

**„Was immer noch nicht  
im Lehrbuch steht“  
– ein Aufruf zum kritischen Diskurs  
an die psychiatrische Pflege in Praxis  
– Management – Ausbildung – Forschung**

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

Herausgeber\*innen:

Hrsg.: Sabine Hahn, 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 2022

„Was immer noch nicht im Lehrbuch steht“

- ein Aufruf zum kritischen Diskurs an die psychiatrische Pflege in Praxis –  
Management – Ausbildung – Forschung

17. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien

Hrsg.: Sabine Hahn, 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 2022

ISBN 978-3-033-09467-3

## **Vorwort der Veranstaltenden:**

### **17. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Was immer noch nicht im Lehrbuch steht“**

Liebe Leser\*innen,

Liebe Kolleg\*innen,

Nach zwei Jahren ist es so weit, der Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie – nimmt wieder an Fahrt auf und begrüßt uns in Wien!

Alles anders oder doch nichts Neues? Bedingt durch die Pandemie, haben wir Situationen erlebt, welche wir uns vor drei Jahren nicht vorstellen konnten. Welche Inhalte bewegen und beschäftigen uns noch immer, was haben wir gelernt und was hat unser Arbeiten in der psychiatrischen Pflege in den letzten drei Jahren geprägt? Zu berichten gibt es rasante Entwicklungsschritte und „beinharte“ Belastungsfaktoren, welche uns begleiten und uns möglicherweise als Aufgaben erhalten bleiben. Es ist noch lange nicht alles aufgearbeitet und die Herausforderungen an die gute psychiatrische Pflegepraxis und -theorie werden noch zunehmen. Aus diesem Grund ist es wichtig die Inhalte des für 2020 geplanten Kongresses mit dem Titel „Was nicht im Lehrbuch steht“ mit dem Zusatz «immer noch» aufleben zu lassen.

Vielleicht ist uns allen auch schon die Frage aufgekommen, wozu brauchen wir neben den immer zahlreicheren Praxisleitlinien der Fachgesellschaften noch Lehrbücher? Was funktioniert gut, auch wenn es nicht im Lehrbuch steht? Oder was funktioniert in der Praxis anders, als wir es in der Ausbildung oder aus den Lehrbüchern gelernt haben? Wie begründen wir das Erfahrungswissen, das uns in der täglichen Arbeit leitet und welches meist mündlich oder durch Vorbildfunktion überliefert wird?

In der Pflege und im speziellen in der Psychiatrie wird noch immer viel Wissen über Kanäle jenseits des geschriebenen Wortes weitergegeben. Dies führt in

Folge dazu, dass das Wissen und die Praxis in den unterschiedlichen Systemen und Kulturen „gefangen“ und verborgen bleibt und den Weg nicht nach außen zu einem breiteren Publikum findet. Der Dreiländerkongress und dieser Kongressband wollen dazu beitragen, dass dieses Wissen geteilt und zum Denkanstoß für andere wird.

Wir freuen uns, dass wir dank Ihren Beiträgen wieder ein spannendes Programm und einen umfassenden Kongressband zusammenstellen konnten. Der Dreiländerkongress bietet dadurch die traditionsreiche Gelegenheit, Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen mit Ihren Kolleg\*innen aus der Schweiz, Deutschland und Österreich in direktem Kontakt zu teilen und den Blick über die Grenzen zu öffnen. Dies garantiert einen lebhaften Austausch der Erfahrungen und Erkenntnisse, die Sie möglicherweise abseits des Lehrbuchwissens sammeln konnten. Zudem ermöglicht dieser Kongressband, dass die Beiträge allen Interessierten online zur Verfügung gestellt werden. Wir verzichten dieses Jahr bewusst auf einen gedruckten Kongressband, um Ressourcen im Bereich Papier und Energie zu sparen.

Wir freuen uns darauf Sie in Wien begrüßen zu können.

Wir sind davon überzeugt, dass Sie viele Ideen mit nach Hause nehmen können, die nicht in einem Lehrbuch stehen.

Für die Veranstalter

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

Wien, September 2022

## **Inhaltsverzeichnis**

**Keynotes ..... 13**

**Avant la lettre, zwischen den Zeilen, after the speech - Über  
verschwiegenes Wissen und seine Bedeutung..... 14**

*Claus Beisbart*

**Wie Geschichten Wissen schaffen – Betroffene erzählen  
und kreieren Sinn ..... 19**

*Peter Wolfensberger*

**Vorträge ..... 22**

**Psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug bedeutet auch eigene Erfahrung  
und professionelle Intuition, wahrnehmen und sie weitergeben. – Nicht  
alles steht im Lehrbuch – ..... 23**

*Thomas Auerbach*

**Bauliche Suizidprävention - wie relevant sind Sicherheitsstandards in einer  
Klinik?..... 28**

*Simone Beeri*

**20 Jahre Netzwerken - eine wunderbare Geschichte ..... 32**

*Regula Lüthi, Ursula Bregenzer, Jürg Dinkel*

**Pflegende in der niederschweligen, akzeptanzorientierten Drogenarbeit 35**

*Theresa Clement, Thomas Falkenstein, Carsten Orth, Sandra Schwarz,  
Florian Wostry, Martin Nagl-Cupal, Hanna Mayer*

<b>Pflegeprozessgestaltung mal anders.....</b>	<b>41</b>
<i>Kristina Domonell</i>	
<b>Projekt SERO: „Suizidprävention Einheitlich Regional Organisiert“: Trialogische Zusammenarbeit - gemeinsame Sprache - geteilte Verantwortung .....</b>	<b>42</b>
<i>Michael Durrer, Caroline Gurtner, Johann Meinhof, Martina Lerch</i>	
<b>Safewards: Eine komplexe Intervention .....</b>	<b>48</b>
<i>Marc Eggenberger</i>	
<b>Psychiatrische Versorgungsqualität in der Pflege – ein Blick in die Blackbox .....</b>	<b>51</b>
<i>Beatrice Gehri, Dietmar Ausserhofer, Franziska Zúñiga, Stefanie Bachnick, René Schwendimann, Michael Simon</i>	
<b>Abgrenzungsbedürfnisse und Bewältigungsstrategien Pflegender im Umgang mit Betroffenen .....</b>	<b>55</b>
<i>Brigitte Gisler, Manuela Grieser</i>	
<b>Technostress &amp; Digitale Kompetenz beim Gesundheitspersonal in Psychiatrien.....</b>	<b>57</b>
<i>Christoph Golz, Sandra M.G. Zwakhalen, Sabine Hahn</i>	
<b>EBN in der Bildung - Wissen. Schafft. Pflege. Praxis.....</b>	<b>61</b>
<i>Manuela Hacke</i>	

**FOSTREN: Förderung und Stärkung von Ansätzen zur Reduktion von Zwang in europäischen psychiatrischen Diensten ..... 64**

