443 – 469). New York: Routledge.
8. Meyer, G., Balzer, K., Wilborn, D., Fleischer, S., Berg, A. & Köpke, S. (2016). *Unwirksamkeit, Schaden und nicht intendierte Folgen der Implementierung von Interventionen*. In Hoben, M., Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.), *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch* (S. 186 – 202). Stuttgart: Kohlhammer.
9. Quasdorf, T., Hoben, M., Riesner, C., Dichter, M. N. & Halek, M. (2013). *Einflussfaktoren in Dissemination- und Implementierungsprozessen*. *Pflege & Gesellschaft*, 18 (3), 235-252.

10. Rabin, B. A., Cameron, W. C., Henton, M., Tabak, R., Mitchell, S. & Brownson, R. et al. (2018). *Dissemination & Implementation Models in Health Research & Practice*. Center for Research in Implementation Science and Prevention (CRISP) (Hrsg.). Verfügbar unter http://dissemination-implementation.org/viewAll_di.aspx
11. Roes, M., Buscher, I. & Riesner, C. (2015). Implementierungs- und Disseminationswissenschaft – Konzeptionelle Analyse von Gaps zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis. *Pflege & Gesellschaft* 18 (3), 213-234.
12. Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. Aufl.). New York: Free Press.
13. Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS-Bezugsrahmen. In McCormack B., Manley, K. & Garbett R. (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 105 – 124). Bern: Huber.
14. Schubert, B. & Wrobel, M. (2009). Identifizierung von Hindernissen, die die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis hemmen. *Printer-net*, 11 (6), 343-351.

27. Aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Akademisierung der psychiatrischen Pflegekräfte und des Einsatzes psychiatrischer Pflegeexpert*innen

Martin Holzke

Hintergrund und Problemstellung

Die Akademisierung der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements in den vergangenen ca. 20 Jahren hat – wie bereits in Amerika vor grob 50 Jahren – nicht zu einer Steigerung der pflegerischen Versorgungsqualität, insbesondere in der unmittelbaren Patientenversorgung geführt. In der Praxis lässt sich vor allem der mangelnde Transfer des derzeit verfügbaren Wissens in den pflegerischen Alltag beobachten. Daher wird in den letzten Jahren vermehrt versucht, Pflegende, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, akademisch zu qualifizieren, um eine bessere Vernetzung von Theorie und Praxis zu ermöglichen. Dies führt zu einer Veränderung des Skill und Grade-Mix der psychiatrischen Pflegepraxis. Da die neuen Aufgaben- und Handlungsfelder für akademisierte Pflegekräfte in der Psychiatrie bislang jedoch erst in der Entstehungsphase sind, besteht beispielsweise unter anderem die Gefahr von Rollenkonflikten zwischen beruflich qualifizierten und akademisch qualifizierten Pflegekräften.

Der Vortrag beschäftigt sich mit dem Erleben der Ist-Situation bezüglich der Einsatz- und Handlungsfelder der akademisierten Pflegekräfte in der Psychiatrie. Dazu wurden die unterschiedlichen Akteure der Pflege (Management, Bildung, Wissenschaft, (akademisierte) Praxis) befragt, um Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für die Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells aussprechen zu können.

Methode und Material

Dazu wurden die unterschiedlichen Akteure der Pflege (Management, Bildung, Wissenschaft, (akademisierte) Praxis) qualitativ befragt, um Heraus-

forderungen und Handlungsempfehlungen für die Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells aussprechen zu können.

Die akademisierten Pflegekräfte wurden mittels teilstrukturierten Interviews befragt. Es nahmen 8 akademisierte Pflegekräfte an der Befragung teil. Teilweise befanden sich diese kurz vor dem Abschluss ihres Studiums.

In einer zweiten Phase wurde eine Fokusgruppe mit sieben Teilnehmenden aus den Bereichen Pflegemanagement, Pflegewissenschaft, Pflegebildung und Pflegepraxis gebildet, um die Ist-Situation um weitere Perspektiven zu erweitern.

Die Ergebnisse der beiden Befragungen wurden zunächst innerhalb der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit ausgewertet und geclustert. Anschließend wurden die Ergebnisse zusammengeführt und daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Einsatz- und Handlungsfelder abgeleitet.

Ergebnisse

Die akademisierten Pflegekräfte sehen ihre Kompetenzen insbesondere in den Bereichen: externe Evidenz, Reflexion und Theorie-Praxis-Transfer. Wissen zu spezifischen Fragestellungen gezielt zu recherchieren, zu bewerten und dieses in die Praxis zu transferieren ist Ihrer Ansicht nach ein wesentlicher Faktor, der sie von beruflich qualifizierten Pflegenden unterscheidet. Die Möglichkeiten, die durch das Studium zusätzlich erworbenen Kompetenzen in der Praxis einzubringen, sind jedoch durch unterschiedliche Faktoren begrenzt. Als wesentliche einschränkende Faktoren werden Zeit und Zugang zu Wissen angeführt.

In der Fokusgruppe wurden insbesondere Aspekte der Arbeitsorganisation, möglichen Rollenkonflikten, Unsicherheiten zu Handlungs- und Tätigkeitsfeldern sowie notwendiger Vernetzungsstrukturen diskutiert.

Diskussion

Nach wie vor gibt es teilweise wenig Wissen über akademisierte Pflegekräfte in der Pflegepraxis. Immer wieder wird die Sorge der Spaltung von Pfl-

geteams benannt. Zeit scheint ein zentraler Faktor der Integration von akademischen Pflegekräften in die Praxis zu sein, damit Sie ihre zusätzliche Kompetenz anwenden können. Ebenso sollte der Zugang zu Wissen und Strukturen einer wissenschaftlichen Praxisanleitung geschaffen werden. Weiter wird der Wunsch der Praxis nach einem Rahmen, der Kontextfaktoren, wie z.B. Schnittstellen, Kompetenzen, etc. klärt deutlich.

Schlussfolgerung

Es sollte ein Rahmenmodell der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie entwickelt werden, um auf dieser Grundlage die Diskussion über spezifische Inhalte, Rollenprofile und Kompetenzbereiche führen zu können.

28. (Weiter-)Entwicklung und Diskussion eines heuristischen Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie

Stefan Scheydt

Hintergrund und Problemstellung

Während die Akademisierung der Pflege und die Integration akademisch ausgebildeter Pflegekräfte in die Praxis international bereits seit einiger Zeit etabliert wird, ist dies in Deutschland leider noch lange nicht der Regelfall, auch wenn mittlerweile der positive Effekt akademisch ausgebildeter Pflegekräfte auf unterschiedliche Patientenergebnisse nachgewiesen werden konnte [1].

Um die Herausforderung der Integration akademisch ausgebildeter Pflegekräfte in die bestehenden organisationalen Strukturen und Abläufe erfolgreich gestalten zu können, wurde die Entwicklung eines Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie als notwendig erachtet. Zukünftige Diskussionen können dann mit einem entsprechenden konzeptuellen Fundament geführt werden. Ebenso kann die Integration der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte in die psychiatrische Versorgungspraxis weiter vorangetrieben werden [2, 4].

Methode und Material

Vor diesem Hintergrund wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed und CINAHL eine einfache Literaturrecherche mit den Suchworten Pflege, psychiatrische Pflege, erweiterte psychiatrische Pflege, Kompetenzmodell, Qualifikationsmodell sowie Implementierung durchgeführt, um bereits bestehende Modelle und Konzepte zu identifizieren, die sich mit der Beschreibung von Qualifikations- und Karriereprofilen in der Pflege, des Aufgabenspektrums und der Integration akademisch ausgebildeter Pflegekräfte (in der Psychiatrie) beschäftigten. Die Suche wurde hinsichtlich Sprache (deutsch, englisch) sowie Erscheinungsjahr (2002 bis 2017) einge-

schränkt. Da die Recherche in den wissenschaftlichen Datenbanken nur sehr wenige Treffer ergab, wurde die Suche über die Suchmaschinen Google und GoogleScholar ausgeweitet.

Ergebnisse

Vor dem Hintergrund des ICN-Pflegekompetenzmodells [3] und des Konzeptes der erweiterten Pflegepraxis (ANP) wurde ein heuristisches Rahmenmodell der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie entwickelt. Das Modell beschreibt zu jeder Kompetenzstufe die Rolle bzw. Funktion der Pflegenden, die jeweils benötigte Qualifikation, die jeweiligen Kompetenz-, Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche sowie die jeweilige Empfehlung zur tariflichen Eingliederung gemäß TVöD. Eine Besonderheit dieses Modells liegt in der Differenzierung zwischen Generalisten, Spezialisten und Experten, welche wiederum in Pflegende mit und ohne Bachelor- Abschluss unterschieden werden. Eine weitere Besonderheit des Modells liegt darin, dass die derzeitige Unsicherheit des Qualifikationsniveaus von Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung in psychiatrischer Pflege und Bachelor- Pflegenden mit Spezialisierung in psychiatrischer Pflege durch eine Integration und Gegenüberstellung der beiden Kompetenzprofile aufgehoben werden kann und deutlich wird, dass sich beide Qualifikationen auf demselben Niveau befinden.

Diskussion

Zusammenfassend liefert das Modell eine heuristische und dennoch detailliert beschriebene Darstellung möglicher Rollen der Pflege im stationären psychiatrischen Versorgungssektor, welche mit den Qualifikationen und Kernaufgaben bzw. Kernkompetenzen der jeweiligen Rollen verknüpft sind. Hierauf aufbauend können organisationsbezogene Konzepte entwickelt und evaluiert werden.

Das hier beschriebene Rahmenmodell der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie bietet eine Möglichkeit, die theoretische bzw. praktische Kluft zwischen Pflegenden mit Fachweiterbildung und Bachelor-Pflegenden durch ein (noch zu entwickelndes) personalisiertes Weiterbildungsangebot (Fach-

kurs Psychiatrie, Traineeprogramm, Fachkurs wissenschaftliches Arbeiten, Journal Clubs etc.) zu minimieren, wenn nicht sogar zu schließen. Hierdurch können Fachpflegekräfte Psychiatrie und Bachelor-Pflegende nicht nur fachlich, sondern auch tariflich auf eine Stufe im Sinne des Deutschen Qualifikationsrahmens DQR gestellt werden.

Schlussfolgerung

Es ist wichtig, im Zusammenhang mit der Integration akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte die Theoriebildung voranzutreiben, sodass das Rahmenmodell der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie stetig zu einem übergeordneten Qualifikations- und Kompetenzmodell weiterentwickelt werden kann.

Literatur

1. *Darmann-Finck I (2012). Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. Pflege & Gesellschaft, 17(3): 2016–232.*
2. *Holzke M, Scheydt S (2018). Akademisierung der psychiatrischen Pflege. Eine kritische Auseinandersetzung. Psychiatrische Pflege, in press.*
3. *International Council of Nurses, ICN (2009). Nursing Care Continuum Framework and Competencies. Online abrufbar unter: https://sigafsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Compencies.pdf (letzter Zugriff am 10.08.2018).*
4. *Scheydt S, Holzke M (2018). Erweiterte psychiatrische Pflegepraxis. Entwicklung und Diskussion eines heuristischen Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie. Pflegewissenschaft, 20(3/4): 146–154.*

29. Strategien zur qualifikatorischen Anpassung unterschiedlicher Kompetenzprofile von Pflegefachspezialist*innen Psychiatrie mit und ohne hochschulischer Qualifikation

Martin Holzke, Stefan Scheydt

Hintergrund und Problemstellung

Die Akademisierung der psychiatrischen Pflege befindet sich derzeit vermutlich in einer Art Übergangsphase. Zum einen gibt es die Absolventinnen und Absolventen der ausbildungsintegrierten Studiengänge, die je nach Modell dort bereits einen Schwerpunkt Psychiatrische Praxis belegen können und ihr Studium mit der Berufszulassung und einem Bachelor Pflege abschließen. Zum anderen gibt es Studiengänge, die explizit auf das Feld der psychiatrischen Pflege ausgerichtet sind und mit einem Bachelorabschluss Psychiatrische Pflege / Mental Health abgeschlossen werden, jedoch keine Berufszulassung beinhalten. Da es im internationalen Kontext üblich ist, mit dem Bachelor Abschluss die Berufszulassung zu erhalten und anschließend eine Spezialisierung über einen Masterstudiengang vorzunehmen, dürften Bachelor Studiengänge mit Spezialisierung nicht die Regel werden. Im Gegenteil, es müssen zunehmend Masterstudiengänge geschaffen werden, um eine Weiterqualifizierung für Karrierewege in der Pflegepraxis zu ermöglichen. Gleichwohl muss, stand heute, berücksichtigt werden, dass weniger als 1 Prozent der Pflegenden in Deutschland akademisiert sind und der Beruf Pflege bislang überwiegend von Absolventinnen und Absolventen mit mittlerem Bildungsabschluss ergriffen wird. Soll die Akademisierung vorangetrieben werden muss folglich auch für diese Gruppe eine Möglichkeit des Zugangs zum Hochschulsystem geschaffen werden. Kooperationen von Einrichtungen der Fachweiterbildung und Hochschulen könnten hier wegweisend sein

Darüber hinaus bringt die aktuelle Entwicklung ein zunehmend heterogenes Bild an Berufs-/Studienabschlüssen, Weiterbildungen und den dadurch erworbenen Kompetenzen mit sich. Die Pflegepraxis ist daher mehr und mehr

damit konfrontiert, Ideen und Konzepte zu entwickelt, wie die Integration dieser vielfältigen Kompetenzen in den Alltag gelingen kann. Erschwert wird diese Integration insbesondere durch die in Deutschland überwiegend vorherrschende Praxis, keine Differenzierung der Pflege hinsichtlich unterschiedlicher Kompetenzen und daran gekoppelter Tätigkeiten vorzunehmen. Pflegende sind universal Künstler, alle können alles. Teilweise ist selbst eine differenzierte Tätigkeitsbeschreibung für Hilfsberufe nicht vorhanden, was letztlich die Frage aufwirft, warum diese Differenzierung eigentlich notwendig wäre und welche Effekte durch eine Akademisierung der Pflege zu erwarten sind.

Vorgehen

Anhand einer unsystematischen Literaturanalyse und Arbeitsgruppenergebnissen wurden Möglichkeiten identifiziert, auf die zunehmende Heterogenität der Qualifikationen, Spezialisierungen und Schwerpunkte reagieren zu können.

Ergebnis

Mögliche, zumindest subjektiv wahrgenommene (qualitative) Unterschiede zwischen psychiatrischen Pflegeexpert*innen mit und ohne hochschulischer Qualifikation werden eruiert und diskutiert. Vor diesem Hintergrund, dem Hintergrund der internationalen Fachliteratur und dem Hintergrund des Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie sollen mögliche Strategien zur Beseitigung oder zumindest Minimierung dieser wahrgenommenen Unterschiede, wie z.B. die Implementierung eines speziellen Traineeprogramms, eines Fachkurses wissenschaftliches Arbeiten und Evidence-based Nursing, aber auch gesundheitspolitische Möglichkeiten und Grenzen erörtert werden.

Diskussion

Die Diskussion über die aktuell und zukünftig vorhandenen, unterschiedlichen Aus- Fort- und Weiterbildungswege in der Pflege und den dazugehöri-

gen Kompetenzprofilen sollte als wichtige Grundlage für eine Eingruppierung im DQR und zur Entwicklung wirksamer Implementierungsstrategien geführt werden.

30. Pflegeprozess und Praxisentwicklung: Gute Arbeit für Patienten und Mitarbeitende in der Psychiatrie

Therese Hirsbrunner, Katharina Wolf-Grauwiler, Nelly Schori, Mirjam Trummer, Martina Lerch

Hintergrund

Die Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn gehören zur Solothurner Spitäler AG, einer Spitalgruppe mit drei somatischen und einer psychiatrischen Klinik. Alle Pflegestationen nutzen die elektronische Pflegedokumentation WicareDoc®, die ursprünglich im somatischen Bereich entwickelt wurde.

Problemstellung

Bei der Umstellung auf WicareDoc® wurden die Pflegefachpersonen in den psychiatrischen Diensten mit technischen und fachlichen Anforderungen konfrontiert. Bis dahin wurde der Pflegeprozess in unterschiedlichem Ausmass auf Papier dokumentiert. Mit dem elektronischen System wurden die Schritte des Pflegeprozesses – und auch die Lücken in der Umsetzung – sichtbar. Für die Pflegefachpersonen wurden die Inhalte des Pflegeassessments und die Pflegediagnostik als zu stark von der Somatik geprägt und ungeeignet für die Psychiatrie benannt. Um die Verwendung von WicareDoc® in den Psychiatrischen Diensten zu ermöglichen, erarbeitete in einer ersten Phase eine Pflegeexpertin zusammen mit einer Fachgruppe eine Dokumentationsempfehlung für das Pflegeassessment. Bei der nachhaltigen Umsetzung der weiteren Schritte des Pflegeprozesses stiess diese Fachgruppe jedoch an Grenzen. Deshalb initiierten die Pflegedienstleitung der Psychiatrischen Dienste und die Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler AG das dreijährige Praxisentwicklungsprojekt „Massnahmen in der Pflege steuern (MaPs)“.

Ziele

Im Praxisentwicklungsprojekt MaPs wurde im Zeitraum 2015-2017 an zwei Zielen gearbeitet:

- Die Pflegefachperson steuert den Pflegeprozess, indem sie bei jedem Patienten verbindliche pflegerische Massnahmen plant, umsetzt und dokumentiert.
- Die Pflegefachperson steuert den interprofessionellen Behandlungsprozess mit, indem sie pflegerische Massnahmen mündlich und/oder schriftlich kommuniziert.

Vorgehen

Alle 14 Stationen der Erwachsenenpsychiatrie wurden in das Projekt einbezogen. In drei Kerngruppen à 8-12 Personen unter der Leitung einer Pflegeexpertin bzw. dem Ressortleiter Pflege arbeiteten von jeder Station die Stationsleitung, die Fachexpertin und die Berufsbildnerin mit. Die Kerngruppen trafen sich monatlich. Für das erste Ziel wurden zwei Jahre reserviert, für das zweite Ziel das dritte Jahr. Die Grundprinzipien der Praxisentwicklung, die vom Thema Betroffenen in allen Schritten einzubeziehen („*collaboration, inclusion and participation*“) [1] waren im Projekt zentral. Zum Start des Projekts waren die beiden Ziele sowie ein grobes Konzept für das Vorgehen geplant, alle weiteren Schritte wurden zusammen mit den Beteiligten laufend konkretisiert und umgesetzt. In den Kerngruppen wurden die Themen jeweils so eingebracht und bearbeitet, dass die Beteiligten die geplanten Schritte selbständig in ihren Teams umsetzen und evaluieren konnten. Am Ende jedes Jahres wurde jeweils eine Evaluation zum übergeordneten Ziel durchgeführt.

Im ersten Jahr wurde ein gemeinsames Verständnis des Pflegeprozesses und der Pflegeprozesssteuerung formuliert. Die Diskussion wurde in jeder Kerngruppe solange geführt, bis sich alle Mitglieder mit den Aussagen einverstanden erklären konnten. Im Anschluss daran befasste sich jede Kerngruppe intensiv mit dem Ist- und Soll-Zustand bezüglich Pflegeprozesssteuerung

auf den Ebenen Struktur (z.B. Organisation der Bezugspflege), Aufgabe (z.B. Rolle der Bezugspflegerinnen, Arbeitsteilung) und Kultur (z.B. Kontrolle, gemeinsames Verständnis im Team, Widerstand). Durch die Auseinandersetzung der Pflgeteams mit dem Thema stellten sich vor allem im Verlauf der ersten beiden Jahre grundsätzliche Fragen zum Pflegeprozess, zur Dokumentation, zur Arbeitsteilung oder -organisation. Diese Fragen wurden in die Kerngruppen eingebracht, so dass alle zur Klärung beitragen konnten beziehungsweise von der zusätzlichen Klarheit profitieren konnten.

Die Fachexpertinnen führten regelmässige Coachings mit ihren Kolleginnen und Kollegen durch. Dadurch wurde die Rolle der Fachexpertinnen klarer, und in den Kerngruppen und den Pflgeteams wurde die Unterscheidung von Kontrolle (Aufgabe der Stationsleitung) und Coaching (Aufgabe der Fachexpertin) transparent gemacht.

Im zweiten Jahr standen die Pflegediagnostik, die Formulierung von individuellen Pflegemassnahmen und der Einbezug der Patienten im Zentrum. Die Kerngruppen erarbeiteten ausgehend von der Fachliteratur Kriterien, wie die Pflegemassnahmen formuliert sein sollten. Die Möglichkeiten und verschiedenen Formen des Einbezugs von Patienten in die Planung und Umsetzung von pflegerischen Interventionen wurden ausführlich diskutiert.

Das dritte Jahr stand unter dem Schwerpunkt der Kommunikation des Pflegeprozesses im interprofessionellen Behandlungsteam. Die von den Stationen gewählten Schwerpunkte waren vielfältig, zum Beispiel Verbesserung der Vorbereitung der interprofessionellen Fallbesprechungen und damit ein klares Auftreten der Pflege oder Einführung und Verbesserung von interprofessionellen Standortgesprächen und damit ein verbesserter Einbezug der Patienten in die Behandlungsplanung.

Ergebnisse / Erfahrungen

Am Ende des ersten Jahres wurden die Ergebnisse bezüglich Verständnis der Pflegeprozesssteuerung evaluiert, indem die Stationsleitungen Mitarbeitende ihrer Teams (n=97) zu vorgegebenen Fragestellungen interviewten. Die

Resultate zeigten ein differenziertes Verständnis der Pflegeprozesssteuerung.

Im zweiten Jahr standen die Formulierung von Pflegemassnahmen und der Einbezug der Patienten im Zentrum. Die Dokumentationsanalyse (n=110) Ende Jahr zeigte, dass alle Patienten eine individuelle Pflegeplanung hatten. Beobachtungen in der Pflegepraxis (n=14) ergaben, dass die Patienten zu einem hohen Grad in die Planung und Umsetzung der Pflegemassnahmen einbezogen wurden.

Das dritte Jahr stand unter dem Schwerpunkt der Kommunikation des Pflegeprozesses im interprofessionellen Behandlungsteam. Für die Strukturierung und Durchführung der Evaluation wurde in allen Kerngruppen das „Good Enough Model“ vorgestellt [2]. Die schriftlichen und mündlichen Befragungen von Pflegefachpersonen, Patienten und Kollegen des interprofessionellen Behandlungsteams zeigten eine grosse Zufriedenheit mit den Veränderungen. Als besonders positiv wurden mehr Klarheit und grössere Präsenz der Pflegefachpersonen im interprofessionellen Behandlungsteam genannt, und die befragten Patienten äusserten, dass sie sich besser einbezogen und informiert fühlten.

Diskussion

Der Ansatz des Praxisentwicklungsprojekts war erfolgreich für die Implementierung des Pflegeprozesses. Der Einbezug der direkt Betroffenen und das schrittweise Vorgehen trugen dazu bei, den Pflegeprozess zu implementieren, die unterschiedlichen Rollen in den Pflegeteams zu klären und eine bessere Zusammenarbeit zu erreichen. Die einzelnen Stationen konnten an ihrem aktuellen Umsetzungsstand und in ihrem Tempo arbeiten. Die Pflege Diagnostik wird nun mit einem pragmatischen Ansatz umgesetzt, indem sie als Grundgerüst für die individuellen Pflegeplanungen dient, in die die Patienten einbezogen werden. Im Verlauf des Projekts reifte bei allen Beteiligten die Erkenntnis, dass es akzeptabel ist, wenn der Pflegeprozess nicht in allen Fachbereichen und Stationen mit den gleichen Schwerpunkten und in der gleichen Ausführlichkeit umgesetzt wird.

Anfänglich war der offene Rahmen des Projekts irritierend. Es war für die Beteiligten ungewohnt, in einzelne Projektschritte und Themen mehrere Sitzungen zu investieren. Alle Stationen gleichzeitig im Projekt zu integrieren, stellte eine grosse organisatorische Herausforderung dar. Bei personellen Engpässen oder bei einem Wechsel in der Projektgruppe brauchte es grosse Anstrengungen, um das bisher erarbeitete nicht zu verlieren.

Schlussfolgerungen

Durch das dreijährige Projekt MaPs konnte ein Kulturwandel in Gang gesetzt werden. Die anfänglich kritisierte Pflegedokumentation wird nun in jedem Bereich so eingesetzt, dass für die Arbeit der Pflege und für die Patienten ein Nutzen entsteht. Die Umsetzung des Pflegeprozesses steht jetzt auf einem stabilen Fundament.

Literatur

1. *McCormack, B.; Manley, K. & Titchen, A. (2013) Practice Development in Nursing and Healthcare. 2nd edition. Chichester: Wiley-Blackwell.*
2. *Wilson, V.& McCance, T. (2015) Good Enough Evaluation. International Practice Development Journal 5 (Suppl)[10].*

31. Wie kann «gute Zusammen-Arbeit» gelingen? Betroffene, Fachpersonen als Angehörige und Forschung im Dialog

Anke Jähnke, Sven Andersson, Sabine Rühle Andersson, Anna Hegedüs

Hintergrund

Angehörige von krankheitsbetroffenen Menschen sind für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Vor allem am „Gesundheitsstandort Privathaushalt“ – der kleinsten sozialen Einheit der Gesundheitsversorgung – aber auch während stationären Aufenthalten übernehmen sie wichtige Aufgaben für ihre erkrankten und unterstützungsbedürftigen Nächsten [1]. Dies gilt nicht nur bei somatischen, sondern insbesondere auch bei psychischen Erkrankungen [2]. Angehörige haben jedoch keine einfache Position: auf der einen Seite wird ihre wichtige Rolle in der integrierten Versorgung der Erkrankten anerkannt [3]. Andererseits sind sie mitbetroffen und dadurch häufig selbst in einer Ausnahmesituation. Zudem bestehen nach wie vor Vorbehalte gegenüber Angehörigen, die als Mitverursacher von psychischen Erkrankungen angesehen werden [2]. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen gewinnt seit einigen Jahren mehr Geltung [4].

Einleitung

Im Workshop richten wir unseren Blick auf eine spezielle Gruppe von Angehörigen in psychiatrischen Settings: Gesundheitsfachpersonen, die ihre krankheitsbetroffenen Nächsten unterstützen. Durch ihre berufliche Qualifikation verfügen sie über Fachwissen zur Gesundheitsversorgung sowie über spezifische Kenntnisse des Versorgungssystems. Sie befinden sich jedoch auch in besonderen Spannungsfeldern. An ausgewählten Ergebnissen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts «Double-duty Caregiving» [5] zeigen wir, wie Gesundheitsfachpersonen als Angehörige ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einsetzen, um ihre erkrankten Nächsten bestmöglich zu unterstützen, und auf welche Herausforderungen sie dabei stossen [6, 7]. Die Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen aus Forschung und eigener

Erfahrung dient dazu, gemeinsam Impulse für eine Verbesserung der Versorgung durch „Carer Involvement“ abzuleiten [8].

Thema

Gesundheitsfachpersonen in der Angehörigenrolle sind aufgrund ihrer spezifischen Kenntnisse besonders herausgefordert, insbesondere was ihre Integration in ein komplexes Versorgungsgeschehen anbelangt. Die Doppelrolle bietet jedoch gleichzeitig die Chance, vertiefte Einblicke in den Versorgungsalltag zu gewinnen und Verbesserungen anzuregen. Beispiele aus Interviews und persönlichen Erfahrungen verdeutlichen

- welche Rolle sie im privaten Umfeld und Unterstützungssystem haben,
- wie sie sich innerhalb des Versorgungssystems positionieren und
- wie sie Situationen am eigenen Arbeitsplatz erleben und gestalten.

Im Workshop werden diese Erfahrungsbereiche aus der Betroffenen-, der Angehörigen- sowie der Forschungsperspektive beleuchtet.

Ziele

Der dialogische Erfahrungsaustausch soll die Teilnehmenden zur Auseinandersetzung anregen, was die „gute Zusammen-Arbeit“ zwischen Angehörigen, Betroffenen und Fachpersonen konkret ausmacht. Es sollen Ansatzmöglichkeiten und erste Umsetzungsschritte sowie mögliche Hürden, die einer Umsetzung in die eigene Praxis entgegenstehen, identifiziert werden. Best Practise Beispiele aus England werden einbezogen [9]. Die Teilnehmenden sind jeweils eingeladen, ihren Erfahrungshintergrund und ihre Ideen einzubringen.

Gestaltung

An die Vorbereitungsphase mit Begrüssung und Einführung der Teilnehmenden schliessen die Hauptphasen des Workshops an. Diese bestehen aus:

- kurzen Impulsvorträgen aus verschiedenen Perspektiven (Fachperson als Angehöriger, Krankheitsbetroffene und die wichtigsten Resultate aus dem aktuellen Forschungsprojekt «Double-duty Caregiving»),
- Brainstorming der Teilnehmenden zu eigenen Erfahrungen, Vorstellungen und Utopien sowie Verwirklichung in der Praxis.

Gemeinsam mit den Teilnehmenden werden verschiedene Spannungsfelder rund um das Thema «gute Zusammen-Arbeit» bearbeitet. Um die unterschiedlichen Perspektiven, Rollen und ihre Herausforderungen zu ergründen, dienen die folgenden Fragestellungen:

Auf welche Erfahrungen und Erkenntnisse können wir in unserer täglichen Arbeit in der psychiatrischen Pflege Bezug nehmen? Welche Handlungsoptionen bieten sich jeweils? Was hindert und was fördert eine „gute Zusammen-Arbeit“? Wie können Erfahrungen und Wissen von Gesundheitsfachpersonen als Angehörige besser genutzt werden?

Die Diskussionen werden moderiert und protokolliert sowie in der Nachbereitungsphase nochmals zusammengefasst.

Lernziele des Workshops

Chancen und Herausforderungen eines dialogischen Einbezugs aller Beteiligten werden aus verschiedenen Perspektiven diskutiert. Dabei werden mögliche Strategien für eine „gute Zusammen-Arbeit“ entwickelt und Möglichkeiten dieses neuen Ansatzes ausgelotet.

Die Teilnehmenden reflektieren verschiedene Bedingungen für eine gute „Zusammen-Arbeit“ zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen. Die Teilnehmenden sind sensibilisiert, das Wissen von Gesundheitsfachpersonen als Angehörigen für ihre Praxis und ggf. für die Forschung gezielter zu nutzen.

Literatur

1. *Baumbusch, J. & Phinney, A. (2014). Invisible hands: The role of highly involved families in long-term residential care. Journal of Family Nursing, 20(1), 73–97. doi:10.1177/1074840713507777*

2. Scherer, E. & Lampert, T. (2017). *Angehörige in der Psychiatrie. Basiswissen 34.*
3. WHO Regional Office for Europe, *Integrated care models: An overview.* 2016, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
4. Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie. *Informationen für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung.* Online verfügbar unter: http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/Angehoerigenbroschuere_NAP_2016.pdf
5. <http://www.careum.ch/workandcare/double-duty-caregiving>
6. Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2018). *Double-Duty Caregiving: Herausforderungen und Chancen.* *Competence*, 18(5), 22–23.
7. Jähnke, A., Liebert-Keller, Y., Käppeli, A., van Holten, K. & Bischofberger, I. (2017). «Wachsam? Aber sicher!» *Gesundheitsfachpersonen als fachkundige Angehörige und ihre Rolle in der Patientensicherheit.* *Pflege*, 30(6), 375–386. doi:10.1024/1012-5302/a000588
8. Giacco, D., Dirik, A., Kaselionyte, J. & Priebe, S. (2017). *How to make carer involvement in mental health inpatient units happen: a focus group study with patients, carers and clinicians.* *BMC Psychiatry* 17:101 DOI 10.1186/s12888-017-1259-5
9. Carers Trust (2013). *The Triangle of Care. Carers Included: A Guide to Best Practice in Mental Health Care.* London. [Authors: Worthington, A., Rooney, P. & Hannan, R.]

32. Therapeutespezifische Persönlichkeitsaspekte und die therapeutische Beziehung - Ableitungen für die Arbeit im Mehrpersonensetting

Thomas Lampert

Hintergrund

Angehörigenarbeit ist Bestandteil zahlreicher Leitbilder und wird in Behandlungsleitlinien als Good Clinical Practice betont. Dennoch zeigen sich im Alltag auch Vorbehalte. Angehörige werden teils ausgegrenzt. Der gezielte Einsatz eines wichtigen therapeutischen Prinzips, dem Einbezug der sozialen Ebene, findet so nicht statt [1]. Dabei stehen als Begründung oft die Betonung der Verschwiegenheitspflicht, knappe personelle und zeitliche Ressourcen oder fehlende Kompetenzen (sich auf eine bestimmte Tätigkeit verbundene Berechtigungen beziehend) für die fehlende Zusammenarbeit mit Angehörigen im Fokus.

Zur Unterscheidung zwischen Psychotherapie und Beratung finden sich in der Literatur Hinweise zur therapeutischen Beziehung: "Da Psychotherapie und Beratung (...) zahlreiche Überschneidungen aufweisen, wird (...) davon ausgegangen, dass die Befunde zu Wirkfaktoren bei Psychotherapie auch auf Beratungsprozesse zutreffen" [2]. Sowohl im Kontext von Psychotherapie als auch Beratung sei eine vertrauensvolle Beziehung Voraussetzung.

Vorgehen

Befragung von 26 psychiatrisch tätigen Fachleuten der Professionen Pflege, Medizin und Psychologie aller Behandlungsbereiche in der Psychiatrischen Klinik St.Pirminsberg, St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd, wie psychiatrisch Tätige die Bedeutung therapeutespezifischer Persönlichkeitsmerkmale für die Beziehungsgestaltung beim Einbezug signifikanter Bezugspersonen des Indexpatienten in die stationäre psychiatrische Behandlung einschätzen und welchen Einfluss sie auf den Einbezug von Angehörigen sowie die Ge-

sprächsgestaltung haben. Teilstrukturierte, leitfadenorientierte Interviews mit zwei Skalierungsfragen und offenen Fragen als Selbsteinschätzung.

Diskussion

Befunde aus der Psychotherapieforschung unterstreichen die Wichtigkeit der Beziehungsqualität [3]. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen aus den Interviews: eine gute Zusammenarbeit mit dem Patienten wird durch eine tragfähige therapeutische Beziehung möglich, welche in einem hohen Masse durch die Persönlichkeitsaspekte des Therapeuten beeinflusst wird. Personale Eigenschaften wie Wärme, Empathie, Echtheit als Basis psychotherapeutischer Prozesse können ausschliesslich gefördert, jedoch nicht erlernt werden [4]. Persönlichkeitsvariablen können als ein bedeutender Prädiktor für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gesehen werden [5], Wampold [6] beschreibt ihn als 'vergessenen Wirkfaktor'. Diese Prämissen wurden vorrangig in der Arbeit im Einzelsetting untersucht; der Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Mehrpersonensetting kann jedoch eine ähnliche Tragweite beigemessen werden, die Beziehungsgestaltung ist jedoch komplexer und anspruchsvoller [7]. Dies wird durch die Interviews bestätigt und ist häufige Nennung von Verunsicherung in der Zusammenarbeit im Angehörigen. Einseitige Parteilichkeit oder distanzierte Neutralität kann die therapeutische Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting hemmen, erschweren oder gar verunmöglichen und zu einer Gefährdung der therapeutischen Allianz führen. Das Konzept der 'Allparteilichkeit' [8] wirkt dieser Gefahr entgegen; es muss jedoch vermittelt und geübt werden. Wesentliche Grundlage ist die Mentalisierungsfähigkeit des Beraters, sich auf die 'inneren Zustände' in sich selbst und im anderen beziehen zu können. Sie wird im Mehrpersonensetting sowohl als intrapsychische Fähigkeit als auch in hohem Masse als eine interaktionelle Fähigkeit gesehen [9]. Das Mentalisierungskonzept gründet in den Erkenntnissen Bowlbys [10]: Bindung wird nicht nur als angeborenes Verhaltenssystem betrachtet, sondern dient als Rahmen der Entwicklung eines inneren Repräsentationssystems, welches für die Entwicklung des Selbst, für die Regulie-

rung von Affekten und für das Gelingen von sozialen Beziehungen wesentlich ist [11]. Für die Förderung des Mentalisierens gibt es keinen besseren Weg, als es selbst zu tun [9]. Dies bedeutet, auf die Affekte des Gegenübers eingehen zu können, was im Mehrpersonensetting durch 'Allparteilichkeit' gelingen kann. Mentalisierung kann die therapeutische Beziehung verbessern und öffnet einen 'epistemischen Super Highway' für soziales Lernen und Veränderungen [12]. Epistemisches Vertrauen oder Misstrauen ist nicht nur lediglich Persönlichkeitsmerkmal des Empfängers. Gelingt es dem Therapeuten beim Patienten epistemisches Vertrauen auszulösen, fördert dies die Bereitschaft, von ihm zu lernen und sich auf die Therapie einzulassen [13]. Diese Erfahrung wird im Mehrpersonensetting geradezu multipliziert und fördert die Entwicklung in Beziehungen. Die Fähigkeit des Beraters, Mitgefühl zu empfinden gilt dabei als Basis und ermöglicht erst Mentalisierung und das Auslösen epistemischen Vertrauens.

Mit einer allparteilichen Arbeit nimmt der Berater eine kurzzeitige Koalition in Kauf. Diese Schiefelage gilt es kurzzeitig aufrecht zu erhalten, was ein gewisses Mass an Flexibilität und Gelassenheit, aber auch eine innere Distanz erfordert. Sich dieser Schiefelage gewahr zu sein bedeutet, inneren Zuständen achtsam zu begegnen wie auch achtsam auf die inneren Zustände des Gegenübers einzugehen. Hier setzt systemische Therapie und Beratung an: weniger das 'sich in andere Menschen einfühlen' steht im Fokus, sondern das Augenmerk soll sich aufgrund der Komplexität auf die Interaktion und Kommunikation richten [14]. Dass nicht lediglich Fachwissen im Vordergrund steht, wird in den Interviews betont. Es sind auch Übungsmöglichkeiten und Supervision zur Umsetzung und Etablierung eines eigenen Stils wichtig, um Prozesse zu erkennen und hilfreich begleiten zu können.

Nebst Fachwissen und Skills ist die Fähigkeit, sich auf innere Zustände zu beziehen zentral. Eigene Emotionen und Körperempfindungen werden frühzeitig eingeordnet, was ermöglicht, achtsamer und offener auf andere zu reagieren. Diese Prozesse werden auch durch Selbsterfahrung gefördert: Ausbildungskandidaten psychotherapeutischer Ausbildungsgänge profitie-

ren in ihrer Persönlichkeitsentfaltung, Kompetenzentwicklung und professionellen Beziehungsgestaltung in hohem Masse von selbsterfahrungsorientierten Anteilen [15]. Entsprechend vereinigt die Arbeit im Mehrpersonensetting Anforderungen in mehrere Dimensionen: die Mentalisierungsfähigkeit, die Prozess- wie auch die Beziehungsgestaltung. Einerseits kann dem Zusammenspiel dieser Dimensionen eine ausserordentliche Komplexität attestiert werden, zumindest unter erschwerten Bedingungen, andererseits erhebt die systemische Therapie und Beratung den Anspruch, dies möglichst unauffällig zu tun. Vielleicht wird dem Mehrpersonengespräch gerade deshalb nicht die Aufmerksamkeit zuteil, welcher es bezogen auf die Herausforderungen eigentlich bedarf.

Die Interviewten messen therapeutenspezifischen Persönlichkeitsaspekten eine hohe Bedeutung zu für die therapeutische Beziehungsgestaltung. Die Beziehungsgestaltung im Einzelsetting unterscheidet sich danach jedoch nicht direkt von der Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting. Sie ist eher als Erweiterung von Fertigkeiten zu sehen, welche die eigene Emotionsregulation und Abgrenzung in den Vordergrund rücken, da der Fokus stärker auf die Prozessbegleitung und damit auf die Rolle des Moderators, des Übersetzers und Umformulierers gelegt wird.

Schlussfolgerung

Die Interviewten messen therapeutenspezifischen Persönlichkeitsaspekten eine hohe Bedeutung für die Beziehungsgestaltung bei der Durchführung von Mehrpersonengesprächen zu. Dies ist erkennbar als implizites Handlungswissen mit klaren Bezügen zur zitierten Literatur. Dieses meist unbewusste, prozedurale Wissen ist für eine wirksame therapeutische Beziehungsgestaltung zentral und fusst auf den Persönlichkeitsmerkmalen des Beraters. Es zeigt sich jedoch auch eine Verunsicherung in komplexen Beratungssituationen: dort wo Ablehnung, Konflikte, ein unklarer Auftrag oder unklare Beziehungsaspekte zu Angehörigen wirken, sinkt die Selbstsicherheit. Es ergibt sich durch die vorliegende Arbeit jedoch kein Hinweis, ob diese Verunsicherung mit einem fehlenden oder zurückhaltenden Einbezug

von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung in Zusammenhang gesetzt werden kann. Wie in den Interviews betont und in der Literatur kongruent beschrieben, fassen Beziehungsaspekte im Einzel- wie im Mehrpersonensetting auf derselben Basis. Bei der Arbeit im Mehrpersonensetting erhöht sich jedoch die Komplexität der Beziehungsgestaltung. Hier sollen psychiatrisch Tätigen konsequent die hilfreichen Konzepte zur Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting sowie die Grundlagen der Arbeit im Mehrpersonenkontext vermittelt werden. Auf dieser Grundlage fördern Intervision, Supervision und Übungsmöglichkeiten das explizite Erfahrungswissen, was prozedurales Handlungswissen aktiviert. Dies kann weiter durch Selbsterfahrung verbessert werden, indem die Persönlichkeitsentfaltung das eigene Kohärenzerleben stärkt und hilft, eigene Erfahrungen, Gefühle, Vorstellungen zu reflektieren, damit sie nicht in den therapeutischen Prozess transportiert werden. Auch von einer Vertiefung von Fachwissen und praktischen Übungen in der Gesprächsführung im Mehrpersonensetting könnten psychiatrisch Tätige in ihrer Grundausbildung mit der Entwicklung spezifischer Kompetenzen profitieren.

Getragen wird diese Arbeit von einer positiven Grundhaltung gegenüber Angehörigen. Hier können die Institutionen mit verbindlichen Konzepten eine Grundlage schaffen und Standards formulieren, auf welchen die Zusammenarbeit mit Angehörigen fusst. Der als Empfehlung formulierte Qualitätsstandard [16] könnte künftig als konzeptuelle Grundlage für eine verbindliche Umsetzung der Zusammenarbeit mit Angehörigen genutzt werden. Die Begrenzung der Angehörigenarbeit sollte sich in einer modernen psychiatrischen Versorgung weniger an den Fragen nach Profession oder Provenienz, sondern als multiprofessionelle Angelegenheit am Auftrag, den Kompetenzen und zeitlichen Ressourcen psychiatrisch Tätiger orientieren, damit Bedürfnisse der Familien und Lebensgemeinschaften berücksichtigt werden können.