*Sabine Hahn, Richard Whittington*

**Selbstorganisiert Pflegen - Buurtzorg als Organisationsansatz für die ambulante psychiatrische Pflege ..... 69**

*Anna Hegedüs*

**Psychische Folgestörung nach kritischer Erkrankung ..... 75**

*Marvin-Ayodele Kaiser*

**Very hard-to-reach? Bedürfnisse von Obdachlosen und Sans-Papiers im Kontext psychischer Gesundheit..... 77**

*Sabrina Laimbacher, Sabrina Gröble, Eva Soom Ammann*

**Zwischen den Zeilen lesen: APN-Entwicklung in der Psychiatrie ..... 82**

*Sabrina Laimbacher, Peter Wolfensberger, Sabine Hahn*

**Durch Reibung entsteht Wärme, Begegnung schafft Beziehung. Suchtbehandlung von A wie Antonovsky zu U wie UP bis Z wie Zukunft... 86**

*Margrith Meier-Kessler, Vlasta Popovova, Fabian Florin*

**Plädoyer für Evidence-based Management – EbM im Gesundheitswesen 88**

*Philipp Mattmann*

**Krankheitsmodelle in der Psychiatrie - Systematische Literaturübersicht. 94**

*Dirk Richter, Jeremy Dixon*

**Bildung für eine evidence-basierte psychiatrische Pflegepraxis in Zeiten von COVID-19 ..... 96**

*Jacqueline Rixe, Saskia Flegel, Pascal Wabnitz*

**Vom Lehrbuch zur evidence-basierten Pflegepraxis: Die Rolle akademischer Lehrkrankenhäuser (Symposium). Ein Praxisbeispiel aus dem Ev. Klinikum Bethel..... 98**

*Jacqueline Rixe*

**Medienwand im Rahmen von Isolationen – multiperspektivische Anwendungserfahrungen in der Akutpsychiatrie..... 101**

*Fabienne Roth, Anne Kersten, Friederike J. S. Thilo*

**Angst als Pflegephänomen ..... 104**

*Katja Rother, Bernd Kozel*

**Rollenentwicklung einer APN – Angstmanagement..... 109**

*Katja Rother, Bernd Kozel*

**Psychopharmakotherapie und Empowerment - Ein Trainingsprogramm zum selbstständigen Medikamentenmanagement ..... 114**

*Uwe Bernd Schirmer*

**Die Perspektive forensischer Patient:innen in der Deutschschweiz auf persönliche Recovery ..... 116**

*Susanne Schoppmann*

**10 Jahre Peer-Arbeit in der Schweiz – eine persönliche Retrospektive ... 119**

*Stephanie Kay Ventling*

**Maladaptive Schemata bei Gesundheitsfachberufen in Deutschland und der Schweiz - Chancen und Risiken ..... 121**

*Pascal Wabnitz*

**Ursachenanalyse – viele Wurzeln = viele Ideen – ein achtsamer Blick mit dem NOW Modell..... 123**

*Gernot Walter, Johannes Nau, Nico Oud, Riccardo Biedebach, Sonja Holubar*

**Das Erleben der mechanischen Fixierung in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie aus Sicht der Patient\*innen ..... 125**

*Florian Wostry, Hanna Mayer, Sabine Hahn*

**Symposien ..... 131**

**First lessons learned“- Erste Erkenntnisse zu Covid19: Was nicht im Lehrbuch stand für Fachpersonen, Service User\*innen & Angehörige .... 132**

*Sven Andersson, Sabine Rühle Andersson*

**Was demnächst im Lehrbuch stehen wird: Pflegerisch-psychoziale Behandlungsempfehlungen für Menschen mit einer psychotischen, depressiven oder Abhängigkeitserkrankung im Alter ..... 134**

*Claudia Lötscher, Fabienne Roth, Therese Hirsbrunner, Esther Indermaur, Samuel Vögli, Sabrina Laimbacher*

**„Verbesserte Praxis der psychiatrischen Pflege – welchen Beitrag können Fachgesellschaften leisten? ..... 138**

*André Nienaber, Christian Burr, Caroline Gurtner, Michael Mayer, Jacqueline Rixe, Georg von Ungern-Sternberg, Stefan Rogge, Dorothea Sauter*

**Implementierung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang ..... 144**

*Michael Mayer, Gernot Walter, Dorothea Sauter, Julia Junghanns, Felix Böhling-Schinkowski*

**Pandemiebewältigung in psychiatrischen Dienstleistungen – Wissen und Erfahrungen für die Zukunft nutzen..... 149**

*Dirk Richter, Christine Adamus, Christian Burr, Michael Löhr, Daniel Schärer Michael Schulz, Simeon Zürcher*

**Recovery 2.0 – Brauchen wir ein Update? ..... 154**

*Peter Wolfensberger, Steve Trenoweth*

**Workshops ..... 158**

**Ein frischer Blick auf das Phasenmodell für Aggressionsverläufe – ein Instrument zur Einschätzung und Handlungsauswahl ..... 159**

*Gernot Walter, Johannes Nau, Nico Oud, Riccardo Biedebach, Sonja Holubar*

**Fluchen wie ein Rohrspatz – Gopfridstutz? Warum fehlt die Malediktologie in unseren Lehrbüchern? ..... 162**

*Ian Needham*

**DBT spielerisch erlernen - didaktische Varianten in der Behandlung mit Borderline Patienten ..... 165**

*Thomas Riedl*

**Recovery-Orientierung in Sprache und Dokumentation: Realisierbar? ... 167**

*Fabienne Roth, Constantin Bruttel*

**Fallstudien-gestützter Implementations-Entwurf psychiatrischer  
Intensivbetreuung im stationären Setting – ein Praxisprojekt ..... 170**

*Martin Schmid, Dorothea Dürst, Franziskos Xepapadakas, Jürg Dinkel,  
Ingrid Wolf*

**Was nicht im Lehrbuch steht: Entwicklung von Personalkennzahlen anhand  
eines Patientenwochenplans ..... 173**

*Susanne Schoppmann, Claudia Lötscher, Regula Lüthi*

**Über Stimmen sprechen ..... 176**

*Stephanie Kay Ventling, Anita Barmettler, Leah Muriel Bowie*

**„Was nicht im Lehrbuch steht“ – Ein kritischer Diskurs über die Co-Leitung  
eines Forschungsprojektes: Erfahrung einer Service Userin und einer  
Pflegeforschenden in der kooperativen Forschungsleitung ..... 178**

*Sabine Rühle Andersson, Sabine Hahn*

**Rückfall – na und?! Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ohne  
Restriktionen ein Modellprojekt..... 183**

*Stefan Zahas, Paul Schleyer*

**Poster ..... 185**

**Sucht – Beziehung ..... 186**

*Fabian Florin, Margrith Meier-Kessler, Vlasta Popovova*

**Euthyme Behandlungsangebote in der Psychiatrie anhand des  
pflegetherapeutischen Gruppenangebotes "Genussgruppe" ..... 187**

*Annekathrin Goos*

<b>Digitalisierung in der psychiatrischen Pflege – Welchen Bedarf von E-Health Anwendungen gibt es bei den Patienten im stationären bzw. teilstationären Bereich von Vitos Hochtaunus? .....</b>	<b>190</b>
<i>Albert Hesse</i>	
<b>Mittels Bewegung der Psyche etwas Gutes tun... .....</b>	<b>192</b>
<i>Sandra Jäggle</i>	
<b>Mehr Kommunikation auf Augenhöhe .....</b>	<b>195</b>
<i>Pamela Wersin, Fabienne Roth</i>	
<b>Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Pflege: mechanische Fixierung versus Isolierung.....</b>	<b>197</b>
<i>Florian Wostry</i>	
<b>Autorinnen und Autoren .....</b>	<b>200</b>

## Keynotes

*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.*

# **Avant la lettre, zwischen den Zeilen, after the speech - Über verschwiegenes Wissen und seine Bedeutung**

*Claus Beisbart*

## **Einleitung**

Was im Lehrbuch steht – das ist das Wissen, das sich in einer Profession oder Wissenschaft etabliert hat. Dieses Wissen wird in der Praxis angewandt und liefert die Basis für weitere Forschung. Es bildet Gemeinschaft, weil es eine Grundlage für Verständigung ist.

Aber nicht alles Wissen, das diese Funktionen erfüllt, ist in Lehrbüchern verschriftlicht. In der Wissenschaftsphilosophie wird schon länger anerkannt, dass es Wissen gibt, das nicht verschriftlicht ist, das teilweise nicht einmal sprachlich ausgedrückt werden kann. Im Englischen nennt man dieses Wissen oft „tacit knowledge“. Dieses verschwiegene Wissen wurde prominent von Michael Polanyi [1] beschrieben, der den Slogan prägte: „we can know more than we can tell“ (S. 4). Auch Thomas Kuhn [2] und Harry Collins [3, 4] haben auf dieses Wissen hingewiesen (siehe auch [5]).

In diesem Beitrag wird das verschwiegene Wissen genauer untersucht. Ausgangspunkt ist dabei eine Klassifikation allen Wissens in propositionales, phänomenales und praktisches Wissen [6]. Für jede Form von Wissen wird im Folgenden diskutiert, in welchem Sinne es verschwiegen sein kann.

## **Diskussion 1: Propositionales Wissen**

Propositionales Wissen schreiben wir uns beispielsweise zu, wenn wir sagen, wir wüssten, dass ein Pflgeprozess eine Problemlösungs- und eine Beziehungsseite hat [7]. In der Philosophie wird dieses Wissen seit Platon oft als wahre und gerechtfertigte Überzeugung charakterisiert [6]. Eine Person, die weiss, dass etwas der Fall ist, hat also die Überzeugung, dass dies der Fall ist, verfügt über gute Gründe, das zu denken, und es ist tatsächlich so, wie die Person es denkt. Der Inhalt dieses Wissens wird dabei mit einem dass-Satz

umschrieben. Aus diesem Grund lässt sich das propositionale Wissen sprachlich kommunizieren. „After the speech“ sind wir dann klüger.

Dennoch kann propositionales Wissen in der einen oder anderen Weise verschwiegen sein. Erstens kann z.B. eine Gemeinschaft propositionales Wissen bewusst nicht weitergeben, um es geheimzuhalten. Collins [3, 4] spricht in diesem Kontext von relationalem verschwiegenen Wissen, weil dieses mit menschlichen Beziehungen zu tun hat. In einem zweiten Fall ist bestimmtes propositionales Wissen zwar gut in einer Sprache formulierbar, aber nicht in einer anderen. Es könnte etwa sein, dass sich ein chinesisches Sprichwort oder das in ihm verdichtete Wissen nicht in unser heutiges Deutsch übersetzen lässt, weil es ein ganz anderes Weltverständnis voraussetzt. Auch Fachsprachen basieren oft auf Begriffsbildungen, für die es in anderen Sprachen keine adäquaten Ausdrücke gibt. Insofern ist Wissen, das fachsprachlich formuliert wird, wenigstens für bestimmte Menschen verschwiegen. Drittens gibt es propositionales Wissen, dessen Begründung wir nicht sprachlich adäquat ausdrücken können. So weiss eine Pflegerin vielleicht, dass eine andere Person psychisch unter Druck steht. Wenn sie nach einer Begründung gefragt wird, kann sie auf das verweisen, was sie gesehen hat, etwa das Gesicht der Person oder ihr Verhalten, aber sie kann keine Regel angeben, der zufolge sie von dem Gesehenen auf den genannten psychischen Zustand der Person schliessen kann. Wir sagen dann gerne, die Pflegerin wisse intuitiv, was mit der anderen Person los sei [1].

Dennoch ist propositionales Wissen vergleichsweise beredt. Sein Inhalt muss sich in wenigstens einer Sprache explizit machen lassen.

## **Diskussion 2: Phänomenales Wissen**

Welchen Eindruck macht ein roter Gegenstand auf mich? Wie fühlt es sich an, wenn ich mich nicht mit dem Geschlecht identifiziere, das mir die Anderen zuschreiben? All das sind Angelegenheiten phänomenalen Wissens. Dieses basiert darauf, dass sich uns bestimmte Gegenstände oder Zustände in charakteristischer Weise darstellen oder so erlebt werden. Der einfachste, wenn

nicht einzige Weg, phänomenales Wissen zu gewinnen, besteht darin, etwas Bestimmtes zu erleben und sich später daran zu erinnern.

Phänomenales Wissen lässt sich nur sehr bedingt sprachlich explizit machen. Wir können gewisse Erfahrungen vielleicht benennen, aber nicht voll beschreiben. Der Reichtum des Erlebten entzieht sich einer erschöpfenden Darstellung in der Sprache. So lässt sich nur sehr unvollkommen beschreiben, wie ein gewisser Rotton auf mich wirkt. Oft kann ich meinen Eindruck nur mitteilen, indem ich auf einen äusseren Anlass verweise, der mir den Eindruck gegeben hat, und hoffe, dass andere Personen dann etwas Ähnliches erleben. Manchmal können wir aber auf der Basis von Analogien oder auch guten literarischen Schilderungen wenigstens ahnen, wie sich etwas anfühlt, das wir selbst nicht erlebt haben. Die Sprache allein stellt es nicht voll dar; wir müssen sozusagen zwischen den Zeilen lesen.

Phänomenales Wissen ist in der Pflege wichtig, wenn es darum geht, eine andere Person und ihren Zustand zu verstehen und letzteren empathisch nachzuvollziehen. Aufgrund seines verschwiegenen Charakters ist das phänomenale Wissen allerdings kein Thema für die Lehrbücher. Wie in anderen Bereichen verständigen sich Menschen auch in der Pflege primär nicht über das Erleben (tatsächlich kann ich mir gar nicht sicher sein, dass andere Menschen mein Erleben teilen), sondern über die äussere Geschehnisse, die das Erleben veranlassen oder ihm folgen. So können wir Lehrbücher über Krankheiten schreiben, ohne uns darüber einig zu sein, wie wir eine Krankheit erleben. Stattdessen orientieren wir uns an äusseren Merkmalen oder neurophysiologischen Daten und bauen unser Handeln z.B. auf Erfahrungen darüber auf, welche Massnahme am ehesten dazu geführt hat, dass eine Person nicht mehr über ihr Leid klagt.

### **Diskussion 3: Praktisches Wissen**

Vom praktischen Wissen oder Wissen-wie („know-how“) reden wir, wenn wir sagen, eine Person wisse, wie man jemandem eine Spritze gibt oder wie man eine andere Person aufmuntert. Bei diesem Wissen geht es also um ein Handeln oder um ein Verhalten. Dieses muss nicht äusserlich erkennbar sein.