Literatur

1. Hoff, P. (2014): *Zur Rolle der Angehörigen in der psychiatrischen Behandlung: Störenfriede, Co-Therapeuten oder ... ?*. Referat Fachtagung Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie.
2. Boeger, A. (2009): *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte*. Stuttgart: Kohlhammer; Seite 20.
3. Strauss, B. & Willutzki, U. (2013). *Bedeutung des Therapeuten für den Therapieerfolg*. *Psychotherapeut*: 5: 425-437.
4. Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie*. Münster: Waxmann
5. Loos, S. (2012): *Zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Behandlung von Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen*. Saarbrücken
6. Wampold, B. E. (2017): „What (really) works in therapy?“ Vortrag Internationale Systemische Forschungstagung, Heidelberg
7. Willi, J. (2005) in Rössler, W. (Hrsg.) (2005): *Die Therapeutische Beziehung*. Heidelberg: Springer
8. Boszormeny-Nagy, I. & Sparks, G. (2006): *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta
9. Brockmann J. & Kirsch, H (2015).: *Mentalisieren in der Psychotherapie*. *Zeitschrift Psychotherapeuten Journal*, 1/2015, S.13-22
10. Bowlby, J. (1973/2006): *Trennung. Zorn und Angst*. München: F. Reinhardt
11. Taubner, S. (2008): *Einsicht in Gewalt*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
12. Fonagy, P. & Allison, E. (2014): *The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship*. *Psychotherapy* 51/3 S. 372-380
13. Dittrich, K. (2017): *Systemische Forschung: Grundlagen der Psychotherapie*. *Deutsches Ärzteblatt*. PP 16, Ausgabe Juni 2017, Seite 276
14. Simon, F.B. (2017): *Simons systemische Kehrwoche: Warum Einzeltherapie schwieriger ist als systemische Familientherapie*.
15. Frank, Ch. (2015): *Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie – Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes „Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“*. *resonanzen-journal*, 02/2015
16. *Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (Hrsg.) (2011): Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie – Eine Empfehlung*.

34. „Verbindung zum Leben“ – ein manualisiertes Schulungsprogramm zur Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken

Michael Mayer, Christine Thiele, Frank Gebler

Hintergrund

Schwere psychische Erkrankungen und seelische Erschütterungen sind häufig auch mit Suizidgedanken, suizidalem oder parasuizidalem Verhalten verbunden. In der Notfallaufnahme gehört der Suizidversuch zu den drei häufigsten Einweisungsgründen für die Psychiatrie [1]. In einer stationären Behandlung gehört der Suizid zu den größten Risiken. Beim Vergleich von Suizidraten von Kliniken gibt es bemerkenswerte Unterschiede von 0,06 bis 5,66 Suizide pro 1000 Aufnahmen [2]. Nach Ansicht der Autoren dieses Reviews zu Suizidraten sind diese Unterschiede auch auf die Qualität der Hilfen in den jeweiligen Kliniken zurückzuführen.

Problemstellung

Ein wichtiger Aspekt der psychiatrischen Hilfen für suizidgefährdete Menschen ist die Qualität der Suizidprävention einer Klinik. Die Suizidprävention ist in psychiatrischen Kliniken eine multiprofessionelle Aufgabe. Vor allem Mitarbeiter, die noch über wenig Erfahrung in der Begleitung suizidgefährdeter Menschen verfügen, fühlen sich oft unsicher. Manche befürchten, dass ein Ansprechen von Suizidalität die Suizidgedanken des Betroffenen verstärken könnte [3]. Eine Schulung von Mitarbeitern in Suizidprävention scheint daher sinnvoll. Dennoch gibt es in vielen Kliniken bisher keine systematischen Programme, um auf die Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen vorzubereiten.

Ziele

In diesem Beitrag beschreiben wir die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Schulungsprogramms zur Suizidprävention in einer großen psychiatrischen Klinik. Mit den systematischen Schulungen soll nicht nur eine

gemeinsame Wissensbasis geschaffen werden, sondern auch der Erfahrungsaustausch zwischen den Mitarbeitern gefördert werden. Um die multiprofessionelle Kooperation zu fördern, soll die Schulung sowohl für Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologen und Spezialtherapeuten konzipiert sein. Nach der Schulung sollen sich die Teilnehmer gut auf ihre Arbeit mit suizidgefährdeten Patienten vorbereitet fühlen.

Vorgehen

Das Schulungsprogramm wurde in einer multiprofessionellen Projektgruppe entwickelt. Das Ziel war eine empirisch fundierte Schulung zur Suizidprävention zu entwickeln. Dazu wurden zunächst eine Literaturrecherche mit drei Fragestellungen durchgeführt: (1) Sind Schulungen zur Suizidprävention wirksam? (2) Wie müssen Schulungen aufgebaut sein, damit sie wirkungsvoll sind? (3) Welche Themen sollte eine Schulung zur Suizidprävention für pflegerische und therapeutische Mitarbeiter in einer psychiatrischen Klinik beinhalten?

Für die Literaturrecherche wurden einschlägige Leitlinien zum Thema Suizidprävention gesichtet. Zusätzlich wurde eine Literaturrecherche in Medline durchgeführt. Als Ausgangsbasis diente der Suchterm von Pisani et al.[4], der zunächst aktualisiert und dann erweitert wurde. Nach Entfernung der Duplikate blieben 352 Treffer, von denen nach Durchsicht von Titel und Abstract noch 19 Artikel im Volltext gelesen wurden. Davon erfüllten schließlich neun die Einschlusskriterien der Literaturrecherche.

Ergebnisse und Erfahrungen

In der ausgewerteten Literatur wurde deutlich, dass Schulungen in Suizidprävention positive Veränderungen bei den Teilnehmern bewirken können. Sie können nicht nur für das Thema sensibilisiert werden, sondern auch ihre Kompetenzen stärken und ihre Arbeitsweise aufgrund der Erfahrungen in einer Schulung verändern [5–8].

Die Inhalte und didaktische Gestaltung der Schulungen waren sehr heterogen [4]. Bei der Auswahl der Inhalte wurde auf eine Literaturübersicht von Cramer et al. [9] und einer Übersicht von Koziel [10] zurückgegriffen.

Für die Trainer entwickelte die Arbeitsgruppe ein detailliertes Schulungsmanual, mit dem die zuvor definierten Qualitätsstandards der Schulung gewährleistet werden sollten. Dabei berücksichtigte die Projektgruppe auch die didaktischen Hinweise aus der Literatur.

Diskussion

Die Fortbildung "Verbindung zum Leben" basiert auf einem manualisierten Schulungskonzept. Mit Informationsfolien, Arbeitsblätter, Videobeispielen, Rollenspielen, Diskussion und dem Austausch von Erfahrungen vermitteln die Referenten die vielfältigen Inhalte zum Thema Suizidassessment und -prävention in der psychiatrischen Klinik. Jede Schulung bestreitet ein multiprofessionelles Referententeam, so dass unterschiedliche Perspektiven der Teilnehmer gut berücksichtigt werden können.

Im ersten Teil erarbeiten die Teilnehmer ein Verständnis von Suizidalität. Sie lernen die NGASR-Skala zu Einschätzung der Basissuizidalität kennen [11]. Mit einem semi-strukturierten Interview und der Suicidal Status Form II [10,12] erproben sie zwei Instrumente zu Beurteilung der aktuellen Suizidalität.

Der Interventionsteil stellt einen Katalog von Maßnahmen vor. Sie werden in einem empirisch fundierten Modell in drei Phasen eingeteilt [13]:

- (1) Menschlichkeit widerspiegeln („reflecting an image of humanity“)
- (2) eine Person zum Menschsein zurückführen („guiding the individual back to humanity“) und
- (3) Lernen zu leben („learning to live“).

Im dritten Teil der Schulung werden Anforderungen an die Dokumentation und rechtliche Rahmenbedingungen thematisiert.

Schlussfolgerungen

In den zwei Jahren absolvierten etwa 200 Mitarbeiter der Klinik die 3-stündige Schulung zur Suizidprävention. Die erste Schulungsstaffel wurde mit einer empirischen Evaluationsstudie ausgewertet, deren Ergebnisse an anderer Stelle berichtet werden. Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum manualisierten Schulungsprogramm waren positiv. Für erfahrene Mitarbeiter war es eine Auffrischung ihres Wissens und neue Mitarbeiter entwickelten ein Basiswissen. Gerade für Mitarbeiter mit wenig Erfahrung in psychiatrischer Arbeit war es oft überraschend zu hören, dass man Suizidgedanken offen ansprechen kann und soll. Die Möglichkeit zur Psychoedukation war für viele Teilnehmer eine neue Idee. Insgesamt wurde deutlich, dass für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehr Zeit für Gesprächsübungen sinnvoll wäre.

Schlüsselbotschaft

- Systematische Schulungen zur Suizidprävention in psychiatrischen Einrichtungen sind vor allem für neue Mitarbeiter notwendig.
- Mit einem manualisierten Schulungskonzept können wissenschaftlich fundierte Inhalte zuverlässig und methodisch vielfältig vermittelt werden.

Literatur

1. Schönfeldt-Lecuona C, Gahr M, Schütz S, Lang D, Pajonk F, Connemann B, u. a. *Psychiatrische Notfälle im Notarzt- und Rettungsdienst in Ulm in den Jahren 2000 und 2010 und Konsequenzen für die Praxis. Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie.* 2017;85:400–9.
2. Bowers L, Banda T, Nijman H. *Suicide Inside: A Systematic Review of Inpatient Suicides. The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2010;198:315–28.
3. Sonneck G, Herausgeber. *Krisenintervention und Suizidverhütung. 2., überarb. Aufl. Wien: UTB Facultas.wuv; 2012.*
4. Pisani AR, Cross WF, Gould MS. *The assessment and management of suicide risk: state of workshop education. Suicide Life Threat Behav.* 2011;41:255–76.
5. Cramer RJ, Bryson CN, Eichorst MK, Keyes LN, Ridge BE. *Conceptualization and Pilot Testing of a Core Competency-Based Training Workshop in Suicide Risk As-*

- assessment and Management: Notes From the Field: Conceptualization and Pilot Testing of a Core Competency. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73:233–8.
6. McNiel DE, Fordwood SR, Weaver CM, Chamberlain JR, Hall SE, Binder RL. Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1462–5.
 7. Oordt MS, Jobes DA, Fonseca VP, Schmidt SM. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39.
 8. de Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, Mokkenstorm J, van Duijn E, de Winter RFP, u. a. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *J Affect Disord*. 2015;175:446–53.
 9. Cramer RJ, Johnson SM, McLaughlin J, Rausch EM, Conroy MA. Suicide risk assessment training for psychology doctoral programs: Core competencies and a framework for training. *Training and Education in Professional Psychology*. 2013;7:1–11.
 10. Kozel B. *Professionelle Pflege bei Suizidalität ; [inklusive Downloadmaterial]*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl; 2015.
 11. Kozel B, Grieser M, Rieder P, Seifritz E, Abderhalden C. Nurses` Global Assessment of Suicide Risk – Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*. 2007;1:17–26.
 12. Jobes DA, Jacoby AM, Cimboric P, Husted LAT. Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*. 1997;44:368–77.
 13. Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, Smith P. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43:791–802.

35. Lean Leadership – ein zukunftsorientiertes pflegerisches Führungsmodell? Ein Aktionsforschungsprojekt in einer psychiatrischen Universitätsklinik

Philipp Meyer

Ausgangslage

Die Psychiatrie steht vor einem Veränderungsprozess. Sie ist gefordert, ihr humanistisches Behandlungsverständnis in viel stärkerer Weise als bisher mit wirtschaftlicher Verantwortung zu verbinden und dabei Intrapreneurship und Nutzerorientierung in ihr Selbstverständnis zu integrieren.

Diese Untersuchung ermittelte die Wirkung des Lean Leadership-Verhaltens von Stationsleitenden des Pflegedienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Lean Leadership ist eine Praxis, die anhand spezifischer Werkzeuge den Betrieb analog zum Toyota-Produktionssystem gestaltet. Lean Management-Praktiker(innen) identifizieren, wo die tatsächliche Leistung erbracht wird. Sie verfolgen Verbesserungsaktivitäten, um die tatsächlich erbrachte Leistung in Einklang mit der erwarteten Leistung zu bringen oder um das Niveau der erwarteten Leistung zu erhöhen. Grundlegende Komponenten von Lean Leadership im Rahmen des Lean Management-Systems sind Standard-Führung, visuelle Kontrollen und tägliche Rechenschaftspflicht [10]. Eine Vielzahl von Studien machte deutlich, dass der Führung herausragende Bedeutung zukommt, um Lean Management im Spital erfolgreich zu implementieren [1, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15].

Die Forschungslücke besteht primär in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Führungsverhalten nach den Prinzipien von Transformational Leadership und Shared Leadership. Studien zu angewandten Lean Leadership-Konzepten wie Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching liegen noch nicht vor. Bisherige Untersuchungen betonen zwar die Bedeutung der Führung beim Implementieren von Lean Hospital, nehmen jedoch die systematische Führungsentwicklung und deren Evaluation kaum in den Fokus.

Fragestellungen

Die folgenden fünf Fragen standen im Zentrum dieser Arbeit:

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten und transformationalem Leadershipverhalten bei Stationsleitenden in der psychiatrischen Pflege?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in psychiatrischen Pflorgeteams und deren Shared Leadership-Verhalten?
- Wie bewerten Stationsleitende und ihre Teams die Lean Leadership-Konzepte?
- Worin bestehen die zentralen Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen Strukturdaten und der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?

Methodik

Für diese Pilotstudie und Praxisentwicklung eignete sich die Methode der Aktionsforschung mit quasiexperimentellem Design. Es erfolgte eine Messung des Einzel- und Teamführungsverhaltens (Transformational Leadership Inventory, TLI [N168], Shared Professional Leadership Inventory for Teams, SPLIT [N164] auf vierzehn Pflegestationen mit siebzehn Leitungspersonen aus vier Kliniken mit einer Vor- und Nachmessung nach sechs Monaten. Die Kontrollgruppe bestand aus drei Stationen (Vormessung: N21/Nachmessung: N28). Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche fand an drei Schulungstagen ein Training der Lean Leadership-Konzepte Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching statt, um deren Implementierung vorzubereiten. Um die quantitativen Daten zu verstehen und zu interpretieren, fand ein Fokusgruppeninterview mit 25 von 42 (59.5%) Schulungsteilnehmenden statt. Dabei erfolgte auch eine Bewertung

der Lean Leadership-Konzepte, ebenso eine Evaluation der Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung.

Ergebnisse

Der Zusammenhang zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten wie Huddle Board, Führungs-Gemba sowie KATA-Coaching und der Entwicklung von Transformational Leadership bei Stationsleitenden und Pflorgeteams in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich lässt sich mit einem leichten Anstieg im Vergleich zwischen Baseline und Secondline bestätigen. Ein positiver Einfluss durch Shared Leadership war jedoch nicht beobachtbar. Alle Pflorgeteams haben Huddling meist erfolgreich interdisziplinär umgesetzt und als sehr positiv bewertet, da es die Tagesorganisation effizienter und effektiver machte. Führungs-Gemba und KATA-Coaching liessen sich aufgrund fehlender Ressourcen nur teilweise umsetzen. Die Erfahrungen waren jedoch durchwegs positiv und die Teilnehmenden bewerteten diese Lean Leadership-Konzepte ebenfalls als sehr gewinnbringend. Als Erfolgsfaktoren bei der Implementierung erwiesen sich die Einbettung in die Spitalstrategie und die Operationalisierung anhand messbarer Betriebsziele mit einem Nutzen für Patient(inn)en und Mitarbeitende. Die Zustimmung, Ausrichtung und Unterstützung der Geschäftsleitung sowie die Schulung des Top-Kaders sind ebenfalls zwingend notwendig. Führungspersonen sollten Lean Thinking vorleben, einfordern und überprüfen. Die Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handbarkeit muss klar zum Ausdruck kommen. Eine deutliche Kommunikation hinsichtlich Sinn und Mehrwert von Lean Hospital fördert die Akzeptanz.

Das Training und die Umsetzung sollten interdisziplinär erfolgen. Als zentrale Barriere bei der Einführung des Huddle Boards erwies sich die Ablehnung durch andere Berufsgruppen (Ärztenschaft, Psychologie, Therapie). Für die Integration der Führungs-Gemba und des KATA-Coachings in die bestehenden Stationsstrukturen fehlten die Ressourcen. Bei der Baseline-Erfassung des Transformational Leadership-Verhaltens zeigte sich, dass Stationsleitende ohne Lean-Erfahrung höhere Werte in allen sieben Ausprägungen er-

reichten. Stationsleitende mit mehr als fünfzehn Jahren Führungserfahrung wiesen höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“ auf, zeigten jedoch niedrigere Werte bezüglich des „Aufzeigens von Visionen“. Stationsleitende über fünfzig Jahre erzielten höhere Werte in Bezug auf „Leistungserwartung“, jedoch niedrigere Werte hinsichtlich des „Aufzeigens von Visionen“. Weibliche Stationsleitende wiesen höhere Werte hinsichtlich der „Leistungserwartung“ auf.

Im Rahmen der Secondline-Erfassung war die Lean-Erfahrung unverändert. Auf die Dimension der „Leistungserwartung“ und „Belohnung“ hatte Führungserfahrung keinen Einfluss. Weniger erfahrene Stationsleitende zeigten in den anderen fünf Dimensionen höhere Werte. Auch das Alter hatte keinen Einfluss auf die Dimensionen „Leistungserwartung“ und „Belohnung“. Hinsichtlich der anderen fünf Dimensionen zeigten Stationsleitende unter fünfzig Jahren höhere Werte. Weibliche Stationsleitende wiesen höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“ auf. Männliche Stationsleitende erreichten in der Secondline-Erfassung höhere Werte in den Dimensionen „Vision aufzeigen“, „Vorbild sein“ und „geistige Anregung“.

Diskussion

An dieser Untersuchung nahmen 50% aller Stationen teil. Deshalb sind die Ergebnisse nicht generalisierbar und lediglich für den Pflegedienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich repräsentativ. Es handelte sich um eine Pilotstudie im psychiatrischen Setting. Erforderlich ist eine multizentrische Wiederholung bzw. Bestätigung in anderen Versorgungseinrichtungen und Branchen. Der wesentliche Qualitätsaspekt der Hypothesenprüfung und ihr Beitrag zur Stützung kausaler Erklärung lässt sich nur bedingt ableiten. Die Bemühung, eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zu identifizieren oder Annahmen zu testen, lässt sich empirisch niemals zweifelsfrei nachweisen [5].

In dieser Studie gibt es eindeutig diverse Kovariablen, die transformationales Leadership-Verhalten und Shared Leadership-Verhalten nicht nur durch die Aktion der Lean Leadership Konzepte beeinflussen. Mögliche Kovariablen liessen sich durch die qualitativen Interviews ermitteln.

Eine zukünftige Studie müsste eine statistisch relevante Grösse aufweisen und über einen längeren Zeitraum angelegt sein, um eine repräsentative und nachhaltige Lean Leadership-Wirkung nachzuweisen.

Huddle Board sollte zwingend von Anfang an interdisziplinär eingeführt werden. Die Implementierung der Führungs-Gemba und des KATA-Coaching sollte sorgfältig in die bestehenden Führungsstrukturen bzw. -prozesse integriert werden.

Lean-Konzepte sind zwar kein Allheilmittel, können jedoch notwendig und förderlich sein. Der Schlüssel zum Erfolg besteht darin, die Stimme der Patient(inn)en und Mitarbeitenden zu hören.

Die Einführung von Lean Leadership ist ein integrativer Prozess und erfordert die Abkehr von einem „Top down“-Ansatz des Managements und die Entwicklung einer verstärkt partizipativen Organisation. Lean bietet die Gelegenheit, durch das Streben nach Qualität, Sicherheit und Rechtzeitigkeit zu wachsen sowie menschliche Entwicklung zu fördern. Es ermöglicht einen mehrjährigen Prozess des Kulturwandels [16].

Literatur

1. Aij, K. H., et al. (2015). *A literature review of Lean leadership attributes*. In: *Journal of Global Economics Management Business Research*. 2 (4), S. 201-210
2. Aij, H.K. (2016). *Lean healthcare from a change management perspective: the role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre*. In: *Journal of Health Organization and Management*. 30 (3), S. 475-493
3. Dombrowski, U.; Mielke, T. (2014). *Lean Leadership – 15 rules for a sustainable Lean implementation*. In: *Procedia CIRP*. 17, S. 565-570
4. Dombrowski, U. (Hrsg.) (2015). *Lean Development. Aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen*. Berlin: Springer Verlag
5. Döring, N; Bortz, J. (2015) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin: Springer
6. Doss, R.; Orr, C. (2007). *Lean leadership in healthcare*. RWD White Paper. Online: www.solutionthatperform.com [abgerufen am: 16.09.2015]
7. Drotz, E.; Poksinska, B. (2014). *Lean in healthcare from employees' perspectives*. In: *Journal of Health Organization and Management*. 28 (2), S. 177-195
8. Goldberg, L. R. (1992). *The development of markers for the Big-Five Factor Structure*. In: *Psychological Assessment*. 4 (1), S. 26-42

9. Mann, D. (2009). *The missing link: Lean Leadership*. In: *Frontiers of Health Services Management*. 26 (1), S. 15-26
10. Mann, D. (2015). *Creating a Lean Culture. Tools to sustain Lean conversions*. New York: CRC Press
11. Mazzocato, P., et al. (2010). *Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature*. In: *Quality and Safety in Health Care*. 19 (5), S. 376-82
12. Stöhr, T. (2015). *Literaturrecherche Lean Hospital*. Zürich: UniversitätsSpital Zürich (unveröffentlicht)
13. Steed, A. (2012). *An exploration of the leadership attributes and methods associated with successful Lean System Deployments in acute care hospital*. In: *Quality Management in Health Care*. 21 (1), S. 48-58
14. Toussaint, J.S. (2013). *A management, leadership, and board road map to transforming care for patients*. Online: <http://www.wisconsindevelopment.com/files/jthealth1.pdf> [abgefragt am 17.09.2015]
15. Goodridge, D. et al. (2015). *Lean and leadership practices: development of an initial realist program theory*. In: *BMC Health Services Research*.
16. Merlino P.M.; Omi, J.; Bowen, J. (2014), *lean behavioral health*. New York, USA: Oxford University Press.

36. „Prävention und Therapie bei aggressivem Verhalten und Vermeidung von Zwang“ – was bedeutet die neue S3-Leitlinie der DGPPN für die psychiatrische Pflege

André Nienaber; Michael Löhr & Michael Schulz

Hintergrund

Das Thema Aggression und Gewalt ist in der psychiatrischen Versorgung nach wie vor von großer Bedeutung. Anfang 2017 hat sich der Deutsche Ethikrat mit dem Thema des „wohltätigen Zwangs“ beschäftigt und aktuell wird eine Stellungnahme zu dem Thema erarbeitet. Am 30. und 31. Januar 2018 wurde der Umgang mit Fixierung in der Psychiatrie vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt. Ein Urteil steht ebenfalls aus und wird mit Spannung erwartet. Voraussichtlich im Sommer 2018 wird die unter der Leitung der DGPPN überarbeitete S3-Leitlinie „Prävention und Therapie bei aggressivem Verhalten und Vermeidung von Zwang“ erscheinen.

Problemstellung

Gemäß SGB V §135a Abs. 1 sind die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen verpflichtet und diese müssen „dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen“. Für die Praxis gibt es Leitlinien, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu einer Thematik abbilden. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der Vortrag mit der Frage, welche Bedeutung die neue S3-Leitlinie für die pflegerische Versorgung in der Psychiatrie hat.

Inhalt und Ziele

Pflege ist explizit in der Leitlinie als wichtiger Einflussfaktor für die Vermeidung von Gewalt und Zwang in der stationären psychiatrischen Versorgung genannt. Im Vortrag wird auf die Bedeutung der psychiatrischen Pflege für die Vermeidung von Zwang und Gewalt in der psychiatrischen Versorgung eingegangen. Die Teilnehmenden kennen Ergebnisse und Empfehlungen der

überarbeiten S3-Leitlinie und können diese für die Praxis der psychiatrischen Versorgung nutzbar machen.

37. Das Safewards Modell – Sicherheit durch Beziehung und Milieu

Michael Löhr, Michael Schulz & André Nienaber

Hintergrund

In der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie bei aggressivem Verhalten und Vermeidung von Zwang“ wird empfohlen, dass „komplexe, strukturierte Behandlungsprogramme zur Reduktion von Zwang“ durchgeführt werden sollen, die von der Klinikleitung ausdrücklich unterstützt werden (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2). Ein solches breit angelegtes und zudem umfassendes Programm stellt das am Kings College in London entwickelte Safewards Modell dar.

Problemstellung

Gewalt ist sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch der Mitarbeitenden eines der größten Probleme in der psychiatrischen Versorgung [1]. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der Vortrag mit der Fragestellung, wie sich Gewalt und die Anwendung von Zwang in der stationären psychiatrischen Versorgung verhindern lassen.

Inhalt und Ziele

Im Vortrag werde der Hintergrund für das Modell, die Ursprungsfaktoren und die in der Studie zur Anwendung gekommenen Interventionen vorgestellt. Die Teilnehmenden kennen sowohl die Ursprungsfaktoren, die für die Entstehung von Konflikten, die zu gewalttätigen Aktionen führen können, und Anwendung von s. g. Eindämmungsmaßnahmen zur Verhinderung oder Auflösung der Konflikte verantwortlich sein können als auch die verschiedenen in dem Modell beschriebenen Interventionen.

38. Implementierung von Safewards als komplexe Intervention

Michael Schulz, Michael Löhr & André Nienaber

Hintergrund

Die Implementierung von komplexen Interventionen, wie z. B. dem Safewards Modell, in die stationäre psychiatrische Versorgung stellt für Institutionen eine große Herausforderung dar. Ein erfolgreicher Implementierungsprozess bedeutet einen umfassenden Veränderungsprozess für die Institution, der an unterschiedlichen Stellen ansetzen muss.

Problemstellung

Eine effektive und vor allem nachhaltige Implementierung von komplexen Interventionen bedarf verschiedener Maßnahmen, die an unterschiedlichen Punkten in der Praxis und auf den verschiedenen Ebenen innerhalb der Organisation ansetzen.

Inhalt und Ziele

Der Vortrag geht auf Voraussetzungen und Umsetzungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Implementierung von komplexen Interventionen am Beispiel des Safewards Modells ein. Die Teilnehmenden kennen Hindernisse und Möglichkeiten für die Umsetzung des Safewards Modells und können diese in die Praxis der psychiatrischen Versorgung übertragen.

Literatur

1. *Whittington, R., & Richter, D. (2006). Introduction. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), Violence in Mental Health Settings - Causes, Consequences, Management (pp. 1-7). New York: Springer.*

39. RECOVERY-LABOR der Kunsttherapie: R-LAB

Miriam Risolé

Einleitung

Im November 2015 wurde Recovery auf der Angst- und Depressionsstation unserer Klinik in der Kunsttherapie vorgestellt und dazu ein viertägiger Workshop angeboten. Dieser wurde von neugierigen und interessierten PatientInnen genutzt. Die TeilnehmerInnen konnten sich aktiv und kreativ mit den eigenen Zielen, Bedürfnissen und Wünschen auseinandersetzen und daraus Ideen entwickeln um im Alltag besser mit den eigenen Symptomen der Erkrankung umgehen zu können.

Die Nachfrage nach diesem Angebot war gross, sodass der Workshop bis Mitte 2016 mehrmals durchgeführt wurde. Mithilfe von Inputs, Anregungen und Ideen der PatientInnen und Peer-MitarbeiterInnen, konnte das Programm stetig weiterentwickelt werden. Daraus entstand das RECOVERY-LABOR der Kunsttherapie (R-LAB) und entsprechend sein Konzept. Seit August 2016 ist das R-LAB in unserer Klinik fester Bestandteil der Kunsttherapie und wird dort jeweils an einem Tag in der Woche durchgeführt.

Das R-LAB ist ein Gruppenangebot, das aus aufeinander aufbauenden Modulen besteht. Die angebotenen Aufgaben und Übungen regen einen Austausch und eine Selbstreflexion an und fördern eine aktive und kreative Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen. Die eigene Situation, das eigene Denken und Fühlen, Handeln und Verhalten wird reflektiert um dann daraus Stärken und Qualitäten abzuleiten. Diese werden überprüft und geübt um sie im Alltag verfügbar zu machen. Jede/r arbeitet mit seinen im Moment vorhandenen Möglichkeiten. Die Interaktion wird hier gewünscht und gefördert, der Austausch findet auf Augenhöhe statt.

Die Leitung im R-LAB ist flexibel, d.h. jede/r (PatientIn, KunsttherapeutIn, Peer-MitarbeiterIn, Pflegefachperson) kann die eigenen Kompetenzen je nach Bedarf und Möglichkeiten einbringen und mit der Gruppe teilen.

Hintergrund

Kunsttherapie kann in der Entwicklung von Recovery-orientierten Angeboten eine Rolle einnehmen. Durch kreatives Schaffen, also dem aktiven Tun, nimmt man aktiv an der eigenen Entwicklung teil und ein persönlicher Prozess kann initiiert werden. In meiner Arbeit als Kunsttherapeutin gehe ich davon aus, dass jeder Mensch kreativ sein kann und dass jeder Mensch Qualitäten hat. Weiter ist die interdisziplinäre Arbeit und Vernetzung für mich grundlegend. Hier gehe ich davon aus, dass PatientIn sein auch eine Disziplin ist, welche verschiedene Kompetenzen erfordert.

Die Vernetzung der Kompetenzen aller beteiligten Personen sowie das Einbringen von Kreativität sind meines Erachtens zwei wichtige Voraussetzungen um sinnhafte und wertvolle Arbeit leisten zu können, vor allem dann, wenn der Mensch im Mittelpunkt steht.

Problemstellung

Noch oft begegnen mir PatientInnen, manchmal auch Fachpersonen, denen die Recovery Haltung fremd ist. In meiner Arbeit ist mir wichtig, den PatientInnen mit der Recovery Haltung zu begegnen, sie damit in Berührung zu bringen und damit vertraut zu machen.

Also beschäftigten mich folgende Fragen:

- Wie kann die Recovery Haltung bei den PatientInnen vorgestellt und bekannt gemacht werden?
- Wie kann man auf den Weg der Genesung (eigener Recovery Weg) gelangen?
- Welche Werkzeuge werden gebraucht um im Alltag besser mit den Symptomen der Erkrankung umgehen zu können?

Ziele

Kunsttherapie bietet Möglichkeiten, Erfahrungen zu machen, dadurch kann neues Wissen generiert werden. Das kreative Arbeiten führt zu neuen Denkansätzen, sensibilisiert die eigene Wahrnehmung und erweitert die eigenen

Handlungsmöglichkeiten. Die Entwicklung von passenden, kunsttherapeutischen Aufgaben und Übungen, kann das Vermitteln der Recovery Haltung begünstigen. Die Idee einer flexiblen Leitung setzt die Organisation und Planung des Angebots sowie die Vernetzung aller beteiligten Personen voraus. Die Disziplin PatientIn soll miteinbezogen werden.

Vorgehen

Das R-LAB ist für Gruppen von max. 8 Personen an einem Tag in der Woche geöffnet. Im kunsttherapeutischen Erstgespräch wird das R-LAB vorgestellt und die Patienten werden über das Setting und den Inhalt dieses Angebots informiert. Die themenzentrierte Herangehensweise bietet Struktur und Orientierung für die PatientInnen. Die Therapiesitzungen können gut vorbereitet und aufeinander aufgebaut werden.

Der Einsatz von Peer-Mitarbeitenden und von Fachpersonen ist im R-LAB sehr erwünscht. Mindestens einmal im Monat besucht ein/e Peer-MitarbeiterIn oder eine andere Fachperson das R-LAB. Die PatientInnen haben die Möglichkeit Fragen zu stellen und Erfahrungen auszutauschen. Es werden Gruppengespräche aber auch Einzelgespräche geführt.

Für Peers in Ausbildung besteht die Möglichkeit, im R-LAB ein Schnupperpraktikum zu absolvieren.

Ablauf, Inhalt

Das R-LAB bietet verschiedene Module an, sie beinhalten unterschiedliche Aufgaben und Übungen. Im R-LAB wird eine gegebene Struktur angeboten, in der sich die TeilnehmerInnen frei und flexibel bewegen können.

Einstiegsrunde

Die TeilnehmerInnen treffen sich im Therapieraum der Kunsttherapie. Sie stellen sich und evtl. ihre Situation vor, sie berichten über den Stand der Behandlung und teilen ihre Erfolge sowie Befürchtungen mit. In diesem Öffnungsgespräch entscheiden die PatientInnen selbst ob, was und wieviel sie mitteilen wollen. Das Gespräch zu Beginn dient auch dazu, den Patien-

tInnen den Inhalt des Moduls vorzustellen. Der Ablauf und die Reihenfolge der Aufgaben werden gemeinsam mit den PatientInnen besprochen und dann festgelegt.

Recovery Kennenlernen, Einführung, Grundlagen

Das theoretische Verständnis der Recovery Haltung wird von der Kunsttherapeutin und/oder von einem/r Peer-MitarbeiterIn vermittelt. Die Kernelemente von Recovery werden erläutert. PatientInnen die das R-LAB schon länger nutzen und dadurch bereits eine Einführung erhalten haben, sind eingeladen, den neuen TeilnehmerInnen das wiederzugeben, was ihnen von der Recovery Haltung wichtig ist.

EGO-HEFT und EGO-Werkzeuge

Jede/r TeilnehmerIn des R-LAB besitzt ein EGO-Heft (Ich-Heft). Es ist im R-LAB ein wichtiges Instrument um die eigenen EGO-Werkzeuge (Umgang mit Symptomen, Erkennen von Frühwarnzeichen, Gedanken zur Nachsorgeplanung, u.s.w.) herauszufinden und zu erarbeiten. Das EGO-Heft ist ein von den PatientInnen individuell gestaltetes und zusammengestelltes Heft. Die PatientInnen werden eingeladen, das Papier auszuwählen und sich ihr persönliches EGO-Heft zusammen zu stellen. Das EGO-Heft beinhaltet die Sammlung ihrer Selbstreflexionen. Darin sollen die Patienten ihre Erkenntnisse und Erfahrungen niederschreiben. Das EGO-Heft soll eine Ressourcensammlung sein, ein Notfallplan oder der Nachsorgeplanung dienen.

Am EGO-Heft wird in den einzelnen Modulen je nach Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit der TeilnehmerInnen ca. 30 Minuten gearbeitet.

Danach wenden sie sich einer anderen, kreativen Arbeit zu (z.B. Gestalte deinen Weg, die eigenen Kompetenzen und Qualitäten in einem Text oder einer Geschichte beschreiben, gemeinsame Projektarbeit, z.B. Gestaltung und Umsetzung einer Vitrine, u.s.w.).

Ergebnisse

Folgende Rückmeldungen der PatientInnen wurden im kunsttherapeutischen Abschlussgespräch vor Klinikaustritt erfragt und gesammelt:

- „Ich wusste gar nicht, dass es so Etwas (Recovery) gibt.“
- „Die Zeit war zu kurz.“
- „Der Austausch mit dem Peer-Mitarbeiter war beeindruckend, ermutigend und hat mir Kraft gegeben.“
- „Das EGO-Heft zu gestalten hat mir Freude bereitet.“
- „Die Aufgaben im R-LAB waren meiner damaligen Situation angepasst.“
- „Ich bin tief und intensiv in Kontakt zu mir selbst gekommen.“
- „Es war ein positives Erlebnis, ich musste mich nicht verstellen.“
- „Vertrauen schaffen, braucht Zeit.“
- „Es war am Anfang schwierig mich an der Einstiegsrunde zu beteiligen, es ist mir aber mit der Zeit immer besser gelungen.“
- „...“

Schlussfolgerungen, Ausblick

Das Vermitteln der Recovery Haltung über kunsttherapeutische Arbeit funktioniert und wird umgesetzt. Ein R-LAB kann in angepasster Form durchaus auch auf anderen Stationen realisiert werden. Es funktioniert als stationsübergreifendes Angebot und ist auch ausserhalb der Institution umsetzbar. Einige Elemente oder Module wurden bereits ins Angebot der Kunsttherapie auf anderen Stationen übernommen (z.B. in der Forensik und im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen).

Die Aufgaben oder Module können mit weiteren kunsttherapeutischen Angeboten ergänzt werden. Die verschiedenen kunsttherapeutischen Fachrichtungen (z.B. Musiktherapie, Tanztherapie, Dramatherapie, Intermediale Kunsttherapie) können miteinbezogen werden. Weiter kann das R-LAB mit anderen Angeboten verknüpft werden (z.B. das Schreiben von Bewerbungen ermöglichen und somit den (Wieder-) Einstieg ins Berufsleben begleiten).

Das R-LAB bietet eine klare Struktur und ein solides Gerüst, es ist ein Projekt welches weiterentwickelt und ausgebaut werden kann.

40. Berufsrisiko sekundäre Traumatisierung? Konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention

Jacqueline Rixe

Hintergrund

Fürsorge stellt einen wesentlichen Bestandteil pflegerischen Handelns dar. Diese richtet sich vorzugsweise an die Patienten/-innen, während die Selbstfürsorge und das Fördern der eigenen Gesundheit unter Pflegenden häufig vernachlässigt werden. Im psychiatrischen Kontext ist dies v.a. deswegen bedauerlich, da der Versorgungsauftrag mit speziellen Gefährdungssituationen für die eigene Gesundheit einhergehen kann. Zwei dieser arbeitsbedingten Herausforderungen hängen mit traumatischen Erlebnissen zusammen: primäre und sekundäre Traumatisierungen.

Während eine primäre Traumatisierung durch eigene traumatische Erfahrungen entsteht (z.B. körperliche Gewalt, Bedrohungen), erfolgt eine sekundäre Traumatisierung durch die Übernahme traumaassoziierter Symptome von primär traumatisierten Menschen [1] und stellt dementsprechend eine indirekte Traumatisierung bzw. ein „Trauma aus 2. Hand“ [2, S. 219] dar.

Sowohl die akute Symptomatik als auch die längerfristigen Folgen erinnern an die Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung: z.B. Hyperarousal (Übererregung einhergehend mit Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Gereiztheit, etc.), Intrusionen (z.B. Flashbacks, Alpträume) und Vermeidungsverhalten (Meidung von traumaassozierten Reizen, Gedanken, Gefühlen, etc.), Angst, Erschöpfung, Misstrauen und sozialer Rückzug [3].

Auch im beruflichen Kontext können Rückzugstendenzen auftreten, die sich dahingehend äußern, dass der Kontakt zu Patienten/-innen und das Sprechen über traumatische Inhalte vermieden werden [4]. Bei erfolgreichem Coping kann eine sekundäre Traumatisierung aber auch mit positiven Folgen, einem so genannten posttraumatischen Wachstum, einhergehen, das sich v.a. im Zuwachs von (Lebens)-Weisheit und Lebensqualität zeigt [5].

Sekundäre Traumatisierungen als Berufsrisiko?

Zu den Risikogruppen für sekundäre Traumatisierungen gehören nicht nur Helfende im Versorgungssystem, sondern z.B. auch Polizisten/-innen, Journalisten/-innen und Dolmetscher/-innen. Hinsichtlich des Phänomens sind bei unterschiedlichen Berufsgruppen allerhand Forschungsaktivitäten zu verzeichnen, die die Existenz und Relevanz des Phänomens bereits seit Jahren wissenschaftlich untermauern [z.B. 2, 6].

Nachdem in einem systematischen Review [7] herausgestellt wurde, dass das Phänomen bei psychiatrisch Pflegenden bis 2011 noch nicht untersucht wurde, liegen mittlerweile Prävalenzraten aus Griechenland [8] und auch aus Deutschland vor [9]. Diese Studienergebnisse zeigen, dass es sich bei sekundären Traumatisierungen um eine relevante berufsbedingte Belastung von Pflegenden in allen psychiatrischen Pflegesettings handelt: mehr als ein Fünftel der Gesamtstichprobe (21,3% bzw. 274 von 1284 psychiatrisch Pflegenden) wurden retrospektiv als sekundärtraumatisiert klassifiziert und 7,8% der Befragten verfügten sogar über eine schwere Symptomatik [2].

Da sekundäre Traumatisierungen auf der einen Seite die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit der psychiatrisch Pflegenden und auf der anderen Seite aufgrund der Vermeidungstendenzen auch die Versorgungsqualität negativ beeinflussen können, sollte dem Thema im Interesse der Mitarbeiter/-innen und der Patienten/-innen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Spezifische Prävention und Gesundheitsförderung

In der internationalen Literatur sind mannigfaltige Strategien der Gesunderhaltung beschrieben [z.B. 10]. So werden bspw. Sport und ausreichend Schlaf als Strategien der Verhaltensprävention [11], die Förderung des kollektiven Austauschs in den Behandlungsteams als Strategie der Verhältnisprävention empfohlen [12]. Im Rahmen der Verhältnisprävention ist eine Arbeitsatmosphäre, in der eigene Betroffenheit nicht als Persönlichkeitsdefekt abgewertet wird, anzustreben [13]. Im Allgemeinen wird einer Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention der beste Effekt nachgesagt [14].

In der Literatur sind aber nicht nur vereinzelte Empfehlungen zu finden, sondern auch speziell auf sekundäre Traumatisierungen fokussierende Manuale und Konzepte zur Prävention und Resilienzförderung [z.B. 15, 16].

In New York hat sich z.B. nach den Terroranschlägen 2001 das Einführen einer speziellen Interventionsform, dem Clinical Risk Management Team (CRMT), etabliert [17]. Im CRMT werden mithilfe eines Protokolls die Gedanken strukturiert und eine Atmosphäre hergestellt, in der die Arbeit konstruktiv miteinander reflektiert wird. Der Einbezug des ganzen Teams stellt dabei ein bewusst herausstechendes Merkmal dar, um ein Gefühl der Mitverantwortung den Kollegen/-innen gegenüber zu entwickeln. Eine Förderung des Teamzusammenhalts scheint auch in Hinblick auf die Studienlage sinnvoll. So wurde in einer Meta-Analyse [18] die Unterstützung am Arbeitsplatz als signifikanter Schutzfaktor identifiziert.

Darüber hinaus geht aus der Literatur hervor, dass Aufklärung erfolgen sollte, um potentielle Risikofaktoren und Belastungsmomente zu identifizieren und frühzeitig entsprechend gegensteuern zu können [13].

Ziele des Workshops

Im Rahmen eines Workshops soll im Sinne eines ersten Schrittes in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention ein Bewusstsein für das Thema geschaffen werden, indem Hintergrundwissen vermittelt und das Phänomen im Plenum diskutiert wird. Neben dem kollegialen Austausch über eigene Erfahrungen werden konkrete Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention abgeleitet und Implementierungsmöglichkeiten diskutiert.

Ablauf und Gestaltung

Nach einem Impulsvortrag (20-30 Minuten) ist ein Erfahrungsaustausch der Workshopteilnehmer/-innen geplant. Anschließend liegt der Fokus auf konkreten Präventionsstrategien, die in Einzel- bzw. Gruppenarbeit anhand von Arbeitsblättern erarbeitet, im Plenum ausgetauscht und hinsichtlich ihrer Implementierungsmöglichkeiten diskutiert werden. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse bildet den Abschluss des Workshops.

Der Workshop basiert somit auf einer didaktischen Methodenvielfalt und nutzt unterschiedliche Medien und Sozialformen. Für die Ergebnissicherung wird den Teilnehmern/-innen neben den Arbeitsblättern auch ein Handout mit wesentlichen Informationen zur Mitnahme bereitgestellt.

Lernziele

Folgende Lernziele werden in dem Workshop verfolgt:

- Kennenlernen des Phänomens (Entstehung, Symptome, Folgen, aktueller Forschungsstand,...)
- Sensibilisierung und Selbstreflexion bzgl. sek. Traumatisierungen
- Kollegialer Austausch über eigene Erfahrungen mit dem Thema
- Erarbeitung konkreter verhaltensbezogener Präventionsstrategien
- Kennenlernen und Diskussion verhältnispräventiver Strategien
- Austausch über Implementierungsmöglichkeiten

Literatur

1. Daniels, J. (2007). *Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung*. ZPPM. 5(3): p. 49-61.
2. Rixe, J. et al. (2017). *Das Trauma aus 2. Hand: Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden*. Pflege und Gesellschaft. 22(3): p. 213-230.
3. Daniels, J. (2008). *Sekundäre Traumatisierung; Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Psychotherapeuten*. Psychotherapeut. 53(2): p. 100-107.
4. Deighton, R.M. et al. (2007). *Factors effecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working with trauma relevant?* Journal of Traumatic Stress. 20(1): p. 63-75.
5. Andreatta, P. et al. (2010). *Das Phänomen der sekundären Traumatisierung*. In: R. Wagner (Hrsg.): *Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen*, S. 47-60. Bonn: bub.
6. Engstrom, D.W. et al. (2010). *The Use of Interpreters by Torture Treatment Providers*. Journal of Ethic & Cultural Diversity in Social Work. 19(1): p. 54-76.
7. Beck, C.T. (2011). *Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review*. Archives of Psychiatric Nursing. 25(1): p. 1-10.
8. Mangoulia, P. et al. (2015). *Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses*. Archives of Psychiatric Nursing. 29(5): p. 333-338.

9. Rixe, J. (2016). *Sekundäre Traumatisierungen von psychiatrisch Pflegenden in Deutschland: Ergebnisse einer deskriptiven Studie*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: Unveröffentlichte Masterarbeit.
10. Shakespeare, J. et al. (2012). *Contexts of Best Practices for Addressing Vicarious Trauma in VAW Work: A Review of the Literature*. https://vtt.ovc.ojp.gov/.../OS_Best_Practices_for_VT-508.pdf; Stand 10.07.2018.
11. Williams, M.B. et al. (2002). *Selbstfürsorge und die Verletzlichkeit des Therapeuten*. In: B.H. Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*, S. 215-226. Paderborn: Junfermann.
12. Bell, H. et al. (2003). *Organizational Prevention of Vicarious Trauma. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. 84(4): p. 463-470.
13. Gates, D.M. et al. (2008). *Secondary Traumatic Stress in Nurses Who Care for Traumatized Women*. JOGN. 37: p. 243-249.
14. Altgeld, T. et al. (2010). *Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung*. In: K. Hurrilmann et al. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl.), S. 45-56. Bern: Verlag Hans Huber.
15. ACS - NYU Children's Trauma Institute (eds.). *Participant Handbook: Promoting Resilience and Reducing Secondary Trauma among Child Welfare Staff*. http://www.nrcpfc.org/teleconferences/2011-11-16/Resilience_Alliance_Participant_Handbook_-_September_2011.pdf; Stand 10.07.2018.
16. Saakvitne, K.W. et al. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. New York: W. W. Norton & Company Ltd.
17. Geller, J.A. et al. (2004). *Secondary Trauma: A Team Approach*. *Clinical Social Work Journal*. 32(4): p. 415-430.
18. Hensel, J.M. et al. (2015). *Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims*. *Journal of Traumatic Stress*. 28(2): p. 83-91.

41. Primary Nursing als State-of-the-Art-Praxisempfehlung??? **Eine Zukunftswerkstatt...**

Jacqueline Rixe, Daniel Sahm, Dorothea Sauter

Hintergrund

Pflegerische Leistungserbringung kann sich sehr unterschiedlich gestalten. In Literatur und Praxis findet sich eine Vielzahl von Pflegesystemen, die teilweise schwer voneinander zu differenzieren sind. Zu den klassischen Organisationsformen zählen die Funktionspflege, die Zimmer- bzw. Bereichspflege, die Gruppenpflege und das Primary Nursing (PN). Für PN wird in deutschsprachigen Ländern synonym der Begriff „Bezugspflege“ verwendet.

PN bzw. Bezugspflege scheint den in den letzten Jahrzehnten stetig gewachsenen Zuständigkeiten und Aufgaben des Pflegeberufes am besten gerecht zu werden [1]. PN wird jedoch weder flächendeckend umgesetzt, noch gilt dieses Pflegesystem in der psychiatrischen Versorgung als „State of the Art“.

Primary Nursing in der psychiatrischen Pflegepraxis

Primary Nursing wurde bereits in den 1970er Jahren von M. Manthey in den USA als Pflegeorganisationsform entwickelt und ausführlich beschrieben [2]. Dieses Pflegesystem zeichnet sich dadurch aus, dass eine einzelne Pflegefachperson aus dem Team nicht ausschließlich die Verantwortung für klar definierte Aufgaben (Funktionspflege) oder Patienten eines klar definierten Bereichs (Zimmer-/Bereichspflege) übernimmt, sondern für den gesamten Pflegeprozess eines/-r Patienten/-in [3]. PN ist somit ein Versorgungssystem, das einen sehr deutlichen Personenbezug herstellt.

Die Sichtung der Literatur zeigt, dass die Grundlagenliteratur von Manthey [2], wenngleich mittlerweile in deutscher Übersetzung und in 3. Auflage vorliegend [4], noch immer Gültigkeit hat. Im deutschsprachigen Raum stellte sich darüber hinaus auch eine Delphi-Befragung von Abderhalden und Needham [5] als wegweisend für PN in stationären Settings heraus.

Kernelemente des Primary nursings

PN verfügt über eine besondere Charakteristik mit speziellen Kernelementen. Bei Manthey [4] lassen sich vier grundlegende Elemente identifizieren:

- Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen in bestimmten Pflegeprozessen sowie die Akzeptanz der Zuständigkeit durch die Bezugspflegerperson
- Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode, bei der sich die Zuständigkeiten personenorientiert ergeben
- Direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch (mit den Betroffenen und allen Akteuren/-innen der Versorgung)
- Übernahme der Verantwortung für die Qualität der am Patienten erbrachten Pflege durch eine Bezugsperson (24 Stunden am Tag und an sieben Tage in der Woche).

In ihrer Summe beschreiben diese vier Elemente, dass Bezugspfleger den ihnen anvertrauten Pflegeprozess fachlich selbstständig führen und inhaltlich verantworten. Somit sind sie die direkten Ansprechpartner/-innen für den Betroffenen, die Angehörigen, die Kollegen/-innen und den sonstigen am Prozess beteiligten Partnern/-innen. Um von einem Pflegesystem im Sinne der Bezugspflege sprechen zu können, müssen die beschriebenen Elemente klar erkennbare Merkmale der alltäglichen Praxis darstellen.

Implementierung von Primary Nursing

Die klare Zuständigkeit im PN muss nicht ausschließlich dem/ der Patienten/-in, sondern auch allen anderen am Versorgungsprozess Mitwirkenden bekannt sein. Die dezentrale Zuordnung des pflegerischen Verantwortungsbereiches an die Mitarbeiter/-innen der Basisversorgung kann nur dann gelingen, wenn diese Struktur auch von allen Ebenen einer Organisation und interprofessionell akzeptiert und gewollt wird [6].

Die Implementierung eines Bezugspflegesystems ist dementsprechend kein monodisziplinärer Prozess, sondern tangiert alle Professionen und Ebenen einer Institution und sollte vom Management umsichtig gelenkt werden.

Auswirkungen von Primary Nursing

Evaluationen zeigen positive Outcomes dieses Pflegesystems: So ist z.B. die Verbesserung der Versorgungsqualität oder der Anstieg der direkten Patientenzufriedenheit durch PN belegt [7,8]. Ergänzend fanden Nienaber et al. [9] heraus, dass sich diese positiven Outcomes nicht nur messen lassen, sondern auch von den Betroffenen wahrgenommen und berichtet werden.

Aber nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch auf die Professionalisierung der Pflege kann durch PN positiv beeinflusst werden. So beinhaltet professionelles Handeln nach Peplau [10] die Kompetenz, begründete Entscheidungen treffen zu können. Dementsprechend bedarf es in der psychiatrischen Pflege einer Organisationsform, die eben diesen Verantwortungsbereich dezentral, also an der Basis, an qualifizierte Pflegefachpersonen überträgt. Tewes [11] beschreibt, dass ein Prozess nur unter der Voraussetzung der selbständigen Entscheidung verantwortlich gesteuert werden kann.

Hierfür braucht es gegenüber Pflegenden sowohl eine institutionelle Zuschreibung und Anerkennung von Kompetenzen als auch die notwendigen Befugnisse. Primary Nursing impliziert die hierfür notwendigen Strukturen und unterstützt tragfähige Arbeitsbündnisse zwischen den Pflegefachpersonen und Patienten/-innen. Somit begünstigt PN die persönliche Übernahme von Verantwortung im Versorgungsprozess [12].

Hintergrund und Ziele des Workshops:

2012 wurde die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) gegründet, die neue Entwicklungen und Konzepte für die Pflegepraxis und Projekte der Pflegeforschung anstoßen und begleiten möchte [13]. Durch Stellungnahmen und Handlungsempfehlungen kann die DFPP zu einer verbesserten Pflegepraxis beitragen. Im Rahmen der Arbeitsgruppe (AG) „State of the Art“ der DFPP entstand der Gedanke, die Bedeutung einer patientenorientierten Organisationsform der Pflege über eine Stellungnahme zur Bezugspflege bzw. PN zu verdeutlichen. (Zum Vorgehen in der AG „State of the Art“ siehe auch den Beitrag von D. Sauter in diesem Kongressband.)

Im kollegialen Austausch sind im Vorfeld bereits verschiedene Thesen zum Thema PN/ Bezugspflege durch die AG-Mitglieder/-innen formuliert worden. Diese gilt es vertiefend zu diskutieren und bei Bedarf zu ergänzen und anzupassen, bis sie in breiter Runde Zuspruch finden. Konsentierete Aussagen könnten im nächsten Schritt Eingang in eine Stellungnahme finden.

Ablauf und Gestaltung

Nach einem ca. 30-minütigen Impulsvortrag über die oben geschilderten Aspekte und die Darstellung des aktuellen Stands des Themas aus der fachgesellschaftlichen Perspektive erfolgt eine offene Plenumsdiskussion. Die vorformulierten Thesen werden vorgestellt und im Plenum auf Konsens geprüft. Die Ergebnisse der Diskussion werden per Flipchart schriftlich festgehalten. Im Anschluss an die Plenumsdiskussion sollen Ziele und Strategien für weitere fachgesellschaftliche Aktivitäten formuliert werden.

Lernziele

Folgende Lernziele werden in dem Workshop verfolgt:

- Vergegenwärtigung des aktuellen Stands in Bezug auf PN
- Transparenz bzgl. des aktuellen Diskussionsstands in der DFPP
- Kollegialer Austausch über eigene Erfahrungen mit PN in der Praxis
- (Aktive) Beteiligung an der Fachdiskussion über PN
- Kommentierung/Diskussion der vorformulierten Thesen
- Mitgestaltung einer berufspolitischen und praxisrelevanten Positionierung zum Thema PN

Hinweis

Beitrag im Auftrag der AG „State of the Art“, Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

Literatur

1. Abderhalden, C., & Needham, I. (2002). Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen. *Psych. Pflege Heute*. 8(4): p. 189-193.
2. Manthey, M. (1980). *The Practice of Primary Nursing*. Bosten: Blackwell Scientific Publications.
3. Sauter, D. (2011). 10. Management. In: D. Sauter et al. (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, S. 222-238. Bern: Verlag Hans Huber.
4. Manthey, M. (2011). *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem (3. überarbeitete und ergänzte Auflage)*. Bern: Hogrefe AG.
5. Abderhalden, C. & Needham, I. (1999). *Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz. Ergebnisse einer Delphi Studie*. Universität Maastrich (NL).
6. Mischo-Kelling, M. & Schütz-Pazzini, P (2007): *Primäre Pflege in Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
7. Sellicka, K. et al. (2003). *Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction*. *International Journal of Nursing Studies*. 40: p. 545-551.
8. Archibong, U. (1999). *Evaluation the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study*. *JAN*. 29(3): p. 680- 689.
9. Nienaber, A. et al. (2013). "...find' ich gut, dass die jetzt Kompetenzen haben". *Eine Evaluation von Primary Nursing in einer psychiatrischen Klinik*. *Pflegezeitschrift*. 66(3): p. 150-154.
10. Peplau, H. (1999). *The Psychiatric Nurse- Accountable? To Whom? For What? Perspectives of Psychiatric Care*. *Perspectives of Psychiatric Care*. 25(3): p. 20-25.
11. Tewes, R. (2002). *Pflegerische Verantwortung: Eine empirische Studie über pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge zur Pflegekultur und zum beruflichen Selbstkonzept*. Bern: Huber .
12. Sauter, D. & Rixe, J. (2016). *Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege*. *Psychiatrische Pflege*. 1(1): p. 37-40.
13. DFPP (2015). *Präambel*. <https://www.dfpp.de/index.php/die-dfpp/pr%C3%A4ambel.html>; Stand 15.03.2018.

42. „Ich kann mich gezielter in der Patientenbetreuung einbringen und Verantwortung übernehmen.“ - Praxisnahe betriebliche Weiterbildung am Beispiel des Weiterbildungslehrgangs „Primary Nursing“

Ute Roelfs, Wolfram Kämmer

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 der psychiatrischen Klinik des Evangelischen Klinikums Bethel wurde 2010 das Tätigkeitsprofil der Primary Nurses festgelegt.

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

Problemdarstellung

Die Übernahme von Verantwortung als PN erfordert ein stabiles Fundament an Schlüsselqualifikationen, um komplexe Pflegehandlungen anbieten und umsetzen zu können. Diese werden weder durch die Pflegeausbildung, noch durch vorhandene Berufserfahrung allein erlernt und lassen einen bedarfsgerechten Weiterbildungslehrgang zur Primary Nurse notwendig erscheinen.

Ziele

- Die Teilnehmenden lernen die komplexen Aufgaben der PN zu erkennen, anzunehmen und zu bewerten.

- Sie erwerben Handlungskompetenzen und Fähigkeiten um eine Verantwortlichkeit für den Prozess zu entwickeln, um damit wirkungsvoll als PN arbeiten zu können.

Vorgehen

Die PNs durchlaufen ein Bewerbungsverfahren und werden verpflichtet, an einer Qualifikationsmaßnahme zur Primary Nurse teilzunehmen.

Die Qualifikationsmaßnahme sorgt für die Verbindung von Erfahrungslernen im Arbeitsbereich und dem formellen 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.

Diese Qualifikationsmaßnahme umfasst 120 theoretische Unterrichtsstunden, weitere 40 Stunden für die Erarbeitung der Lernaufgaben und 76 Stunden Hospitation mit einer klar formulierten Aufgabenstellung in einen anderen Schwerpunktbereich der Psychiatrie.

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.

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 und Coaching für das Kolloquium.

In den Praxisphasen werden die Teilnehmenden von den klinischen Pflegeentwicklerinnen und klinischen Pflegeentwicklern der Klinik unterstützt und begleitet.

Um ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Theorie und Praxis zu erlangen, werden Pflegefachinhalte durch Fallbesprechungen und auch im dialogischen Ansatz mit Betroffenen vermittelt.

Durch kontinuierliche Reflexionen sowie durch ein Kolloquium wird der Lernerfolg der Weiterbildungsmaßnahme überprüft.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Weiterbildungsmaßnahme wird kontinuierlich nach jedem Unterrichtsblock und am Ende durch die Bildungsreferentin reflektiert, der Lernerfolg durch ein Kolloquium überprüft und die Veränderungen im Arbeitsverhalten mit der klinischen Pflegeentwicklung, dem Pflegedirektorium und den Klinikleitungen evaluiert [4]. Die Reaktionsebene und der Zuwachs des Gelernten lassen sich durch die Bildungsabteilung der Klinik erheben. Die dritte Ebene des Transfererfolges spiegelt sich in der Veränderung des Arbeitsverhaltens am Praxisort wieder [5].

Es wurden durch einen klinischen Pflegeentwickler der psychiatrischen Klinik die Auswirkungen auf ein geändertes Arbeitsverhalten mittels Fragebögen an die Absolventen gemessen. [6] Wie die Evaluationen der Weiterbildung 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 Weiterbildung, um Unsicherheiten z.B. hinsichtlich der Erstellung von Pflegeplanungen und pflegerischen Interventionen entgegenzuwirken.

Die Weiterbildung trägt auch nach Beendigung der Bildungsmaßnahme zur Festigung professionellen Handelns bei. Eine enge vertrauensvolle und klare Zusammenarbeit zwischen den Leitungsebenen, klinischem Pflegeentwickler und Bildungsreferentin bedingen die Möglichkeit der ständigen Weiterentwicklung des Lehrgangs. Die Teilnehmenden erfahren in der Praxis Unterstützung durch die Möglichkeit der Wissensanwendung und positive Einstellung den Vorgesetzten gegenüber der Weiterbildung.

Diskussion

Nur durch das klar formulierte Anforderungsprofil einer PN, konnte eine umfangreiche praxisnahe Bildungsmaßnahme für die PNs entwickelt werden. Eine kontinuierliche Reflexion und Weiterentwicklung der Bildungsmaßnahme ist ebenso nötig, wie die enge und verzahnte Zusammenarbeit aller Hierarchieebenen. Dadurch lässt sich der Weiterbildungslehrgang an die Erreichung der Weiterbildungsziele und den Bedürfnissen der Teilnehmenden und des Betriebs anpassen.

Schlussfolgerung

Ein klar formuliertes Anforderungsprofil an eine PN durch die Klinikleitungen, ein von allen Hierarchieebenen getragenes und unterstütztes ständig reflektiertes praxisnahes Weiterbildungsprogramm, hilft den Mitarbeitenden der Psychiatrischen Klinik ihre Funktion professionell auszuführen.

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 Berlin: Cornelsen: S. 22 -33.*
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.*
5. *Simone Kauffeld, (2016) Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung, DOI 10.1007/978-3-662-48130-1_5 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg: S.114.*
6. *Simone Kauffeld, (2016) Nachhaltige Personalentwicklung und Weiterbildung, DOI 10.1007/978-3-662-48130-1_5 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg: S.115.*

43. Gute pflegerische Arbeit: Geflüchtete in einer psychiatrischen Institutsambulanz: Wie eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Schwerpunkt pflegerischer Expertise etabliert werden kann.

Eckhard Rolle, Roya Baghlani-Millard

Entstehungsgeschichte und Etablierung der Clearingstelle

Mit der großen Flüchtlingswelle 2015 stieg gleichzeitig die Anforderung an die psychiatrische Ambulanz, sich mit dieser Personengruppe und ihren psychischen Problemen auseinanderzusetzen.

Die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen, wie Krieg, Verfolgung, Gewalt und Verelendung waren zu behandeln. In zahlreichen Städten sind Zentren zur Behandlung psychischer Folgeschäden nach Verfolgung und Flucht entstanden. Ebenfalls in Bielefeld haben sich viele Unterstützer für diese Personengruppe gefunden. Die von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel beteiligte sich früh an der Diskussion und entwickelte ein Konzept, wie sie durch geeignete Maßnahmen die Behandlung dieser Personengruppe in Bielefeld unterstützen können. Schließlich fiel die Entscheidung, dass ein Angebot in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Evangelischen Klinikums Bethel entstehen sollte.

Der Tradition der Klinik folgend, ist in der Folge eine Arbeitsgruppe mit niedrigschwelligem Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem installiert worden (Clearingstelle für psychische Störungen nach Flucht und Migration).

Das Team besteht aus 2 x 0,5 Pflegestellen, 0,7 Psychologin- und 0,3 Arztstellenanteilen.

Die Basis dieser Arbeitsgruppe in der Ambulanz bildet die Pflege. Sie organisiert Erstkontakte, beginnend mit dem Assessment, führt Gespräche mit den Betroffenen, übernimmt die Koordination und beteiligt andere Berufsgrup-

pen (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter) innerhalb und außerhalb der Ambulanz.

Anhand eines Falles wird die Arbeitsweise der Clearingstelle und im Speziellen die Rolle und Aufgabe der Pflege in diesem Setting dargestellt.

Falldarstellung

Ein junger Mann aus Afghanistan flieht mit seiner Familie aus Sorge um seine Gesundheit und die seiner Familie vor Stammeskämpfen, die schon viel Gewalt gebracht und Opfer gefordert haben.

Nach Ablehnung des Asylantrages haben sie es geschafft, mit Hilfe eines Rechtsanwaltes, einen Aufenthaltstitel für zwei Jahre zu erhalten.

Der erste Kontakt mit der PIA wurde über das Jugendamt initiiert. Im Vorfeld sei Hr. H. (anonymisiert) gewalttätig gegenüber seiner Frau und dem ältesten Sohn geworden. Die Familie wurde getrennt und Hr. H. erhielt die Auflage, mit professioneller Hilfe, seine Aggressionen zu behandeln.

Als Symptome beschrieb Hr. H. Schlafstörungen, begleitet von Träumen seiner traumatischen Erlebnisse. Am Tage berichtet Hr. H., ausgelöst durch Berichte aus dem Fernsehen und Stress, an verschiedene Ereignisse erinnert zu werden. Es falle ihm schwer, sich dann von den Gedanken wieder zu lösen. Hr. H. sei sehr angespannt und bekomme häufig Kopfschmerzen. In diesen Phasen ziehe Hr. H. sich zurück und ist für die Familie nicht ansprechbar.

Sein Verhalten hat zunehmend zu Konflikten innerhalb der Familie geführt. Der Arzt stellte die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1) und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD 10 F 32.0).

Neben einer medikamentösen Behandlung wurde, durch die Pflege, eine soziotherapeutische und supportiv psychotherapeutische Behandlung durchgeführt.

Inhalte der Gesprächskontakte waren die Aufarbeitung der familiären Konflikte gemeinsam mit seiner Frau. Hr. H. wurde angeleitet, seine als Dissozia-

tionen einzustufenden Zustände zu analysieren. Hr. H. lernte, welche Triggerreize das Grübeln auslösen und wurde angeleitet, Skills einzusetzen, seine Gedanken besser zu kontrollieren. Das führte zu verkürzten Zeiten seiner dissoziativen Episoden.

Das Jugendamt begleitete und kontrollierte die Behandlung und seine Fortschritte. Aus Eigeninitiative und mit Rückhalt unsererseits konnte die Familie nach mehreren Wochen wieder zusammengeführt werden. Sie erhielten Hilfe zur Erziehung gem. § 27 ff SGB VIII. Regelmäßig wurden Hilfeplankonferenzen in Anwesenheit der Familie, der Ausländerbehörde, dem Jugendamt und der Ambulanz durchgeführt.

Parallel erhielt Hr. H. Unterstützung in Form von Attesten über seinen Gesundheitszustand für den Widerspruch seines abgelehnten Asylantrages.

Abschließend wurde Hr. H. in eine Trauma spezifische Therapie in die Psychotherapie-Ambulanz der Universität Bielefeld vermittelt.

Fallbehandlung

Anhand dieses Fallbeispiels wird im Folgenden dargestellt, wie die Aufgabenverteilung der einzelnen Akteure und deren Zusammenarbeit sich strukturiert.

Die Pflege übernimmt während der gesamten Behandlung eine Casemanagementfunktion [1]. Sie plant die Kontakte, bietet psychosoziale, soziotherapeutische Beratung an, vertritt den Klienten „anwaltschaftlich“ gegenüber allen an der Behandlung beteiligten Stellen und Personen. Gemeinsam mit dem Arzt wird die Behandlung geplant und reflektiert.

Im ersten Schritt führt die Pflege ein Assessment durch. Die Ambulanz orientiert sich bei Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund am Core Cultural Formulation Interview (CFI) aus dem DSM-5 [6]. Er wurde an die Bedingungen der PIA angepasst, indem bereits bestehende Anamneseerhebungsbögen mit dem CFI verknüpft wurden. Die pflegerischen Gespräche wurden für den beschriebenen Fall, zunächst in einem 14 tägigem Rhythmus geplant. Die ärztlichen Kontakte erfolgten in Abständen von 4-6 Wochen.

Inhalte waren psychoedukative Beratung, Skillstraining und Entspannungsübungen zur Emotionsregulation, positive Reflexion, Ablenkungs- und Konfliktlösungsstrategien. Der pflegerisch fallverantwortliche Mitarbeiter organisierte mehrere gemeinsame Treffen mit seiner Frau und hielt Kontakt mit dem Jugendamt.

Gegen den zunächst abgelehnten Asylantrag legte Hr. H. mit Hilfe des Arbeitskreises Asyl (AK-Asyl) und eines Rechtsbeistandes Widerspruch ein. Für das Verfahren wurden Atteste über die Behandlung erstellt. Dies geschah in engem Austausch mit dem Sozialarbeiter vom AK-Asyl und schriftlichem Kontakt mit seinem Rechtsanwalt.

Inhalte und Methoden

Die Psychiatrische Institutsambulanz ist nach §118,1 SGB V [3] gesetzlich verpflichtet, sich derjenigen psychiatrischen PatientInnen anzunehmen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankungen eine komplexe Behandlung benötigen, soweit sie diese im Bereich der Versorgung durch VertragsärztInnen und -psychotherapeutInnen nicht ausreichend erhalten können.

Es ist gesetzlich vorgegeben, über die medizinische Versorgung hinaus, nichtärztliche Angebote vorzuhalten. Dabei orientiert sich die Ambulanz an den S3 Praxisleitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [4].

Psychiatrische Behandlung und Pflege richtet sich neben der Symptombehandlung an den Lebenswelten der Betroffenen. Die PIA orientiert sich an der Recovery-Methode, die in ihrer therapeutischen Grundhaltung Selbstbestimmung und Autonomie der Hilfesuchenden ernst nimmt und die Wahlfreiheit der Individuen im Blick hat [5]. Die besondere Aufgabe der Pflege ist es dabei, Ressourcen und bestehende Bindungen, wie soziale Kontakte, Arbeit, Freizeit und andere stabilisierende private und professionelle Systeme zu aktivieren und erhalten.

In der Behandlung von Menschen nach Flucht und Migration ergeben sich zusätzliche spezielle Problemstellungen in ihrem Alltag. Vielfach werden sie aufgrund ihres Aufenthaltsstatus aus dem gesellschaftlichem Leben ausgegrenzt. Die Unsicherheit darüber, ob sie in Deutschland bleiben können, verhindert zum einen die Entwicklung von Perspektiven zum anderen aber manchmal auch zu gesunden. Darüber hinaus findet man bei den Hilfesuchenden unterschiedliche Krankheitskonzepte [6].

Die Personengruppe lebt oft in einer persönlichen, sprachlichen und alltagsbezogenen Abhängigkeit, die sie nicht selbstständig verlassen können. Dies ist bei der Behandlung in besonderem Maße zu berücksichtigen. Die Komplexität der Abhängigkeiten erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrischen Ambulanz mit dem Auftrag der Behandlung und verschiedenen Behörden und Organisationen, um gemeinsam die Begleitung der Geflüchteten zu gestalten.

Das führt zu weiteren Anliegen, wie sozialen und aufenthaltsrechtlichen Fragen, die neben einer ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlung zu bearbeiten sind.

Daraus resultiert die Notwendigkeit in enger Kooperation und stetem Austausch mit anderen in Bielefeld ansässigen Stellen und Organisationen im Sinne dieser Personengruppe zu kooperieren und zusammenzuarbeiten.

Ein besonderes Merkmal der Arbeit der Clearingstelle, ist die Struktur der interdisziplinären Zusammenarbeit, die auf andere Settings übertragbar sein kann. Im Rahmen des pflegerischen Fallmanagements werden ärztliche und psychotherapeutische Expertise individuell je nach Bedarf hinzugezogen.

Bereits in den Vorüberlegungen ist die Pflege konzeptionell als führende und koordinierende Instanz diskutiert worden. Sie stellt den bedarfsgerechten Zugang zu dem Versorgungsangebot der PIA sicher. Darüber hinaus ist sie verantwortlich für die Netzwerkbildung und deren Pflege mit den verschiedenen Stellen und Organisationen im Versorgungssystem der Stadt. Hierzu gehören regelmäßige Kooperationsgespräche mit dem Gesundheitsamt, dem AK-Asyl, dem psychosozialen Zentrum der psychosomatischen Klinik,

der Ausländerbehörde und weiteren freien Trägern der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Bielefeld.

Ein weiteres besonderes Merkmal ist die Anforderung an die pflegerische Fachexpertise. Sie erfordert ein hohes Fachwissen in Bezug auf psychiatrische Störungsbilder und Kenntnisse über das ambulante Versorgungsnetz der Stadt. Kompetenzen für einen kultursensiblen Umgang mit den Menschen und die Bereitschaft, sich in den „Dschungel“ der Gesetzgebung und Strukturen des Asylverfahrens einzuarbeiten und zu verstehen, gehören ebenfalls zu wichtigen Merkmalen dieser Arbeit. Sprachkenntnisse und oder eigene kulturelle Hintergründe sind darüber hinaus ein Vorteil bei der Begegnung mit Menschen aus den beschriebenen Herkunftsländern. Diese Merkmale werden zusammengefasst auch als „transkulturelle Kompetenz“ beschrieben [7].

Anhand dieser Falldarstellung der Arbeit in einem medizinisch ärztlich ausgerichtetem Setting wird aufgezeigt, wie „Gute pflegerische Arbeit“ gestaltet und organisiert werden kann. Ein besonderes Merkmal ist die geschaffene Struktur der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Literatur

1. Reibnitz, Christine von (2009): *Case Management. Praktisch und effizient*. Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter http://hawham-burg.ciando.com/shop/book/short/index.cfm/fuseaction/short/bok_id/33778.
2. Lewis-Fernández, Roberto (Hg.) (2016): *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. First edition*. Washington, District of Columbia, London, England: American Psychiatric Publishing. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1610192>.
3. SGB V: *Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen, vom zuletzt geändert durch Art. 4 G.v. 17.08.2017 13214*. Online verfügbar unter *Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geprüft am 13.06.2018*.
4. Falkai, Peter (Hg.) (2013): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-30270-1>.*
5. Burr, Christian; Schulz, Michael; Winter, Andréa; Zuaboni, Gianfranco (2013): *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. 1. Aufl.* Köln: Psychiatrie-Verl. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-88414-556-2>.
 6. Assion Hans Jörg: *Traditionelle Heilvorstellungen bis Heute weit verbreitet.* In: *Kerbe* 2003 (4), S. 15–17. Online verfügbar unter http://www.kerbe.info/files/Kerbe_ausgaben/Kerbe4_03.pdf, zuletzt geprüft am 13.06.2018.
 7. Steinhäuser, Theresa; Martin, Lily; Lersner, Ulrike von; Auckenthaler, Anna (2014): *Konzeptionen von "transkultureller Kompetenz" und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews.* In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 64 (9-10), S. 345–353. DOI: 10.1055/s-0034-1371805.

44. Verwendung von Apps im genesungs- oder therapeutischen Prozess – ein Beitrag zu guter Arbeit?

Sabine Rühle Andersson, Christoph Golz, Jonas Büchi, Sabine Hahn

Hintergrund

Das Thema „Digitalisierung“ liegt im Trend und APPs spielen eine immer grössere Rolle im Gesundheitswesen – auch im psychiatrischen Bereich. Unter dem Sammelbegriff App (engl. Application) lässt sich eine Vielzahl verschiedener Software zuordnen. Das Wort „App“ wird hier synonym für installierbare Anwendungen auf Smartphones (Iphone App und Android App) verwendet. In der Schweiz wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht zuletzt dank des ab April 2017 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) SR 816.1 einen starken Aufwind bekommen. Mobile Gesundheitsdienste (mHealth) als Teil der Digitalisierung sind ein Bestandteil von eHealth (elektronische Gesundheitsdienst). mHealth beschreibt medizinische Verfahren sowie Massnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung, die durch Mobilgeräte wie Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, persönliche digitale Assistenten (PDA) und andere drahtlos angebundene Geräte unterstützt werden [1]. Unklar ist, wie Gesundheits-APPs in der psychiatrischen Versorgung schon genutzt werden. Eine Suche nach APPs zu psychischen Erkrankungen in den App-Läden der Anbieter zeigt auf, dass es viele APPs zu diesem Thema gibt. Doch wie diese verwendet werden ist unklar.

Zielsetzung

Das Projekt Chapp_U (Swiss App User im psychiatrischen Feld) hat zum Ziel, die Bedürfnisse, Vorbehalte und Vorteile hinsichtlich der Nutzung von APPs im genesungs- oder therapeutischen psychiatrischen Prozesses der Service User und der Fachpersonen zu beschreiben. Es sollen Vor- und Nachteile, sowie mögliche Benachteiligungen beschrieben werden.

Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

Wie werden Apps von psychiatrienerfahrenen Menschen im therapeutischen- und Genesungsprozess genutzt?

Welche Erfahrungen machen psychiatrienerfahrene Menschen mit der Nutzung von Apps im therapeutischen- und Genesungsprozess?

Methode

Zur Erreichung der Forschungsziele wurden eine Literaturanalyse, eine Recherche nach vorhandenen APPs in App-Läden und eine elektronische Umfrage bei psychiatrienerfahrenen Personen und Fachpersonen der psychiatrischen Versorgung durchgeführt.

Im ersten Projektschritt wurde der Stand der Forschung zur Thematik, wie Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. psychiatrienerfahrene Menschen das Smartphone im Genesungsprozess einsetzen erarbeitet. Diese Recherche wurde auf der Datenbank PubMed durchgeführt. Die Treffer mit den Suchbegriffen „smarthphone“ und „healthcare“ wurden mit nachfolgenden Einschlusskriterien eingegrenzt: Erwachsene Personen ab 18 Jahren, ohne körperliche Erkrankungen (z.B. Diabetes), ohne Demenz, ohne Suchterkrankung, mit Einsatz von APPs auf Smartphones.

In einem zweiten Projektschritt wurde eine unsystematische Recherche nach frei verfügbaren, deutschsprachigen APPs (iOS und Android), welche den User bei psychischen Erkrankungen unterstützen sollen in App-Läden durchgeführt.

Im dritten Projektschritt wurden zwei Online-Surveys erstellt, welche die Nutzung von APP's im Genesungsprozess erheben. Unter Genesungsprozess verstehen wir die Unterstützung beim Prozess der Selbstbemächtigung, die Überwindung der gefühlten Machtlosigkeit über das eigene Leben und das Erkennen/Entdecken von Möglichkeiten und Chancen, sowie die aktive Nutzung der eigenen Kompetenzen. Dies bedeutet die Fähigkeit zu erlangen, selbstständig und selbstbestimmt zu handeln [2]. Unter therapeutischem Prozess wird in diesem Projekt die Zusammenarbeit von psychisch erkrankten Personen mit Fachpersonen, wie beispielsweise Psychiater, Pflegefach-

personen, verstanden, welche zum Ziel hat, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zu verstehen und gemeinsam Strategien zu deren Minimierung zu entwickeln. Dieser Prozess beinhaltet die professionelle Anamnese bis hin zum Abschluss einer Therapie / Behandlung. Für die Umfrage mittels Gelegenheitsstichprobe wurden Fachpersonen und Menschen mit Krankheitserfahrung aus der Schweiz, Deutschland und Österreich aus dem Versorgungsbereich der Psychiatrie angeschrieben. Die Umfrage fand zwischen Anfang Juli bis Anfang August 2018 statt. Zugang zu den Teilnehmenden wurde über Verbände, Selbsthilfeorganisationen, und mittels Snowballsystern ermöglicht (bitte um Verteilung und Weiterleitung der Umfrage an mögliche Teilnehmende).

Die Analyse der Daten fand mittels deskriptiver Statistik in SPSS for Windows statt.

Resultate

Literaturrecherche

Aus der Literaturrecherche zur Verwendung von Apps geht hervor, dass etwa zwei Drittel aller erhältlichen Apps im Gebiet der Wellness, Diät und Fitness zu finden sind. Im Jahr 2015 wurden mehr als 165'000 Gesundheits-Apps gezählt, wovon ungefähr 2% in den Bereich der psychischen Gesundheit gehören. Unter den Apps zu psychischer Gesundheit gibt es am meisten Apps zu Autismus-Spektrum-Störungen, Angsterkrankungen, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit- und -Hyperaktivitätsayndrom (ADHS) und Alzheimererkrankungen [8]. In einer Studie in den USA [3], wurden 1124 Menschen mit schwerer psychischen Erkrankung über ihren aktuellen Gebrauch von mobiler Technologie befragt und welche Art von mobiler Dienstleistung sie im Bereich psychischen Gesundheit von den Behandlern erhalten möchten. Das Mobiltelefon wurde am häufigsten für Telefongespräche, Textnachrichten oder Internet / eMail verwendet 81% wünschten sich diverse mobile Angebote im Bereich psychischer Gesundheit, dies primär für Termin- oder Medikamenten-erinnerungen, regelmässigem Austausch mit den Fachper-

sonen, Informationen über psychische Gesundheit. Mehr als zwei Drittel von ambulanten Patienten mit psychischer Erkrankung zeigten sich interessiert, mittels Smartphone-App ihren psychischen Gesundheitszustand überwachen zu lassen [4].

Der Stand der heutigen Forschung zum Thema Integration von Apps in den therapeutischen- und/oder Genesungsprozess von erwachsenen Menschen mit einer psychischen Krankheit steht noch in den Kinderschuhen. Dies zeigt sich auch darin, dass die aufgefundenen Originalartikel mehrheitlich Pilotstudien sind, und häufig ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurden. Insbesondere in der englischen Literatur werden Pilot- und Explorationsstudien präsentiert, welche die Möglichkeiten von APPs im Genesungsprozess untersuchen. Die APPs und ihre Inhalte werden selten beschrieben. Die Ergebnisse der Studien schreiben der Verwendung der APPs durch die grosse Verbreitung von Smartphones in allen Gesellschaftsschichten, sowie der hohen Kosteneffizienz grosses Potential zu. Jedoch weisen die Studien häufig methodische Mängel auf. So fehlt es an Studien mit einer grossen Anzahl an Versuchspersonen, welche die klinische Wirksamkeit einer Applikation untersuchen. Auch die Reviews sind in den meisten Fällen limitiert da die analysierten Studien kleine Stichprobenzahl und Heterogenität aufweisen, was eine Verallgemeinerung der Daten erschwert [5, 6]. Insgesamt sind sich die meisten Studienautoren einig, dass noch mehr Forschung zu Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit, insbesondere mittels randomisierten klinischen Studien benötigt wird [7, 8, 9].

Frei verfügbare APPs

Ein unklares Bild zeigt sich bei den deutschsprachigen APPs. Die Teammitglieder des Projektes CHapp-U haben unabhängig voneinander frei verfügbare Gesundheits- und/oder therapeutische Apps getestet. Dabei wurde die Suche auf Apps fokussiert, welche der Forschungsfrage am nächsten gekommen sind. Es gibt eine Vielzahl von frei zugänglichen APPs, so dass Aufgrund der zeitlichen Ressourcen nur einzelne Apps, die über einen Monat lang vom Team auf ihre Machbarkeit und mögliche therapeutische Hilfestel-

lung getestet wurden. Dabei haben sich schon nach kurzer Zeit Vorbehalte und Kritik in der Anwendung der App herauskristallisiert. Apps fordern in der Verwendung viel Aufmerksamkeit, dabei beeinflussen sie die Tagesstruktur. Dies im Extremfall so stark, dass es schwierig ist sie zu ignorieren. Hersteller und Hintergrund sind meist unklar. Die Evidenz der Interventionen und Aktivitäten welche die App fordert sind unklar.

Umfrage

Die Resultate der Umfrage konnten zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags noch nicht analysiert werden. Erste Resultate werden am Kongress präsentiert.

Erste Diskussion

Die Ergebnisse der Literaturrecherche, der Survey Umfrage und des Selbsttestes sollen am Dreiländerkongress im Bezug auf die Fragestellung präsentiert und im Plenum diskutiert werden.

Literatur

1. WHO Global Observatory for eHealth. (2011). *mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*. Geneva : World Health Organization.
2. Knuf, A. Osterfeld, M. & Seibert, U. (2000) *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychische Arbeit*. 3., neubearbeitete Auflage 2007, Bonn: Psychiatrie-Verl. ISBN 10: 3-88414-413-8, ISBN 13: 978-3-88414-413-8
3. Ben-Zeev, D., Davis, KE. Kaiser, S. Krzsos, I. & Drake, RE. (2013): *Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services*. *Adm Policy Ment Health* 40, 340-343.
4. Torous, J., Chan, S. R., Yee-Marie Tan, S., Behrens, J., Mathew, I., Conrad, E. J., . . . Keshavan, M. (2014). *Patient Smartphone Ownership and Interest in Mobile Apps to Monitor Symptoms of Mental Health Conditions: A Survey in Four Geographically Distinct Psychiatric Clinics*. *JMIR Ment Health*, 1(1), e5. doi:10.2196/mental.4004
5. Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). *Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials*. *J Affect Disord*, 218, 15-22. doi:10.1016/j.jad.2017.04.046

6. Juarascio, A.S. et.al. (2015). Review of smartphone applications for the treatment of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 23(1), 1-11. doi: 10.1002/erv.2327
7. Menon, V., Rajan, T. M. & Sarkar, S. (2017). Psychotherapeutic Applications of Mobile Phone-based Technologies: A Systematic Review of Current Research and Trends. *Indian J Psychol Med*, 39(1), 4-11. doi: 10.4103/0253-7176.198956
8. Torous, J. et al (2017). Methodology and Reporting of mobile Health and Smartphone Application Studies for Schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry*, 25(3), 146 – 154. doi: 10.1097/hrp.000000000000133
9. Aitken, M., & Lyle J. (2015). Patient adoption of mHealth: use, evidence and remaining barriers to mainstream acceptance. Parsippany: IMS Institute for Healthcare Informatica.