Auch das Lösen einer mathematischen Aufgabe oder das Ziehen eines Schlusses kann eine Angelegenheit von Wissen-wie sein.

Wissen-wie lässt sich ein oft ein Stück weit versprachlichen. Ich kann einer anderen Person beschreiben, wie man jemanden eine Spritze gibt. Dazu kann ich Regeln oder ein Rezept formulieren, wie die Spritze zu setzen ist. Daher wird in der Philosophie die These diskutiert, dass sich Wissen-wie letztlich auf Wissen-dass zurückführen lässt. Dann wäre Wissen-wie vollständig zu versprachlichen.

Allerdings spricht viel gegen diese These. So haben Kinder Wissen-wie, ohne erklären zu können, wie sie das in Frage Stehende tun. Ein Kind kann krabbeln, ohne das zu erklären – es krabbelt sozusagen *avant la lettre*. Gegen die These spricht auch ein Regressargument, das sich etwa bei Gilbert Ryle findet und un plausible Konsequenzen der These aufzeigt [8]. Nehmen wir dazu an, Ina wisse, wie man eine Spritze setzt. Vielleicht kann sie sprachlich formulierte Regeln dafür angeben, wie man eine Spritze setzt. Ina weiss jedoch nur dann auf der Basis dieser Regeln, wie man die Spritze setzt, wenn sie weiss, wie sie die Regeln anwendet. Das ist wiederum praktisches Wissen, und wenn dieses seinerseits auf Wissen von sprachlich formulierten Regeln basiert, dann braucht sie erneut Wissen, wie sie diese neuen Regeln anwendet, und so weiter.

Wenn Ryle Recht hat, dann lässt sich Wissen-wie nicht mit dem Lehrbuch vermitteln. Vielmehr ist es plausibel, dass Wissen-wie auf praktischer Übung beruht. Dabei muss das Wissen-wie nicht mit dem wirklichen Können identifiziert werden. So kann auch eine Person, die aufgrund einer körperlichen Verletzung keine Spritze mehr geben kann, immer noch wissen, wie das geht. Ryle betont in seiner Behandlung des praktischen Wissens auch, dass das Erwerben dieses Wissens beim Menschen kein stupides Abrichten ist. Vielmehr ist jede Anwendung des Wissens eine Gelegenheit, dieses weiterzuentwickeln.

## Schlussfolgerung

Nicht alles Wissen steht also im Lehrbuch. Ein solches Buch vermittelt nur propositionales Wissen. Selbst dieses Wissen wird aber nicht immer im Lehrbuch kommuniziert – manchmal wird es bewusst verschwiegen; manchmal lässt es sich nicht in jeder Sprache ausdrücken; manchmal lässt sich die Begründung nicht versprachlichen. Phänomenales Wissen bildet eine Form von Wissen, das sich aufgrund seines Charakters nicht vollständig versprachlichen lässt. Ebenso ist für uns Menschen Wissen, wie man etwas tut, nicht auf das Wissen ausformulierter Regeln zurückzuführen. Auch wenn viel Wissen nicht in Lehrbüchern steht, ist es für die Wissenschaften und die Praxis sehr wichtig. Wissen, das wir nicht durch die Angabe von Kriterien begründen können, spielt oft bei der Beurteilung von Situationen eine wichtige Rolle und wird dann gerne „expert knowledge“ genannt. Praktisches Wissen ist die Grundlage für die Anwendung jeglichen Wissens sowie für jede Forschungstätigkeit.

## Literatur

1. Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*, Gloucester (MA): Peter Smith.
2. Kuhn, Thomas S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago: University of Chicago Press, weitere Auflagen; dt. Übersetzung: ders. (2020), *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Berlin: Suhrkamp, 26. Auflage.
3. Collins, H. (2010), *Tacit and Explicit Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
4. Collins, H. (2013), *Building an Antenna for Tacit Knowledge*, *Philosophia Scientiæ*, 17(3), 25-39.
5. Gascoigne, N. & Thornton, T. (2013), *Tacit Knowledge*. Durham: Acumen.
6. Baumann, P. (2015), *Erkenntnistheorie*, J. B. Metzler: Stuttgart, 2. Auflage.
7. Kistner, W. (2002), *Der Pflegeprozess in der Psychiatrie*, Urban & Fischer: München, 4. Auflage.
8. Ryle, G. (1949), *The Concept of Mind*, London: Hutchinson.

# **Wie Geschichten Wissen schaffen – Betroffene erzählen und kreieren Sinn**

*Peter Wolfensberger*

## **Hintergrund**

In den vielen Jahren meines beruflichen und persönlichen Werdegangs sind mir Geschichten aus dem Leben stets die grösste Motivation, mich selbst weiterzuentwickeln, Neues zu erkunden, mich auseinanderzusetzen und zu engagieren. In diesem Sinne sind Geschichten für mich Sinn stiftend. Meine eigene Geschichte brachte mich vor einigen Jahren schliesslich dahin, mich im Rahmen meiner Doktorarbeit mit den Lebensgeschichten von Menschen auseinanderzusetzen, die mit einer psychischen Erkrankung oder Erschütterung leben. Ihre Geschichten berührten mich sehr und sie bilden auch die Grundlage für ein neues theoretisches Modell, die „Sinn-Kreieren-Theorie“ [1]. Dieses Modell und die damit angestossene Diskussion haben seither einiges in Bewegung gesetzt. Von den Erkenntnissen aus der „Sinn-Kreieren-Theorie“ und den dadurch ausgelösten 'Bewegungen' handelt dieser Vortrag.

## **Fragestellung**

Im Zentrum meiner Forschung stand das Interesse an den persönlichen Erfahrungen von betroffenen Menschen und ihrem individuellen Umgang im Leben mit einer psychischen Erkrankung. Daraus wurde folgende Fragestellung abgeleitet: Was sind die Aspekte, die betroffene Menschen um- und antreiben, wie erleben sie sie und wie gehen sie mit ihnen um[1]?

## **Methode**

Für die Beantwortung der Fragestellung wurden zwischen 2014 und 2019 nicht nur umfangreiche Interviews mit 10 betroffenen Einzelpersonen, sondern auch unzählige Diskussionen mit weiteren Personen geführt und vorhandene narrative Literatur bearbeitet. Für die Analyse der Interviews eignete

sich daher die Methode einer reflexiven, konstruktivistischen Grounded Theory [2].

## **Ergebnisse**

Leben mit einer psychischen Erkrankung oder Erschütterung kann viele Lebensbereiche beeinträchtigen. Darunter gehören die Arbeitswelt, Beziehungen in der Familie und im Freundeskreis, das Wohnen und natürlich die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden. Art und Umfang der Beeinträchtigungen hängen von vielen Faktoren ab. Mitbeeinflussend sind unter anderem Persönlichkeitsmerkmale (auch solche unabhängig vom Krankheitsbild), sowie soziokulturelle und weitere umgebungsbedingte Faktoren.

Allen Geschichten aus den Interviews gemeinsam ist, dass die betroffenen Menschen in ihrem Leben Sinn kreieren. Teils bewusst, aber durchaus auch unbewusst, konstruieren die interviewten Menschen Erklärungen, um zu verstehen oder einzuordnen, was mit ihnen passiert und weshalb. In dieser Auseinandersetzung definieren sie ihre Identität, bzw. das Verständnis des Selbst neu oder angepasst. Damit ermöglichen sie für sich, Sinnhaftigkeit zu erkennen und dem Leben (wieder oder neu) Sinn zu geben.