45. Personalbedarfsberechnung in der Pflege am Beispiel PPR-PP

Dorothea Sauter, Michael Löhr

Hintergrund

In Deutschland verliert die „Psychiatrie-Personal-Verordnung“ Ende 2019 ihre Gültigkeit. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, eine Neuregelung zur Mindestbesetzung zu entwickeln. Im Auftrag der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegekräfte e.V. berechnet die Fachhochschule der Diakonie den Personalbedarf in der Pflege, um empirische Daten in die politische Diskussion bringen zu können.

Die Berechnung der Basisbesetzung als „Pflege-Patienten-Relation für Psychiatrie und die Psychosomatik“ (PPR-PP) wurde von Löhr et al. [1] konzeptualisiert. Dieses Konzept wird nun operationalisiert um sehr konkrete Daten des Personalbedarfs vorlegen zu können. Das Projekt soll im Herbst 2018 abgeschlossen sein.

Grundlegende Annahmen zum Modell basieren darauf, dass ein Modell der Personalbedarfsberechnung überschaubar und verständlich ein soll, jedoch unterschiedlichen Aufwandsgruppen und unterschiedlichen Settings sowie dem Pflegebedarf von 168 h /Woche gerecht werden muss.

Methode

Alle während der Krankenhausbehandlung relevanten Pfl egetätigkeiten wurden über Literaturstudien identifiziert, sie werden anschließend bezogen auf definierte Patientengruppen quantifiziert.

Ergebnisse

Die Entwicklung eines Katalogs mit Pflegeaufgaben erfolgte auf Basis der Arbeiten von Scheydt et al. (eingereicht) und Anderl-Doliwa [3, 2], es wurden 57 Items beschrieben. Die Einschätzung der quantitativen Aufwände jeder Pflegeaufgabe erfolgte durch 120 Pflegeexperten in zwei moderierten

Workshops, jeweils gesondert für Regel- /Intensiv-/ Tagesklinische oder stationsäquivalente Behandlung und jeweils bezogen auf unterschiedliche Klientelgruppen. Die in unipark® erfassten Daten mit SPSS analysiert. Außerdem machten die Experten bezüglich jeder Pfl egetätigkeit Angaben zur erforderlichen Pflegequalifikation, voraussichtlich werden dadurch Aussagen zum Grade-Mix der Stationen ableitbar sein.

Diskussion

Die erarbeitete Liste der 57 Pflegeaufgaben bildet der Pfl egetätigkeiten gut ab, die Items wurden als verständlich, konkret und quantifizierbar beschrieben. Da empirische Befunde zur Fragen von Personalbesetzung in der Psychiatrischen Pflege fehlen, bietet der Expertenkonsens die aktuell bestmögliche Form zur Validierung von Inhalten und zur Quantifizierung von Aufwänden. Eine erste Sichtung der Ergebnisse zeigt, dass die von Pflegeexperten einschätzten Personalbedarfe deutlich von der aktuellen Besetzung abweichen.

Personalberechnungen auf der Basis von Zeiterfassungen der IST-Situation in der stationären/teilstationären Versorgung vorzunehmen ist vor dem Hintergrund eines unterfinanzierten Systems nicht zielführend. Die Berechnung sollte normativen Anforderungen an eine zeitgemäße Patientenversorgung gerecht werden.

Bis Herbst kann eine solide Datenbasis für die Berechnung der Pflegebesetzung in der Krankenhausbehandlung in Psychiatrie und Psychosomatik für die Berufsgruppe der Pflege vorgelegt werden. Die Personalbedarfe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind gesondert zu berechnen und wurden in dieser Studie nicht untersucht.

Schlussfolgerung

Die quantitativ und qualitativ ausreichende Besetzung in der Pflege ist Voraussetzung für gute Pflege- und Behandlungsqualität. Für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung können konkrete Zahlen

auf der Basis von Experteneinschätzungen vorgelegt werden. Es zeichnet sich ab, dass diese deutlich über der aktuellen Realbesetzung liegen.

Literatur

1. *Löhr, M.; Liekenbrock, A.; Vilsmeier, F.; Hemkendreis, B.; et al. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) - die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. In: Z Psychosom Med Psychother 62 62, S. 150-166.*
2. *Anderl-Doliwa, Brigitte (2017): Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegender in ambulanten und aufsuchenden Settings. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.). Philosophisch-Theologische Hochschule, Vallender. Pflegewissenschaftliche Fakultät.*
3. *Scheydt, Stefan; Holke, Martin; Sauter, Dorothea (Eingereicht): Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie – Ergebnisse einer Delphi-Studie. In: Psychiatrische Praxis.*

46. Gute Arbeit! Über den Umgang mit Angehörigen im psychiatrischen Alltag

Edith Scherer

Wir begegnen ihnen täglich, den Angehörigen im psychiatrischen Alltag. Ob wir das wollen oder nicht - ob wir Zeit haben oder nicht - sie sind immer da. Jede Begegnung mit den Angehörigen ist wichtig für den therapeutischen Prozess mit unseren Patientinnen und Patienten. Wir können die Angehörigen ignorieren, instrumentalisieren oder akzeptieren.

Mittlerweile gibt es praxisbewährte Leitlinien für den Umgang mit den Angehörigen. Ob wir in der psychiatrischen Grundversorgung die Angehörigen als wichtigen Partner betrachten, hängt in erster Linie von der Haltung einer Institution ab.

Das Referat gibt einen Einblick in qualitative Standards für den Umgang mit den Angehörigen. Anhand von Praxisbeispielen wird aufgezeigt, wie wir den Angehörigen begegnen können und was sich Angehörige von der Psychiatrie wünschen. Die einheitliche Datenerhebung des NAP Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie gibt uns Informationen darüber, welche Angehörige eine individuelle Beratung aufsuchen und wo wir als Fach Psychiatrie noch Entwicklungspotential haben im Bezug auf die Situation der Angehörigen.

47. Beziehungs-Basierte-Pflege: Grundlagen einer Beziehungs-Basierten – Pflege

Uwe Bernd Schirmer

Hintergrund

Die Ergebnisse professioneller Interventionen, wie etwa bei Beratung, Edukation oder Therapie, hängen wesentlich von den Patienten und damit auch von der Kooperation zwischen Patient und Helfer ab. Eine qualitätsvolle Beziehungsgestaltung hat großen Einfluss darauf, wie Patienten ihre Probleme mit den Pflegenden (Helfern) bearbeiten und ist deshalb wesentlich für „gute Arbeit“ beim professionellen pflegerischen Handeln. In der Wirkfaktorenforschung gilt die Beziehung als der wichtigste Faktor für den Erfolg von Interventionen.

Problemstellung

In der Ausbildung von Pflegeberufen kommt die Gesprächsführung zu kurz: eine Gesprächsführung die ausdrücklich den Blickwinkel des Patienten fokussiert und dabei das Erleben von Annahme, Vertrauen und Verbindung als zentrale Aspekte einer qualitätsvollen Beziehung in den Mittelpunkt stellt. Dabei sind eben dies entscheidende Faktoren, wenn Menschen in Entwicklungs- und Veränderungsprozessen durch Pflegende unterstützt werden sollen.

Ziele

Eine Gesprächsführung zu beherrschen die Empathie, Wertschätzung und Annahme ausdrücklich fördert und so zu einer Verbesserung von Beziehungsaufbau und Beziehungserhalt beiträgt. Es soll weiterhin die Einsicht für die Bedeutung einer „beziehungsfördernden Kultur“ einer Einrichtung vertieft werden.

Eine einfühlsame Gesprächsführung schafft die Basis für gute Beziehungen. Die Intelligenz eines helfenden Systems liegt nicht in seinen Regeln, sondern in der Qualität der Beziehungen zwischen den Individuen darin [1].

Vorgehen - Inhalte4

Es werden die beiden stark unterschiedlichen Perspektiven einer Gesprächsführung vorgestellt. Will der Pflegende, dass der Klient etwas Bestimmtes tut oder lässt (Problemlösung, Bewältigung), oder will er wissen wie das Erleben und die Erwartungen des Patienten gerade sind, um mit ihm in Verbindung zu kommen? Die Subjektivität des Patienten erfassen? Wohin geht das Interesse des Helfers und was will der Patient?

Nach dem Verständnis der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ braucht der Pflegende vor einem Gespräch mit dem Patienten Klarheit, welche Perspektive er im Gespräch einnehmen möchte. Wohin richtet sich sein Aufmerksamkeitsfokus - geht es um:

- die Beziehung zum Patienten, verbunden mit Verständnis, Annahme und Verbindung, so wird das Gespräch offen-erlebend zu gestalten sein (Ziel: Connection)
- die Anwendung von Strategien (Methoden, Techniken, Interventionen) zur Problembewältigung um eine bestimmte erwünschte Verhaltensänderung zu erreichen (Ziel: Correction), so ist eine beteiligtend-steuernde Beziehung zu gestalten.

Der zentrale Aspekt der einfühlsamen Gesprächsführung ist jedoch der empathische Prozess. Dieser Prozess beschreibt eine konkrete Vorgehensweise für Empathie (Einfühlung). Der empathische Prozess ist ein Weg, den Menschen zu unterstützen in sich hinein zu hören, bei sich selbst zu sein, anzukommen, um Klarheit zu erhalten und zu verstehen, wie er sich gerade fühlt (Gefühle) und was ihn motiviert oder antreibt (Bedürfnisse). Durch das Explorieren der Gefühle und Bedürfnisse kann das eigene Verhalten und Erleben in einen individuellen Sinnzusammenhang gebracht werden. Dieses „Übersetzen“ des Verhaltens (Strategien) der Menschen, in die dahinterlie-

genden Bedürfnisse (gute Gründe), soll ein Verstehen und damit Annehmen erleichtern. Die Person kann ihr Verhalten als erfolgreiche oder erfolglose Strategie zur Erfüllung ihrer Bedürfnisse erkennen. Der empathische Prozess führt so zu einem vertieften Selbstverstehen des Menschen, der gleichzeitig erkennen kann, dass er verstehbar ist und sein inneres Erleben (mit-) teilen kann [1].

Literatur

1. Schirmer UB. (2018): *Einfühlsam Gespräche führen*. Hogrefe Verlag.

48. Beziehungs-Basierte-Pflege: „Von der Theorie in die Praxis“ oder „Über Personalentwicklung zur Organisationsentwicklung“

Ilona Herter

Hintergrund

„Gute Arbeit“ bedeutet für Pflegende in der psychiatrischen Versorgung an erster Stelle qualitätsvolle Beziehungen zu Patienten aufzubauen und zu erhalten. Für die Mitarbeitenden in der Praxis ist dies eine besondere Herausforderung. Im stationären Setting einer Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie wurde ein Pilotprojekt zur Weiterentwicklung einer „beziehungsfördernden Kultur“ durchgeführt und ausgewertet.

Im hier vorgestellten Praxisprojekt sollte die empathische Kompetenz aller Mitarbeitenden einer forensischen Station mit Hilfe der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ [1] gefördert werden. Ebenfalls sollten die bestehenden Strukturen, Prozesse und aufgestellten Regeln der Station überprüft und reflektiert werden. Daraus sollten notwendige Änderungen und Umstrukturierungsmaßnahmen identifiziert und abgeleitet werden, um schließlich eine „beziehungsfördernde Stationskultur“ zu optimieren bzw. verstärkt zu entwickeln.

Dazu wurde eine interprofessionelle Fortbildung in „Einfühlsamer Gesprächsführung“, verbunden mit mehreren Terminen zum Praxistransfercoaching durchgeführt. Danach wurde gemeinsam mit den Mitarbeitenden zu notwendigen Adaptionen hinsichtlich der Strukturen, Prozessen und Regeln der Station diskutiert und Veränderungsvorschläge erarbeitet.

Ziele

- Alle Mitarbeitenden verfügen über Kenntnisse zur „Einfühlsamen Gesprächsführung“ [1], verstehen die Grundsätze und sind in der Lage diese anzuwenden.

- Mittels der Praxistransfercoachings sind die Mitarbeitenden in der Anwendung der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ unterstützt und sind in der Lage die Gefühle und Bedürfnisse, je nach Situation, der zu betreuenden Patientinnen und Patienten zu explorieren.
- Die Mitarbeitenden sind ebenfalls dahingehend unterstützt, ihre eigenen Bedürfnisse am Arbeitsplatz in ihrer jeweiligen und aktuellen Situation, sowie deren Erfüllungsgrad einschätzen zu können.

Vorgehen

Im Rahmen eines dreitägigen Grundlagenseminars wurden allen Mitarbeitenden die Bestandteile der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ vermittelt. Im vierzehntägigen Abstand erhielten die Mitarbeitenden insgesamt vier Praxistransfercoachings. Innerhalb der Coachingtermine wurde anhand direkter Fallbeispiele der Mitarbeitenden gearbeitet, strukturiert theoretische und praktische Vertiefungsangebote gemacht, sowie anstehende Fragen geklärt bzw. dadurch die eigenen Gefühle und Bedürfnisse der Mitarbeitenden und die der Patienten und Patientinnen reflektiert. Der vierte Coachingtag diente zur Fokussierung der Bedürfnisse der Mitarbeitenden an deren Arbeitsplatz.

Abschließend trafen sich Mitglieder der Projektgruppe zur Identifikation relevanter Aspekte, die im Rahmen einer Abfrage (zur Beteiligung der Mitarbeitenden) thematisiert wurden. Die ermittelten Ergebnisse bildeten die Basis der Schwerpunkte, hinsichtlich organisatorischer und struktureller Veränderungen des stationären Settings.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Durch die entschlossene Anwendung der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ berichtete (zumindest) ein Teil der Mitarbeitenden, über eine „überraschende“ Nähe und Offenheit der Patientinnen und Patienten im Kontakt, sowie den Bedarf einer häufigeren Kontaktaufnahme derer und damit eine deutliche Veränderung in der Beziehungsgestaltung.

Die Mitarbeitenden erkannten die Anwendung der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ als Gewinn für das gesamte Team, um besser im Team kommunizieren zu wollen und mögliche Konflikte zu reduzieren. Viele Mitarbeitenden stellten die Sinnhaftigkeit von bisherigen Regeln und Entscheidungen aufgrund der Anwendung der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ in Frage und wünschten sich mehr Autonomie, Flexibilität und organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen.

Diskussion

Die Anwendung der „Einfühlsamen Gesprächsführung“ wird massgeblich durch die eigene Haltung bestimmt. Dazu gehört bspw. die Herausforderung eine Balance zwischen den Bedingungen der Einrichtung (Strukturen, Prozesse, Behandlung) und den Wünschen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten herzustellen.

Schlussfolgerung

Die Entwicklung von Mitarbeitenden und deren Erweiterung der empathischen Kompetenzen (Personalentwicklung) sollte im Gesamtzusammenhang mit der Veränderung von organisatorischer und struktureller Gegebenheiten gesehen werden (Organisationsentwicklung), sodass eine beziehungsfördernde Begleitung und Behandlung ermöglicht werden kann.

Lernziele

Für eine gute Beziehung braucht es fachliche Kompetenzen, sowie Strukturen und Prozesse, die eine beziehungsfördernde Kultur entwickeln helfen.

Literatur

1. Schirmer U.B. (2018) *Einfühlsam Gespräche führen*. Bern: Hogrefe Verlag

49. Beziehungs-Basierte-Pflege: Auswertung der Begleitforschung eines Pilotprojektes zur Beziehungs-Basierten-Pflege in der Forensik

Martin Holzke, Uwe Schirmer, Ilona Herter

Hintergrund

Die Ergebnisse professioneller Interventionen, wie etwa bei Beratung, Edukation oder Therapie, hängen wesentlich von den Patienten und damit auch von der Kooperation zwischen Patient und Helfer ab. Eine qualitätsvolle Beziehungsgestaltung hat großen Einfluss darauf, wie Patienten ihre Probleme mit den Pflegenden (Helfern) bearbeiten und ist deshalb wesentlich für „gute Arbeit“ beim professionellen pflegerischen Handeln. In der Wirkfaktorenforschung gilt die Beziehung als der wichtigste Faktor für den Erfolg von Interventionen [1].

Problemstellung

In der Ausbildung von Pflegeberufen kommt die Gesprächsführung zu kurz: eine Gesprächsführung die ausdrücklich den Blickwinkel des Patienten fokussiert und dabei das Erleben von Annahme, Vertrauen und Verbindung als zentrale Aspekte einer qualitätsvollen Beziehung in den Mittelpunkt stellt. Dabei sind eben dies entscheidende Faktoren, wenn Menschen in Entwicklungs- und Veränderungsprozessen durch Pflegenden unterstützt werden sollen.

Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel war es, die Qualität der interpersonalen Beziehungen im Klinikalltag zwischen allen Beteiligten durch die Förderung der empathischen Kompetenz zu verbessern.

Es soll geklärt werden, welche Auswirkungen die Fortbildung, insbesondere auf folgende Aspekte hat:

- Qualitätsvolle Patientenbeziehung: auf die Interaktion zwischen Mitarbeiter und Patient in Bezug auf Wertschätzung, Akzeptanz/Verständnis, Offenheit, Klarheit und Vertrauen, Zuwendung zum Patienten
- auf die Qualität der Teamarbeit
- auf das Stationserleben (in Bezug auf: Partizipation, Regeln, offene Kommunikation)

Untersuchungsplanung und methodische Vorgehensweise

Fragebögen

Zur Anwendung kamen ein Fragebogen zur Erfassung des Stationserlebens (T-SEB) durch die behandelten Patientinnen und Patienten. Zudem wurde die Scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care (STAR) eingesetzt. Weiter kam die Health care relationship (HCR) trust scale (Vertrauensskala) zum Einsatz, die den Vertrauensgrad von Patientinnen gegenüber dem Behandlungsteam erfasst. Speziell für das Setting der Forensik kam der Fragebogen zur therapeutischen Beziehung in der Forensik nach Vasic et al 2015 (FTBF) zur Anwendung. Mithilfe des Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) sollte eine Einschätzung der Qualität der Teamarbeit vorgenommen werden.

Fokusgruppen-Interview

Mit den Teilnehmern der Station wurde ein Fokusgruppen-Interview durchgeführt.

Erhebungszeitpunkte

Patienten und Mitarbeitende wurden vor der geplanten Maßnahme befragt, um Ausgangsdaten in Bezug auf die durch beide Seiten eingeschätzte therapeutische Beziehung zu erhalten. Anschließend wurde nach Durchführung der Maßnahme eine erneute Befragung der Mitarbeitenden und Patienten durchgeführt, um zu prüfen ob sich die Maßnahmen auf die therapeutische/pflegerische Beziehung auswirkt.

Ergebnisse

Der quantitative Teil der Patientenbefragung zeigt, dass diese bereits zum Zeitpunkt t0 die Beziehung zu den Mitarbeitenden als sehr gut empfinden.

In der Mitarbeitendenbefragung zeigt sich ein teilweise widersprüchliches Bild. Der quantitative Teil der Befragung zeigt überwiegend hohe Zufriedenheit in der Qualität der Beziehung zu Teammitgliedern und zu Patienten. Dies deckt sich jedoch nicht, mit den Schilderungen der qualitativen Erhebung in der Fokusgruppe.

Diskussion

Gerade in den quantitativen Teilen der Befragung könnte sich ein Deckeneffekt abzeichnen. Die Patienten sind dankbar, dass sich das Team um sie kümmert und wollten dies deutlich zum Ausdruck bringen. Ebenso scheinen sich Pflegende schwer zu tun, ihr subjektives Erleben in Fragebögen zum Ausdruck zu bringen. Zudem scheint die Operationalisierung der für das Forscherteam relevanten Aspekte der Beziehungsgestaltung über die verwendeten Fragebögen nicht gelungen zu sein.

Schlussfolgerungen

Die Operationalisierung der relevanten Aspekte der Beziehungsgestaltung sollte überdacht werden. Zudem muss in künftigen Projekten geprüft werden, wie eine langfristige Implementierung durch begleitende Forschung unterstützt werden kann. Obwohl das Projekt dies von Beginn an als Ziel verfolgte, scheint dies letztlich nicht gelungen zu sein.

Literatur

1. *Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: quantitative Ergebnisse. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen, 21, 41-82.*

50. „Demenz-Service NÖ“: ein flächendeckendes, patientInnenorientiertes und niederschwelliges Service für Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung und deren An- und Zugehörige in Niederösterreich (NÖ)

Andreas Schneider, Renate Gabler-Mostler, Bernadette Höhrhan, Hanna Mayer, Melanie Mattes, Martina Koller

Hintergrund

Der Demenzbericht 2014 geht von einer Prävalenz von rund 14.000 Personen in NÖ aus. Diese Personen wurden unter anderem aufgrund von Medikamentendaten identifiziert. Es wird allerdings angenommen, dass in NÖ bis zu 22.000 Personen von einer Demenz betroffen sind. Prognosen gehen von zumindest einer Verdoppelung der Demenz-Erkrankungen bis 2050 aus. Da eine Demenz-Erkrankung die Betroffenen selbst, aber zunehmend auch die An- und Zugehörigen vor neue Herausforderungen und Probleme stellt, wurde das Projekt „Demenz-Service NÖ“ per 01. Jänner 2018 in Umsetzung gebracht.

Das Projekt orientiert sich an drei Wirkungszielen der „Österreichischen Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz“: „2c - zielgruppenspezifische Information, 2d - niederschwelliges Informationsangebot, 6a - flächendeckender Ausbau von Anlaufstellen für Menschen mit Demenz sowie für deren An- und Zugehörige und Integration in bestehende Systeme“ [1].

Problemstellung

Die bestehende niederösterreichische Versorgungslandschaft für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen ist vielfältig und basiert auf gut funktionierenden Strukturen. Diese Vielfältigkeit und die damit verbundene Komplexität des Systems macht es für Betroffene oftmals schwierig, das passende Angebot zu finden.

Gerade am Beginn des Versorgungspfades sind Angebote mit möglichst geringer Hürde der Inanspruchnahme von immenser Bedeutung. Diese Anforderung ergibt sich einerseits aufgrund der Stigmatisierung der Krankheit Demenz in der Bevölkerung und andererseits aus der natürlichen Unsicherheit der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen.

Ziele

Das „Demenz-Service NÖ“ ist ein Modell zur umfassenden, qualitativen Unterstützung mit geringen Zugangsbeschränkungen für Betroffene und deren An- und Zugehörigen.

Das Angebot des „Demenz-Services NÖ“ verfolgt die Ziele

- Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen frühzeitig zu identifizieren,
- Betroffenen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu sichern,
- Betroffene und deren An- und Zugehörige im alltäglichen Umgang anzuleiten und zu entlasten,
- bestehende Strukturen einzubinden und Prozesse zu optimieren,
- die ExpertInnen „Demenz-Service NÖ“ strukturiert und qualifiziert im leistungserbringenden Prozess zu unterstützen sowie
- Betroffene und deren Familien zu entstigmatisieren.

Vorgehen

Nach Erarbeitung eines Konzeptes in einer multiprofessionellen, interdisziplinären, trägerübergreifenden Projektgruppe - unter Einbeziehung von Selbsthilfegruppen - wurden die Ergebnisse in der Pilotregion „Niederösterreich Mitte“ (Gesundheitsversorgungsregion VR 31) in Umsetzung gebracht.

Als Drehscheibe für die Demenzversorgung in Niederösterreich soll durch das „Demenz-Service NÖ“ das aktuell notwendige und zielführende Angebot für die Betroffenen und ihre Familien gefunden werden. Um diesen Prozess nachvollziehbar und qualitätsgesichert zu gestalten, wird das Service von

Demenz-ExpertInnen mit einschlägiger Ausbildung und langjähriger Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit Demenz übernommen.

Die ExpertInnen machen sich zunächst ein Bild von der Situation des Betroffenen (Ist-Zustandsanalyse) – entweder zu Hause bei den Betroffenen bzw. An- und Zugehörigen oder an einem neutralen Ort. Aufgrund der Erkenntnisse der Ist-Zustandsanalyse bieten die ExpertInnen Unterstützung bei individuellen Problemen, geben Tipps zu Aktivierungsübungen für Betroffene oder üben mit An- und Zugehörigen Verhaltensweisen und Fertigkeiten für den Umgang mit demenzerkrankten Menschen ein.

Bei Bedarf geben die ExpertInnen weiterführende Informationen zu Themen wie Pflege zu Hause, finanzielle Unterstützung, rechtliche Grundlagen, zur Gesundheitsvorsorge u.a.

Durch verschiedene Möglichkeiten der Kontaktaufnahme des „Demenz-Service NÖ“ werden Zugangs-Barrieren so gering wie möglich gehalten:

- Demenz-Hotline NÖ: 0800 700 300 (telefonische Vermittlung an Demenz-ExpertInnen)
- Info-Points Demenz (persönliche Beratung durch Demenz-ExpertInnen an unterschiedlichen Standorten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse zu bestimmten Öffnungszeiten)
- Informationsveranstaltungen durch Demenz-ExpertInnen
- Website: www.demenzservicenoe.at (Kontaktaufnahme zum Demenz-Service NÖ über ein Online-Portal)
- E-Mail: demenzservicenoe@noegus.at

Zusätzlich umfasst das Angebot eine breite Palette an Öffentlichkeitsarbeit:

- Eine Informationsbroschüre mit gesundheitsfördernden Aspekten
- Werbeeinschaltungen in öffentlichen Medien
- Plakate zur Bewerbung in den unterschiedlichsten Gesundheitseinrichtungen und in den Gemeinden

Die Vermittlung an die Demenz-ExpertInnen, die ressourcenschonende Bündelung der Aktivitäten und des Wissens des Teams des „Demenz-Services NÖ“ sowie die damit verbundene Qualitätssicherung erfolgt über eine eigens eingerichtete Stelle im Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) - die Demenz-Koordination.

Ergebnisse/Erfahrungen

Das Pilotprojekt „Demenz-Service NÖ“ läuft seit 01. Jänner 2018. Bis zum 10. Juli 2018 wurden 95 KlientInnen beraten und betreut. Die monatliche Inanspruchnahme des Demenz-Service NÖ variiert seit Beginn der Pilotphase. Beratungsthemen sind unter anderem „krankheitsbedingte Verhaltensweisen“, „Alltagsgestaltung“, „medizinische Abklärung“, „Optimierung der Versorgung“ und „Belastungen der Angehörigen“.

Bisher wird sowohl von den ExpertInnen über ihre Arbeit als auch von den Betroffenen und An- und Zugehörigen positives Feedback über den Demenz-Service erteilt. Im Rahmen der Informationsveranstaltungen erhalten die Besucher Einblicke in die Erkrankung und es kann auf ihre Ängste eingegangen und der Stigmatisierung entgegengewirkt werden.

Weitere Erkenntnisse wird die begleitende wissenschaftliche Evaluation durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien mit Fokus auf die Beratungen liefern. Erste positive Tendenzen sind bereits zu verzeichnen.

Die ExpertInnen nutzen die Strukturen des NÖGUS, der NÖGKK und der eigenen Organisation. Es steht eine Rahmenvorgabe (standardisierte Leistungen) zur Serviceerbringung zur Verfügung, die durch die ExpertInnen individuell angewandt werden kann. Der Austausch der Demenz-ExpertInnen bei regelmäßigen Netzwerktreffen ermöglicht eine qualitative Weiterentwicklung des Leistungsangebotes, bietet Reflexionsmöglichkeiten, fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl durch effektive Kommunikation innerhalb des Teams und bestätigt das positive und sinnstiftende Gefühl im Zuge ihrer wertvollen Tätigkeit.

Diskussion

Durch den Demenz-Service können Hilfestellungen bei vorhandenen Schwierigkeiten im Alltag erteilt werden und es kann eine Vermittlung an andere Services im Gesundheitssystem erfolgen.

Im Zuge der Projektentwicklung wurde eine Berufsgruppenmatrix für die Leistungserbringung erstellt. In der Pilotphase werden ExpertInnen ausschließlich aus dem Bereich diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege eingesetzt.

Künftig sollen weitere Berufsgruppen wie zum Beispiel Sozialarbeit in die Leistungserbringung – unter Berücksichtigung der Berufsrechte - eingebunden werden.

Ein wesentlicher Indikator der Effektivität des „Demenz-Services NÖ“ ist die Anzahl der erreichten Betroffenen in den unterschiedlichen Demenz-Stadien.

Die Zielgruppe „Menschen mit einer noch geringfügig ausgeprägten demenziellen Einschränkung“ wird derzeit nicht ausreichend erreicht. Hier bedarf es einer Entwicklung von möglichen Maßnahmen:

- gezielte Öffentlichkeitsarbeit
- regionale Information
- individuelle Beratung und Schulung
- Einsatz neuer Technologien
- Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema „Demenz“

Schlussfolgerung

Aus unserer Sicht bestätigen die rege Inanspruchnahme des „Demenz-Services NÖ“, sowie zahlreiche Anfragen von Betroffenen und deren An- und Zugehörigen aus den angrenzenden Regionen den Bedarf der angebotenen Leistungen. Eine Ausrollung des Pilotprojektes auf ganz Niederösterreich ist aus heutiger Sicht erstrebenswert. Entscheidungsgrundlage dafür bieten die

abschließenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluierung im 2. Quartal 2019.

Literatur

1. *Juraszovich, B., Sax, G., Rappold, E., Pfabigan, D., & Stewig, F. (2015). Demenzstrategie Gut leben mit Demenz. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.*

51. Bedeutung der Vernetzung in der psychiatrischen Pflege im Hinblick auf "gute Arbeit"

Michael Schulz, Michael Löhr, André Nienaber

Hintergrund

Der Pflegeberuf hat in den letzten Jahrzehnten deutlich an Komplexität zugenommen und in der Folge demographischer und epidemiologischer Veränderungen hat die Bedeutung in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion zugenommen. In der gegenwärtigen Situation stehen Themen wie Fachkräftemangel, Qualität der Pflege, Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Kosten weit oben auf der Agenda der Politik. Zugleich steht die – ebenfalls politische - Forderung im Raum, pflegerische Interventionen nach Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchzuführen (Stichwort: Evidence-based Nursing).

Pflege und Psychiatrische Pflege sind also Gegenstand von Politik und politischen Entscheidungen mit Auswirkungen auf diese Arbeitsfelder werden getroffen – egal, ob sich die Pflege an der Diskussion beteiligt oder nicht. In diesem Zusammenhang sei auf den athenischen Staatsmann Pericles verwiesen, der 430 vor Christus lebte und von dem das Zitat stammen soll: „nur weil du dich nicht für Politik interessierst, heißt das noch lange nicht, dass die Politik sich nicht für dich interessiert“. Wenngleich also Pflege die Profession im Gesundheitswesen mit der größten Anzahl an Mitgliedern ist und Pflege im Vergleich zu anderen Professionen im Gesundheitswesen auch die meisten Kontakte mit der Bevölkerung hat, verfügt sie in politischer und gestalterischer Hinsicht nur über begrenzte Machtressourcen. Ein Grund dafür dürfte die begrenzte Erfahrung mit dem Aufbau und der Pflege sozialer Netzwerke zur Erreichung von Zielen sein.

Neben der politischen Dimension ist es auch das zunehmende Wissen und die durch die Digitalisierung deutlich gestoegene Verfügbarkeit der zu verarbeitenden Masse an publizierten Wissen. Gerade im Hinblick auf den Theorie-Praxis-Transfer von evidenzbasiertem Wissen ist Entwicklung neuer

Formate zur Unterstützung von Vernetzung und Kooperation von großer Bedeutung. Netzwerkarbeit ist unter anderem notwendig um

- formelle und informelle Wissensbestände zu teilen
- politische Inhalte durchzusetzen
- eine berufsgruppenbezogene Identität zu entwickeln

Aber auch der Arbeitsalltag von Pflegenden im Management ist gekennzeichnet von hohem Druck im Hinblick auf das Alltagsgeschäft. Angesichts der drängenden Alltagsprobleme, die vor allem die nähere Zukunft betreffen, fehlt häufig die Zeit und die Kraft, die Zukunft und die Vision der Organisation in den Blick zu nehmen.

Es gibt also im Hinblick auf „gute Arbeit“ wie oben benannt mindestens drei Entwicklungen, die die Notwendigkeit von professioneller Vernetzung und dem Aufbau von Netzwerken verdeutlichen.

Vernetzung als Element der Professionalisierung im Gesundheitsbereich

Ein soziales Netzwerk ist die Summe der konstruktiven Beziehungen, die ein Mensch, eine Gruppe oder ein Unternehmen zu anderen hat.

Die Weltgesundheitsorganisation [1] definiert ein Netzwerk als

‘...a grouping of individuals, organisations and agencies organised on a non-hierarchical basis around common issues or concerns, which are pursued proactively and systematically, based on commitment and trust’

Netzwerke meinen also Verbindungen von Personen und Institutionen, die an vergleichbaren Themen arbeiten, die Kontakte proaktiv gestalten und auf Vertrauen basieren. Netzwerke können dann hilfreich sein, wenn es gilt, komplexe Probleme zu lösen. Über Netzwerke lassen sich wichtige Ressourcen teilen und es können Verbindungen zwischen Personen entstehen, die sich sonst nicht getroffen hätten. Zudem kann durch die Interaktion zwischen Menschen neues Wissen entstehen. Netzwerke können formellen oder informellen Charakter haben.

As Grundlage für gute Arbeit auf der Mikro-, Meso und Metaebene bieten sich unterschiedliche Typen von Netzwerken an, zum Beispiel:

- Arbeitsnetzwerke: diese dienen zur Erledigung des Arbeitsalltags
- Strategienetzwerke: diese Form der Netzwerke dient eher zur Entwicklung langfristiger Strategien innerhalb der Organisation
- Soziale Unterstützungsnetzwerke: diese haben eine wichtige Funktion zur Entwicklung von Vertrauen und sozialem Miteinander von Pflegenden
- Innovationsnetzwerke: können innerhalb von Organisationen entstehen oder regionalen, nationalen oder internationalen Charakter haben und dienen vor allem zur Entwicklung von Ideen
- Expertennetzwerke: hier wird jenes Wissen zusammengetragen und weiterentwickelt, welches evidenzbasiert und zukunftsfähig ist.

Der Aufbau und die Pflege von Netzwerken führt dazu, dass man über den Tellerrand hinausschauen kann und die Welt aus verschiedenen Perspektiven wahrnimmt. Netzwerke sind somit „soziales Kapital“ und wirken als Verstärker der eigenen Möglichkeiten und der Möglichkeiten des Teams bzw. der Scientific Community.

Beispiele für Vernetzung innerhalb der Pflege und der Psychiatrischen Pflege

Der Akademisierungsprozess und die Entwicklungen der Pflege im Allgemeinen und der Psychiatrischen Pflege im Besonderen haben bisher ungenutzte und zum Teil unbekanntere (oder in Vergessenheit geratene) Formen der Vernetzung und Kommunikation (wieder) entstehen lassen. Dazu hat die wachsende Bedeutung des Arbeitsfeldes von Pflegeleitungen und Pflegedirektionen ebenso beigetragen, wie die Schaffung universitärer Strukturen.

Im Folgenden sollen einige Beispiele für Netzwerkarbeit genannt werden.

Beispiel: Praxisbasierte Forschungsnetzwerke (PBFN):

Gerade das Zusammenspiel zwischen dem Hochschulbereich auf der einen und dem Praxisbereich auf der anderen Seite funktioniert häufig eher nicht so gut und die unterschiedlichen Arbeitsweisen, die geprägt sind durch Handlungsdruck in der Praxis und Begründungsdruck an den Hochschulen, führen häufig dazu, dass die Zusammenarbeit häufig schwierig ist. Damit dies besser gelingt, empfiehlt Cochrane Deutschland den Aufbau „Praxisbasierter Forschungsnetzwerke“.

Ziel solcher Netzwerke zwischen Hochschulen und Praxiseinrichtungen ist die langfristige Kooperation. Auf der Grundlage der dadurch entstehenden vertrauensvollen Beziehungen lassen sich dann die operativen Voraussetzungen für methodisch hochwertige, versorgungsnah und förderfähige Studien schaffen. Strukturell fungieren dann zum Beispiel Krankenhäuser als Lehrkrankenhäuser und Hochschulen übernehmen die Koordination des Netzwerkes. Gemeinsam wird dann ein übergeordnetes Forschungsfeld definiert. Die Autoren des Leitfadens weisen darauf hin, dass der Aufbau solcher Netzwerke Zeit und Ressourcen erfordert [2].

Beispiel Netzwerk Entgelt der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie (BFLK).

Das Netzwerk Entgelt wurde vor ca. 7 Jahren gegründet. Die BFLK bietet diese Vernetzung an, um die Themen „neues Entgelt in der Psychiatrie“ und „Personalbemessung in der psychiatrischen Pflege“ zu diskutieren. In dieser Netzwerkstruktur treffen sich Personen physisch und tauschen sich ebenso virtuell aus. Über das Netzwerk Entgelt konnten in den letzten Jahren zahlreiche Impulse zur pflegespezifischen Weiterentwicklung im Kontext der Entgeltentwicklung gesetzt werden. Die psychiatrische Pflege kann auch durch die Impulse dieses Netzwerkes politisch auf Augenhöhe mit anderen Entscheidern agieren. Auch im Kontext der neuen Personalbemessung in der Psychiatrie, die ab dem ersten Januar 2020 in Kraft treten soll, ist das Netzwerk auf verschiedenen bundespolitischen Ebenen aktiv. Vertreter des

Netzwerkes werden regelhaft als Experten in dieser Sache eingeladen. Für die Teilnahme an dem Netzwerk gelten keine Aufnahmekriterien und die Beteiligten bringen sich je nach Interesse und Zeitkontingent ein. In den letzten Jahren wurde über diese Struktur das Wissen in der psychiatrischen Pflege zu den beannten Themen gebündelt und strukturiert.

Beispiel für Vernetzung in einem digitalen sozialen Netzwerk:

Geschlossene Facebookgruppe mit dem Titel: „Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit / Community Mental Health“.

<https://www.facebook.com/groups/646297225457227/>

Digitale Soziale Netzwerke lassen sich auch für die Vernetzung der Psychiatrischen Pflege gut nutzen. Die Vernetzung ist kostengünstig und durch den geschlossenen Charakter der Gruppe können auch Dateien geteilt werden. Die Gruppe hat mittlerweile 531 Mitglieder und es gibt mehrmals wöchentlich Beiträge und Diskussionen. Mitglieder können all jene werden, die sich für Themen der Psychiatrie, der psychischen Gesundheit und der psychiatrischen Pflege interessieren.

Diskussion

In Folge der skizzierten Entwicklungen und unterschiedlichen Beispiele für Netzwerkarbeit wird deutlich: Netzwerkarbeit ist Pflegearbeit. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass entsprechende Fertigkeiten im Rahmen von Aus- und Weiterbildung vermittelt werden müssen. Zudem müssen zeitliche und finanzielle Ressourcen vorgehalten werden, damit Pflegenden Raum für organisationsinterne, aber auch für nationale und internationale Netzwerkarbeit haben. Mitarbeiter auf allen Ebenen sollten an die Netzwerkarbeit herangeführt werden. Umgekehrt bedeutet die mangelnde Nutzung der Netzwerkarbeit, dass viele Ressourcen ungenutzt bleiben und somit in Kauf genommen wird, dass die Qualität und Effektivität der Pflege und Behandlung von psychiatrischen Patienten und deren Angehörigen hinter den Möglichkeiten zurückbleibt.

Abschließend sei noch auf ein Zitat von Hugh Hugh McKenna [3] verwiesen. Demnach bieten sich für Pflege verschiedene möglichen Rollen, die sie im Hinblick auf die Gesattlung der Zukunft einnehmen kann:

Those who make things happen

Those who think they make things happen

Those who wondered what happen

Those who didn't know anything had happen.

Literatur

1. WHO 1998. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO/?HPR/HEP/98.1s
2. Voigt-Radloff, S.; Ayerle, G.; Braun, C, (2016) *Leitfaden zum Aufbau Praxisbasierter Forschungs-netzwerke (PBFN) in den Gesundheitsfachberufen*. Cochrane Deutschland : <https://www.cochrane.de/de/pbfn-leitfaden> (abgerufen am: 14.08.2018)
3. McKenna, H. (2010). *Nurses and politics—laurels for the hardy*. *International journal of nursing studies*, 47(4), 397-398.

52. Hindernisse im Umgang mit Sexualität in der forensischen Psychiatrie

Johannes Sexauer

Hintergrund

Der Umgang mit Sexualität und Liebesbeziehungen hat im forensisch-psychiatrischen Rahmen verglichen mit dem Justizvollzug zusätzliche Aspekte, die durch die Besonderheit der Behandlung der psychischen Störung gekennzeichnet sind. Internationale oder nationale Richtlinien für den Umgang mit Sexualität und Liebesbeziehungen im Massnahmenvollzug fehlen, erfolgreiche und zugleich publizierte Konzepte sucht man vergebens. PatientInnen und Personal sind mit der Situation unzufrieden und überfordert, weswegen es schwierig ist, die Arbeit gut und sicher zu gestalten.

Problemstellung

Tabuisierung, restriktive Verhaltensweisen, Bestrafung und die Absprache von Verantwortungsübernahme sind Teil des individuellen Umgangs der Institutionen mit Sexualität und Liebesbeziehungen [5]. Abderhalden beschreibt: „Sexueller Ausdruck ist nicht beschränkt auf den Geschlechtsverkehr, er umfasst auch Nähe und Berührung sowie andere Formen verbaler und nonverbaler Kommunikation.“ S.959 [8]. Die Definition der WHO über sexuelle und reproduktive Gesundheit [10] gilt auch für Menschen in einer forensischen Massnahme, daher gibt es dringenden Handlungsbedarf. Kaufman [4] erhob im deutschsprachigen Raum die Haltung des Personals im Umgang mit Sexualität im Justizvollzug und der forensischen Psychiatrie. Aufgrund dieser Daten kommt er zu dem Schluss, dass ein Beratungskonzept für oder gegen bestimmte sexuelle Ausdrucksformen erwogen werden müsste.

Ziel

Um ein solches Konzept zu entwickeln, ist es notwendig die zu erwartenden Hürden zu kennen. Dies führt zur untersuchten Forschungsfrage:

„Welche Hindernisse beeinträchtigen das Ausleben der Sexualität von Patienten/innen, die nicht aufgrund von Sexualdelikten in forensisch psychiatrischen Kliniken behandelt werden?“

Methode

Mit einer systematisch durchgeführten Literaturrecherche wurden Studien gesucht, welche Sexualität in forensischen Kliniken fokussieren. Sieben von 42 Studien, welche den Einschlusskriterien entsprachen, konnten analysiert werden. Ausgeschlossen wurden alle Störungen der Sexualpräferenz ICD 10, F65.- [2]. Angelehnt an Mayring [6] wurden induktive Kategorien erstellt.

Ergebnisse

Folgende Kategorien und Unterpunkte wurden ermittelt:

- Strukturelle Hindernisse
- Regeln und Konzept

Hierunter fallen alle Verbote, Richtlinien die einschränken und Auflagen welche von außen erfolgen.

Ein Beispiel hierfür wird von Tiwana et al. [9] folgend aufgeführt. Der Bedarf für Safer Sex, Kondome, Verhütungshilfen und die Aufklärung über übertragbare Infektionskrankheiten zur Verfügung zu stellen, wird als Bedarf erkannt und als Widerspruch festgestellt. Da PatientInnen um das Sexverbot wissen, fragen sie üblicherweise nicht nach Kondomen. Die Gefahren die durch ungeschützten Geschlechtsverkehr bestehen, wie die Übertragung von Krankheiten oder eine ungewollte Schwangerschaft sind nur zwei der möglichen Folgen.

Ein Hindernis, welches von Ruane & Hayter [7] beschrieben wird, besteht aus den Ansichten und Gefühlen des Personals welche im Konflikt stehen

mit dem Inhalt der Richtlinien. Die Autoren gehen davon aus, dass Richtlinien von personalen Werten und deren Haltung gestaltet und zu klinischen Anliegen umgewandelt werden. Das Personal fordert einen offenen Dialog, indem Zweifel angesprochen werden können. Es gebe oft gute Gründe warum diese Zweifel in Bezug auf Sexualität bearbeitet und formalisiert werden sollten. Dinge die unangemessen seien, die jedoch keiner benennt, würden individuell zu entscheiden sein. Also läge es am Personal die eigenen Standards an die vorgegebenen Standards anzupassen. Hier geht es um die Wandelbarkeit von Hindernissen personaler Art zu strukturellen Hindernissen und umgekehrt.

- Räumliche Einschränkungen

Darunter werden Hindernisse verstanden, welche bei nicht vorhandenem Verbot dennoch als fehlende räumliche Ressource auffallen, ungeachtet von Sicherheitsaspekten.

In der Untersuchung von Quinn & Happell [11] beschreibt ein Pflegender es als eine Art Teufelskreis, dass es keine definierte Zone für Privatsphäre gibt und PatientInnen somit in der Öffentlichkeit Sex hätten. Das Risiko von MitpatientInnen, Personal oder Besuchern gesehen oder gar gefilmt zu werden, ist vorhanden.

- Personale Hindernisse

PatientInnen und Fachpersonal

Hier finden sich Hindernisse, die von PatientInnen oder/und vom Personal nur auf sich bezogen erlebt, die konzeptionell aber nicht als von außen erstelltes Hindernis identifiziert werden können. Dazu gehören auch das Vermeiden von Risiken als ein beeinflussbares Hindernis und Hindernisse, die eine einzelne Fachperson auch anders entscheiden oder bearbeiten kann.

In der Studie von Ruane & Hayter [7] erklärt ein Teilnehmer, dass man die Tiefe der Beziehungen erkenne und man sehe, was die jeweiligen Partner voneinander hätten. Ein anderer Teilnehmer äussert, dass man nur selten von echter Liebe sprechen könne. Als weiterer, vermeidender Faktor wird

ausgeführt, dass Beziehungen zu oberflächlich genommen werden und oft nicht halten würden. Entsprechend einschränkend reagiert das Personal z.B. beim Thema Geschenke: Es wird dem Mitpatienten und Beziehungspartner ein Getränk geschenkt. Das Personal habe mehrfach betont, der Patient solle sein Geld für sich selbst ausgeben. Dieser Anweisung sei der Patient nicht gefolgt und man habe angekündigt, ihn auf die Liste zu nehmen, welche das Spendieren generell untersagt. Sollte es dennoch weiter zu solchen Geschenken kommen, habe man angekündigt, ihn aus den Funktionsräumen auszuschließen. Hier werden allgemeine Richtlinien zur Kontrolle des Geldflusses angewendet, die einschränkend in die Beziehung eingreifen.

Diskussion

Die Kategorisierung der Ergebnisse trägt zu einem Überblick über die Hindernisse, denen PatientInnen, bezogen auf ihre Sexualität, im Massnahmevollzug begegnen. Personelle Wünsche, Werte oder Normen werden oft institutionalisiert, Verbote werden ausgesprochen und in Richtlinien festgehalten. Trotz Verbot, Tabuisierung oder fehlender Richtlinien bestehen durchgehend Ängste und Gefahren. Das oben aufgeführte Beispiel in dem Kondome ausgegeben werden um SaferSex zu ermöglichen, aber Gleichzeitig das Verbot über sexuelle Kontakte bei PatientInnen besteht, zeigt die Paradoxie der Situation. Brown et al. [1] sprechen in diesem Zusammenhang von einer selbsterfüllenden Prophezeiung. Wenn nicht über Sex gesprochen wird, wird dies zu einem Problem, welches vermieden werden sollte.

Schlussfolgerung

Die Vielzahl und die Komplexität der Hindernisse zeigt ein breit gefächertes Feld an Barrieren. Daher besteht ein Bedarf an Haltungswechsel, Aufklärung und einer offen geführten Debatte. Beispiele fallen auf, in denen Hindernisse aufeinander aufbauen oder sich beeinflussen. Die Frage nach Verantwortung wie auch der Verantwortungsübernahme ist eng verbunden

mit Überforderung und Ängsten. Der Wunsch, eine forensische Behandlung als Bestrafung zu missbrauchen, wird von professionellen Personen intern wie auch von extern wahrgenommen und beschrieben. [7][9] Um Hindernisse dieser Art auszuräumen, benötigt es auch gesellschaftliche Aufklärung und weitere Initiativen gegen die Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen.

Literaturverzeichnis

1. Brown, S. D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014) *Transformations of self and sexuality: psychologically modified experiences in the context of forensic mental health*, In: *Health 18* (London, England), S.240-260
2. Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2015) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien WHO (10.Aufl.)*. Bern: Hogrefe Verlag
3. Fiedler, P. (2004) *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung*, Basel: Beltz Verlag, Weinheim
4. Kaufmann, R (2016) *Die Sexualität forensisch psychiatrischer Patienten in der Meinung professioneller Mitarbeitenden des forensisch psychiatrischen Behandlungsteams & des Strafvollzugs (Nicht veröffentlichte CAS Abschlussarbeit) Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Bern*
5. Lindenmann, M. (2004). *Die Sanktionierung unbotmässigen Patientenverhaltens. Disziplinarische Aspekte des psychiatrischen Massregelvollzugs*,. Berlin: De Gruyter Rechtswissenschaften Verlag-GmbH.
6. Mayring, P.(2010) *Qualitative Inhaltsanalyse (11. Aufl.)*. Weinheim: Beltz Verlag
7. Ruane, J., & Hayter, M. (2008) *Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: an exploratory qualitative study*, In: *International journal of nursing studies* 45, S. 1731-1741
8. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2011) *Lehrbuch psychiatrische Pflege (3. Aufl.)*. Bern: Hans Huber Verlag, Hogrefe AG
9. Tiwana, R., McDonald, S., & Völlm, B., (2016) *Policies on sexual expression in forensic psychiatric settings in different European countries*, In: *International journal of mental health systems* 10, S.5-16
10. *Weltgesundheitsorganisation WHO, Regionalbüro für Europa (2017), Richtlinie der WHO über sexuelle und reproduktive Gesundheit Abgerufen von: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> [letzter Zugriff: 31.01.2017]*.

11. Quinn, C., & Happell, B. (2015c) *Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views*, In: *Journal of clinical nursing* 24 (15-16), S. 2268-2276

53. Gute Arbeit in der Betreuung von Menschen mit einem schweren Delir auf einer intermediate care unit (IMCU)

Ilse Stefan, Maximilian Hahn

Hintergrund

Auf der Internistischen Station 13/3 des sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital, 1140 Wien werden Menschen betreut, die sowohl unter einer internistischen als auch einer psychiatrischen Erkrankung leiden. Besonders Menschen, welche an einem schweren Delir erkrankt sind, stellen eine große Herausforderung für das interdisziplinäre Fachpersonal dar. Gesundheitspersonal im somatischen Bereich und speziell im IMC Bereich haben hohe Kompetenzen im Umgang mit medizinischen, technischen und somatischen Herausforderungen. Psychische Verhaltensweisen wie Unruhe, Verwirrtheit, Aggression, Ruhelosigkeit führen an Intensivstationen zu einem hohen Prozentsatz zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Problemstellung

Die Internistische Station 13/3 hat jahrelange Erfahrung in der Behandlung psychisch erkrankter Personen im somatischen Fachbereich. Auf der Station werden Patientinnen und Patienten übernommen, welche bereits aufgrund einer psychiatrischen Grunderkrankung an einer psychiatrischen Station aufgenommen wurden und wegen einer schweren somatischen Zusatzerkrankung die Verlegung an eine internistische Station notwendig wird. Sehr oft handelt es sich dabei um Menschen, welche an einem schweren organisch bedingten Delir erkrankt sind.

Die Intermediate Care Unit (IMCU) bietet optimale Rahmenbedingungen im medizinisch-technischen Bereich, welche eine engmaschige Überwachung der jeweiligen Vitalparameter ermöglicht. Darüber hinaus arbeiten an der Internistischen Station Pflegepersonen, welche auch über Kompetenzen im Umgang mit psychisch auffälligen Verhaltensweisen verfügen, um auf die

komplexen Krankheitsbilder (Kombination von psychisch und somatische Erkrankungen) in seiner Vielfältigkeit und Individualität adäquat eingehen zu können.

Zur Erlangung dieser Kompetenzen und um den Umgang mit Menschen in einem deliranten Zustandsbild weiter optimieren zu können, wurden regelmäßige Schulungen des Personals in Bezug auf psychiatrische Krankheitsbilder, herausfordernde Verhaltensweisen, Deeskalationsmanagement, Validation,.... durchgeführt und die Implementierung einer eigenen Arbeitsgruppe aus dem interdisziplinären Team führte zu SOPs, einem Angehörigenfolder, individuell angepasste Prozessabläufe, etc.

Ziele

Anhand eines Fallbeispiels sollen die Möglichkeiten bei der Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einem schweren Delir aufgezeigt werden und wie erreicht wurde, dass der Patient nach wenigen Tagen auf der IMCU nach Hause entlassen werden konnte.

Vorgehen

In einem Impuls Vortrag wird aus der Sicht eines Mitarbeiters durch seine Erfahrung auf der Station dargestellt, was auf der Abteilung notwendig war, um das erworbene Wissen adäquat in den Berufsalltag etablieren zu können, um damit gute Arbeit verrichten zu können. Kurze Darstellung darüber, was bereits verändert werden konnte und worin noch Nachholbedarf für die Station liegt.

54. „ein Team, das eine APN mit dabei hat, lernt anders zu denken“ - Evaluation von APNs in der Psychiatrie

Regine Steinauer, Beatrice Gehri, Claudia Lötscher

Hintergrund

Drei Advanced Practice Nurses (APN) wurden in einer psychiatrischen Klinik in der Nordwestschweiz ab Ende 2014 angestellt, eine erste Evaluation auf Mitte 2016 angelegt. Als Bezugsrahmen für die vorliegende Evaluation diente das Modell nach Hamric, Spross und Hanson [1].

Zielsetzung

Überprüfung der Implementierung der APN Rollen anhand der Fragestellung „Wie beurteilen Personen in direkter Zusammenarbeit mit der APN ihre Tätigkeiten?“

Methode

Es wurde ein qualitatives Design gewählt. Die Fokusgruppen-Interviews wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring [2] deduktiv analysiert. Die transkribierten Aussagen wurden thematisch den Kernkompetenzen nach Hamric et al. [1] zugeordnet.

Ergebnisse

Aus den Interviews konnten zu den sechs Kernkompetenzen nach Hamric et al. [1] folgende Aussagen generiert werden:

Coaching und Führung: APNs wurden bei komplexen Patientensituationen angefragt.

Konsultation und Beratung: Einbezug der APN in "festgefahrenen" pflegerischen Situationen. Ihre Empfehlungen dienten zur Absicherung, vermittelten Konstanz.

Forschung: Die Befragten äusserten einen klaren Bedarf an Pflegeforschung.

Klinisches und professionelles Leadership: Der grösste Teil der Aussagen aus den Interviews konnte hier zugeordnet werden. Der Austausch und die Wissensvermittlung im Team wurde aktiv angeregt. Die APN unterstützte das Team anders zu denken. Sie vermittelte Sicherheit beim Erarbeiten neuer Ideen.

Zusammenarbeit im Multiprofessionellen Team: Die APN hatte eine hohe Akzeptanz im multiprofessionellen Team. Die APN trug dazu bei, dass sich die Perspektive verlagerte, weg von der eigenen Abteilung auf die Versorgung einer Patientengruppe oder die Entwicklung eines Fachgebiets.

Ethische Entscheidungsfindung: Zu dieser Kernkompetenz konnten keine Aussagen generiert werden.

Zusätzlich zu den Kernkompetenzen nach Hamric et al. [1] wurden in den Gesprächen Kontextfaktoren genannt:

Organisationsstruktur: Eine klare Aufgabenteilung zwischen Management und APN wie auch Fachverantwortliche Abteilung war noch nicht abschliessend diskutiert. Schnittstellen führten zu Redundanzen bzw Lücken, persönliche Kränkungen kamen zum Ausdruck.

Fachentwicklung: In Abgrenzung zur Kategorie Leadership wurden hier Erwartungen an die Vermittlung von Wissen, an evidence based practice geäussert. Eine Spezialisierung wie auch ein generalistisches Grundwissen wurden erwähnt.

Sichtbar machen/Verankerung: Es wurden verschiedene Funktionen und Rollen wahrgenommen, welche zuvor auf verschiedene Personen verteilt waren. Befürchtungen hinsichtlich einer Veränderung der gelebten Praxis wurden genannt.

Diskussion

Die Ergebnisse gaben Hinweise dazu, dass die APNs stark in der Praxisentwicklung wahrgenommen wurden. Praxisentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Prozesses, welcher die Effektivitätssteigerung in der patientenzentrierten Versorgung anstrebt, in dem Mitarbeitende, Teams und Organi-

sationen befähigt werden, Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln um die Kultur sowie den Kontext der Versorgung zu verändern [3]. Die fehlenden Nennungen zu ethischer Entscheidungsfindungen könnten wiederum mit der Organisationsstruktur zusammenhängen, da in der Klinik eine eigenständige Abteilung für klinische Ethik besteht.

Die ermittelten Ergebnisse waren wenig patientennah. Gemäss dem Modell von Hamric et al. [1] ist ein wesentlicher Anteil die Tätigkeit in der klinischen Praxis. Die Befragung gab dazu wenig Auskunft. Die klinische Praxis wäre eventuell ausgeprägter ermittelbar, wenn die Rolle der APN anhand des PEPPA-Frameworkes [4] umgesetzt worden wäre, sich also an einem spezifischen Patientenbedarf orientiert hätte. Diese wurde durch die von Stutte et al. [5] beschriebenen Herausforderungen von in der Psychiatrie tätigen APNs in der Schweiz unterstrichen

Literatur

1. Hamric, A. B. (2009). *A Definition of Advanced Practice Nursing*. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing. An integrative approach (4th ed., pp. 75–93)*. St. Louis: Elsevier
2. Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12. überarbeitete Auflage Aufl.)*. Weinheim: BELTZ.
3. Garbett, R., & McCormack, B. (2002). *A concept analysis of practice development*. *NT research*, 7(2), 87-100.
4. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). *A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles*. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x
5. Stutte, K., Zehnder, U., Horlacher, K. & Laimbacher, S. (2016). *Fremdsein verhindern: Faktoren für eine erfolgreiche Integration von Pflegeexpertinnen APN*. In Schoppmann, S., Stefan, H., Hegedüs, A., Finklenburg, U., Needham, I., Schulz, M. Gurtner, C. Hahn, S. *Fremdsein überwinden*. 13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Bielefeld.

55. Wieviel Raum lässt die Psychiatrische Versorgung der somatischen Pflege?

Regine Steinauer, Thomas Schwarze

Hintergrund

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine deutlich schlechtere körperliche Gesundheit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Man geht davon aus, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine geringere Lebenserwartung von 10 bis sogar 25 Jahren haben. Ungenügende Diagnostik und Behandlung von körperlichen Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen bilden eine mögliche Ursache für die tiefere Lebensdauer. Eine Sekundäranalyse der Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Jahre 2010-2014 in der Schweiz zeigt als häufigste somatische Diagnosen bei Übertritten aus psychiatrischen Kliniken in ein somatisches Akutspital Verletzungen und Folgen äusserer Ursachen wie z.B. Stürze gefolgt von Erkrankungen des Atmungssystems, des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Psychische und körperliche Erkrankungen können sowohl unabhängig voneinander auftreten als auch in kausalem Zusammenhang zueinanderstehen. Stigmatisierung und fehlendes Wissen erschweren die Behandlung zusätzlich.

Einleitung

Zentral sind die Schnittstellen zwischen und innerhalb von Versorgungsinstitutionen (im stationären wie ambulanten Bereich). Der Handlungsbedarf hinsichtlich einer koordinierten Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patienten ist hoch. Noch ist das Wissen um die häufige Komorbidität von somatischen und psychischen Krankheiten nicht in den klinischen Alltag einer psychiatrischen Klinik integriert und nicht erkannte, vernachlässigte oder ungenügend behandelte körperliche Erkrankungen führen nach wie vor häufig zu schweren akuten Notfallsituationen. Eine umfassende interdisziplinäre somatische Abklärung bei Menschen mit psychischen Er-

krankungen ist wichtig, eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen an den Schnittstellen ebenfalls.

Ziele

Erarbeiten von Empfehlungen für die Optimierung der Versorgung und Behandlung von Menschen mit psychisch-somatischen Komorbiditäten in psychiatrischen Institutionen

Ablauf

Theoretische Inputs aus:

1) den Ergebnissen einer Sekundäranalyse der Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser in der Schweiz der Jahre 2010-2014

und

2) dem Schlussberichts 2017 des Bundesamtes für Gesundheit Schweiz (BAG) zur koordinierten Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“

Mittels Brainstorming und Mindmapping in Kleingruppen und im Plenum werden Praxiserfahrungen der Teilnehmenden gesammelt, aggregiert und zu möglichen Empfehlungen für die Praxis kondensiert. Die Empfehlungen werden in Bezug auf ihre Praxistauglichkeit und ihre Wirksamkeit diskutiert.

Lernziele:

- Erkennen, welche Möglichkeiten Pflegende haben den „Somatik-Psychiatrie- Graben“ zu überschreiten.
- Austausch über bestehende Initiativen/Bemühungen/Projekte, etc. aus den Institutionen der Teilnehmenden und von in der Literatur beschriebenen erfolgreichen Projekten.

56. Schizophrenie in Kärnten – Versorgungslage und Empfehlungen aus Sicht der wahren Experten

Sigrid Anna Stieger

Hintergrund

Schizophrenie hat eine Lebenszeitprävalenz der Gesamtpopulation von 1%, das heißt, dass bei einer Gesamtpopulation von 560.000 Menschen in Kärnten 5.600 Menschen im Laufe ihres Lebens an einer Schizophrenie erkranken können. Es ist ebenfalls bekannt, dass sich Schizophrenie in der späten Adolzenz beziehungsweise im frühen Erwachsenenalter entwickelt. Dabei entwickelt jeder der Betroffenen einen einzigartigen Verlauf, und wie jede Erkrankung individuell verläuft, so sollte auch die Behandlung personenzentriert und an die Bedürfnisse der Personen angepasst sein [1]. Das Ziel einer jeden Behandlung sollte ein zufriedenstellendes und erfülltes Leben der betroffenen Person sein.

Es muss also mehr getan werden, als nur klinische und curative Versorgung anzubieten. Gesundheit zu fördern meint, basierend auf der Ottawa Charta, die individuellen Bedürfnisse zu unterstützen [2]. Die Autorin stellte sich selbst die Frage, ob die derzeitige Versorgungsstruktur in Kärnten diese Bedürfnisse der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung ausreichend unterstützt und wenn das System diese unterstützt, aus welcher Perspektive geschieht dies? Ist es die Perspektive der Betroffenen oder ist es aus der Perspektive der professionell tätigen Personen?

Fragestellung

Für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung ist es nicht leicht, ein zufriedenstellendes und selbstbestimmtes Leben zu führen. Stigmatisierung, die Rolle als chronische/r PatientIn, finanzielle Sicherheit durch eine Arbeitsunfähigkeitspension bei gleichzeitiger Exkludierung vom freien Arbeitsmarkt reduzieren die Möglichkeit auf individuelle Gestaltung des Lebens. Dies führte die Autorin zu der Frage „Welche Art von therapeutischen

Strukturen und Unterstützungen sind notwendig, damit Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben führen können?“

Methode

Um die gestellte Forschungsfrage beantworten zu können, wurde zuerst hinterfragt, ob Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung die einzigen Personen sind, die darüber Auskunft geben können oder ob nicht weitere Personen involviert sind? Nach intensiven Überlegungen und Recherchen kam die Autorin zum Entschluss, auch die Angehörigen und die professionell Tätigen miteinzubeziehen, weil diese beiden Gruppen ebenfalls mit der Situation konfrontiert sind und durch jahrelange Begleitung der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung sehr viele Erkenntnisse und Erfahrungen gewonnen haben.

Als Methode zur Beantwortung der Frage wurden mit den drei Gruppen Fokusgruppen durchgeführt. Dabei wurden die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie, Angehörigen von Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie und Professionellen der psychiatrischen ambulanten Versorgungsstruktur in Kärnten erhoben. Die Fokusgruppen wurden mit einer strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz ausgewertet. Dabei wurden zuerst die einzelnen Fokusgruppen separat ausgewertet und dann nochmals gemeinsam analysiert.

Um die Aussagen der Fokusgruppen zu vervollständigen, wurde die Forschung um zwei weitere Methoden ergänzt. Es wurden eine Literaturrecherche bezüglich internationaler Empfehlungen, Einrichtungen und Dienstleistungen für Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie und eine Online-Recherche über das bestehende Versorgungssystem in Kärnten durchgeführt.

Ergebnisse

Kernessenz der Fokusgruppen war, dass nicht die Struktur selbst die Menschen daran hindert, ein selbstständiges und zuriedenstellendes Leben zu führen. Vielmehr behindern die Bedingungen, wie z.B. mit den Menschen in der bestehenden Struktur umgegangen wird, die Lebensqualität und die Entwicklung der Betroffenen.

Angehörigen von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung war es besonders wichtig, dass ihre Familienmitglieder als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft akzeptiert werden. Dieser Wunsch soll durch den Aufbau gemeindenaher Therapien, Serviceleistungen und Inklusion der betroffenen Menschen erreicht werden.

Professionell tätige MitarbeiterInnen der psychiatrischen Versorgung sehen es als zukünftig unverzichtbar, die Therapien und Serviceleistungen individueller und personen-zentrierter zu gestalten, um auch Menschen mit einer geringeren Therapienotwendigkeit besser unterstützen zu können. Zudem erkennen sie die Notwendigkeit, die Menschen in Richtung einer unabhängigen und selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen.

Die Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung sind mit den derzeitigen Versorgungsleistungen zwar zufrieden, jedoch besteht der Wunsch, solch eine Art der Unterstützung zu erhalten, die sie zukünftig stärkt, ein eigenständiges Leben zu gestalten, um unabhängig und respektiert als vollständiges Mitglied der Gesellschaft zu leben.

Die zusammenfassende Auswertung aller drei Fokusgruppen ergab, dass Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie mehr Respekt und Anerkennung innerhalb der psychiatrischen Versorgungsstruktur benötigen. Sie wollen als Menschen mit individuellen und einzigartigen Bedürfnissen und Problemen gesehen werden. Daher verlangen sie, gleichberechtigte Partner bei der Planung und bei Entscheidungen über ihre Behandlungspläne und die Organisation ihres Lebens zu sein.

Diskussion

Die aktuelle psychiatrisch-ambulante Versorgungsstruktur in Kärnten ist nicht ausreichend personen- und kundenorientiert. Derzeit ist es abhängig vom Wohnort der Menschen, welche Art und wieviel Serviceleistungen sie in Anspruch nehmen können. In den Städten Klagenfurt am Wörthersee, Villach, Wolfsberg und Spittal an der Drau gibt es sehr gut etablierte Versorgungsangebote, in den anderen Städten und in den ländlichen Gebieten gibt es hingegen nur wenige Optionen. Zudem ist es für Klienten, die eine Unterstützung länger als zwei Jahre benötigen, nur möglich, diese in einem Zentrum für psychosoziale Rehabilitation zu erhalten. Solche liegen jedoch fernab von den Ballungszentren mit etablierten Versorgungseinrichtungen. Die Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben derzeit die Möglichkeit, zwischen einer therapeutischen Versorgung in den Städten oder einer Wohn- und Lebensversorgung am Land zu wählen. Kombinationen sind aufgrund verkehrstechnischer und finanzieller Hürden schwierig zu gestalten.

Für Menschen mit einer diagnostizierten Schizophrenie ist es aber wichtig, ernst genommen zu werden, gehört zu werden und ihre eigenen Entscheidungen nach ihren eigenen persönlichen Zielen für ihr Leben zu treffen. Um mehr Empowerment und Miteinbezug der Betroffenen zu gewährleisten, müsste sich die Haltung bzw. Einstellung der Serviceanbieter von einer derzeit service-orientierten zu einer recovery-orientierten Haltung verändern.

Das Wort „Recovery“ kann als Erholung oder Wiederherstellung übersetzt werden, ist aber in diesem Kontext weitgehender und komplexer in seiner Bedeutung. Anthony William [3] beschreibt Recovery als einen tiefen, persönlichen, einzigartigen Prozess der Veränderung. Es verändern sich die Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen der betroffenen Personen. Es ist eine Art, ein erfülltes und hoffnungsvolles Leben zu führen, auch mit möglichen Einschränkungen hervorgerufen durch die Erkrankung. Recovery beinhaltet viel mehr als nur die Erholung von den Sympto-

men selbst.

Eine recovery-orientierte Haltung oder Therapie weckt individuelle Stärken, orientiert sich an Optionen und basiert auf Hoffnungen und Träumen der Menschen. MitarbeiterInnen passen die Serviceleistungen an den betroffenen Menschen an und fördern dadurch die persönlichen Fähigkeiten und ein sinnerfülltes Leben [4]. Diese Werte und Visionen werden von den Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gewünscht.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Fokusgruppen und jene der Literaturrecherche zeigen deutlich, dass Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung den großen Wunsch hegen, ihr Leben individuell zu gestalten. Sie äußern, wie dies auch „normale“ Menschen tun, zahlreiche Bedürfnisse und Erwartungen hinsichtlich ihrer Wohnsituation, Ausbildung, beruflicher Chancen, Freizeitgestaltung und sozialen Umfeld. Menschen mit diagnostizierter Schizophrenie können rationale Entscheidungen für ihr eigenes Leben treffen und ihre Wünsche und Bedürfnisse artikulieren. Es ist Zeit, die gegenwärtige Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Problemen zu überdenken und das System gemeinsam neu zu gestalten.

Eine solche Veränderung des Systems kann aber nicht von einem Tag auf den anderen geschehen. Diese Umstellung benötigt Zeit, denn die MitarbeiterInnen müssen eine neue Haltung einnehmen und sich entscheiden, ob sie PartnerInnen und BegleiterInnen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden oder ob sie die externen ExpertInnen bleiben möchten. Positive Beispiele, welche auf recovery-orientierten Werten basieren und in anderen europäischen Ländern bereits implementiert sind, könnten auch in das Kärntner System integriert werden und so mehr Selbstbestimmung und Unabhängigkeit der Kunden fördern.

Damit Menschen mit Schizophrenie langfristig und nachhaltig gefördert werden können, ist es unumgänglich, die recovery-orientierte Haltung von Anfang an in die Therapie und Unterstützung einzubinden. Diese

Tatsache muss in Kärnten verwirklicht werden. Geschieht dies, so wird jede Art von psychiatrischer Gesundheitsstruktur Menschen mit Schizophrenie zu einem selbstbestimmten und zufriedenen Leben führen.

Literatur

1. *Barbato, A. (1998) Schizophrenia and public health. Geneva: World Health Organization.*
2. *WHO. (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: World Health Organization.*
3. *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, S. 11*
4. *Burr, Christian, Schulz, M., Winter, A., & Zuaboni, G. (2003) Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.*

57. Neue Ansätze in Risikoprognostik und Risikomanagement im Maßregelvollzug

Andrea Trost, Martina Piefke

Hintergrund

Risikoprognosen und -management stellen umfassende Bereiche der forensisch-psychiatrischen Versorgung dar. Alle involvierten Berufsgruppen sind hier betroffen.

Risikoprognosen basieren auf Risikoeinschätzungen und sind theoretisch-hypothetische Aussagen, die getroffen werden zu Risikobereitschaft, Verhaltensweisen und möglichen Exazerbationen der für die verminderte Schuldfähigkeit/Schuldunfähigkeit ursächlichen Erkrankung des Untergebrachten. Es geht um die Vorhersage der krankheitsinduzierten Gefährlichkeit, die es auf ein gesellschaftsverträgliches Maß zu reduzieren gilt. Auf die Prognose folgt das Risikomanagement, das Ziele und Interventionen zur Gefährlichkeitsreduktion umfasst.

Deliktrelevantes Verhalten, Gewalt und Aggression in der forensisch-psychiatrischen Versorgung können mit den vorhandenen Instrumenten relativ gut prognostiziert werden, z. B. [10]. Jedoch werden hier oft einseitig ausschließlich Risikofaktoren betrachtet. Wir argumentieren, dass protektive Faktoren und individuelle neuropsychologische Profile weitere wichtige Indikatoren im Rahmen einer ganzheitlichen Risikoprognostik und des darauf aufbauenden Risikomanagements darstellen können.

Prognoseinstrumente

Die etablierten Prognoseinstrumente weisen spezifische Indikationen auf, z.B. für definierte Delikte oder Populationen. Der Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) Fragebogen [1] wurde z.B. für die Erstellung von Rückfallprognosen von sexueller Gewalt entwickelt, die Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) zur Diagnostik schwerer dissozialer Verhaltensweisen [7].

Ursprünglich wurden ausschließlich Instrumente eingesetzt, die auf allgemeinen statischen Faktoren beruhen wie z.B. die PCL-R. An dieser Methode ist zu kritisieren, dass persönliche Faktoren und möglicherweise veränderbare Dispositionen des Betroffenen nicht berücksichtigt werden.

Der neuere, zunehmend Verbreitung findende Ansatz der strukturierten professionellen Urteilsbildung (Structured Professional Judgement; SPJ) ist ausgewogener. Hier werden statische und dynamische Faktoren in die Risikoeinschätzung integriert, individuell betrachtet und gewichtet [5]. Die Identifikation von Risikofaktoren findet hier auf der Grundlage von Instrumenten und Manualen statt die wissenschaftlich evaluierte Items aufführen, sowie auf der Expertise des Beurteilers. Identifizierte Risikofaktoren werden standardisiert erhoben und bewertet unter Berücksichtigung der Entwicklung und Verhaltensdisposition des Betroffenen und seiner prognostizierten Risikosituation im Bezug auf deliktnahes/-spezifisches Verhalten. Fallspezifische Risikofaktoren können einbezogen werden. In der Auswertung wird eine qualifizierte Interpretation der Risikofaktoren vorgenommen hinsichtlich ihrer Ausprägung und Relevanz [8]. Die auf dem SPJ Konzept basierenden Instrumente weisen eine hohe Validität und Reliabilität auf [6]. Weit verbreitet ist hier das Historical Clinical Risk Management 20 (HCR-20) [6].

Protektive Faktoren

Viele Prognoseinstrumente berücksichtigen protektive Faktoren/Schutzfaktoren nicht oder nur in einem sehr geringen Ausmaß. Als beleg kann angesehen werden, dass die alleinige Betrachtung von Risiken und Defiziten bei der Prognose von Gewalttaten keine validen Ergebnisse liefert und das Risiko einer falsch-positiven Prognose höher ist als beim Einbezug von Schutzfaktoren [4]. Protektive Faktoren wie z. B. das Vorhandensein finanzieller Sicherheiten, prosozialer Bezugspersonen oder - Freizeitbeschäftigungen können Risiken für die Begehung gewalttätiger Handlungen kompensieren. Instrumente, die Schutzfaktoren berücksichtigen sind z. B. das Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF) [2, 3] und das Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) [11].

Entwicklungen im Verlauf der Unterbringung können mittels wiederholt erstellter Profile abgebildet werden. Beide Instrumente sind interdisziplinär einsetzbar, können in die Therapieplanung integriert werden und bilden Ansatzpunkte für individuelles Risikomanagement ab.

Neuropsychologische Profile

Um individuelle Charakteristika des Betroffenen ganzheitlich und präzise abzubilden argumentieren wir, dass der Einbezug neuropsychologischer Profile erfolversprechend ist. Das Ziel neuropsychologischer Untersuchungen ist es, Verhaltensweisen, neuropsychologische Stärken und Defizite exakt zu diagnostizieren sowie zukünftige Entwicklungen und Verhaltensweise valide und reliabel zu prognostizieren. Genetische Dispositionen sowie Schädigungen des Gehirns können Grundlage gestörter Formen des Denkens und emotionalen Verhaltens sein [9]. Durch das Verfügbarmachen detaillierter Informationen über individuelle kognitive und emotionale Schwächen und Stärken können neuropsychologische Profile einen Beitrag zum ganzheitlichen Risikomanagement darstellen.

Die Untersuchungsmöglichkeiten sind umfangreich. So können u. a. Intelligenz, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, unterschiedliche Gedächtnisleistungen, Planungs- und Steuerungsfähigkeit, emotionale und soziale Kognition sowie Tendenzen zum Lügen bestimmt werden.

Aus den untersuchten Parametern lässt sich ein Profil erstellen, das individuelle selektive Stärken und Schwächen des Untergebrachten abbildet. Das Wissen um individuelle neuropsychologische Profile kann einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Einschätzung leisten, welche Situationen oder Verhaltensweisen eine Rückfallgefahr bergen können.

Neuronale Plastizität

Die neuronale Plastizität ist eine Eigenschaft von Synapsen, Nervenzellen und Hirnstrukturen. Sie ermöglicht neurofunktionelle und neuroanatomische Veränderungen auf Grund von Erfahrungen des Betroffenen. Neben der Entstehung psychischer Störungen und neuropsychologischer Beein-

trächtigungen ermöglicht die neuronale Plastizität auch die partielle oder vollständige Remission solcher Krankheitsbilder auf der Grundlage der Veränderung der zugrundeliegenden neuronalen Schädigungen durch spezifische zielgerichtete Interventionen im Rahmen des Risikomanagements. Im Kontext des Risikomanagements bildet die Plastizität des Gehirns eine Voraussetzung für die therapeutische Beeinflussung der durch neuropsychologische Profile identifizierten kognitiven Defizite und Stärken des Betroffenen.

Fazit

Eine erfolgreiche Arbeit in der forensisch-psychiatrischen Versorgung umfasst ein ganzheitliches multiprofessionelles Risikomanagement, dass neben der Erfassung von Risikofaktoren auch Schutzfaktoren und neuropsychologische Profile berücksichtigt. Nur so kann einer lückenhaften Risikoprognostik vorgebeugt und das Risikomanagement optimiert werden.

Literatur

1. Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of Osexual violence*. Vancouver, Canada: The Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
2. de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. & de Vries Robbé, M. (2010): *SAPROF. Leitlinien für die Erfassung von protektiven Faktoren bei einem Risiko für gewalttätiges Verhalten*. Utrecht: Forum Educatief.
3. de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. & de Vries Robbé, M. (2012): *SAPROF. Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk*. Utrecht: Forum Educatief.
4. DeMatteo, D., Heilbrun, K. und Marczyk, G. (2005). *Psychopathy, Risk of Violence, and Protective Factors in a Noninstitutionalized and Noncriminal Sample*. *International Journal of Forensic Mental Health*, Vol. 4, No. 2, 147-157.
5. Douglas, K. S., Cox, D. N. & Webster, C. D. (1999). *Violence Risk Assessment: Science and Practice*. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149 – 184.
6. Douglas, K., Shaffer, C., Blanchard, A. J. E., Guy, L.S., Reeves, K. A., Weir, J. (2014). *HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. Overview and Annotated Bibliography*. Verfügbar unter: <http://hcr-20.com/research> (19.05.2017)

7. Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist—Revised (2nd ed.)*. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
8. Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P. et al (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
9. Piefke, M. (2010). *Abweichende kognitiv-emotionale Verhaltensweisen gewaltbereiter Straftäter im Spannungsfeld zwischen Neurobiologie und Forensik. Möglichkeiten und Grenzen der forensischen Psychiatrie*. In: N. Saimeh (Hrsg.), *Tageungsband zur 25. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie* (S. 120-133). Köln: Psychiatrie-Verlag.
10. Quinsey V. L., Harris G.T., Rice M. E., Cormier C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.)*. *The law and public policy* Washington, DC, US: American Psychological Association.
11. Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1)*. Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.

58. Kritische Reflektion des „Illness Management and Recovery Program“ zur Anwendung in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

Einführung

Das „Illness Management and Recovery Program“ (IMR) wird als eine evidenzbasierte Intervention betrachtet, die bereits in einigen randomisierten kontrollierten Studien untersucht wurden [10, 17]. Es wurden die Evidenzen der randomisierten kontrollierten Studien [8, 6, 7, 3, 14, 15, 18, 2] einer kritischen Bewertung unterzogen. Von den existierenden Studien wiesen vier einen positiven Effekt und vier keine Signifikanz zwischen dem IMR und der regulären Behandlung auf.

Inhalt des „Illness Management and Recovery Programs“

Das „Illness Management and Recovery Program“ (IMR) ist eine standardisierte psychosoziale Intervention, die das Ziel verfolgt Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen besseren Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden und sinnvolle Ziele in ihrem Leben im Sinne des persönlichen Recovery umzusetzen [10, 12, 13]. Das IMR Programm wurde erstmalig in den USA in New York, New Hampshire und Vermont im Rahmen des „National Evidence Based Practice Project“ umgesetzt [10, 18]. Das Programm ist in Module aufgeteilt, die Themen der Krankheitsbewältigung und Verbesserung der psychischen Gesundheit abdecken [5]. Die Interventionen des IMR umfassen 11 Module [16, 5]:

- Persönliches Recovery Strategien
- Psychoedukation
- Stress-Vulnerabilitätsmodell
- Inklusionmaßnahme
- Adherence Therapie

- Umgang mit Drogen, Alkohol und Nikotin
- Rückfallprohylaxebehandlung
- Gesunde Lebensführung
- Umgang mit Stress (SKT)
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien
- Nutzung des psychiatrischen Versorgungssystems

Den Rahmen des Programms stellt als Outcome das Erreichen des persönlichen Recovery dar, d.h. die Förderung des persönlichen Recovery der Nutzer bestimmt maßgeblich die Haltung der psychiatrisch Tätigen [4].

Literaturrecherche

Gemäß der Literaturrecherche über das IMR findet zurzeit hauptsächlich Anwendung in gesteuerten Gesundheitssystemen Anwendung [1]. Das IMR ist gemäß der internationalen Experten ein wichtiges Programm, um Recovery in Systemen der psychiatrischen Versorgung umzusetzen [17].

Es konnten sechs randomized controlled trials (RCTs) [6, 7, 14, 2, 3, 18] identifiziert werden.

Problemstellung für die ambulante psychiatrische Pflege

In der Fachöffentlichkeit in der Psychiatrischen Pflege in den deutschsprachigen Ländern wird bisher Recovery in der Haltung gegenüber den psychisch Betroffenen dargestellt und diskutiert [1]. Man ist sich darüber einig, dass die Umsetzung von Recovery und Wellbeing in der Psychiatrischen Versorgung zukünftig eine maßgebliche Rolle spielen muss, um eine Patientenorientierte Versorgung zu erzielen, wie auch eine Projekte in Deutschland zeigen. Während in vielen gesteuerten Systemen Recovery auch politisch eine wichtige Rolle in der Gesundheitsplanung eingenommen hat, stehen in vielen westlichen Ländern im Wesentlichen die Stigmatisierung psychisch Betroffener, die Ungleichbehandlung im Versicherungssystem und das fragmentierte psychiatrische Versorgungssystem einer generellen Recovery-Orientierung im Wege [1]. Dies zeigt sich auch in der Umsetzung

des „Illness Management und Recovery Program“. Viele Aspekte / Module dieses Programms sind auch Deutschland bekannt und finden sich auch in entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften [24]. Das „IMR-Program“ wird regulär über einen Zeitraum von 8 bis 12 Monate im ambulanten Feld umgesetzt [5]. In Deutschland werden verschiedenen Projekte diskutiert, um eine dementsprechende Versorgung umzusetzen, wie das Hamburger Modell oder Projekte aus Halle zeigen [20,21]. Im Rahmen der Integrierten Versorgung gemäß § 140 SGB V in Niedersachsen wäre aufgrund der Organisation und Struktur der Versorgung durch niedergelassene Fachärzte und die ambulante psychiatrische Pflege eine Umsetzung denkbar [23].

Implementierung in der ambulanten psychiatrischen Pflege

In der Anwendbarkeit zeigen die Studien, dass von der Patientenklientel eine Übertragbarkeit als gegeben angesehen werden kann. Die Studien zeigen auf, dass das IMR in Psychiatrischen Behandlungszentren durchgeführt wurde, die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen behandeln. Die Systematik der Integrierten Versorgung ähnelt dahingehend dem Assertive Community Mental Health Team (ACMHT) in Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Fachärzten und der ambulanten psychiatrischen Pflege. In der ambulanten psychiatrischen Pflege ist die Frequenz der Besuche in der Häuslichkeit allerdings deutlich höher als in anderen Systemen, wie die Studien von Salyers et al und Whitley aufzeigen [15,19]. Gemäß der Inhalte des IMR Programms wäre es möglich, dass von den 11 Modulen 10 Module durch qualifizierte psychiatrische Pflegekräfte in Gruppen oder Einzelkontakt durchgeführt werden können [5]. Eine große Problematik stellt die Abbruch Rate der Teilnehmer dar, die sich auch in der Studie von Dalum et al zeigte, was bereits in einer RCT zur Teilnahme (Attendance) des IMR Programms untersucht [9]. McGuire et al macht darauf aufmerksam, dass eine verbesserte „Working Alliance“ die Teilnahme an einem Programm deutlich erhöhen kann, um einen Einfluss auf das Alltagsleben zu haben [11]. Die Nutzung der Beziehungsqualität in der ambulanten psychiat-

rischen Pflege könnten dazu genutzt werden, um die Teilnahme zu sichern und die Abbruchrate zu reduzieren [22].