## **Diskussion**

In der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen wird schnell deutlich, dass die „Sinn-Kreieren-Theorie“ Parallelen zu persönlichem Recovery [3] aufweist. Gleichzeitig ermöglicht das Modell einen Blick auf den Umgang im Leben mit einer psychischen Erkrankung oder Erschütterung, ohne dass dabei beispielsweise Hoffnung oder eine positive Sichtweise auf das Leben unumgängliche Voraussetzungen sind, wie dies persönliches Recovery suggeriert. Sinn kreieren ist somit auch für Personen möglich, die sich dem Prozess des persönlichen Recovery verschliessen oder keinen Zugang dazu finden.

## **Schlussfolgerungen**

Mit dem eben erwähnten Beispiel wird aufgezeigt, dass die Diskussionen rund um den individuellen Umgang mit psychischen Erkrankungen und Gesundung

oder Genesung weitergeführt werden müssen. Recovery wird in der psychiatrischen Versorgung heute fast schon inflationär benutzt und gleichzeitig oftmals mit klaren Attributen versehen, welche den Realitäten des einzelnen Individuums möglicherweise gar nicht gerecht werden. Heute und in Zukunft müssen wir auf die Geschichten von Betroffenen und deren Angehörigen hören, um unser und bestehendes Wissen auf den Prüfstand zu stellen und neues Wissen zu ermöglichen.

## Literatur

1. *Wolfensberger, P., Creating meaning : understanding the experiences of people living with mental illness in Switzerland : a qualitative study, in Faculty of Health and Social Sciences. 2020, Bournemouth University: Bournemouth.*
2. *Charmaz, K., Constructing Grounded Theory. 2nd edition. ed. Introducing qualitative methods. 2014, London, UK: Sage Publications. xxi, 388 pages.*
3. *Slade, M., Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals. 2009, Cambridge: Cambridge University Press.*

# Vorträge

## *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.*

*Wenn für Vorträge, Workshops oder Poster von den Autorinnen und Autoren kein zusätzlicher Beitrag für den Kongressband verfasst wurde, wird der beim Call für Abstracts eingereichte Bewerbungs-Abstract abgedruckt.*

## **Psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug bedeutet auch eigene Erfahrung und professionelle Intuition, wahrnehmen und sie weitergeben. – Nicht alles steht im Lehrbuch –**

*Thomas Auerbach*

Die Kunst der Pflegefachkräfte im Maßregelvollzug ist ihre fachliche Kompetenz mit menschlicher Empathie und Wertschätzung zu untermauern. Diese Kunst darf nicht auf Grund von Macht, welches in Vollzugseinrichtungen zwischen Personal und untergebrachten Personen deutlicher vorherrscht als in anderen Einrichtungen, beeinflusst werden. Jede:r Patient:in ist mit der psychiatrischen Erkrankung und durchaus bis zu mehreren schweren Strafdelikt, individuell und mit pflegefachlichen Blick zu betrachten. Dabei müssen sich Pflegefachkräfte neben diesem forensischen Blickwinkel kreativ und besonnen zeigen. (1, S.595) Pflegefachkräfte müssen zu jeder Zeit in allen ihren Handlungen und Maßnahmen die Reduzierung von Gefährlichkeit und damit eine Reduzierung von Risiken durch Patienten:innen für die Gesellschaft berücksichtigen (1, S.587). Eine wichtige Kompetenz der Pflegefachperson im forensisch psychiatrischen Setting, ist den gegen seinen Willen untergebrachten psychisch erkrankten Menschen auf Augenhöhe, während des langen Aufenthaltes zu begegnen und mit ihnen eine tragfähige und professionelle Beziehungsgestaltung aufbauen und zu erhalten. Dabei müssen die Pflegeprofis sich mit den unterschiedlichsten Emotionen der Patienten\*innen und den verschiedensten Situationen auf den Abteilungen auseinandersetzen. Für Pflegefachpersonen im Maßregelvollzug welcher zu den Langzeitbehandlungen der Psychiatrie gehört, ist die Beziehungsarbeit ein wichtiger Baustein. Dieser Baustein hilft nicht nur den Patienten:innen den besten Weg der Gesundheit in der forensischen Psychiatrie zu finden. Diese Beziehungsgestaltung hilft auch der Gestaltung des Stationsmilieus und dient damit der Sicherheit für Patienten:innen und einem sicheren Arbeitsplatz für das Behandlungsteam. Damit ergeben sich für die Pflegefachpersonen spezielle Herausforderung, welche nicht nur auf wissenschaftlich fundiertem Wissens-

management sich aufbaut, sondern auch sehr viel auf Berufserfahrungen und über die Berufsjahre hinweg. Im praktischen Sprachgebrauch geht es um den immer wieder kehrenden Satz: „Ich spüre etwas aber ich kann es noch nicht genauer beschreiben, oder ich habe ein ungutes Gefühl.“ Sicherlich sind solche Aussagen aus Experten:innensicht eher problematisch und daher sogar ungewünscht. Doch die Wahrnehmung von Risikosituationen sind im Pflegealltag allgegenwärtig und müssen geäußert und gehört werden. In einem der Vorwörter von „Stufen der Pflegekompetenz“ von Patricia Benner wird beschrieben, dass Pflegefachkräfte diese Wahrnehmungen als Chance ansehen, um eine Pflegesituation oder ein Pflegeproblem frühzeitig zu erkennen und entsprechend fachlich zu evaluieren (2, S.16). Oft hört man auch in der Praxis: „Ich habe aus dem Bauch heraus jetzt entschieden“. Entscheidungen aus dem Bauch, nicht gerade das, was wir uns Expertenwissen verzeichnen aber wichtig für den Praxisalltag. Entscheidungen aus dem Bauch heraus, stehen in keinem Fachbuch und sind doch so wichtig. Doch wie können Erfahrungswerte oder sogenannte Bauchgefühle weitergegeben werden, dass diese für alle Lernenden Kollegen:innen (Auszubildende, Berufsanfänger:innen, neue Kollegen:innen auf Station, etc.) nachhaltig und wertvoll genutzt werden können? Wie kann diese „kreative Besonnenheit“ der Pflegefachkräfte oder Pflegeexpert:innen, so praxisnah wie sie im Pflegealltag geäußert oder beschrieben werden, fachlich niedergeschrieben werden, ohne das es den Eindruck eines Tagebuches erhält?