Zusammenfassung

Die Studie von Färdig et al weist auf positive Effekte des IMR Programms hin. Durch eine Abänderung und Implementierung des Programms in Deutschland könnten durchaus diese Effekte in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hilfreich sein. Ein kritischer Aspekt ist die relativ eindeutige Ausrichtung auf die Behandlung unter Einbeziehung des therapeutischen Optimismus der Recovery-Auslegung des IMR [25]. Allerdings könnten durch Behandlungsprogramme wie das IMR könnte die Behandlung in der Qualität eventuell verbessert werden, da feste Arbeitsfelder bearbeitet werden [23]. Die Studienlagen weisen auf verschiedensten Problemlagen hin, wie die Abbruch Rate, die mangelhafte „Work Alliance und die Notwendigkeit der Kompetenz der Behandler [19, 10, 11], die bei einer Implementierung zu berücksichtigen wären.

Literaturverzeichnis

1. *Amering et al (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verl.*
2. *Dalum et al. (2016): Participants' and staffs' evaluation of the Illness Management and Recovery program. A randomized clinical trial. In: Journal of mental health*
3. *Färdig (2011): A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons with Schizophrenia. In: Psychiatric Services*
4. *Fortune et al. (2016): Recovery for real. A summary of findings from the REFOCUS programme. Hg. v. Rethink Mental Illness. Kings College*
5. *Gingerich et al (2016): IMR. Illness management and recovery implementation guide Hazelden Information & Ed.*
6. *Hasson-Ohayon et al (2007): A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. In: Psychiatric Services 58*
7. *Levitt et al. (2009): Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. In: Psychiatric services*
8. *Lin et al. (2013): A randomized controlled trial of an adapted Illness Management and Recovery program for people with schizophrenia awaiting discharge from a psychiatric hospital. In: Psychiatric rehabilitation*

9. McGuire et al (2013): *Measuring participation in an evidence-based practice. Illness management and recovery group attendance. In: Psychiatry research*
10. McGuire et al (2014): *Illness management and recovery. A review of the literature. In: Psychiatric services*
11. McGuire et al. (2015): *The Relationship between Provider Competence, Content Exposure, and Consumer Outcomes in Illness Management and Recovery Programs. In: Administration and policy in mental health*
12. Mueser et al. (2002): *Illness management and recovery. A review of the research. In: Psychiatric Services*
13. Mueser et al (2006): *The Illness Management and Recovery program. Rationale, development, and preliminary findings. In: Schizophrenia bulletin*
14. Salyers et al (2014): *A randomized controlled trial of illness management and recovery with an active control group. In: Psychiatric services*
15. Salyers et al (2010): *Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. In: Community mental health journal*
16. SAMHSA (2010): *Illness Management and Recovery Evidence-Based Practices (EBP) KIT. Practitioner Guides and Handouts.*
17. Slade et al. (2014): *Uses and abuses of recovery. Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. In: World psychiatry*
18. Tan et al (2017): *Illness management and recovery program for mental health problems. Reducing symptoms and increasing social functioning. In: Journal of clinical nursing*
19. Whitley et al (2009): *Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings. Facilitators and barriers. In: Psychiatric services*
20. Lambert, Martin (2015): *Integrierte Versorgung "Hamburger Modell". Flyer zur Integrierten Versorgung. Hg. v. UKE Hamburg.*
21. Leube, D. (2016): *Integrierte Versorgung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. 20 Jahre PSAG Halle/Saalekreis.*
22. Tschinke et al (2012): *Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege. Hg. v. Leuphana Universität Lüneburg*
23. Walle, Matthias; Holler, Gerd (Hg.) (2010): *Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems. Berlin: Weingärtner*
24. Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012): *AWMF S 3 Leitlinie - Psychosozialen Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen*
25. Pilgrim, David; McCranie, Ann (2013): *Recovery and Mental Health. A Critical Sociological Account. 2013. Auflage. Oxford: Macmillan Education; Palgrave*

59. Kulturelle Adaption des REFOCUS Manuals für Recovery Gespräche in der ambulant psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

Einführung

Im Folgenden möchte ich Ihnen die Fokusgruppen-Untersuchung zur Adaption des britischen REFOCUS Intervention vorstellen [2]. Hierbei handelt es sich um ein evidenzbasiertes Schulungsmanual zur Vermittlung einer Recovery-orientierung in der psychiatrischen Versorgung [2, 4, 5]. Ziel der Adaption ist die Anwendung dieses Manuals in der ambulanten psychiatrischen Pflege in Niedersachsen.

In der psychiatrischen Versorgung führt das Konzept des Recovery mittlerweile zu einer grundsätzlichen Neuausrichtung auf Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen [1, 10]. Recovery hat die Verbesserung der Lebensqualität anstatt der reinen medizinischen Behandlung im Fokus [13]. Es steht inzwischen aufgrund der ermittelten Evidenzen außer Frage, dass eine recovery-orientierte Haltung gegenüber den Nutzern die Zukunft der Versorgung maßgeblich beeinflussen wird [12]. Während in Großbritannien, Australien und anderen Ländern Recovery die Gesundheitsversorgung dominiert, findet Recovery in den deutsch-sprachigen Ländern zumeist nur die Richtlinien der psychiatrischen Versorgung statt [3, 9]. Die Grundlage zur Nutzung von Recovery in der psychiatrischen Pflege ist Übernahme einer recovery-orientierten Haltung [14].

Schulung einer Recovery-orientierten Haltung

In Deutschland spiegelt sich die psychiatrische Versorgung in erster Linie durch eine sozialpsychiatrische Haltung wider [8] die sich nun wandelt in eine recovery-orientierte Haltung, wobei es es notwendig ist, für die Weiterentwicklung der Haltung Brücken zu bauen, die auf das Erreichte aufbauen und Recovery nicht idealisieren [7]. Zur Schulung von psychiatrisch Tätigen in der ambulanten psychiatrischen Pflege wurde die REFOCUS Interven-

tion einer qualitativen Untersuchung mit Experten-Fokusgruppen unterzogen, um diese Evidenzen für Deutschland zu nutzen [2].

REFOCUS Intervention für Recovery Gespräche

Die REFOCUS Intervention umfaßt ein Handbuch zur Recovery-orientierten Arbeitshaltung sowie ein Trainer und Teilnehmer Manual zu Schulung zur Führung von Recovery Gesprächen [2, 4, 5]. Durch das Handbuch werden das Verstehen von Werten und Behandlungspräferenzen, die Ermittlung von Stärken und die Unterstützung der Zielorientierung vermittelt. Durch das Programm, welche in den Manualen dargestellt werden, sollen die Teilnehmer in der Lage sein den Coaching Zugang zu nutzen, um die Implementierung einer Recovery-fokussierten Praxis zu unterstützen, in dem Werte und Behandlungspräferenzen verstanden werden, Stärken ermittelt und die Zielorientierung vorangetrieben wird. Als Team zu demonstrieren, wie sie anders arbeiten und die Unterstützung der Organisation einfordern, um die Veränderung auch nachhaltig zu gestalten. Ihre Kernkompetenzen zu demonstrieren, die sie brauchen, um den Coaching Stil effektiv umzusetzen. Wahrzunehmen, wenn der Coaching Zugang im klinischen Setting unangebracht ist. Nutzung des REACH© Coaching-Modells, um Gespräche effektiv mit dem eigenen Coaching Stil zu führen, die Schritte nachzuhalten und kreativ mit erreichten Ergebnisses umgehen [5].

Qualitative Untersuchung zur Adaption für die APP in Niedersachsen

Zur Adaption der REFOCUS Intervention wurden drei Fokusgruppen Interviews mit 16 Experten (Fachliche Leitungen ambulant-psychiatrischer Fachpflegedienste) an drei verschiedenen Örtlichkeiten in Niedersachsen durchgeführt. Die Manuale wurden den Experten drei Wochen vor dem Interview zur Verfügung gestellt und in der Fokusgruppe kritischer analysiert. Es wurde im Vorfeld deduktiv Kategorien gebildet, die auch für die Interviewleitfaden verwendet wurde. Das Datenmaterial wurde transkribiert und nach der strukturieren qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet [6].

Ergebnisse

Die Recovery-orientierte Arbeitshaltung und die Umsetzung von Recovery Gesprächen werden als Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung empfunden. Recovery-orientierten Arbeitsweise stellt eine Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie dar, wobei es wichtig ist, das Erreichte Wert zu schätzen und zusammen mit den Mitarbeitern Brücken zwischen Fürsorge und Atonomoisierung zu bauen. Die Haltung ist existenziell für die ambulante psychiatrische Pflege und dafür ist eine Weiterentwicklung zur Recovery-Orientierung unerlässlich. Es hat sich in der Wahrnehmung der ambulant Tätigen eine deutliche Abgrenzung der ambulanten Haltung zur klinischen Haltung mit Zielvorgaben für den Nutzer dargestellt. Die Förderung des CHIME (Connectness, Hope, Identity, Meaning und Empowerment) ist wichtig und notwendig. Das REFOCUS Manual ist sehr positiv reflektiert, aber zum Teil zu komplex für das Verständnis der Mitarbeiter. Das REFOCUS Training sollte wie im Original empfohlen durchgeführt werden – eventuell mit einer zeitlichen Entzerrung – was eher eine Frage von Niveau und Ressourcen ist. Es sollte für die Schulung immer EX-IN hinzugezogen werden.

Forschungsperspektiven

Es sollen in Niedersachsen die ambulanten Pflegedienste geschult werden – zurzeit existieren 45 Dienste unterschiedlicher Größe. Während der Schulungen und der Durchführung der REFOCUS Intervention soll eine Vorbereitung und Durchführung einen Cluster-randomisierten Studie zur Überprüfung der Recovery – Haltung im Vergleich zu der regulären sozialpsychiatrischen Haltung stattfinden, angepasst auf die bereits in Großbritannien durchgeführte REFOCUS Studie [11].

Literaturverzeichnis

1. *Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.*
2. *Bird, Victoria; Leamy, Mary; Le Boutillier, Clair; Williams, Julie; Slade, Mike (2014): REFOCUS (2nd edition). Hg. v. Promoting recovery in mental health ser-*

- vices. *Rethink Mental Illness*. London. Online verfügbar unter <http://www.researchintorecovery.com/publications/downloads>.
3. Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012): AWMF S 3 Leitlinie - Psychosozialen Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen: Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html>.
 4. Grey, Barbara; Bailey, Sheena; Leamy, Mary; Slade, Mike (2014a): *REFOCUS Coaching Conversations for Recovery. Participant Manual*. Hg. v. National Institute for Health Research (NIHR). SLAM Partners. London. Online verfügbar unter <http://www.researchintorecovery.com/publications/downloads>.
 5. Grey, Barbara; Bailey, Sheena; Leamy, Mary; Slade, Mike (2014b): *REFOCUS Coaching Conversations for Recovery. Trainer Manual*. Hg. v. National Institute for Health Research (NIHR). SLAM Partners. London. Online verfügbar unter <http://www.researchintorecovery.com/publications/downloads>.
 6. Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779943860.
 7. Pilgrim, David; McCranie, Ann (2013): *Recovery and Mental Health. A Critical Sociological Account*. 2013. Auflage. Oxford: Macmillan Education; Palgrave.
 8. Schädle-Deiningner, Hilde; Wegmüller, David (2017): *Psychiatrische Pflege. Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
 9. Slade, M.; Leamy, M.; Bacon, F.; Janosik, M.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Bird, V. (2012): *International differences in understanding recovery. Systematic review*. In: *Epidemiology and psychiatric sciences* 21 (4), S. 353–364. DOI: 10.1017/S2045796012000133.
 10. Slade, Mike (2009): *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press (Values-based practice).
 11. Slade, Mike; Bird, Victoria; Le Boutillier, Clair; Williams, Julie; McCrone, Paul; Leamy, Mary (2011): *REFOCUS Trial. Protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams*. In: *BMC psychiatry* 11, S. 185. DOI: 10.1186/1471-244X-11-185.
 12. Slade, Mike; Longden, Eleanor (2015): *Empirical evidence about recovery and mental health. how likely, how long, what helps?* In: *BMC psychiatry* 15, S. 285. DOI: 10.1186/s12888-015-0678-4.
 13. Slade, Mike; Oades, Lindsey; Jarden, Aaron (Hg.) (2017): *Wellbeing, Recovery and Mental Health*. 1. Aufl. 1 Band. Cambridge: Cambridge University Press.

14. *Wrycraft, Nick; Coad, Alison (2017): Recovery in mental health nursing. London: Open University Press.*

60. Evaluation des Projektes Demenz-Koordinators

Benjamin Volmar, André Nienaber, Michael Löhr und Bernd Meißnest

Hintergrund

Im Jahr 2015 haben das LWL Klinikum Gütersloh und das Klinikum Gütersloh den Arbeitsplatz des Demenz-Koordinators implementiert. Die Stelle wurde in Kooperation zwischen den beiden Krankenhäusern und mit finanzieller Unterstützung der Bürgerstiftung Gütersloh eingerichtet. Die Stelle ist als Gerontopsychiatrischer Liasionsdienst angelegt und in der gerontopsychiatrischen Ambulanz des LWL-Klinikums verortet. Der Arbeitsplatz befindet sich in dem Allgemeinkrankenhaus „Klinikum Gütersloh“. Dort ist er der Pflegedirektion als Stabsstelle unterstellt. Im Klinikum ist der Stelleninhaber beratend für Patienten mit einer demenziellen oder deliranten Symptomatik und deren Angehörigen zuständig. Dazu gehören die Identifikation von Betroffenen und das aufzeigen von weiterführenden Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten. Des Weiteren gehören Schulungsveranstaltungen von Mitarbeitenden und die Entwicklung von Orientierungshilfen zu den Aufgabenfeldern.

Ziele der Tätigkeiten waren die Reduktion der Verweildauer von Patienten mit einer demenziellen Erkrankung, die Reduktion der Delirrate und die Erhöhung der Behandlungsqualität von Menschen mit Demenz im Klinikum Gütersloh.

Problemstellung

Die Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen im Krankenhaus stellt sich auf vielen Ebenen als problematisch dar. Mit der Aufnahme ins Krankenhaus steigt, für einen Menschen mit einer Demenz, die Gefahr Behandlungskomplikationen wie ein Delir, eine erhöhte nosokomiale Infektionsrate, die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, Stürzen mit entsprechenden Verletzungen, Polypharmazie oder eine erhöhte Morbidität zu erleben [1, 2]. Rund 40% der Patienten, über dem 65 Lebensjahr, weisen in

deutschen Krankenhäusern kognitive Defizite auf [3]. Für 2014 wird davon ausgegangen, dass ca. 1,6 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland gelebt haben [4]. Diese Zahlen werden voraussichtlich in den nächsten Jahren, aufgrund des demografischen Wandels und der stetig besser werdenden medizinischen Versorgung, weiter ansteigen [5].

Vorgehen

Zur Evaluation der Arbeit des Demenz-Koordinators wurden verschiedene Kennzahlen, wie die Verweildauer, die Mortalitätsrate und die Nebendiagnosen Demenz und Delir erhoben.

Ergebnisse

In den Ergebnissen zeigt sich deutlich eine Zunahme der Nebendiagnosen Demenz. 2013 wurde bei 3,4 % der Gesamtpatienten eine demenzielle Nebendiagnose verschlüsselt. 2018 wurden bei 4,3 % der Patienten entsprechende Daten hinterlegt. Zeitgleich konnte die Verweildauer der betroffenen Patienten, von durchschnittlich 6,4 Tage im Jahr 2013, auf durchschnittlich 5,1 Tage 2016 reduziert werden. Die Delirrate von Menschen mit Demenz stieg über die drei Projektjahre von 5,77 % im Jahr 2015 auf 7,92 % 2017 an.

Diskussion

Problematisch ist unklare Wirkfunktion des Demenz-Koordinators. Am Klinikum existieren neben der Stelle des Demenz-Koordinators noch ein Ehrenamtsprojekt, mit ca. 30 engagierten Personen, zur Begleitung und Betreuung von Menschen mit kognitiven Defiziten im Krankenhaus. Diese Angebote wurden im Jahr 2017 um ein Abendangebot, mit Komm- und Gehstrukturen, ergänzt welches das Klientel in der Zeit zwischen 18:30 und 22:00 Uhr betreut und begleitet. Kritisch muss angemerkt werden, dass hierdurch die delirpräventive Arbeit des Demenz-Koordinators nicht als Wirkfaktor nachgewiesen werden kann, da es zu viele andere Einflussfaktoren gibt. Die Verweildauer konnte sichtlich reduziert werden. Dabei korreliert mit dem Er-

gebnis, dass im Klinikum Gütersloh die durchschnittliche Verweildauer auch immer weiter reduziert wird. Der Schnitt der reduzierten Verweildauer von Menschen mit Demenz passt sich im Durchschnitt den reduzierten durchschnittlichen Verweildauerwerten an. Die Liegezeit von Menschen mit Demenz ist demnach um den Faktor 1,8 höher als bei Patienten ohne diese Nebendiagnose.

Die gesteigerten Demenzdiagnosen weisen auf Erfolge in der Identifikation hin, auch die Delirrate spricht für eine erfolgreiche Arbeit. Diese Krankheitsbilder waren vorher auch schon präsent, wurden aber nicht beachtet, hier hilft die tägliche Aufmerksamkeit durch das Liaisonangebot deutlich bei der Identifikation. Allerdings lässt sich schlecht berechnen, welche finanziellen Einsparungen durch delirpräventives Verhalten erzeugt werden können, auch wenn einzelne kleine Studien Mehrkosten von ca. 1.200 € pro Fall kalkulieren [6, 7].

Schlussfolgerung

Die beiden Kliniken werten die Arbeit bisher als Erfolg, auch wenn die Zahlen eher eine ernüchternde Bilanz erzeugen. Hierfür spricht, dass sie die Stelle des Demenz-Koordinators nach dem Auslaufen der Projektfinanzierung fortführen und in die Regelfinanzierung überführt haben. Auch bei den Mitarbeitenden des Klinikums herrscht eine entsprechende Wertschätzung [8].

Literatur

1. Kleina, T. & Wingenfeld, K. *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. (Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld, 2007).*
2. Reynish, E. L. et al. *Epidemiology and outcomes of people with dementia, delirium, and unspecified cognitive impairment in the general hospital: prospective cohort study of 10,014 admissions. BMC Med. 15, (2017).*
3. Hendlmeier, I. et al. *Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus: Repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt). Z. Für Gerontol. Geriatr. (2017).*
4. Bickel, H. *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. (2016).*

5. Blüher, S. & Kuhlmei, A. *Demographischer Wandel, Altern und Gesundheit. in Soziologie von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Richter, M. & Hurrelmann, K.) 313–324 (Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016).*
6. Weinrebe, W., Johannsdottir, E., Karaman, M. & Füsgen, I. *What does delirium cost?: An economic evaluation of hyperactive delirium. Z. Für Gerontol. Geriatr. 49, 52–58 (2016).*
7. Motzek, T., Junge, M. & Marquardt, G. *Einfluss der Demenz auf Verweildauer und Erlöse im Akutkrankenhaus. Z. Für Gerontol. Geriatr. 59–66 (2016).*
8. Volmar, B., Löhr, M. & von Bierbrauer zu Brennstein, A. *Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Z. Für Med. Ethik 63, 179–192 (2017).*

61. Lebenslanges Lernen: Ermöglichung flexibler Bildungswege innerhalb der akademischen Weiterbildung und ihre Verankerung im Diskurs

Sabine Weißflog, Michael Theune

Hintergrund

„Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) dient als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Förderung und Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft.“ [1]. Die Sektion Psychiatrische Pflegeforschung ist eine Sektion bei der DGP. Sie ist ein Zusammenschluss akademisch ausgebildeter Fachleute der Psychiatriepflege und gleichzeitig ein deutsches Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie. Pflegewissenschaftliche Expertisen und die Vernetzung von Theorie und Praxis gehören unter anderen zu den Aufgaben der Sektion. Auf ein gelungenes Kooperationsprojekt kann die Sektion gemeinsam mit der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP) und der Frankfurt University of Applied Sciences (FRA-UAS) zurückblicken.

Fragestellung

Vor dem Hintergrund der Lern- und Bildungsbiographien berufserfahrener Pflegefachpersonen aus der ambulanten psychiatrischen Pflege und in Anbetracht der lebenszeitlichen Perspektive des lebenslangen Lernens stellte sich die Frage: Welcher Weiterbildungsangebote bedarf es, um berufserfahrenen Pflegefachpersonen ein lebenslanges Lernen auf akademischer Bildungsstufe zu ermöglichen?

Methode

Erkenntnisse für die Programm- und Angebotsplanung liefert die Adressatenforschung. In einer subjektorientierten Sichtweise werden Perspektiven gegenüber dem lebenslangen Lernen sowie den Weiterbildungsinteressen und –barrieren analysiert [2].

Ergebnis

Die Forschungsarbeit [3] mündete in die Konzeption des ersten weiterbildenden Studiengangs Certificate of Advanced Studies (CAS) der Frankfurt University of Applied Sciences in Häusliche Psychiatrische Pflege in Deutschland, der zum Sommersemester 2017 starten konnte.

Diskussion und Fazit

Der Diskurs Praxisentwicklung kann nur schwerlich losgelöst vom Diskurs der Professionalisierung betrachtet werden. Ein Diskursstrang beinhaltet die Bildung und Qualifikation der beruflich Tätigen. Neben den fundierten naturwissenschaftlich–medizinischen Bildungsinhalten des Berufes Pflege ist es für das spezifische Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege notwendig Evidenzen und methodisch fundierte Kompetenzen für ein gelingendes Interaktionshandeln zu erschließen und zu vermitteln.

Schlussfolgerung

Evidenz based nursing (EbN) ist heute State of the Art. Auf das Kernproblem der Theorie- und Paradigmendiskussion in der psychiatrischen Pflegewissenschaft kann die Naturwissenschaft alleine keine Antwort geben. Denn es stellt sich weiterhin die Frage wie pflegerische Handlungstheorie, Pflegeforschung und pflegerische Praxis so zueinander in Beziehung zu setzen sind, dass die theoretischen Reflexionen handlungsorientierend sind und damit das Verstehen im Pflege-Klienten-Geschehen unterstützen. Die Aufgabe der psychiatrischen Pflegeforschung ist es wissenschaftliche Informationen hervorzubringen, die eine Begründung pflegepolitischer und pflegepraktischer Entscheidungen ermöglichen. Neben Good clinical practice (GcP) werden dafür auch Wissensbestände aus den Geisteswissenschaften benötigt.

Literatur

1. *Deutsche Gesellschaft Für Pflegewissenschaft E. V. (Dgp) (2018): Über Uns. URL: <http://dg-pflegewissenschaft.de/ueber-uns/> [27.03.2018].*

2. *Tippelt, R.; von Hippel, A. (2010): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. 4., durchgesehene Auflage. Adressaten-, Teilnehmer- und Zielgruppenforschung. pp 801-811. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.*
3. *Weißflog, S. (2016): Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP). Vortrag auf der Bundestagung der BAPP e.V. in Wiesloch am 27.08.2016.*

62. Akademisierung in der psychiatrischen Pflege – ein Innovationsschub für Lehre Forschung, Praxis und Management

Sabine Hahn, Peter Wolfensberger

Hintergrund und Anliegen

Die psychiatrische Pflege der Schweiz hat sich in den letzten 20 Jahren nicht nur hinsichtlich Akademisierung verändert, sondern auch im Hinblick auf spezialisiertes Wissen und Können professionalisiert. Die psychiatrische Pflege ist in der Betreuung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Motor von Innovationen geworden. Durch die Akademisierung und die damit verbundene Professionalisierung hat ein grundlegender Wertewandel und Paradigmawechsel stattgefunden. Engagierte Pflegefachpersonen, PflegeakademikerInnen auf herausragenden Positionen, Vereinigungen von Pflegefachpersonen wie die AFG Psychiatrische Pflege oder das Netzwerk Pflegeentwicklung in der Psychiatrie haben das Image und die Wahrnehmung der Profession verbessert sowie die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit sowie die teilweise Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen vorangetrieben. Die Akademisierung hat dazu die Wissensbasis gelegt, die Instrumente zur Verfügung gestellt und die Argumentationsfähigkeit gestärkt, um die konzeptionelle Entwicklung der psychiatrischen Pflege zu ermöglichen.

Aktivitäten

Um Entwicklungen in der Pflegeausbildung und Lehre, der Pflegepraxis, im Pflegemanagement, der Forschung sowie der Gesetzgebung voranzutreiben, bringen wir in der AFG Psychiatrische Pflege unsere Expertise in die Fachdiskussion, in Vernehmlassungen, nationalen und internationalen Netzwerke sowie in Entscheidungsprozesse mit ein. Wir geben Statements und Positionspapiere ab und nehmen Stellung. Wir vertreten die akademische psychiatrische Pflege national und international an Kongressen und Tagungen. Wir

unterstützen den akademischen Nachwuchs und bieten innerhalb der Gruppe den aktiven Fachaustausch.

Erfahrungen und Erkenntnisse

Durch die Akademisierung entwickeln sich die Berufsrollen der psychiatrischen Pflege stetig weiter – sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Lehre, der Forschung und im Management. Diese Entwicklung fordert eine starke AFG Psychiatrische Pflege. Die neuen akademischen Berufsrollen mit wichtigen Stakeholdern zu diskutieren und in die fachliche bzw. politische Diskussion einzubringen lohnt sich. Dies betrifft beispielsweise Advanced Mental Health Nurse Practitioners und andere erweiterte Rollen. Aktuell und in den kommenden Jahren wird es ein wichtiges Ziel unserer Tätigkeit sein, diese Rollen zu beschreiben und im jeweiligen Tätigkeitsfeld zu verankern.

Professionelle Pflege beruht auf bestem Wissen und vertiefter Praxis. Dies erfordert eine qualitativ hochstehende Aus- und Weiterbildung. Ebenso wichtig ist die angewandte Forschung, welche die zentralen Fragestellungen der Disziplin aufnimmt. Die AFG bündelt hier das Wissen und bringt dieses in die nationale und internationale Diskussion ein. Neben der Akademisierung der Pflege ist ein effizienter Skill- und Grade-Mix entscheidend für eine gute Pflegequalität. In dieser Diskussion gilt es Brücken zu bauen zwischen verschiedenen Gruppen und Ansprechpersonen, die sich im Bereich der Pflege und Betreuung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen einsetzen. Engagiert sind wir auch in der Recovery-Bewegung und in der Förderung der Zusammenarbeit mit krankheitserfahrenen Personen und ihren Angehörigen.

Diskussion und Fazit

Psychische Erkrankungen gehören zu den am meisten verbreiteten Krankheitsbildern. In der integrierten Versorgung gehört die Pflege als wichtiger Leistungserbringer dazu. Spezifische Kompetenzen sind zunehmend gefragt. So werden beispielsweise das Erkennen von depressiven Zustandsbildern,

der Umgang mit der Erkrankung im Alltag, sowie das Management von Einflussfaktoren und Auswirkungen auf körperliche Beeinträchtigungen, zu den erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen gehören, die diese in Eigenverantwortung umsetzen. Dank der intensiven Zusammenarbeit mit krankheitserfahrenen Menschen und ihren Angehörigen wird die psychiatrische Pflege wichtige Impulse für die Gesundheitsversorgung liefern. Die AFG Psychiatrische Pflege wird durch gute Vernetzung in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und ihr bestverfügbares Wissen eine wichtige Rolle in der fundierten Weiterentwicklung der Pflegepraxis einnehmen. Jedoch darf bei aller Entwicklung, die kritische Reflexion dieser Veränderungen nicht zu kurz kommen. Zukünftig sollten daher Entwicklungen auch hinterfragt und im gemeinsamen Diskurs zwischen Praxis, Lehre und Forschung bzw. zwischen Akademie und Praxis reflektiert werden.

63. Entwicklung und Implementierung von State of the Art-Methoden für die Praxis

Dorothea Sauter

Hintergrund und Anliegen

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) will neben der wissenschaftlichen Fundierung auch die Praxis der Psychiatrischen Pflege weiterentwickeln. Hierfür wurde u.a. die AG „State of the Art“ eingereicht: sie will Experten- und Fachwissen Bündeln und Verfügbar machen. Für wichtige praktische Fragen will sie konkret den aktuellen fachlichen Standard als Praxisempfehlungen beschreiben. Damit sollen Pflegefachpersonen Entscheidungshilfen auf der Basis aktueller Erkenntnisse verfügbar haben; die Hilfeempfänger sollen wissen, welche Standards sie erwarten dürfen.

Aktivitäten

In der AG wirken ca 25 Personen aktiv mit; die AG wählt und priorisiert die Themen in Abstimmung mit dem Vorstand. Die Vorgehensweise der AG orientiert sich im Rahmen des Machbaren an den Zielen und Methoden der Leitlinienentwicklung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Erfahrungen und Erkenntnisse

Seit ihrer Gründung (2012) hat die AG State of the Art eine breite Palette an Themen diskutiert. Auf dem Weg vom ersten Themenvorschlag bis zur Beschreibung einer Handlungsempfehlung sind viele Detailfragen zu klären. Das Methodische Vorgehen der Evidenzrecherchen wie auch der Konsentierungsverfahren muss transparent sein. Solange für viele praktische Pflegeprobleme wenig Evidenz im Sinne von RCT-Studien vorliegt, ist es wichtig Quellen mit niedrigeren Evidenzstufen und Erkenntnisse qualitativer Arbeiten intensiv zu diskutieren, um Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

Häufig ist es auch sinnvoll zunächst ein Positionspapier/ eine Stellungnahme zu beschreiben, bevor in einem zweiten Schritt eine Praxisempfehlung in Arbeit genommen wird. Dies zeigt sich u.a. am Beispiel der Stellungnahme Freiheitsentziehende Maßnahmen.

Diskussion und Fazit

Im komplexen Handlungsfeld Pflege brauchen konkrete Praxisempfehlungen viel Vorarbeit, nicht zu jedem Thema sind sie sinnvoll. Neben der Beschreibung von Stellungnahmen oder Praxisempfehlungen ist die Dissemination und Implementierung ein wichtiges Thema, dem sich die AG zukünftig stellen wird.

64. Gelingende Kooperation als wichtige Voraussetzung guter psychiatrischer Behandlung und Pflege

André Nienaber, Susanne Schoppmann

Hintergrund und Anliegen

Gute psychiatrische Behandlung und Pflege erfordert eine „gelingende Kooperation“ [1] aller beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer multi- bzw. transprofessionellen Zusammenarbeit. Gerade im Bereich der psychiatrischen Versorgung, die auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell basiert, spielt eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit [2] eine entscheidende Rolle.

Aktivitäten

Das Referat Psychiatrische Pflege repräsentiert die Psychiatrische Pflege innerhalb der DGPPN. „Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Fachärzte zu fördern, hat die DGPPN das Referat „Psychiatrische Pflege“ ins Leben gerufen. Zentrales Ziel ist es, die Inhalte der psychiatrischen Pflege in der Wissenschaft und Praxis zu fördern“ [3]. Damit versteht sich das Referat als Plattform für psychiatrisch Pflegende in der Fachgesellschaft. Ziel ist es, die psychiatrische Pflege in der Fachgesellschaft sichtbar zu machen und somit die Förderung des inter- und transprofessionellen Diskurses. Dieses gelingt u. a. durch Organisation, Koordination und Evaluation der Beiträge der psychiatrisch Pflegenden als Teil des jährlichen DGPPN Kongresses oder der Beteiligung an Aktivitäten der Fachgesellschaft wie z. B. der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Die Mitgliederzahl des Referats beträgt ca. 100 Personen, jährlich nehmen etwa 500 Pflegende an dem DGPPN Kongress teil.

Erfahrungen und Erkenntnisse

„Partizipation an einem evidenzbasierten Gesundheitssystem macht die Verfügbarkeit von aktueller Evidenz zur Begründung der berufsspezifischen

Handlungen notwendig“ [4]. Diesem Anspruch können wir mit der zunehmenden Akademisierung der psychiatrischen Pflege auch zunehmend mehr genügen. Dies zeigt sich etwa in der Entwicklung der Organisation der Kongressbeiträge der psychiatrischen Pflege: Anfangs gab es noch einen eigenen „Pflegekongress“ innerhalb des DGPPN-Kongresses bei dem im Wesentlichen geladene Referenten und Referentinnen sprachen. Inzwischen reichen die Pflegenden ihre Beiträge genauso beim wissenschaftlichen Komitee ein wie alle anderen und gehen mit ihren Symposien, Workshops und freien Beitragen im Gesamtkongress auf. Auch innerhalb der wissenschaftlichen Kongressorganisation wird die Beteiligung akademisch ausgebildeter Pflegenden in Jurys und Komitees zunehmend selbstverständlicher.

Literatur

1. Schweitzer, J. (1998). *Gelingende Kooperation: systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen*. Juventa-Verlag.
2. Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. *Swiss Academies Report*, 12(2), 1-59.
3. DGPPN (2017). *Psychiatrische Pflege*. Unter: <https://www.dgppn.de/die-dgppn/referate/psychiatrische-pflege.html>
4. Meyer, G. (2015). *Ein evidenzbasiertes Gesundheitssystem: die Rolle der Gesundheitsfachberufe*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(4-5), 378-383.

65. psychiatriespezifische OSCE Prüfung in der Ausbildung zur dipl. Pflegefachperson HF

Reto Wernli Kaufmann

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) wurden im Jahre 1975 von Prof. Ronald M. Harden als Antwort auf ein Bedürfnis nach einem zuverlässigen, fundierten und praxisnahen Ansatz für die Beurteilung klinischer Kompetenz entwickelt. Diese Form der Kompetenzenüberprüfung hat sich in den vergangenen 40 Jahren in Bereichen der Medizin und Pflege etabliert. Dr. Claudia Schlegel leitet seit Jahren die Abteilung Lernen Training Transfer (LTT) am Berner Bildungszentrum Pflege (BZP). Im Januar 2018 veröffentlichte sie und ihr Team das erste deutschsprachige Handbuch für die Pflegepädagogik zum OSCE-orientierten Prüfen. Entsprechend der Angebotsstruktur des BZP werden OSCE-Prüfungsteile auch spezifisch für den Fokus Psychiatrie eingesetzt, was im Handbuch exemplarisch an 10 Prüfungssituationen dargestellt und hinsichtlich des betreffenden Hintergrundes, der Struktur, der Darstellung von Beurteilungskriterien und mit Hinweisen zur Durchführung dargestellt wird. Anhand des Doppelpostens «Beziehungsaufnahme mit dem Patienten – Gespräch zur Abklärung der Suizidalität» [1; S.118ff.] und «NGASR- Rating im interdisziplinären Gespräch» [1; S. 121ff.] wird der Einsatz von psychiatriespezifischen OSCE Posten in der Pflegeausbildung anhand eines Vortrags und mit Video-Ausschnitten zur Verdeutlichung der konkreten Anlage dargestellt und erläutert.

Literatur

1. Schlegel, C. (2018). *OSCE – Kompetenzorientiert Prüfen in der Pflegeausbildung. Einführung und Umsetzung von OSCE-Stationen.* Berlin: Springer Verlag.

67. Es war einmal... die Geschichte des Deeskalationsmanagements

Kerstin Wimmer, Christoph Heller, Karin Jelinek

Hintergrund

Die Kenntnis sicherheits- und deeskalationsspezifischer Maßnahmen, im Sinne des Arbeitnehmerschutzgesetzes, stellt eine unverzichtbare Grundlage für professionelles und qualitativ hochwertiges Handeln in der Psychiatrie dar. An der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus erkannte die Pflegebereichsleitung frühzeitig die Wichtigkeit dieses Themas und stellte Ressourcen bereit, um dieses Anliegen in die Praxis umzusetzen.

Problemstellung

Es sollten Möglichkeiten gefunden werden, um die Sicherheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie der Patientinnen/Patienten zu gewährleisten, unter Wahrung einer professionellen Beziehung, die nach Aggressionsereignissen noch tragfähig sein sollte. Es sollten geeignete Personen in der Thematik zur Trainerin bzw. zum Trainer ausgebildet werden und ein geeignetes Fortbildungsprogramm für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt werden.

Ziele

- Bewusstmachen des Themas „Aggression und Gewalt“
- Abgabe von Handlungsempfehlungen bzgl. Sicherheit und Deeskalation
- Schulung in Deeskalationsstrategien
- Verbesserung der Sicherheit durch organisatorische/ bauliche/ technische Maßnahmen

Vorgehen

Die Entwicklung des Sicherheits- und Deeskalationsmanagements nahm mit der Trainerinnen-/Trainerausbildung zweier erfahrener Mitarbeiterinnen der Pflege 2004 ihren Anfang. In weiterer Folge wurden pro Jahr zwei bis drei Basiskurse sowie zwölf zweistündige Auffrischungseinheiten abgehalten, an denen neben dem Pflegepersonal auch zahlreiche Angehörige anderer Berufsgruppen teilnahmen. Der Schwerpunkt der Auffrischungseinheiten lag auf der Wiederholung der Befreiungs- und Teamtechniken sowie auf der Beantwortung aktueller Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Ergänzend zum Basiskurs wurde für das Pflegepersonal die zweitägige Fortbildung „Erfolgreich Kommunizieren“ von einer der Trainerinnen implementiert, die sich verstärkt mit der verbalen Deeskalationstechnik auseinandersetzt.

In den Jahren 2014/2015 wurde das Team der mit sicherheitsrelevanten Aspekten befassten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auf vier erhöht. Durch die langjährige Erfahrung einerseits und die neuen Impulse andererseits entstanden produktive Synergien sowie Ideen zur Umgestaltung. Die Inhalte des 40-stündigen Basiskurses wurden anhand der aktuellsten fachlichen Erkenntnisse aus den kürzlich abgeschlossenen Ausbildungen modifiziert. Der in Theorie- und Praxismodule unterteilte Kurs wurde eingehend überdacht, theoretische Inhalte wurden überarbeitet und die praktischen Übungen wurden an die aktuellste Entwicklung der kommunikationsgestützten Körperinterventionen angepasst.

Ab Herbst 2016 begann das Trainerinnen- und Trainerteam mit der Überarbeitung und Neukonzipierung der Auffrischungsschulungen zum Basiskurs. Seit dem Jahr 2017 finden fünf Mal jährlich achttündige Auffrischungstage statt. Diese sind – analog zum Basiskurs – in abwechselnde Theorie- und Praxiseinheiten strukturiert. Neben einer umfassenden Wiederholung der kommunikationsgestützten Körperinterventionen bieten die Theorieeinheiten Gelegenheit zum

Erfahrungsaustausch. Ebenso stehen Aspekte des Sicherheitsmanagements der einzelnen Fachabteilungen sowie Informationen zur aktuellen Rechtslage auf dem Programm. In den bisher abgehaltenen Kursen waren die Rückmeldungen sehr positiv.

Weitere Schwerpunkte der Deeskalationstrainerinnen/-trainer sind engmaschige Erst- und Auffrischungsschulungen von Fixierungsmaterialien laut Medizinproduktegesetz sowie die Abhaltung einer Fortbildung, welche sich mit den juristischen Aspekten psychiatrischer Akutzustände sowie deren korrekter Dokumentation auseinandersetzt.

Anfang 2017 wurde auf Wunsch der Direktion des Pflegedienstes ein Expertinnen-/Expertenforum für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement gegründet, welches die hausweite Vernetzung auch mit den Trainerinnen/Trainern der allgemeinen Bereiche ermöglicht.

Ergebnisse/Erfahrungen

Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Aggression innerhalb der Basiskurse wurde eine erhöhte Sensibilisierung in allen Berufsgruppen erreicht.

Neben den Schulungen konnten zahlreiche Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit umgesetzt werden: Anschaffung notruffähiger Telefone, Aufrüstung nahezu aller Stationen mit einem standardisierten Notfallwagen für psychiatrische Akutsituationen, Erstellung von Dokumenten rund um das Thema, die als Handlungsleitfäden zur Verfügung stehen. Die Deeskalationstrainerinnen/-trainer sind außerdem Ansprechpartnerinnen/-partner für sicherheitstechnische Beratungen und strukturierte Nachbesprechungen nach Aggressionsereignissen für alle Organisationseinheiten der beiden Kliniken.

Diskussion

Der erste große Schritt in der Implementierung eines Sicherheits- und Deeskalationsmanagements wurde durch die Pflege gesetzt, welche

federführend für die Schritte dieses Prozesses die Verantwortung übernahm. Da hier erstmals Kurse seitens der Pflege für das gesamte multiprofessionelle Team angeboten wurden, sah man sich zunächst auch mit Skepsis konfrontiert. Bald konnte jedoch ein Paradigmenwechsel festgestellt werden, was sich in zunehmender Akzeptanz und steigendem Interesse zeigte und zur Erweiterung des Schulungsangebotes führte.

Schlussfolgerung

Sicherheits- und Deeskalationsmanagement hat in dieser Klinik seit Jahren einen hohen Stellenwert. Die Auseinandersetzung mit den Themen Aggression und Gewalt bzw. dem Umgang damit, trägt dazu bei, die Sicherheit sowohl für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie die Patientinnen/Patienten zu erhöhen und somit dem Ziel der „sicheren Institution“ näher zu kommen.

68. Neurolinguistisches Programmieren als Deeskalationswerkzeug - ein Hilfsmittel zur Kommunikations- und Beziehungsgestaltung im Gesundheitswesen

Christian Wirth

Ich weiß nicht, was ich gesagt habe, bevor ich die Antwort meines Gegenübers gehört habe. Das zweite Axiom von Paul Watzlawick ist ein Fundament der Deeskalation und wird uns deshalb in dieser Arbeit viel begleiten. Es ist auch eine unbestrittene Wahrheit mit der wir lernen müssen in der täglichen Arbeit umzugehen. Die richtige Anwendung von Kommunikation erfordert viel Wissen, Übung und vor allem ein Gespür was mein gegenüber gerade braucht. Das vorliegende Thema soll veranschaulichen wie NLP als Hilfsmittel genutzt werden kann, um genau das zu erreichen. Richtige Kommunikation und eine dazugehörige subjektive Haltung sind die wichtigsten Werkzeuge um Situationen positiv zu deeskalieren. Die Anwendung von Kommunikationsmethoden und Strategien erleichtert nicht nur den Zugang zum Betroffenen und damit einhergehend sein Vertrauen, sondern es gibt dem Akteur auch die notwendige Sicherheit um richtig zu handeln. Medizinisches Personal hat aufgrund des täglichen Kontakts mit Patienten mehr Einblick auf das Kommunikationsverhalten, die Wahrnehmung und die Beziehungsgestaltung und können dadurch präventive Methoden anwenden, um gefährliche Situationen gar nicht entstehen zu lassen. Bei spontanen Begegnungen mit aggressiven Menschen ist es jedoch schwieriger die richtige deeskalierende Methode anzuwenden und auch die notwendige subjektive Haltung einzunehmen. NLP ist eine Zusammenfassung vieler Kommunikationsmethoden um bestmöglichen Zugang zu Menschen zu erlangen und sie anschließend positiv auf ihrem Weg zu unterstützen. Es gibt verschiedene Methoden des NLP um mit Menschen in Interaktion zu treten und sie im Gespräch zu führen und Situationen dadurch zu deeskalieren.