### **Das Bauchgefühl - die Berufliche Intuition**

Die Intuition, welche Pflegefachkräfte nicht abzusprechen ist. Denn nicht alles was Pflegefachkräfte mit den Patienten\*innen erleben, kann auf Daten oder belegbaren Informationen begründet oder erklärt werden. Pflegerische Intuition muss als Kompetenz zum Treffen von Entscheidungen oder auch als Grundlage von Wissen – angesehen werden. Gerade in der aktuellen Zeit der Pflege Akademisierung wird dieses intuitive Wissen und Handeln den Studierenden als Lücke in ihrer Kompetenzentwicklung vorgehalten. Auf den Stationen mit langen Unterbringungs-dauern im Maßregelvollzug lernt das

Pflegefachpersonal die Patienten:innen in allen seinen Lebenslagen kennen. Daher ist der Psychiatrische Maßregelvollzug ein ständiger Aushandlungsprozess mit den Patienten:innen zwischen Demotivation und Motivation zur Therapie unter der jahrelangen Unterbringung gegen den freien Willen. Die Bezugspersonen lernen die Patienten:innen nicht nur unter Aspekten der Krankheit, sondern auch im Rahmen deren Lebenskompetenzen, welche sich Patienten\*innen bisher angeeignet haben um bestenfalls überleben zu können.

### **Der Kern der Intuition**

In einer Dissertation von Änne-Dörte Jahncke-Lattek, ist eine durchaus nachvollziehbare Erklärung zu finden. Als Voraussetzung (hier nur Auszüge genannt) für Intuition gelten (3):

- Expertengebundenes Erfahrungswissen
- Fachkenntnisse auf dem Gebiet
- Emotionales Hineinversetzen in Situationen
- Unbewusste, gefühlsbetonte Steuerungen von Entscheidungen und Handlungen

Damit liegt es nahe, dass Pflegerische Intuition erfahrenen Pflegeexperten\*innen auszeichnet. Mit diesem Erfahrungswissen sind Profis in der Lage, Situationen erfahrungsgemäß oder aus Intuition heraus schnell zu analysieren und schnell zu handeln. P. Benner beschreibt in ihrem Buch über die Pflegekompetenz der Pflegeexperten:innen, dass es dennoch nicht einfach ist, gezielte Antworten auf Fragen zum Handeln zu bekommen.

### **Das intuitive Wissen zeigt meist subjektive Bewertungen**

Dieses Wissen besteht aus...

- dem Unmittelbaren Durchschauen von Situationen oder Sachlagen
- die Sicherheit zu haben, dass sein Urteilsvermögen auch richtig ist
- dem Mut, zur spontanen richtigen Entscheidung aus Intuition

Ein Problem was nicht von der Hand zu weisen ist, ist das auch erfahrene Pflegeprofis selten schriftliche Aufzeichnungen über erfolgte intuitive

Maßnahmen von Pflegeproblemen und deren Erfolge aufzeichnen. Hinzu kommt, dass die Pflegerische Praxis immer noch zu wenig an vergleichbaren Aufzeichnungen aufweisen kann. Unter den Argumenten welche Benner in ihrem Fachbuch aufzeigt steht, dass Pflegeexperten:innen und Pflegefachkräfte deutlich mehr wissen als sie die Möglichkeit haben, dieses anderen mitzuteilen. Pflegeexperten:innen handeln auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation (2, S.72). Dabei wird ihr Handeln stark vom Kontext und der subjektiven Bewertung der Situation beeinflusst. Pflegeexperten Entscheidungen ganzheitlich, zügig und berücksichtigen die individuellen Bedeutungen der Pflegebedürftigen. Natürlich besteht berechtigt der Hinweis, dass solche Entscheidungen nicht als belegbare Kompetenzen ausgezeichnet werden können.

### **Pflegerische Einschätzungsbögen eine Möglichkeit welche diese subjektiven Bewertungen in schriftliche Wörter formulieren kann**

Grundsätzlich war die Motivation bei der Erstellung der pflegerischen Einschätzungsbögen, dass wir dieses Bauchgefühl, welche unsere Pflegeprofis spüren und äußern in Worte zu formulieren. Dabei wurde beachtet, dass dieses Einschätzungsbögen nicht nur Pflegeexperten:innen, sondern auch berufliche Anfänger und Pflegestudierende verstehen sollten um intuitiven Einschätzungen nachvollziehen zu können. Auch für die Erklärung durch die Profis kann dieser Bogen dann genutzt werden, was wiederum Transparenz in der Entscheidung gibt. Für dieses Intuitive Gefühl haben wir sechs Beurteilungskriterien festgelegt. Diese sind aus den Gesprächen mit Pflegeprofis entstanden.

1. *Das Sozialverhalten der Patientin/des Patienten*
2. *Die persönliche Motivation der Patientin/des Patienten*
3. *Die aktuelle emotionale Situation der Patientin/des Patienten*
4. *Der Umgang mit der eigenen Kontrolle durch die Patientin/des Patienten*
5. *Das Anpassungsverhalten auf Station der Patientin/des Patienten*
6. *Welches Risikomanagement hat die Patientin/der Patient für sich entwickelt.*

Die einzelnen Kriterien sind mit bis zu 15 Unterpunkten aufgeschlüsselt und werden pro Unterpunkt von „0 – 3“ bewertet. (0= Bestätigt positive Ressourcen und damit kein Handlungsbedarf bis 3 = dringender Handlungsbedarf erforderlich, bis hin Risikohinweis). In diesem erstelltem Einschätzungsassessment geht es um das Verhalten, welches die Patienten\*innen zeigen. Beispielsweise wie gehen Patienten:innen mit fremden Eigentum um, wie verhalten sie sich gegenüber Mitpatienten:innen oder Personal. Wie gehen Patienten:innen mit Frustrationen um. Wie können sie mit gegebener Kritik um. Zeigen sich die eingeschätzten Patienten:innen rücksichtslos oder rücksichtsvoll (1, S.594). Mit den Hauptpunkten konnten wir relativ gut die Beobachtungen, welche Pflegeexperten:innen im Alltag bei der Begegnung mit Patienten:innen erleben, formulieren. Auch werden die Bewertungsbögen zu Erklärungen herangezogen um das Bauchgefühl, welches Pflegeprofis spüren, für sich besser zu reflektieren und zu beschreiben. Zu beachten gilt, dass diese Bögen bis dato keiner wissenschaftlichen Auswertung unterliegen und zunächst in der Praktischen Anwendung noch evaluiert werden.

## Literatur

1. Häßler F., Nedopil N., Dudeck M., 2022: *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie, Beitrag von Thomas Auerbach (S.586 - S.594)*, Medizinische Verlagsgesellschaft, Berlin
2. Benner Patricia, 2017: *Stufen der Pflegekompetenz, S.72*, Hogrefe Verlag Bern
3. Jahncke-Lattek Anne-Dörte, 2009. *Dissertation: Intuition als Bestandteil pflegerisches Handeln in der ambulanten Pflege – Entstehungskontexte und Merkmale intuitiven Handelns, S. 95*, Universität Bremen, [Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:5:1-63887-p0011-9) [â€“ Merkmale und Entstehungskontexte intuitiven Handelns \(uni-bremen.de\)](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:5:1-63887-p0011-9) (entnommen am 12.06.2022)

# **Bauliche Suizidprävention - wie relevant sind Sicherheitsstandards in einer Klinik?**

*Simone Beeri*

## **Hintergrund**

Jedes Jahr sterben in der Schweiz etwa 900 Personen durch Suizid [1]. Ca. 5% der Suizide ereignen sich während einer stationären psychiatrischen Behandlung [2]. Das Risiko in einer psychiatrischen Klinik durch Suizid zu sterben ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Suizidalität kann regelmässig nicht sicher diagnostiziert werden. Neben einer adäquaten Betreuung und Therapie ist es sinnvoll, auch bauliche Massnahmen zu treffen, die zur Reduktion suizidaler Handlungen beitragen. Das Prinzip der baulichen Suizidprävention ist die Methodenrestriktion. Demnach lassen sich die Suizidraten senken, indem die Verfügbarkeit von Suizidmitteln erschwert oder eingeschränkt wird. Die Wirksamkeit der Methodenrestriktion im Umgang mit Feuerwaffen oder zur Sicherung von Brücken ist durch Studien hinreichend belegt [3]. Im Zusammenhang mit baulichen Massnahmen in Kliniken besteht bislang noch keine spezifische Evidenz.

## **Problemstellung**

Suizide in der psychiatrischen Klinik ereignen sich am häufigsten durch Erhängen und Sprung in die Tiefe (ab dem ersten Stock) [4]. Diese Methoden sind mit baulichen Faktoren verbunden und können durch die Methodenrestriktion beeinflusst werden.

Die bauliche Suizidprävention umfasst das ganze Klinikareal. Sie verlangt eine Abwägung zwischen Ästhetik, Praktikabilität und suizidpräventiver Sicherheit [5]. Die Gefahr eines Suizids in einem bestimmten Bereich der Klinik sowie dessen Nutzung durch Patient:innen und Personal müssen mitberücksichtigt werden. Ein besonderer Fokus der baulichen Suizidprävention liegt in der Gestaltung der Nasszellen und der Patient:innenzimmer. Auch die Verhinderung von Sprüngen aus Fenstern oder Balkonen ist ein weiterer Fokus.

## **Ziele**

Das Ziel der baulichen Suizidprävention ist, dass durch die Methodenrestriktion Suizide verhindert werden und durch atmosphärische Massnahmen ein suizidpräventives Klima gefördert wird. Die festgelegten Massnahmen zur baulichen Suizidprävention sind sowohl für bestehende Bauten wie für Neubauten verbindlich. Unterschiedliche Räume und Bereiche müssen unterschiedlichen Sicherheitsstandards entsprechen.

## **Vorgehen**

In einem ersten Schritt wird jeder Ort von Suizidpräventionsexperten bezüglich der Suizidgefahr eingeschätzt. Im zweiten Schritt wird auf Basis der Gefahreinschätzung der Standard «Bauliche Suizidprävention» erstellt und methodenrestriktive Massnahmen definiert und eingeleitet. Bei Neubauten werden alle Räumlichkeiten einer Analyse unterzogen und Empfehlungen zu restriktiven und atmosphärischen Anpassungen benannt.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Das gesamte Klinikareal wird in verschiedene Sicherheitszonen mit unterschiedlichen Sicherheitsstandards eingeteilt. Dabei wird festgelegt, welche Bereiche einen ausserordentlich hohen und welche einem geringeren Suizidpräventions-Sicherheitsstandard entsprechen sollen. So hat z.B. das Intensivzimmer einer Station einen ausserordentlich hohen, das Patient:innenzimmer und alle Nasszellen einen sehr hohen, ein schlecht einsehbarer Gangabschnitt einen hohen und der hochfrequentierte Eingangsbereich einen geringen Suizidsicherheitsstandard. Anschliessend werden die baulichen Umsetzungsstandards festgelegt. Diese Standards beschreiben beispielsweise Massnahmen wie Türgriffe ohne Befestigungsmöglichkeit für Strangulationsgurten, Nasszellen mit suizidpräventiver Armatur, Sicherung der Fenster oder Notöffnungen von Türen.

Neben der Methodenrestriktion ist die atmosphärische Gestaltung im Sinne eines antisuizidalen Milieus wichtig. Einer freundlichen Gestaltung der

Räume, insbesondere der Eingangsbereiche, kommt eine besondere Bedeutung zu. Da das Betreten der Einrichtung für Patient:innen und Besucher:innen oftmals mit Angst und Unsicherheit verbunden ist, soll die Einrichtung eine Willkommenskultur ausstrahlen.

Innenarchitektonische Aspekte und Einrichtungselemente spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Beispiele hierfür sind lange Kabel oder frei liegende Heizungsrohre. Gefahrenelemente werden, wo immer möglich, systematisch eliminiert. Die Anordnung der Funktionsbereiche sollte entsprechend der Suizidprävention optimiert werden. Beispielsweise müssen lange Wege und schlecht überschaubare Bereiche vermieden werden. Bei Umbauten müssen die Baustellen gesichert sein.

In Kontrollgängen wird überprüft, ob Mitarbeitende oder Patient:innen Veränderungen an der Einrichtung vorgenommen haben. Die Kontrollen werden dokumentiert und die Ergebnisse der Suizidpräventionskommission zur Planung von Massnahmen zur Verfügung gestellt.

Bei Neubauten werden suizidpräventive Massnahmen bereits bei der Planung mit einbezogen.

## **Diskussion**

Die bauliche Suizidprävention ist in der gesamten Klinik umzusetzen. Patient:innenzimmer und Nasszellen als Hochrisikobereiche müssen besonders beachtet werden. Die Schwerpunkte liegen auf der Vermeidung von Befestigungsmöglichkeiten sowie Möglichkeiten zum Sturz in die Tiefe.

Bauliche Suizidprävention ist als komplexes System zu begreifen, welches keinesfalls allein auf Restriktion reduziert werden darf. Nicht alle Suizidmethoden können durch Methodenrestriktion verhindert werden [3].

Die Herausforderung der baulichen Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken liegt in der Notwendigkeit, das therapeutische Milieu durch restriktive Eingriffe nicht zu schwächen [5]. Deswegen hat die atmosphärische Gestaltung eine besondere Bedeutung, denn die Architektur kann hiermit ein suizidpräventives Klima fördern.

## Schlussfolgerung

Die bauliche Suizidprävention ist komplex und darf nicht allein auf Restriktion reduziert werden. Sicherheitsanforderungen, atmosphärische und therapeutische Belange müssen gleichermaßen berücksichtigt werden. Bauliche Suizidprävention (Sicherung gegen die Methoden Erhängen und Sprung) wird in Kliniken bereits umgesetzt. Deren Wirksamkeit ist zukünftig zu untersuchen.

## Literatur

1. BfS. 2022; *Federal statistical office*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet-2030/alle-nach-themen/3-gesundheit/suizidrate.assetdetail.22845136.html>; website accessed June 2022
2. BfS. 2019; *Federal statistical office*. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention\\_gesundheitsfoerderung/suizidpraevention/Empfehlungen\\_Suizidpraevention\\_bei\\_Klinikaustritten\\_190821.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/suizidpraevention/Empfehlungen_Suizidpraevention_bei_Klinikaustritten_190821.pdf); website accessed June 2022
3. Habenstein et al. (2013): *Chances and limits of method restriction: a detailed analysis of suicide methods in Switzerland*. *Archives of suicide research*, 17(1), S. 75-87.
4. Ruff F, Hemmer A, Bartsch C, Glasow N, Reisch T (2018): *Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen. Eine systematische Erfassung für die Schweiz zwischen 2000 und 2010*. *Psychiatrische Praxis*, 45(6):307-313.
5. Glasow N (2011) *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Logos Verlag Berlin.