69. Fixierung und Isolierung in der Akutpsychiatrie - ein qualitativer Literaturreview über das Erleben der Patientinnen und Patienten

Florian Wostry, Karoline Schermann

Hintergrund

Für Pflegepersonen in der Psychiatrie stellt die Anwendung von Zwangsmaßnahmen eine Gratwanderung und eine Herausforderung im ethischen und rechtlichen Bereich dar.

Von Zwangsmaßnahmen wird gesprochen, wenn die Maßnahme gegen den Willen des Patienten gerichtet ist. Der Patientenwille kann verbal oder non-verbal zum Ausdruck gebracht werden [16].

Zu den Zwangsmaßnahmen zählen die Zwangseinweisung, die Fixierung des Betroffenen, die Isolierung in einem separaten Raum und die Zwangsmedikation [17].

Die Entscheidung, welche Zwangsmaßnahme am besten für das Wohl der Patientin bzw. des Patienten ist, hängt von den unterschiedlichen Empfindungen der Betroffenen, der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegepersonen ab [7]. Bei Zwangsmaßnahmen steht der Grundsatz der geringstmöglichen Anwendung von Zwang im Vordergrund, sodass die Patientin bzw. der Patient die größtmögliche Freiheit behält [9].

Fragestellung

Diese Literaturarbeit geht der Frage nach, wie psychiatrische Patientinnen und Patienten Zwangsmaßnahmen, in Form einer mechanischen Fixierung oder Isolierung, in der stationären psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege erleben. Mittels des PICO-Schemas [15] wurde folgende qualitative Forschungsfrage formuliert: „Wie erleben Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen die Zwangsmaßnahmen mechanische

Fixierung und Isolierung in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege?“

Methodik

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wird ein qualitativer Literaturreview erstellt. Angelehnt an Kunz, Kahn, Kleijnen und Antes [10] beinhaltet die Literaturrecherche die Prozessschritte Identifikation, Selektion und Bewertung.

Identifikation

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum Mai bis September 2016 in den Datenbanken Academic Search Elite (via EBSCO-Host), CINAHL complete® (via EBSCO-Host), Medline (via PubMed) und psyndex (via PubPsych) durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Handrecherche in der Universitätsbibliothek Wien und die Anwendung der Berrypicking Methode nach Bates [1].

Selektion

Bezüglich des Publikationsjahres wurde eine Limitation ab dem Jahre 2006 festgelegt. Das Suchergebnis beinhaltete 620 Studien. Nach einem Abstract-Screening wurden 14 Studien einer Volltextanalyse unterzogen. Für die Literaturarbeit wurden sieben Studien mit qualitativem und zwei Studien mit qualitativem als auch quantitativem Forschungscharakter eingeschlossen, wobei jeweils nur der qualitative Inhalt berücksichtigt wurde.

Bewertung

Die Qualitätsbeurteilung der ausgewählten Studien erfolgte nach dem Beurteilungsbogen „Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie“ von Behrens und Langer [2].

Ergebnisse

In allen inkludierten Studien erlebten Patientinnen und Patienten die Zwangsmaßnahmen Fixierung oder Isolierung überwiegend als negativ [3, 4,

5, 6, 8, 11, 12, 13, 14]. Dazu zählen vor allem Kommunikations- und Informationsmangel, aber auch Angst, Wut, Aggression sowie Abneigung gegenüber dem Pflegepersonal und der Institution. Ebenso prägen Traumatisierungen das Erleben der Patientinnen und Patienten. Acht Studien zeigten auf, dass die Betroffenen auch positive Aspekte, wie z.B. Sicherheit und Schutz, während der Fixierung oder Isolierung erlebten [4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14]. Durch die inkludierten Studien konnte aufgezeigt werden, dass die Kommunikation mit dem Pflegepersonal einen zentralen Bestandteil im Erleben der Patientinnen und Patienten einnahm [3, 4, 8, 11, 13, 14]. Es wurde ersichtlich, dass Betroffene Traumatisierungen erlitten [3, 5, 6, 11, 12, 13]. Beim Erleben von Fixierung und Isolierung zweifelten die Patientinnen und Patienten an der Sinnhaftigkeit der Zwangsmaßnahmen und setzten diese mit einer Verletzung der Menschenrechte gleich [3, 4, 5, 6, 12]. Betroffene berichteten von einem Mangel an Aktivitäten [4, 8] und von negativen Gefühlen [4, 6, 8, 11, 13]. Jedoch stand nicht nur negatives Erleben bei Fixierung und Isolierung im Vordergrund. Vereinzelt wurde die Fixierung und Isolierung von den Patienten auch als positiv wahrgenommen [4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14].

Diskussion

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen stellt nach wie vor eine ungelöste ethische und rechtliche Herausforderung dar. Es bedarf in diesem Dilemma viel pflegerischem und ärztlichem Feingefühl, um die optimale Zwangsmaßnahme für die betroffenen Patientinnen und Patienten auszuloten. Dabei gilt es die individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Erst wenn alle de-eskalierenden Maßnahmen ausgeschöpft wurden, ist eine Zwangsmaßnahme angebracht. Kopetzki [9] weist darauf hin, dass jene Maßnahme zu wählen ist, die die Bewegungsfreiheit am geringsten einschränkt, aber den Zweck nicht verfehlt. Israelische Studienergebnisse [18] (n=50) verdeutlichen, dass 70% der Patientinnen und Patienten eine Isolierung gegenüber einer Fixierung bevorzugen. Eine Isolierung wurde von 82% positiver erlebt als eine Fixierung. Durch die Isolierung konnten sich die Betroffenen schneller beruhigen als bei einer Fixierung.

Limitationen

Nicht berücksichtigt wurden die Auswirkung der pharmakologischen Begleitmedikation auf das Erleben der Betroffenen. Die Auswertung erfolgte ohne Einbeziehung spezifischer Krankheitsbilder. Das Erleben von Fixierung und Isolierung wurden nicht immer differenziert beschrieben.

Schlussfolgerung

Eine Fixierung und Isolierung wird von Betroffenen unterschiedlich erlebt und beurteilt. Im Sinne der Patientenautonomie, der Adhärenz und des weiteren Behandlungsverlaufs, sollten wenn möglich Patienten und Patientinnen in den multiprofessionellen Entscheidungsprozess, welche Zwangsmaßnahme für die Betroffenen am effektivsten ist, miteinbezogen werden. Dies setzt voraus, dass eine moderne Psychiatrie sowohl eine Fixierungs- als auch Isolierungsmöglichkeit bietet.

Dabei ist vor, während und nach der Zwangsmaßnahme eine informationstransferierende Kommunikation zwischen Patientin / Patient sowie dem Pflegepersonal zu gewährleisten [4, 5, 6, 8, 13]. Nachbesprechungen mit den Betroffenen über die erlebte Zwangsmaßnahme sollten obligat sein [5, 8, 13] damit die Erlebnisse von allen beteiligten Personen gut verarbeitet werden können.

Hinsichtlich des Erlebes von Betroffenen, sollte für zukünftige Forschung der Time Out Room und die körperliche Fixierung berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

1. Bates, M. J. (1989). *The design of browsing and berrypicking techniques for the online search inter-face*. *Online Review*, 13(5), 407-424.
2. Behrens, J., et al. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3. Aufl. (2004). Bern, Hans Huber
3. Brophy, L. M., et al. (2016). *Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups*. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(6). DOI: 0.1186/s13033-016-0038-x

4. El-Badri, S., et al. (2008). *Patient and staff perspectives on the use of seclusion. Australasian Psychiatry*, 16(4), 248-252.
5. Ezeobebe, I. E., et al. (2014). *Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 303-312.
6. Frajo-Apor, B., et al. (2011). „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“. *Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. Psychiatrische Praxis*, 38, 293-299.
7. Klein, G., et al. (2016). *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive. Swiss Medical Forum*, 16(6), 137-141.
8. Kontio, R., et al. (2012). *Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 16-24.
9. Kopetzki, C. (2012). *Grundriss des Unterbringungsrechts (3. erw. Aufl.)*. Wien: Springer
10. Kunz, R., et al. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen: Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen (2. überarb. Aufl.)*. Bern: Hans Huber
11. Lanthén, K., et al. (2015). *Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. Psychiatry Journal*, 2015. DOI 10.1155/2015/748392
12. Larue, C., et al. (2013). *The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. Issues in Mental Health Nursing*, 34, 317-324.
13. Ling, S., et al. (2015). *Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint through Debriefing: A Qualitative Analysis. The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 386-392.
14. Mayers, P., et al. (2010). *Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 60-73.
15. Murdoch University (2016). *Systematic Reviews: Using PICO or PICo*. Abgerufen am 3.3.2018 von <http://libguides.murdoch.edu.au/systematic/PICO>.
16. Olszewski, K., et al. (2015). *Abwägung zwischen Patientenautonomie und Patientenwohl. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. InFo Neurologie & Psychiatrie*, 17(7-8), 55-62.
17. Steinert, T. (2008). *Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie.
18. Vishnivetsky, S., et al. (2013). *Seclusion Room vs. Physical Restraint in an Adolescent Inpatient Setting: Patients' Attitudes. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 6-10.

70. Zuversicht und Hoffnung als Grundhaltung im psychiatrischen Akutsetting

Gianfranco Zuaboni

Hintergrund

Für Menschen in Krisensituationen bieten psychiatrische Aufnahmestationen niederschwellige und hilfreiche Dienstleistungen und sind innerhalb des gesamten psychiatrischen Angebots nach wie vor von zentraler Bedeutung. Die darin tätigen Fachpersonen verfügen über Wissen und Erfahrungen in der Begleitung von Menschen in akuten psychiatrischen Krisensituationen und stellen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicher. Die therapeutischen Beziehungen zwischen den Patienten und den Fachpersonen sind in diesen Settings intensiv aber auch zeitlich begrenzt und finden meistens in einer relativ unruhigen Umgebung statt. Das hektische Milieu steht oftmals im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Patienten in akuten Krisen. Ansprechender wäre vielfach eine ruhige Atmosphäre mit passenden Rückzugsmöglichkeiten.

Zuversicht, Hoffnung und Optimismus sind für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zentrale Elemente auf dem Weg der Genesung. Diese Wege erstrecken sich meist über viele Jahre und können durch zahlreiche Faktoren unterstützt aber auch behindert werden [1]. Obwohl psychiatrische Aufnahmestationen im Verlaufe eines Recovery-Weges nur für kurze Phasen Unterstützung anbieten, prägen sie den Prozess wesentlich: In einem positiven Sinne, können sie den Recovery-Prozess einer betroffenen Person aktiv unterstützen. Das gelingt dann am Besten wenn auf der Aufnahmestation eine Kultur der Zuversicht und des Optimismus vorherrscht und die Fachpersonen von den Möglichkeiten der Patienten zu genesen überzeugt sind. Aber genau das scheint im hektischen Alltag der psychiatrischen Aufnahmestationen eine grosse Herausforderung zu sein. Vergleiche zu rehabilitativen, ambulanten Settings haben gezeigt, dass Mitarbeitende in akuten Settings geringere Erwartungen an die Möglichkeiten der Patientin-

nen und Patienten haben, sich eher skeptisch bis pessimistisch zeigen, was sich wiederum negativ auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehungen auswirken kann [2-4].

Einleitung

Fachpersonen auf psychiatrischen Aufnahmestationen müssen über eine zuversichtliche und optimistische Grundhaltung verfügen, um den Recovery-Prozess von Patientinnen und Patienten hilfreich zu unterstützen. In einem hektischen und auf medizinische und psychopathologische Defizite fokussiertem Arbeitsumfeld, kann eine entsprechende Arbeitseinstellung schnell unter Druck geraten. Der Workshop bietet die Möglichkeit sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Thema

Recovery-orientierte Intervention

Ziele

- Thematische Auseinandersetzung
- Vorgehen zur Entwicklung und Etablierung einer zuversichtlichen Arbeitseinstellung und Arbeitsweise

Ablauf

Mittels Referat erfolgt eine Einführung ins Thema. Danach werden die Teilnehmenden eingeladen eigene Erfahrungen und Positionen im Plenum auszutauschen. Gemeinsam wird eine Strategie entwickelt, um in den jeweiligen Arbeitssettings eine entsprechende Grundhaltung zu entwickeln und / oder sicherzustellen.

Gestaltung

Impulsreferat und Diskussionsrunde

Lernziele

- Zusammenhang zwischen einer zuversichtlichen Grundhaltung und der Förderung des Recovery-Prozesses erkennen
- Reflektion der eigenen Arbeitsweise, respektive der eigenen Grundhaltung
- Praktische Strategien für den Transfer in die eigene Praxis entwickeln

Literatur

1. Schulz, M., & Zuaboni, G. (Hrsg.). (2014). *Die Hoffnung trägt*: Balance Verlag.
2. 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
3. Martensson, G., Jacobsson, J. W., & Engstrom, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:10.1111/jpm.12145
4. Tsai, J., & Salyers, M. P. (2010). Recovery orientation in hospital and community settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 37(3), 385-399. doi:10.1007/s11414-008-9158-7

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.

71. IQP – „Instrument zur Qualitätseinschätzung pflegediagnosenbasierter Prozessplanung“-7 Jahre „AK - PraxisOrientierte Pflegediagnosen Bayern“

Thomas Auerbach, Andreas Fraunhofer

Hintergrund

Eine richtige und verständliche Anwendung von Pflegediagnosen kann die Qualität des Pflegeassessments steigern. Sie bietet eine vereinheitlichte Sprache, und damit identische Begriffe für identische Probleme, um so die Möglichkeit zu entwickeln, eine intraprofessionelle Kommunikation zu schärfen“ [1]. Pflegediagnosen erklären das tatsächliche Pflegeproblem des Patienten. Sie beschreiben die Ätiologie, die Symptome und verweisen auf die damit verbundenen Zielformulierungen sowie auf notwendigen Maßnahmen [2]. Im Rahmen der „PraxisOrientierte Pflegediagnostik“-PoP® geht es um die Einschätzung und Beurteilung der aktuellen Lebenssituation des Patienten mit seinem notwendigen Hilfebedarf. Die Beschreibung des Lebensaspektes wird mit Hilfe von Pflegephänomenen beschrieben [3].

Damit die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung mit ihren Pflegediagnosen systematisch überprüft werden kann, startete der „Arbeitskreis PraxisOrientierte Pflegediagnosen Bayern“ das Entwicklungsprojekt, des „IQP – Auswertungsbogens“. Dieser stellt ein Evaluationsinstrument zur Qualitätseinschätzung pflegediagnosenbasierter Prozessplanung dar, welches die Qualität des pflegediagnostischen Prozesses mit Hilfe der Dokumentation untersucht und auswertet.

Erste Anwendungen zeigen, dass das IQP ein praxistaugliches Instrument ist, welches Ergebnisse über die Qualität der Pflegeplanung und damit dem Nutzen der Pflegediagnosen liefert. Damit ermöglicht es ein „Benchmarking“ zwischen den verschiedenen Stationen und Einrichtungen.

Ziel dieser angedachten Plattform ist es, die eigene Pflegeprozessqualität mit anderen Unternehmen in Relation zu setzen und auf Grundlage der Pflegedokumentation vergleichbar zu machen.

Sowohl die zunehmende Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflege mit dem Zuwachs an Evidenzbasierung in der Pflege, als auch die immer mehr werdenden juristischen Streitfälle, fordern eine messbare Qualität der professionellen Pflege. Hierfür muss der Pflegeprozess mit den damit verbundenen Pflegeleistungen noch sichtbarer und messbarer gemacht werden [2]. Hat man früher lediglich Wert auf eine inhaltlich vollständige Pflegedokumentation gelegt, zeigt sich nun, dass nicht nur der Inhalt, sondern auch die systematische Qualität der geplanten Pflege unter Verwendung von Pflegediagnosen, ihre Wichtigkeit der Nachweisbarkeit erreicht hat. Auf Grundlage dieser Erkenntnis hat sich in Bayern seit sieben Jahren ein Arbeitskreis aus Pflegevertretern verschiedenen Psychiatrischen Kliniken gebildet. Der Arbeitskreis, der derzeit aus 16 psychiatrischen Kliniken besteht, möchte für die psychiatrischen Krankenhäuser aber auch für andere Interessierte, Ansprechpartner sein.

Problemstellung

Pflegediagnosen werden seit Jahren insbesondere im internationalen Vergleich im Pflegealltag angewendet, wenngleich sie noch immer für viele Pflegenden eine Sinnproblematik darstellen und ihr Nutzen in Frage gestellt wird. Dass geplante Pflege auf der Basis von Pflegediagnosen effektivere Pflege ermöglicht, ist offensichtlich vielen nicht bewusst. Zudem hat sich für uns herausgestellt, dass manche Pflegenden die Diagnostik nicht richtig als Pflegeprozesswerkzeug nutzen. Dies stellt einen möglichen Grund dar, weshalb das Erarbeiten von Pflegediagnosen oft als unnützlich und aufwendig empfunden wird.

Ziele

Das IQP kann zur validen und reliablen Qualitätseinschätzung pflegediagnosenbasierter Prozessplanung verwendet werden und verfolgt dabei das Ziel, strukturiert spezifische Bildungsbedarfe bei den Pflegenden in Bezug auf PoP® zu identifizieren, um passgenaue Qualifizierungsangebote entwickeln zu können. Durch die Möglichkeit einer Auswertung durch das IQP, entsteht eine supervidierende Auseinandersetzung in der Pflegepraxis.

Schlussfolgerung

Nach der aktuellen Praxisauswertung zeigt sich das IQP

- als Unterstützung für die Überprüfung von Pflegedokumentationen
- als Hilfsmittel für externe Überprüfungen der Pflegedokumentation beispielsweise durch die Pflegeentwicklung und/oder –wissenschaft
- zur gezielten Auswertung und Vorbereitung für Schulungsmaßnahmen

Literatur

1. Hollick, Jürgen 2018: Merkmal und Phänomen. Zur diagnostischen Perspektive in der Pflege. In: *Psychiatrische Pflege (2018)*, 3 (3), 37–41
2. Maria Müller-Staub 2008: *Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Messinstruments Q-DIO*, <https://www.researchgate.net/publication/23312554>, 1. Entnommen am 06.1.06.2018
3. Stefan, et.al. 2013: *POP PraxisOrientierte Pflegediagnostik*, 2. Auflage, Springer Verlag, Seite 5, 13, 15

72. Der Einfluss ambulanter psychiatrischer Pflege auf die Lebensqualität bei Menschen mit psychotischen Störungen

Manuel Furrer, Andres R. Schneeberger, Martin Aebi

Hintergrund

Die Lebensqualität von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder psychotischen Störungen wird durch verschiedene medizinische und psychosoziale Faktoren beeinflusst [1]. Die Krankheit selber aber auch medikamentöse Nebenwirkungen und soziale Folgeerscheinungen wie Stigmatisierung können sich negativ auf das Wohlbefinden der betroffenen Personen auswirken [2, 3, 4].

Problemstellung

Drei Faktoren beeinflussen die Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich [5]: die bessere ambulante Zugänglichkeit zur Behandlung und Betreuung, die Kompetenz der Mitarbeiter und die Wirksamkeit der Therapie und die Beziehung zwischen Patienten und Mitarbeitern sowie die Personalfluktuationsituation.

Bei Menschen mit psychotischen Störungen, die häufig eine langfristige Behandlung und Betreuung benötigen, kommt der psychiatrischen Pflege eine besondere Rolle zu [6]. Aufsuchende psychiatrische Pflege, in der Schweiz Spitex genannt, deckt hierbei einen Grossteil der Betreuung ab. Die durch ambulant tätige Pflegefachpersonen betreuten Personen weisen vor allem in den Bereichen seelischer Druck, sozialer Kontakte und Partnerschaften ernste Probleme auf [7].

Die Datenlage in Bezug auf die psychiatrische aufsuchende Pflege und unterstützende Sozialdienste ist sehr limitiert.

Ziele

Es ist das Ziel dieser Studie, den Einfluss ambulanter aufsuchender Pflege und sonstiger unterstützender Sozialdienste auf die Lebensqualität von Menschen mit psychotischen Störungen zu untersuchen.

Vorgehen

Es wurde ein Beobachtungsdesign einer vergleichenden Querschnittsanalyse verwendet. Die 94 Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen, die an einer schizoaffektiven Störung oder einer Schizophrenie leiden, wurden an einer Schweizer Versorgungsklinik im ländlich-alpinen Umfeld rekrutiert. Es wurde eine multiple Regressionsanalyse zur Darstellung der Wirkungszusammenhänge eingesetzt.

Ergebnisse / Erfahrungen

Das multiple Regressionsmodell prognostizierte statistisch signifikant die gesamte Lebensqualität. Die Variablen ambulante psychiatrische Pflege und Arbeit trugen statistisch signifikant zur Vorhersage bei. Auch die psychische Lebensqualität zeigte in dem Regressionsmodell eine Signifikanz. Einzig das Modell für die Analyse der körperlichen Lebensqualität konnte keine signifikante Beziehung zwischen den unabhängigen Variablen und dem abhängigen Faktor aufweisen. Die unterstützenden Sozialdienste hatten keinen Einfluss auf die Lebensqualität.

Diskussion

Die Datenanalyse zeigt, dass bei Patienten mit psychotischen Störungen aufsuchende psychiatrische Pflege eine positive Auswirkung auf die psychische Lebensqualität ausweist. Mögliche Erklärungen für diese Resultate können im Rahmen der speziell durch Pflegefachpersonen geförderten Autonomie der Patienten gesucht werden und bestätigt auch die Aussagen einer früheren Arbeit, welche die ambulante Versorgung psychiatrischer Patienten in den Vordergrund stellt. Es ist möglich, dass in ländlich-alpinen

Regionen auch die Anfahrt zu Sozialdiensten erschwert sein kann und somit analog zu medizinischen Dienstleistungen wegen der Zugänglichkeit und nicht wegen der Qualität der Dienstleistung keinen Einfluss aufweist.

Schlussfolgerung

Diese Arbeit unterstreicht, dass diese sehr vulnerable Population bestmöglichst in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld unterstützt werden sollte.

Studienteam

Cattapan-Ludewig Katja, Dr. med., ist Stv. Ärztliche Direktorin des Sanatoriums Kilchberg (CH) und externe wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern; Furrer Manuel, Dr. med., ist Oberarzt der inneren Medizin des Kantonsspitals Graubünden (CH); Huber Christian G., Prof. Dr. med., ist leitender Arzt an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (CH); Jakob Nurith Juliane, Dr. med., ist Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Sanatorium Kilchberg (CH) und Lehrbeauftragte der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich; Schneeberger Andres R., Dr. med., ist Ärztlicher Direktor der psychiatrischen Dienste Graubünden (CH) und Gastdozent an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten Zürich und Basel. Er ist Clinical Assistant Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences am Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, New York City, USA und Chief Residents Leadership Conference, Tarrytown Meeting am Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine, Connecticut, USA; Seixas Azizi, Dr. PhD, ist Assistant Professor an der NYU School of Medicine im Department of Population Health und dem Center for Healthful Behavior Change, New York City, USA

Literatur

1. Ritsner, M. S., Arbitman, M., Lisker, A., & Ponizovsky, A. M. (2012). Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder II. Predictive value of psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 21(6), 1075-1084.

2. Depla, M. F., de Graaf, R., van Weeghel, J., & Heeren, T. J. (2005). *The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. International Journal of Geriatric Psychiatry, 20(2), 146-153*
3. DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., & Kim, E. (2012). *A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. BMC psychiatry, 12(1), 20.*
4. Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). *Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 33(5), 1225-1237.*
5. Berghofer, G., Schmidl, F., & Rudas, S. (2006). *Das Wiener Patientenzufriedenheitsinventar (WPI) Entwicklung eines Messinstruments zur Patientenzufriedenheit für ambulantspsychiatrische Einrichtungen. Wiener Medizinische Wochenschrift, 156(7-8), 189-199.*
6. Abderhalden, C., & Lüthi, R. (2004). *Psychiatrische Probleme bei SpitexklientInnen. Managed Care, 5, 29.*
7. Hegedüs, A. (2009). *Der Versorgungsbedarf von Klienten der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege. uniwiien.*

73. Urteilsunfähigkeit! Wie weiter mit der Opioid-Substitutionsgestützten Behandlung bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung?

René Giesel

Hintergrund

Die Substitutionsgestützte Behandlung (SGB) mit Opioiden ist in der Schweiz eine rechtlich und politisch anerkannte suchtmmedizinische Behandlungsmethode. Die Posterpräsentation orientiert sich am Angebot spezialisierter Ambulatorien einer Psychiatrischen Klinik, welches sich an Menschen richtet, die neben ihrer Opioidabhängigkeit zusätzliche psychische und somatische Störungen aufweisen.

Problemstellung

Der Erfolg von Substitutionstherapien liegt darin, opioidabhängige Menschen langfristig in Behandlung zu halten und trotz der häufig komplexen komorbiden Problemlage deren Lebensqualität und Lebenserwartung positiv zu beeinflussen. Zunehmend werden chronisch verlaufende alters- und konsumbedingte körperliche und geistige Leistungseinbussen der PatientInnen beobachtet. Neben erhöhter Pflegebedürftigkeit nehmen die Fälle zu, bei denen PatientInnen urteilsunfähig werden. Lebensumstände verändern sich für Betroffene oft plötzlich und rasant. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt oder Umzug in eine betreute Wohnform wird erforderlich. Der Fokus der weiterbehandelnden Fachleute liegt nicht primär bei der Abhängigkeitserkrankung. Die Opioidsubstitution wird ohne Einbezug spezialisierter Suchtfachleute und ohne klaren Patientenwillen angegangen. Entscheidungen werden oft ad-hoc, unter Zeitdruck und ohne Leitlinien getroffen. Die Standpunkte Lebensqualität durch Abstinenz versus Lebensqualität durch Substitution stehen im Raum.

Ziele

Wie weiter mit der Opioid-SGB bei urteilsunfähigen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung? Wie könnte der Wille der Betroffenen wertebasiert eruiert und dokumentiert werden, damit dieser bei einer Urteilsunfähigkeit berücksichtigt werden kann?

Vorgehen

Anhand einer Praxissituation, unter Einbezug der medizinethischen Prinzipien, wurde eine Fallanalyse erstellt. Anhand der Analyse, mittels Literaturrecherche sowie den medizinethischen Richtlinien zur Patientenverfügung wurden Konzeptgrundlagen für eine im Prinzip der Patientenautonomie begründete Handlungsmöglichkeit ausgearbeitet. Es ist ein Entwurf für eine spezifische Vereinbarung, betreffend Weiterführung der Opioid-SGB bei Urteilsunfähigkeit entstanden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Es ist zu beobachten, dass nur wenige PatientInnen in substitutionsgestützter Behandlung das Angebot eines Beratungsgesprächs zum Erstellen einer allgemeinen Patientenverfügung nutzen. Aus verwendeter Studie geht hervor, dass sich tendenziell Menschen mit niedrigem Sozialstatus nicht mit einer Patientenverfügung auseinandersetzen möchten und weniger Vertrauen in die Entscheidung der Ärzte sowie der eigenen Familie äussern. Sie glauben weniger, dass eine Patientenverfügung etwas bringt. Es ist anzunehmen, dass dies bei Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung auf Grund ihres Profils, der Komplexität ihrer Problemlage, der häufig erlebten Stigmatisierung sowie durch negative Erfahrungen im Helfersystem ebenfalls oder verstärkt anzutreffen ist.

Schlussfolgerungen / Diskussion

Die Forschung zeigt, dass die Langzeit-SGB mit geeigneten Opioiden bei Opioid-Abhängigkeitserkrankungen als Therapie der ersten Wahl gilt. Betref-

fend Opioidsubstitution bei Urteilsunfähigkeit sind in der Literatur keine wissenschaftlichen Untersuchungen, Erfahrungsberichte oder spezifische Behandlungsrichtlinien zu finden.

Die Fallanalyse zeigt, dass nicht ein eigentliches ethisches Dilemma sondern eine ethische Grundsatzfrage - „Bedeutung von und Umgang mit Craving bei Urteilsunfähigkeit“ - aufgeworfen wird. Auf Grund fehlender Evidenz besteht die Gefahr, dass moralische und stigmatisierende Aspekte von Seiten Helfersystem die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung sowie den Umgang mit Craving bei Urteilsunfähigkeit beeinflussen können. Im Prinzip der Patientenautonomie wäre das vorzeitige Festhalten des Patientenwillens betreffend Opioidsubstitution eine präventive Handlungsmöglichkeit, welche einerseits den mutmasslichen Willen der Betroffenen verdeutlicht und andererseits die Behandelnden beim Festlegen von Therapiezielen unterstützen kann. Eine spezifische, auf die SGB fokussierte Vereinbarung könnte für PatientInnen griffig und niederschwellig sein und im Idealfall das Interesse zum Erstellen einer allgemeinen Patientenverfügung, respektive das Verlangen nach mehr Wahrnehmung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wecken.

74. Milieutherapeutische Gruppen in der stationären Psychotherapie

Veronika Kuhweide

Milieutherapeutische Gruppen sind in vielen psychotherapeutischen Behandlungssettings ein fester Bestandteil. Ihr zentraler Fokus bildet dabei die Einbindung von multifaktoriellen Umgebungseinflüssen in die Gruppentherapie, die auf das Handeln, Denken und Fühlen der Patienten / Patientinnen innerhalb und außerhalb des Klinikalltags wirken. Durch die Vielfalt der wirkenden Umgebungseinflüsse innerhalb der milieutherapeutischen Gruppe eröffnet sich für die pflegerische Leitung der Gruppe ein großes interaktives Handlungsfeld. Dieses ermöglicht eine Fülle an individuellen Gestaltungsmöglichkeiten und eine patientenzentrierte Haltung auf Augenhöhe. Darüber hinaus stellt es die Leitung der milieutherapeutischen Gruppe vor die Herausforderung, wie sie mit den aufkommenden Umgebungseinflüssen in der Gruppe umgehen soll.

Damit die pflegerische Gruppenleitung mit diesen Umgebungseinflüssen reflektiert und bewusst umgehen kann, hat sich das Pflgeteam der Abteilung VTS der UPK Basel mit den Thema "Gruppe gestalten, strukturieren und leiten" auseinandergesetzt. Des Weiteren wurden die bestehenden Strukturen der milieutherapeutischen Gruppen innerhalb der Abteilung VTS und ihre bisher gelebten Leitungsstile des Pflgeteams kritisch hinterfragt.

Dabei wurden sowohl pflegerische als auch berufsfremde Theorien miteinbezogen, um Erkenntnisse zu gruppendynamischen Prozessen, zu konfliktauslösenden Situationen, sowie zu der Rolle, Persönlichkeit und Kompetenz der Gruppenleitung zu sammeln, zu diskutieren und in das Abteilungssetting zu integrieren.

Die Referentinnen geben in ihrem Vortrag einen Einblick in die Milieuthherapie, die Entstehung von gruppendynamischen Prozessen sowie in die Gruppenprozessstörungen und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Leitungsperson. Ergänzend dazu wird das Phänomen der Gegenüberbta-

gung, die Gruppenanalyse nach dem Riemann Thomann Modell, sowie die Erkenntnisse aus der Gruppenpsychotherapie von D. Yalom zur Schaffung eines einheitlichen Verständnisses über die interpersonellen Prozesse innerhalb von milieutherapeutischen Gruppen präsentiert. Den Abschluss bildet die Vorstellung eines konzeptionellen Vorschlags zur Leitung von pflegerischen milieutherapeutischen Gruppen aus dem praktischen pflegerischen Alltag.

75. „Bring dich um, du bist es nicht wert zu Leben!“ - Erfahrungsfokussierte Stimmenberatung

Peter Barbara & Durrer Michael

Hintergrund

Oft werden Stimmen pathologisiert, obwohl die Mehrheit der Stimmenhörenden ohne psychiatrische Therapie ihr Leben leben. 2/3 kommen gut klar und 1/3 nicht [1, vgl. 2]. Stimmen hören ist nicht einfach krank sein. Es gibt viele Menschen überall auf der Welt 3% - 5%, die Stimmen hören oder ähnliche Erfahrungen machen, ohne dass sie deshalb mit der Psychiatrie in Kontakt kamen [3]. Sie fühlen sich oft auch nicht beeinträchtigt, sondern haben einen Umgang mit ihren Stimmen gefunden. Gegenwärtige Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 13.2% der Allgemeinbevölkerung in ihrem Leben einmal Stimmen hören werden [4]. Die Tatsache, dass normale, gesunde Menschen Stimmen hören, lässt darauf schließen, dass man Stimmenhören allein genommen nicht als Zeichen einer krankhaften psychischen Veränderung verstehen kann [1].

Problemstellung

Im Regelfall ist also nicht das Hören der Stimmen alleine das Problem, sondern der jeweilige Umgang damit. Deshalb liegt der Schwerpunkt in der erfahrungsfokussierten Beratung also auch auf dem ganz praktischen Umgang mit dem Stimmenhören [1].

Ziele

Erfahrungsfokussierte Stimmenberatung [1]:

- Unterstützt das umfassende Erforschen und Strukturieren des Stimmenhörens und beim Begreifen und Auseinandersetzen mit der Stimmenhörfahrung
- Sinnfindung: Zusammenhänge zwischen Stimmen und persönlichen Lebensgeschichte werden deutlich

- Mehr Eigenkontrolle entwickeln und die Beziehung zu den Stimmen verändern können
- Betroffene schaffen die Macht zurück, ein selbstbestimmtes Leben zu führen
- Stimmen können positiv werden bei spezifischer Auseinandersetzung mit den Stimmen
- Besserer Umgang mit den Stimmen ist möglich
- Gezielte Auseinandersetzung mit den Stimmen – Was will mir die Stimme mitteilen?

Vorgehen

Instrumente in der Stimmenarbeit [1]:

- Stimmenprofil erarbeiten
- Maastrichter Interview
- Konstrukt erstellen
- Stimmendialog führen

Stimmenprofil

Es geht darum, die Stimmen besser zu verstehen und mit ihnen einen Umgang zu finden. Das Ziel ist einen Zusammenhang (Konstrukt) zu entwickeln, welches die Lebensprobleme, die Traumata und die Rolle der Stimmen verbindet. Das Interview ist ausserdem ein Spiegel, der die Betroffenen dazu veranlasst, sich die Stimmen, die sie hören, anzusehen und über sie nachzudenken [1].

Wie wird ein Stimmenprofil erstellt?

Gemeinsam mit dem Patienten wird eine Art Biografie erstellt über die Stimmen (z.B. Name, Alter, Inhalt, Tonfall, Häufigkeit sowie in welchen Situationen sie auftauchen?) [1].

Ergebnisse

Hauptängste:

Betroffene zeigen Ängste in Bezug auf ihre Stimmen [1]. Dies kann bedeuten, dass sie aus bestimmten Gründen/Ängsten nicht über ihre Stimmen reden möchten. Wie zum Beispiel:

- Stimme gibt den Befehl, dass nicht über sie gesprochen werden darf
- Mehr Medikamente erhalten
- Wird als verrückt angesehen
- Die Aufenthaltsdauer wird aufgrund der Stimmen länger
- Die Behandlungsperson möchte die Stimmen weg haben.

Umgangstipps:

Mit Bewältigungsstrategien von einem vermeidenden zu einem konstruktiven Umgang mit Stimmen finden [1, 5].

- Die Aufmerksamkeit gezielt auf die Stimmen richten, ihnen zuhören, sich mit ihnen beschäftigen
- Ablenken, die Stimmen übertönen
- Den Stimmen antworten / mit ihnen sprechen
- Zeitpunkt und Dauer für die Stimmen festsetzen - Stimmensprechstunde
- Stimmen für eine bestimmte Zeit wegschicken
- Aufschreiben, was sie sagen / fordern
- Überprüfen, ob das was die Stimmen sagen, zutrifft
- Grenzen setzen („jetzt habe ich keine Zeit zum zu Hören“)
- Forderungen nicht sofort ausführen
- Befehle mit etwas anderem befolgen und lernen, Ärger zu äussern
- Mit anderen über Stimmen sprechen
- Gemeinsame Beschäftigung (Sudoku spielen)
- Nachfragen, um herauszufinden, was die Stimme mit ihren Aussagen meint.

- Weg finden, ob die Stimmen behalten werden wollen (subjektiv gewünscht)

Schlussfolgerung

Die erfahrungsfokussierte Beratung unterstützt die stimmenhörende Person beim Begreifen und Auseinandersetzen mit der Stimmenhörerfahrung. Lernt mit den Stimmen umzugehen und erhält die Möglichkeit den Sinn der Stimmen herauszufinden [1].

Literatur

1. Romme, M., & Escher, S. (2013). *Stimmenhören verstehen - Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern* (2. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
2. Tien, A. Y. (1991). *Distributions of hallucination in the population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (26), 287-292.
3. Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. Psychological Medicine*. 39(2), 179-195.
4. Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011) *The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. Journal of Mental Health*. 20(3), 281-292.
5. Coleman, R. & Smith, M. (2000) *Stimmenhören verstehen und bewältigen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

76. Schizophrenie in Kärnten – Überblick der Versorgungslage im Jahr 2017

Sigrid Anna Stieger

Hintergrund

Schizophrenie wird als eine chronische psychiatrische Erkrankung angesehen, welche die Gedanken, Gefühle und das Verhalten der Person beeinflusst. Die ersten Symptome der Erkrankung erscheinen in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter. Es besteht eine Lebenszeitprävalenz von 1%, übertragen auf Kärnten bedeutet dies, dass 5.600 Personen im Laufe des Lebens betroffen sein könnten [1]. Psychische Gesundheit und Wohlbefinden spielen zunehmend eine wesentliche Rolle in der Gesellschaft. Das Ziel einer jeden Behandlung sollte ein zufriedenstellendes und erfülltes Leben der betroffenen Person sein.

Kärnten ist das südlichste Bundesland Österreichs und hat eine Größe von 9500 Quadratkilometer, davon sind 2500 Quadratkilometer mit 560.000 Einwohnern bevölkert. Kärnten ist in 2 Bereiche (West- und Ostkärnten), 10 Bezirke und 132 Gemeinden unterteilt [2, 3].

Forschungsfrage und Methode

Welche Versorgungseinrichtungen und -formen stehen derzeit den Personen mit einer schizophrenen Erkrankung in Kärnten zur Verfügung?

Um die Situation aus der Sicht der Konsumenten zu erfassen, wurden eine Online-Recherche durchgeführt und Daten verwendet, welche öffentlich zugänglich sind und somit auch von Konsumenten gefunden und eingesehen werden können.

Ergebnisse

Das Versorgungssystem wird vom „Regionalen Strukturplan Gesundheit“ und dem „Kärntner Psychiatrieplan“ reguliert. Letzterer sieht in den nächsten Jahren einen Ausbau der Struktur vor.

Die intramurale Versorgung besteht aus zwei Landeskrankenhäusern in den Städten Klagenfurt und Villach. Diese bieten auch an jedem Standort einen mobilen psychiatrischen Not- und Krisendienst an [3].

Die extramurale Versorgungsstruktur ist privat organisiert und wird vom Land Kärnten und dem Versicherungssystem finanziert [4]. Die Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben derzeit die Möglichkeit, zwischen einer therapeutischen Versorgung in den Städten oder einer Wohn- und Lebensversorgung am Land zu wählen.

Angeboten werden im therapeutischen Sektor: sozialpsychiatrische Nachbetreuung, sozialpsychiatrische Dienste, Tageszentren, Beschäftigungstherapie, psychotherapeutische und psychologische Versorgung durch Organisationen, selbständige PsychologInnen und psychiatrische FachärztInnen [5, 6, 7, 8].

Als längerfristige Angebote gibt es: zwei Krisenwohnhäuser, zwei sozialtherapeutische Wohngemeinschaften und 29 Zentren für Psychosoziale Rehabilitation [6 und 7].

- Die zwei sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften und die zwei Krisenwohnhäuser sind zeitlich limitiert [6].
- Die Zentren für psychosoziale Rehabilitation sind in den ländlichen Gebieten Kärntens angesiedelt und nur zwei Einrichtungen sind in West-Kärnten [7].
- Die ärztliche Versorgung ist mit 44 Psychiatern gewährleistet, dabei sind 30 in Ostkärnten angesiedelt und 14 in Westkärnten [8].
- Psychologische Versorgung wird von 21 Vereinen und Organisationen und selbständigen Psychologen angeboten, 14 davon sind für die Behandlung Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung geeignet [5, 9].
- Die Wahl eines Facharztes oder einer psychologischen Unterstützung ist verbunden mit zusätzlichen Kosten oder langen Wartezeiten, da nur 10 der 44 Fachärzte und nur die 21 Vereine und Organisationen einen Vertrag mit Versicherungsanstalten besitzen [5,8, 9].

- In den Städten Klagenfurt am Wörthersee, Villach, Wolfsberg und Spittal an der Drau gibt es sehr gut etablierte therapeutische Versorgungsangebote und Beschäftigungsmöglichkeiten, in den anderen Städten und in den ländlichen Gebieten gibt es hingegen nur wenige Optionen.

Schlussfolgerung

Die aktuelle psychiatrisch-ambulante Versorgungsstruktur in Kärnten ist nicht ausreichend personen- und kundenorientiert. Derzeit ist es abhängig vom Wohnort der Menschen, welche Art und wieviel Serviceleistungen sie in Anspruch nehmen können. Zudem ist es für Klienten, die eine Unterstützung länger als zwei Jahre benötigen, nur möglich, diese in einem Zentrum für psychosoziale Rehabilitation zu erhalten. Kombinationen sind aufgrund verkehrstechnischer und finanzieller Hürden schwierig zu gestalten.

Literatur

1. *Barbato, A. (1998) Schizophrenia and public health. Geneva: World Health Organization.*
2. *Statistik Austria. (2017) Statistik des Bevölkerungsstandes. Wien: Statistik Austria.*
3. *Joanneum Research Forschungsgesellschaft. (2015) Regionaler Strukturplan Gesundheit - Kärnten 2020. Graz: Kärntner Gesundheitsfonds.*
4. *ÖBIG. (2005) Kärntner Psychiatrieplan 2005. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; im Auftrag der Kärntner Landesregierung.*
5. *KGKK Kärnten. (2017) Kärntner Gebietskrankenkasse. Abgerufen am 04. 06 2017 von Klinische Psychologinnen: <https://www.kgkk.at/portal27/kgkkportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.698968>*
6. *pro mente Kärnten GmbH. (2017) Geschäftsbericht 2016. Klagenfurt: Pro mente Kärnten*
7. *Pöcheim, M. (2015) Einrichtungen für psychisch Kranke und abhängige Personen. Klagenfurt: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4.*

8. *Ärztammer für Kärnten. (2017). Arztsuche. Abgerufen am 16. 05 2017 von <http://www.aekkn.at/arztsuche>*
9. *KGKK Kärnten. (2017) Psychotherapeutische u. Interdisziplinäre Vertragsinstitute. Abgerufen am 17. 05 2017 von <https://www.kgkk.at/portal27/kgkkportal/content?contentid=10007.698970&viewmode=content>*

77. Behandlungspfade in der Ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

Einführung

Im Folgenden möchten wir das Praxisprojekt des Fachpflegedienstes Caspar & Dase vorstellen, mit welchem gezielt Menschen mit Depressionen und anderen schweren psychischen Erkrankungen behandeln und betreuen. Wir greifen dabei auf bereits bewährte Konzepte zurück, die bei den Mitarbeitern bereits umfangreich bekannt sind und somit die Kompetenzen der psychiatrischen Pflegenden nutzen. Die Gruppenbehandlung stellt in diesem Behandlungspfad der Betreuung die Regel dar und nicht die Ausnahme, so dass bei dem Gesamtaufkommen der zu behandelnden Patienten mehrere Gruppen parallel stattfinden.

Das Behandlungskonzept der ambulanten psychiatrischen Pflege von Caspar & Dase in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten in Celle beruht auf zwei wichtigen Säulen. Die eine Säule ist die Individuelle Betreuung durch die Bezugspflege, die im Einzelkontakt die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt und behandelt. Die andere Säule ist die - nach wissenschaftlichen Grundlagen - durchgeführte Gruppenarbeit für Patienten mit den verschiedensten psychischen Störungen [1].

Die Gruppenangebote werden in enger Absprache und Unterstützung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt und durch fachkompetente Mitarbeiter geleitet. Nach der Aufnahme findet für jeden Patienten der Integrierten Versorgung ein ausführliches Vorgespräch statt, in welchem die Gruppenteilnahme erläutert wird.

Diese Gruppenangebote stellen wir im Folgenden dar:

Behandlungsangebot für Menschen mit Depressionen

Das Konzept zur Behandlung für Menschen, die an Depressionen leiden, besteht im ersten Teil aus einer Psychoedukationsgruppe. Psychoedukation

bedeutet mehr über die eigene Erkrankung zu erfahren, wie auch deren Ursache und die Denkmodelle, die Menschen depressiv machen, kennenzulernen. Die Psychoedukation basiert auf einem wissenschaftlichen Manual zu Behandlung von Depressionen [2]. Das Manual besteht aus 12 Gruppeneinheiten, die alle 14 Tage stattfinden.

Der zweite Teil des Behandlungsangebotes für Menschen mit Depressionen besteht aus der Ressourcenaktivierungsgruppe. Dieses bewährte Gruppenkonzept [3] umfasst den Umgang mit den eigenen Gefühlen und den fünf Sinnen. Das Manual besteht aus 15 Gruppeneinheiten, die alle 14 Tage stattfinden.

Behandlungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Das Konzept zur Behandlung von anderen psychischen Erkrankungen besteht ebenfalls aus zwei Teilen. An diesen Gruppen können Menschen mit Psychosen, Bipolaren Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen teilnehmen. Der erste Teil besteht aus einer diagnoseunabhängigen Psychoedukationsgruppe, die sich mit psychischer Erkrankung und psychischen Diagnosen auseinandersetzt und mit dem Wissen über spezifische psychische Erkrankungen, dem Umgang mit Psychopharmaka (ärztlicher Anteil). Die Psychoedukation basiert auf einem wissenschaftlichen Manual zu diagnoseunabhängiger Behandlung von psychischen Erkrankungen [4]. Das Manual besteht aus 12 Gruppeneinheiten, die alle 14 Tage stattfinden.

Der zweite Teil umfasst das Soziale Kompetenztraining (SKT) zur Stärkung der eigenen Persönlichkeit [5]. Im SKT geht es um den Teufelskreis der negativen Gedanken, die zu negativen Gefühlen führen und Handlungsunfähig machen. Das Manual besteht aus 15 Gruppeneinheiten, die alle 14 Tage stattfinden.

Grundsätze der Teilnahme am Gruppenangebot

Patienten, die durch einen Facharzt über die Techniker Krankenkasse, der IKK Classic, der BKK Mobil Oil und den Krankenkassen des BKK LV Mitte in

die Integrierte Versorgung eingeschrieben wurden können an allen Gruppen teilnehmen. Für die Teilnahme an den Gruppen setzen wir eine Verbindlichkeit voraus, da Ihnen ansonsten wichtige Anteile verloren gehen, die zur Krankheitsbewältigung essentiell sind.

Einzelbetreuung durch die Bezugspflege

Die Betreuung und Begleitung durch die Bezugspflege bleibt noch immer der Kern der Behandlung, der aber parallel zur Gruppenbehandlung stattfindet. Die Betreuung beinhaltet eine festgelegte Struktur, um die Qualität der Betreuung zu steigern und allen Patienten die gleichen Hilfsmittel zur Recovery-Förderung, Resilienz Steigerung und Krisenvermeidung zukommen zu lassen.

Literatur

1. *Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012): AWMF S 3 Leitlinie - Psychosozialen Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen: Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html>.*
2. *Schaub, Annette; Roth, Elisabeth; Goldmann, Ulrich (2013): Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. 2., aktualis. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe (Therapeutische Praxis)*
3. *Boden, Marie; Feldt, Doris (2012): Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. 4., erw. Neuaufl. Bonn: Psychiatrie Verlag (Psychosoziale Arbeitshilfen, 25).*
4. *Jensen, Maren (2014): Diagnosenübergreifende Psychoedukation. Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen ; [Inklusive Downloadmaterial]. 2., überarb. und erw. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Psychosoziale Arbeitshilfen, 26)*
5. *Hinsch, Rüdiger; Pflingsten, Ulrich (2015): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele ; mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. 6., vollst. überarb. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz (Materialien für die klinische Praxis).*

78. ...damit safewards auch wirklich drin ist!“

Ulrich von dem Berge

Safewards ist als ein „Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen“ [1] aktuell im Fokus vieler Diskussionen. Es fasst in der einfachen Form die Faktoren zusammen, die die Häufigkeit von Konflikten und Eindämmungsversuchen auf Stationen beeinflussen, nämlich *Ursprungsfaktoren, Mitarbeitermodifikatoren, Patientenmodifikatoren, Krisenherde, Konflikte, Eindämmung (von Konflikten)* und macht die Zusammenhänge zwischen diesen beeindruckend verständlich.

In den sechs Ursprungsfaktoren werden die Patientengruppe, die Patienteneigenschaften, die regulatorischen Rahmenbedingungen, das Stationsteam, die räumliche Umgebung und die krankenhausexternen Faktoren benannt. Für diese Ursprungsfaktoren konnte eine hohe Evidenz für die Entstehung von Konflikten nachgewiesen werden [1].

Das Pflegepersonal hat durch die Art, wie es auf diese Ursprungsfaktoren reagiert, erhebliche Einflussmöglichkeiten auf die Häufigkeit von Konflikten. Aus diesem Leitgedanken entwickelte das Safewards-Team Interventionen, die auf unterschiedlichen Ebenen zur Anwendung kommen, aber alle das Ziel haben, Sicherheit für Mitarbeiter und Patienten zu gewährleisten. Eine Auswahl dieser Interventionen wurde in einem Feldversuch auf Stationen erprobt. Die Ergebnisse führten zu einer Umgestaltung und Reduktion der Interventionen, sodass letztendlich zehn Interventionen im Rahmen einer einfach verblindeten, randomisierten und kontrollierten Studie auf 16 Stationen in acht psychiatrischen Kliniken angewandt wurden [2].

Auf diese Weise wurden evidenzbasierte Einzelinterventionen zu einer komplexen Gesamtintervention zusammengeführt, was auf diesen Stationen zu einer signifikant Abnahme der Konflikte und Eindämmungsversuche führte [2]. Mitarbeitende haben folglich einen großen Einfluss auf die Eindämmung von Konflikten, wenn sie sich ihrer aktiven Rolle und ihrer Möglichkeiten bewusst werden.

- Diese zehn evidenzbasierten Einzelinterventionen sind:
- Klärung gegenseitiger Erwartungen
- Verständnissvolle Kommunikation
- Deeskalierende Gesprächsführung
- Wertschätzende Kommunikation
- Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten
- Gegenseitiges Kennenlernen
- Gemeinsame Unterstützungskonferenz
- Methoden zur Beruhigung
- Sicherheit bieten
- Entlassnachricht

Wir haben in unseren Einrichtungen fast alle Führungskräfte und viele Mitarbeitenden über das Modell Safewards, dessen Evidenz und die Interventionen informiert, um den Nutzen darzustellen und zur Einführung zu motivieren. In diesen Informationsveranstaltungen wurde oft berichtet, das machen wir doch schon, wenigstens ansatzweise. Oder beispielsweise bei der Maßnahme „Gegenseitiges Kennenlernen“ dazu sind meine Kolleginnen und Kollegen sicher nicht bereit.

Aus Erfahrungen mit Konzepten, wie der Bezugspflege als Organisationsform, kennen wir die Neigung nach Umsetzung einzelner Schritte davon zu reden, dass das Konzept betrieben wird und dann diese Behauptung einer Prüfung nicht standhält.

Bei einer komplexen Intervention wie den Interventionen des Safewards-Modells, die zusammen erst ihre volle Wirkung entfalten, wäre dies ein fataler Verlust von Wirkfaktoren, der in der Praxis das gesamte Modell in Frage stellen würde. Dies wollen wir vermeiden!

Wir wollen eine vollständige Einführung des Safewards-Modells mit allen Interventionen anregen, unterstützen und regelmäßig evaluieren. Um dies sicherzustellen haben wir bisher:

- Führungskräfte auf allen Ebenen informiert und möglichst deren Unterstützung eingeholt.

- Wir haben Qualitätsanforderungen wurden formuliert, die von den Führungskräften verabschiedet wurden.
- Diese Anforderungen enthalten eine(n) Regionale(n) Safewards-Bbeauftragte(n), der die Umsetzungsprozesse unterstützt und evaluiert.
- Für die Aufgabe wurde eine Stellenbeschreibung erstellt, diskutiert und verabschiedet.
- Um das Safewards-Modell erfolgreich zu implementieren benötigen wir bei den Mitarbeitenden das Verständnis, dass die Implementierung von Teilaspekten nicht ausreichend ist!

Literatur

1. *Bowers, Len (2010): Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen, SUGAR consultation, Online im Internet: „URL: http://www.safewards.net/images/German_PDF/2_DAS_SAFWARDS_MODELL.pdf“ [Stand:18.04.2018]*
2. *Safewards Homepage: „Die RCT Safewards Studie“ Online im Internet: URL: <http://www.safewards.net/de/> [Stand:18.04.2018]*

79. Entwicklung durch kontinuierliches Gesundes Gegenüber

Christine Ottinger, Doris Zeidler, Dessislava Müller

Hintergrund

Der chronische Verlauf von psychiatrischen Erkrankungen ist häufig kombiniert mit einer reduzierten Handlungsfähigkeit und einer reduzierten allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Das Planen, Aufnehmen und gezielte Durchführen von Handlungen ist insbesondere bei PatientInnen von schizophrenen Erkrankungen eingeschränkt. Chronische Verläufe der schizophrenen Erkrankung gehen zudem mit sozialem Rückzug, einer Abwendung von der Außenwelt und einer vermehrten Hinwendung zur Innenwelt, einher. Soziale Isolation und Kontaktarmut können die Folgen sein.

Die vorherrschenden psychotischen Erklärungsmodelle der Betroffenen selbst erheben sich zu einer kaum durchdringbaren Barriere, welche soziale Kontakte und ein Miteinander erschweren [2].

Um diese multikausale gesundheitsschädliche Spirale zu durchbrechen, wurde ein Projekt entwickelt, welches durch ein Gesundes Gegenüber stufenweise und individuell auf die persönlichen Ressourcen der BewohnerInnen abgestimmt ist.

Problemstellung

Das Pflegekrankenhaus Tokiostraße des Hauses der Barmherzigkeit Wien hat seit 2007 Stationen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt eröffnet. Die dort lebenden BewohnerInnen haben chronifizierte, psychiatrische Erkrankungen, speziell aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Menschen ziehen dort ein und sind sowohl in ihrer Psychopathologie, im Rahmen von inhaltlichen und formalen Denkstörungen, als auch in ihrer fehlenden sozialen Kompetenz auffällig.

Die fehlende Fähigkeit zur Selbstfürsorge können langfristig, auch bei jüngeren chronisch Kranken, einen Einzug in Langzeiteinrichtungen nötig machen.

Ziele

Durch die Möglichkeit der langen, kontinuierlichen Beziehungsarbeit soll der Bezug zur gemeinsamen Realität und der Bezug zu den eigenen gesunden Anteilen gefördert werden. Das Erleben einer sozialen Gruppe wird von passiv auf aktiv geübt und soll ein positives Erleben ermöglichen. Durch die Unterstützung durch das Gesunde Gegenüber wird ein Werkstück erstellt und so Elemente der Allgemeinen Selbstwirksamkeit [1] geübt und gestärkt, was wiederum die Handlungsfähigkeit der BewohnerInnen erhöhen soll.

Vorgehen / Methodik

Die Tätigkeit baut auf den biographischen Interessen, insbesondere der Männer, auf. Sie setzt auf eine gezielte Förderung der Planungs- und Handlungsressourcen. So wird eine Tätigkeit mit Unterstützung des Gesunden Gegenübers geplant, über einen längeren Zeitraum regelmäßig durchgeführt und ein Erfolgserlebnis durch das Fertigstellen des Werkstückes gefördert. Ebenso wird das soziale Miteinander geübt und ein positives Erleben einer Gruppe gefördert.

Feindosierte, kontinuierliche Kontaktangebote haben das Ziel Ichstärken aufzuspüren und Kompetenzen jedes einzelnen zu fördern.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse zeigen, dass bei einem Großteil der teilnehmenden Patienten eine theoriekonforme Verbesserung erkennbar ist. Bereits nach wenigen Wochen kann eine Verdoppelung der Zeit der Teilnahme, also der Handlungsaufnahme und Durchführung, beobachtet werden.

Bezogen auf die soziale Teilhabe können bereits vermehrt aktive Interaktionen miteinander protokolliert werden. Die räumliche Distanz der TeilnehmerInnen zueinander konnte schrittweise reduziert werden, ohne eine Veränderung der Grundstimmung in der sozialen Gruppe zu bewirken, welche als freundlich und positiv beschrieben wird.

Diskussion und Schlussfolgerung

Es dauert meist ein Jahr bis die BewohnerInnen tatsächlich in der neuen Wohn- und Lebenssituation angekommen sind. Die Beziehung zu den MitarbeiterInnen gelingt durch kontinuierliches Vorgehen gut. Die Phänomene der chronischen psychiatrischen Erkrankung treten in den Hintergrund oder es entwickeln sich bereits Parallelwelten. Die Ergebnisse und die Entwicklung der BewohnerInnen zeigen auf, wie wichtig Aufgaben, Rollen und soziale Interaktionen für die psychische Gesundheit sind. Der Hypothese, dass durch eine lange kontinuierliche Beziehungsarbeit mit konkreten Tätigkeitsfeldern und Rollen die Tendenz zur wahnhafte Verarbeitung in den Hintergrund treten und der Ductus auch bei chronisch formalen Denkstörungen zunehmend kohärent werden kann, wird weiterhin nachgegangen.

Literatur

1. Bandura, A. (1992). *Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
2. Kraemer, S., Zinner, H. J., Riehl, T., Gehringer, M., & Möller, H. J. (1990). *Kognitive Therapie und Verhaltenstraining zur Förderung sozialer Kompetenz für chronisch schizophrene Patienten. Kognitive Therapie bei Schizophrenen*. Jena, Germany: Fischer, 73-82.
3. Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Autorinnen und Autoren

***Aebi Martin**, Dipl. Pflegefachmann HöFa1, Pflegeexperte, Mitglied der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Dienste Graubünden. *Kontakt: martin.aebi@pdgr.ch*

***Andersson Sven**, Dipl. Pfleger PsyKp, dipl. Erwachsenenbildner HF AEB, MAS Mental Health, Bildungsverantwortlicher in den universitären psychiatrischen Diensten Bern AG. *Kontakt: sven.andersson@upd.ch*

***Auerbach Thomas**, Bachelor für Pflegepädagogik (B.A.), Stationsleiter und Gesundheits- und Krankenpfleger mit Weiterbildung für Psychiatrie am Kbo – Isar Amper Klinikum-Forensische Klinik München –Ost. *Kontakt: Thomas.Auerbach@kbo.de*

Baghlani-Millard Roya, Gesundheits und Krankenpflegerin, psychiatrische Institutsambulanz des evangelischen Klinikums Bethel. *Kontakt: roya.baghlani-millard@evkb.de*

Bangerter Gilles, Psychiatriepfleger, langjährige Tätigkeit als Pfleger und Stationsleiter in verschiedenen psychiatrischen Kliniken und ambulanten Behandlungszentren. Derzeit Dozent an der Haute Ecole de Santé Vaud (Hochschule Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz, HES-SO). Seine Forschung betrifft die Pflege in den akuten Phasen psychischer Erkrankungen. *Kontakt: Gilles.BANGERTER@hesav.ch*

***Beeri Simone**, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, ist seit 20 Jahren in der Psychiatrie, davon 10 Jahre als Stationsleiterin einer Akutstation für Abhängigkeitserkrankungen tätig. Zur Zeit arbeitet sie als Pflegeexpertin und Pflegewissenschaftlerin MNS in der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG. Ihre Arbeitsschwerpunkte 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

***Berger Desiree**, Fachkoordinatorin Pflege, seit 2011 in der psychiatrischen Pflege tätig. Kurs für Deeskalation- und Sicherheitsmanagement im Jahre 2017 abgeschlossen. *Kontakt: desiree.berger@wienkav.at*

***Binder Simone**, Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Fachweiterbildung für Psychiatrie und Weiterbildung für systemische Praxis in der Allgemeinpsychiatrie. Seit 15 Jahren in der Aufnahmestation 1021 mit Schwerpunkt Depressionen und

Persönlichkeitsstörungen Typ Borderline, im ZfP Bad Schussenried tätig. *Kontakt: simone.binder@zfp-zentrum.de*

Bornand Cédric, Prof., Ingenieur, Dozent an der Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud (Hochschule für Technik und Management, Fachhochschule Westschweiz, HES-SO). Als Entwicklungsingenieur für verschiedene Unternehmen und Akademiker tätig. Seine Forschung betrifft Mensch-Maschine Interaktionen und die Entwicklung von physiologischen Sensoren. *Kontakt: Cedric.Bornand@heig-vd.ch*

Boßler Barbara, Pflegewissenschaftlerin, seit 2015 als Pflegeexpertin im ZfP Südwürttemberg. *Kontakt: Barbara.Bossler@Zfp-Zentrum.de*

Bovet Emilie, Dr., Sozioanthropologin, Dozentin an der Haute Ecole de Santé Vaud (Hochschule Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz, HES-SO), Mitglied der Plattform zur Unterstützung von qualitativer Forschung (IUMSP-HESAV). Ihre Forschungsschwerpunkte sind Psychiatrie und psychische Gesundheit, Krankenpflegegeschichte und Migration. *Kontakt: emilie.bovet@hesav.ch*

***Burgstaller Daniel**, DGKP, seit 11 Jahren am Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums tätig. *Kontakt: daniel.burgstaller@kepleruniklinikum.at*

***Brandtner, Daniela**, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT), ist Therapeutische Abteilungsleiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel am Evangelischen Klinikum Bielefeld gGmbH. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Behandlung von Menschen mit Psychosen, Behandlungsvereinbarung, Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Umstrukturierung von Versorgungs- und Therapieangeboten. *Kontakt: daniela.brandtner@evkb.de*

Brussmann Simon, dipl. psych. Gesundheits- und Krankenpfleger, seit 2015 in der psychiatrischen Pflege tätig. Kurs für Deeskalation- und Sicherheitsmanagement im Jahre 2018 abgeschlossen.

Büchi Jonas, Hilfsassistent Forschung, angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule. *Kontakt: jonassebastian.buechi@bfh.ch*

***Burgstaller Daniel**, DGKP, seit 11 Jahren am Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums tätig. *Kontakt: daniel.burgstaller@kepleruniklinikum.at*

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*

***Dinkel Jürg**, Pflegeexperte, Erwachsenenbildner MAS A&PE, arbeitet seit 13 Jahren in dieser Funktion in der Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See. Er ist

u.a. Administrator der E-Learningplattform und entwirft und entwickelt E-Learningmodule klinikintern und -extern mit. *Kontakt: juerg.dinkel@clienia.ch*

***Domonell Kristina**, Pflegefachverantwortliche, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel *Kontakt: Kristina.Domonell@upkbs.ch*

***Durrer Michael**, MScN, ist insgesamt 8 Jahre in der stationären Akutversorgung der Luzerner Psychiatrie in verschiedenen Funktionen tätig, aktuell als Pflegeexperte APN. *Kontakt: michael.durrer@lups.ch*

***Elhilali Laila**, RN, Cand. MScN, Pflegefachfrau, Abteilung Lehmann, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD AG, Bern. *Kontakt: laila.keller@icloud.com*

***Endrikat Switlana**, Diplom-Pflegewirtin (FH). Altenpflegerin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Gastdozentin an der Krankenpflegeschule des LVR-Klinikums Düsseldorf. *Kontakt: Switlana.Endrikat@lvr.de*

***Fiebig Madlen**, ePA-CC GmbH, Wiesbaden *Kontakt: madlen.fiebig@epa-cc.de*

***Filsmaier Margit**, Fachbereichsleiterin Pflege, seit 1998 in der psychiatrischen Pflege tätig, 1,5 Jahre nach Beginn als diplomierte psychiatrische Krankenschwester bereits als Praxisanleitung tätig. Kurs für Praxisanleitung 2002 erfolgreich abgeschlossen. *Kontakt: margit.filsmaier@wienkav.at*

***Finklenburg Udo**, VAPP, Pieterlen, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, MAS Mental Health. Er führt gemeinsam mit 4 weiteren Pflegefachleuten Psychiatrie kollektiv den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst "just do it" für Biel und das Seeland. Er ist Gründungsmitglied und aktuell Präsident des "Verein Ambulante Psychiatrische" Pflege. *Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch*

Finsterle Karin, Fachpflegende Psychiatrie, seit 2012 als psychiatrische Fachpflegende im ZfP Südwürttemberg. *Kontakt: Karin.Finsterle@ZfP-Zentrum.de*

Formella Josefin, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge/ Friedrich von Bodelschwingh-Klinik, Berlin

Fraunhofer Andreas, Dr. rer. cur. M.A. Stabsstelle Pflegentwicklung und Pflegewissenschaft am Kbo – Isar Amper Klinikum München–Ost. *Kontakt: Andreas.Fraunhofer@kbo.de*

***Furrer Manuel**, Dr. med., ist Oberarzt der inneren Medizin des Kantonsspitals Graubünden (CH).

Gabler-Mostler Renate, akad. Pflegemanagerin, DGKP, Demenz-Koordinatorin beim Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds. *Kontakt: renete.gabler-mostler@noegus.at*

***Galli Bernhard**, MAS Supervision and Coaching in Organisationen, dipl. Pflegefachmann Psychiatrie; leitet in der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG den Bereich Bildung Pflege mit den Ressorts Aus- und Weiterbildung sowie Fachentwicklung Pflege. Vormalig tätig in der Akutpsychiatrie, als Berufsschullehrer und in verschiedenen Bereichen der Weiterbildung für Gesundheitsberufe. *Kontakt: bernhard.galli@pzmag.ch.*

Gebler Frank, BA Psychiatrische Pflege, Stationsleitung einer forensischen Station im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren.

Gehri Beatrice, MScN, Pflegewissenschaftlerin Abteilung Entwicklung&Forschung Pflege, MTD und soziale Arbeit, UPK Basel. *Kontakt: beatrice.gehri@upkbs.ch*

***Giesel René**, Pflegefachmann HF, UPK - Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel; Ambulanter Dienst Sucht (ADS). *Kontakt: rene.giesel@upkbs.ch*

***Göhring Achim**, Gesundheits- und Krankenpfleger, seit 2014 pflegerische Stationsleitung auf der alterspsychiatrischen Akutstation im ZfP Südwürttemberg. *Kontakt: Achim.Goehring@ZfP-Zentrum.de*

Golz Christoph, MScN, Koordinator und wissenschaftlicher Mitarbeiter, angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule. *Kontakt: christoph.golz@bfh.ch*

***Griese Lennert**, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Universität Bielefeld. *Kontakt: lennert.griese@uni-bielefeld.de*

***Grundmann-Horst Bettina**, Psychiatriefachschwester BA, seit 19 Jahren Geschäftsführerin der ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH in Berlin *Kontakt: b.grundmann-horst@umalleskuemmerkaefer.de*

***Gurtner Caroline**, MSc, wiss. Mitarbeiterin & Projektleiterin in der angewandten Forschung & Entwicklung Pflege, Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule, CH und Doktorandin an der Universität Maastricht, NL. *Kontakt: caroline.gurtner@bfh.ch*

***Güswell Angelika**, Prof. Dr., Psychologin und Musikerin, Leiterin Angewandte Forschung & Entwicklung Haute Ecole de Musique Vaud Valais Fribourg (Musikhochschule, Fachhochschule Westschweiz, HES-SO) und Vizepräsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Positive Psychologie (SWIPPA). Ihre Forschungsschwerpunkte

sind Charakterstärken und Persönlichkeitsprofile von MusikerInnen, positive Emotionen, Musik in der Psychiatriepflege, professionelle Identität von Musiklehrpersonen, Lampenfieber und Stressbewältigung. *Kontakt: angelika.gusewell@hemu-cl.ch*

***Hadorn Markus**, Master Pädagogische Hochschule Luzern in Adult and Professional Education, Berufsschullehrer und Dozent, Dipl. Erwachsenenbildner AEB und Dipl. Pflegefachmann HF, Fachrichtung Psychiatrie. Seit 11 Jahren als Ausbildungsverantwortlicher HF Pflege in der Luzerner Psychiatrie tätig. Zudem verschiedene Dozentenmandate an Höheren Fachschulen und der H+ Bildung *Kontakt: markus.hadorn@lups.ch*

***Hahn Birgit**, B.A. Psychiatrische Pflege – Psychische Gesundheit, Sozial- und Milieupädagogin, Klinische Pflegeentwicklung / ANP; Abt. Allgemeine Psychiatrie - im Evang. Klinikum Bethel in Bielefeld. *Kontakt: Birgit.Hahn@evkb.de*

Hahn Maximilian, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital

***Hahn Sabine** leitet die Abteilung Pflege und die angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule. Sie ist wissenschaftliche Beirätin und Mitorganisatorin diverser Kongresse und Mitherausgeberin der Zeitschrift Psychiatrischen Pflege sowie des wissenschaftlichen Journals für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Sie ist zudem Reviewerin zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Journals. *Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch*

***Hegedüs Anna**, Mag.; wissenschaftliche Mitarbeiterin Careum Forschung, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich. Doktorandin der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle – Wittenberg. *Kontakt: anna.hegedues@careum.ch*

Heinsch Anna, B.Sc. Pflegewissenschaft, Pflegeexpertin, ZfP Südwürttemberg Weissenau *Kontakt: anna.heinsch@zfp-zentrum.de*

Heller Christoph, Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, Fachbereichskoordinator Pflege an der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am AKH Wien, Trainer und Berater für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen, Lehr- und Vortragstätigkeiten in verschiedenen Bildungseinrichtungen. *Kontakt: ch.heller@gmx.at*

***Herter Ilona**, Pflegepädagogin B.A., MBA, akademie südwest, Bildungseinrichtung des ZfP Südwürttemberg, Leitung der Weiterbildungsstätte „Weiterbildung für Pfl-

geberufe auf dem Gebiet der Psychiatrie am Standort Bad Schussenried, *Kontakt: Ilona.Herter@zfp-zentrum.de*

Herwig Gitte, Pflegeexpertin (B. A.), Gesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie, Klinik für Forensische Psychiatrie & Psychotherapie, ZFP Emmendingen. Absolventin des Studiengangs Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld. *Kontakt: g.herwig@zfp-emmendingen.de*

***Hirsbrunner Therese**, MScN, Pflegeexpertin. Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG. *Kontakt: therese.hirsbrunner@spital.so.ch*

Höhrhan Bernadette, BA, Abteilung Gesundheitsreform-Koordination der NÖ Gebietskrankenkasse. *Kontakt: bernadette.hoehrhan@noegkk.at*

***Holzke Martin**, M.A. Pflegewissenschaft. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, ZfP Südwürttemberg, Weissenau *Kontakt: martin.holzke@zfp-zentrum.de*

Horn Annett, Dr., Krankenschwester, Dipl. Pflegewissenschaftlerin

Hunstein Dirk, Dr., ePA-CC GmbH, Wiesbaden

***Jähne Anke**, M.A., MPH, RN; Pflegefachfrau Onkologie, wissenschaftliche Mitarbeiterin Careum Forschung, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich. *Kontakt: anke.jaehne@careum.ch*

Jelinek Karin, DGKP, Stationsleitung Pflege an der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am AKH Wien; Trainerin und Beraterin für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen. *Kontakt: karin.jelinek@akhwien.at*

Kämmer Wolfram, B.Sc. Health Communication, Heilerziehungspfleger, klinischer Pflegeentwickler im Evangelischen Klinikum Bethel / Abhängigkeitserkrankungen. *Kontakt: wolfram.kaemmer@evkb.de*

Kleina Thomas, MPH, Krankenpfleger, Dipl. Pflegewissenschaftler

Koller Martina, MMag. wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. *Kontakt: martina.koller@univie.ac.at*

Kozel Bernd, RN, M.Sc., Pflegeexperte und Pflegewissenschaftler, Abteilung F&E, Pflege, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD AG, Bern.

Kropp Uwe, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge/ Friedrich von Bodelschwingh-Klinik, Berlin

***Kuhweide Veronika**, Pfliegerische Leitung, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

***Lampert Thomas**, Dipl. Pflegefachmann, Systemischer Therapeut ZSB, MAS Systemische Beratung und Pädagogik ZSB Bern, seit 10 Jahren Koordinator Prävention und Angehörigenarbeit in den St.Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd, Vize-Präsident Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz (NAP). *Kontakt: thomas.lampert@psych.ch*

Lerch Martina, Fachexpertin Pflege Behandlungszentrum für Angst und Depression B1. *martina.lerch@spital.so.ch*

Löhr Michael, Prof. Dr., Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld. Ab Oktober 2018 Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh und LWL-Dezernat für Krankenhäuser und Gesundheitswesen, LWL-Psychiatrie-Verbund Westfalen, Münster. *Kontakt: michael.loehr@fhdd.de*

Lötscher Claudia, MScN, Pflegewissenschaftlerin Abteilung Entwicklung&Forschung Pflege, MTD und soziale Arbeit; Fachverantwortliche APN, ZAP (Zentrum für Alterspsychiatrie) UPK Basel. *Kontakt: claudia.loetscher@upkbs.ch*

Mattes Melanie, BA MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. *Kontakt: melanie.mattes@univie.ac.at*

Mayer Hanna, Univ.-Prof. Mag. Dr. Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien. *Kontakt: hanna.mayer@univie.ac.at*

***Mayer Michael**, M.A. Sozialwissenschaften, Krankenpfleger für Psychiatrie, Supervisor, Bildungsreferent an der allgäu akademie am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. *Kontakt: mm@allgaeu-akademie.de*

Meinhof Johann, Diplom Pflegewirt FH, in verschiedenen Institutionen und Funktionen der psychiatrischen Versorgung tätig, aktuell Pflegeexperte in der Luzerner Psychiatrie. *Kontakt: johann.meinhof@lups.ch*

Meißnest Bernd, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie am LWL-Klinikum Gütersloh. *Kontakt: bernd.meissnest@lwl.org*

***Meyer Philipp**, Leiter Pflege, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), AG. *Kontakt: philipp.meyer@upd.ch*

Müller Manuela, Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung für systemische Praxis in der Allgemeinpsychiatrie. Seit 20 Jahren in der Akutaufnahmestation für Allgemeinpsychiatrie, mit Schwerpunkt Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren Störungen, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen, im ZfP Bad Schussenried tätig. *Kontakt: manuela.mueller@zfp-zentrum.de*

Müller Dessislava, Stationsleiterin. Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße. *Kontakt: dessislava.mueller@hb.at*

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*

***Nienaber André** M.Sc.Gesundheits-und Pflegewissenschaft; wissenschaftl. Mitarbeiter an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld; Leitung der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh; Leiter DGPPN Referat Psychiatrische Pflege *Kontakt: andre.nienaber@fhdd.de*

Ottinger Christine, Pflegeberaterin. Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße. *Kontakt: christine.ottinger@hb.at*

***Peter Barbara**, Fachbeauftragte Pflege, seit 6 Jahren in der Akutstation 1 der Luzerner Psychiatrie tätig. *Kontakt: barbara.peter@lups.ch*

Piefke Martina, Dr., Univ.-Prof., Lehrstuhl für Neurobiologie und Genetik des Verhaltens. Departement für Psychologie und Psychotherapie. Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten. *Kontakt: Martina.Piefke@uni-wh.de*

***Risolé Miriam**, Dipl. Gestalterin (Neue Medien), Business Management Assistant, Mal- und Atelierleiterin, Dipl. Kunsttherapeutin, in Ausbildung zur LOM-Therapeutin (Lösungsorientierte Maltherapie). *Kontakt: miriam.risole@pdag.ch*

***Rixe Jacqueline**, M.Sc, 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*

***Rolle Eckhard**, Fachkrankenpfleger BA Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit, psychiatrische Institutsambulanz des evangelischen Klinikums Bethel Bielefeld. *Kontakt: eckhard.rolle@evkb.de*

***Rühle Andersson Sabine**, lic. Phil. I, seit 3 Jahren als wissenschaftliche Assistentin in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege, der Berner Fachhochschule tätig. *Kontakt: sabine.ruehleandersson@bfh.ch*

Sahm Daniel, B.A., Psychische Gesundheit, staatlich anerkannter Heilerziehungspfleger, Psychiatrische und heilpädagogische Heime Andernach/ Rhein- Mosel- Fachklinik Andernach. *Kontakt: d.sahm@rmf.landeskrankenhaus.de*

***Sauter Dorothea**, Pflegewissenschaftlerin MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld. *Kontakt: dorothea.sauter@fhdd.de*

***Scherer Edith**, Leiterin, Psychiatrie St. Gallen Nord. *Kontakt: edith.scherer@psgn.ch*

Schermann Karoline, MScN, BScN, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Seit 2013 Universitätsassistentin an der UMIT (Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik) in Hall in Tirol.

***Scheydt Stefan**, Dr., M.A. Pflegewissenschaft, Leitung der Arbeitsgruppe Psychiatrische Pflegeforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. *Kontakt: stefan.scheydt@zi-mannheim.de*

***Schirmer Uwe Bernd**, Dr., Dipl. Pflegepädagoge, seit vielen Jahren in Lehre und Forschung tätig. Spezifische Expertise zu den Themen Empathie und Beziehung. Leitung der akademie südwest. Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. *Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de*

Schmid Martin, Pflegeexperte, Master of Science Health Education, arbeitet seit 12 Jahren in dieser Funktion in der Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See. Unter anderem entwirft und entwickelt er E-Learningmodule klinikintern und -extern mit. *Kontakt: martin.schmid@clenia.ch*

***Schneider Andreas**, Dr., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Leiter der NÖ Psychiatrie-Koordinationsstelle beim Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds. *Kontakt: andreas.schneider@noegus.at*

***Schneeberger Andres R.**, Dr. med., ist Ärztlicher Direktor der psychiatrischen Dienste Graubünden (CH) und Gastdozent an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten Zürich und Basel. Er ist Clinical Assistant Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences am Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, New York City, USA und Chief Residents Leadership Conference, Tarrytown Meeting am Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine, Connecticut, USA, *Kontakt: andres.schneeberger@pdgr.ch*

Schoppmann Susanne Dr. rer. medic., Pflegewissenschaftlerin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, stellv. Leiterin DGPPN Referat Psychiatrische Pflege *Kontakt: susanne.schoppmann@upkbs.ch*

Schori Nelly, Stationsleitung Diagnostik- und Krisenzentrum B2. Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG. *Kontakt: nelly.schori@spital.so.ch*

***Schulz Michael**, Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. *Kontakt: michael.schulz@fhdd.de*

Schwarze Thomas, MNS, dipl. Pflegefachperson, Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege/Dienstleistung, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit. *Kontakt: Thomas.Schwarze@bfh.ch*

***Sexauer Johannes**, CAS Psychiatrische Pflege, seit 3 Jahren als Pflegefachverantwortlicher in der Forensischen Abteilung R2 der UPK Basel tätig. *Kontakt: johannes.sexauer@upkbs.ch*

Stantzos Alexia, M.A in Philosophie, Oberschwester im Secteur Psychiatrie Nord des Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), daneben freiberuflich tätig (Ausbildung in systemischen und kurzen Therapien). Ihre Forschung beschäftigt sich mit den Interaktionen zwischen PatientInnen und Pflegepersonal. *Kontakt: alexiastantzos@gmail.com*

Stefan Harald, Dr., MSc, Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement, Doktor Philosophie Pflegewissenschaft, Wien. *Kontakt: harald.stefan@wienkav.at*

***Stefan Ilse**, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital, *Kontakt: ilse.stefan@wienkav.at*

***Steinauer Regine**, MScN, Pflegewissenschaftlerin Abteilung Entwicklung&Forschung Pflege, MTD und soziale Arbeit, UPK Basel. *Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch*

***Stieger Sigrid Anna**, BA MA MHC, Die Autorin arbeitete 15 Jahre als psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Klagenfurt, bevor sie an die Fachhochschule Kärnten wechselte, wo sie nunmehr als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig ist. *Kontakt: s.stieger@fhkaernten.at*

Theune Michael, B.Sc., Diplom Pflegemanagement, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Pflegedienstleiter im Klinikum am Weissenhof Weinsberg. Vorsitzender der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V. Mitglied der Sektion Psychiatrische Pflegeforschung bei der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. *Kontakt: M.Theune@klinikum-weissenhof.de*

Thiele Christine, Fachärztin für Psychiatrie, systemischer Coach und Supervisorin, Psychiatrische Institutsambulanz am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Thomas Matthieu, M.A. Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt auf die Soziologie der Kommunikation und Kultur, öffentliche und politische Kontroversen, rechtsextreme Bewegungen und musikalische Gruppenpraktiken. Derzeit Assistent an der Haute Ecole de Musique Vaud Valais Fribourg (Musikhochschule, Fachhochschule Westschweiz, HES-SO). *Kontakt: matthieu.thomas@hemu-cl.ch*

***Trost Andrea**, M.A. Beratung und Vertretung im Sozialen Recht, BA of Nursing. Stabstelle Pflegewissenschaft und –entwicklung. Abteilung für Forensische Psychiatrie. LVR-Klinik Köln. Lehrstuhl für Neurobiologie und Genetik des Verhaltens. Department für Psychologie und Psychotherapie. Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten. *Kontakt: Andrea.Trost@uni-wh.de*

Trummer Mirjam, Berufsbildnerin und Stv. Stationsleitung, Behandlungszentrum für Alterspsychiatrie CO. *Kontakt: mirjam.trummer@spital.so.ch*

***Tschinke Ingo**, MScN, Master of Nursing, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Fachliche Leitung eines Ambulanten Fachpflegedienstes in Niedersachsen, Regionalsprecher der BAPP e.V. NORD, Mitglied der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft ambulante psychiatrische Pflege des Fachbeirates Psychiatrie Niedersachsen. *Kontakt: tschinke.ingo@gmx.de*

***Volmar Benjamin**, B.A. Psychiatrische Pflege, Case Manager (DGCC), Gesundheits- und Krankenpfleger, Demenz-Koordinator am Klinikum Gütersloh und dem LWL-Klinikum Gütersloh. *Kontakt: benjamin.volmar@lwl.org*

***von dem Berge Ulrich**, Dipl. Pflegewirt (FH), Pflegedienstleiter und Pflegeexperte im ZfP Südwürttemberg Bad Schussenried *Kontakt: ulrich.vdberge@zfp-zentrum.de*

***Weißflog Sabine**, Prof. Dr. rer. cur., MScN Pflegewissenschaft (univ.), M.A. Erwachsenenbildung (univ.), Diplom Pflegewirtin (FH), Krankenschwester, ist Inhaberin des Lehrstuhls Klinische Pflege Schwerpunkt Psychiatrie und Studienleitung des weiterbildenden Studiengangs Certificate of Advanced Studies (CAS) in Häusliche Psychiatrische Pflege an der Frankfurt University of Applied Sciences, Sprecherin der Sektion Psychiatrische Pflegeforschung bei der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und im wissenschaftlichen Beirat der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP e.V.) Im Rahmen dieser Tätigkeiten leitet sie seit Jahren Forschungsprojekte im Feld der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. *Kontakt: weissflog.sabine@fb4.fra-uas.de*

***Wernli Kaufmann, Reto**, Berufsschullehrer HF, Berner Bildungszentrum Pflege *Kontakt: reto.wernli@bzpflege.ch*

***Wimmer Kerstin**, BA, Diplom für Kinder- und Jugendlichenpflege, Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege an der FHDD in Bielefeld/D, Trainerin und Beraterin für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen, seit 2009 an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien tätig. *Kontakt: kerstin.wimmer.ba@gmail.com*

***Wirth Christian**, Bereichsleitung Pflege Psychiatrie/Neurologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt. *Kontakt: christianwirth@gmx.at*

***Wostry Florian**, Ing., BScN, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- & Krankenpflger. Seit 2017 Mitarbeiter der allgemeinen psychiatrischen Abteilung Station 2 in der Rudolfstiftung Wien.

Wolf-Grauwiler Katharina, Leitung Pflegedienst. Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG. *Kontakt: katharina.wolf@spital.so.ch*

***Wolfensberger Peter** (PhD-Student, Co-Präsident Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege Schweiz, Pflegewissenschaftler, Direktion Pflege, Fachdienste, Informatik, Bildung, Beratung + Entwicklung Pflege, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Zeidler Doris, Mag., Pflegeberaterin. Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße. *Kontakt: doris.zeidler@hb.at*

***Zuaboni Gianfranco**, Dr. rer. medic., Dipl. Pflegefachmann FH, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg. *Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.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 2019 in Bielefeld.