## **20 Jahre Netzwerken - eine wunderbare Geschichte**

*Regula Lüthi, Ursula Bregenzer, Jürg Dinkel*

### **Hintergrund**

Das für die Entwicklung der psychiatrischen Pflege in der Schweiz relevante Netzwerk „Pflegefachentwicklung für die Psychiatrie« (NPfP) hat Geburtstag. Netzwerken bedeutet den Aufbau und die Erhaltung von persönlichen und beruflichen Kontakten. Ein Netzwerk besteht aus einer Gruppe von Personen, die in Beziehungen zueinander stehen, sich beruflich unterstützen, helfen oder miteinander kooperieren.

#### Ziele

Den Austausch von Institutionen der psychiatrischen Pflege untereinander auf der Ebene der Fachentwicklung zu fördern, ist eine zentrale Zielsetzung des NPfP. Dieses hat sich vom Dialoggremium zwischen Forschung und Praxis hin zu einem Gremium mit dem Schwerpunkt der Forschungsanwendung entwickelt.

Am Dreiländerkongress 2022 erhält das "Netzwerk Pflegefachentwicklung" einerseits eine Plattform, um gemeinsam mit den Kongressteilnehmenden und der Netzwerk-Mitgründerin Regula Lüthi das Jubiläum zu feiern. Andererseits wird in einem Vortrag das "Netzwerk Pflegefachentwicklung" mit seiner aktuellen Struktur, dessen Funktion und exemplarischen "Wirkungsbeispielen" durch Regula Lüthi vorgestellt.

### **Vorgehen**

Als formale Strukturen des Netzwerks dienen zwei Standpfeiler: Die Adressen- und Mailingliste sowie die Netzwerktreffen.

Die Mailing- und Adressliste mit ca. 250 Mitglieder\*innen aus der Schweiz, Österreich und Deutschland wird für verschiedenste Anliegen rege genutzt: Einladungen & Protokollversand der Netzwerktreffen, Ausschreibungen für Psychiatriepflege-spezifische Veranstaltungen, Anfragen zur

Forschungsteilnahme sowie Stellenausschreibungen werden breit gestreut. Jede registrierte Fachperson kann Fragestellungen, Anliegen aus ihrem professionellen Kontext zur Diskussion stellen oder auf Anliegen anderer Rückmeldungen geben. Dies ermöglicht für alle registrierten Fachpersonen Partizipation.

Die viermal jährlich an wechselnden Standorten in der Schweiz stattfindenden Netzwerktreffen werden jeweils durch die Gastgebenden organisiert. Sie übernehmen die Tagesprogrammplanung, die Moderation sowie die Protokollerstellung. Folgender Ablauf hat sich etabliert:

- Begrüssung
- Newsrunde aus den anwesenden Kliniken, den ambulanten Settings und Bildungseinrichtungen im Gesundheitswesen
- Präsentation, Bearbeitung und Diskussion eines aktuellen Schwerpunktthemas oder Journalclub
- Diskussion, Vernehmlassungen von Nahtstellenthemen die gemeinsam mit der AfG (Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege) bearbeitet werden
- Ausblick auf Veranstaltungen und kommende Netzwerktreffen
- Mit der AfG steht das NPfP in enger Verbindung: Sowohl durch Mitglieder\*innen, die in beiden Gremien aktiv sind wie durch das jährlich stattfindende gemeinsame Treffen.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Das Netzwerk bietet Pflegefachpersonen mit der Mailingliste eine unkomplizierte Austauschplattform und vernetzt Pflegenden mit unterschiedlichen Bildungsniveaus, Erfahrungen und aus verschiedenen Settings.

Die Netzwerktreffen leben durch die aktive, sich stetig erneuernde Kerngruppe. Dieser langjährige Austausch wirkt sich sowohl auf die Fachentwicklung der psychiatrischen Pflege in den Institutionen wie auch übergeordnet auf Professionsebene sehr positiv aus.

Das NPfP sieht sich jedoch verschiedenen Herausforderungen ausgesetzt. Es hat keine eigene Finanzquelle wie Mitgliederbeiträge. Dadurch konnte die notwendige Anpassung der Homepage an aktuelle Bedürfnisse nicht konkretisiert werden. Das Netzwerk reagiert als Gremium mit zeitlicher Verzögerung auf situativ anstehende Aufgaben, wie die Bildung von Arbeitsgruppen mit weiteren Akteuren der Psychiatrie sowie der psychiatrischen Pflege.

#### Diskussion/Schlussfolgerung

Die Erfahrungen der vergangenen 20 Jahre liefert trotz der aufgezeigten Grenzen den klaren Beweis, dass ein berufliches Netzwerk wie das NPfP für alle darin engagierten Personen ein für die persönliche wie institutionelle Fachentwicklung der psychiatrischen Pflege wertvolles Instrument darstellt. Gerade die niederschwellige Struktur der Mailingliste hat sich sehr bewährt.

Geplant ist die Bildung einer verbindlichen Nahtstelle mit Netzwerken von Managementpersonen der psychiatrischen Pflege - in vergleichbarer Form wie sie zur AfG besteht.

## **Pflegende in der niederschweligen, akzeptanzorientierten Drogenarbeit**

*Theresa Clement, Thomas Falkenstein, Carsten Orth, Sandra Schwarz, Florian Wostry, Martin Nagl-Cupal, Hanna Mayer*

### **Hintergrund**

Die Abhängigkeit von Substanzen ist eine schwere chronische Erkrankung, welche gravierende gesundheitsbeeinträchtigende Folgen mit sich zieht und zu erhöhter Mortalität führt [4]. Ambulant und stationär befanden sich im Jahr 2019 laut Erhebungen des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction in Österreich und Deutschland insgesamt 47.659 Personen bezüglich direkter oder indirekter gesundheitlicher Auswirkungen von illegalen Drogen, klassifiziert nach Suchtmittelgesetz, in Behandlung. Den weitaus größten Anteil davon (rund 19 Prozent) machen Personen mit Opioidkonsumproblematiken, meist mit polytoxischem Konsummuster, aus [2]. Die Konzeption und Umsetzung wirksamer Strategien zur Bewältigung der Drogenproblematik umfasst ein breites Spektrum von Maßnahmen [1]. Neben präventiven und restriktiven Ansätzen, bildet die niederschwellige akzeptanzorientierte Drogenarbeit eine wichtige Säule in der Drogen- und Suchtpolitik [4]. Im Vordergrund stehen hierbei das Sichern von Überleben, Vermeidung von irreversiblen Schäden und Unterstützung beim kontrollierten Drogengebrauch [6].

In diesem Setting stellen Pflegende mit 80% die größte Berufsgruppe in diesem Bereich dar [1]. Trotz ihrer hohen Präsenz wurde den pflegerischen Mitarbeiter\*innen im Rahmen der Forschung bisher nur wenig Beachtung geschenkt. Ziel dieser Arbeit ist es daher das berufliche Selbstverständnis und das Erleben ihrer Tätigkeit zu betrachten.

## **Fragestellung**

Wie beschreiben Pflegepersonen ihr berufliches Selbstverständnis im Tätigkeitsfeld der niederschweligen, akzeptanzorientierten Drogenarbeit und wie erleben sie ihre Arbeit?

## **Methode**

Es wurden leitfadengestützte Einzelinterviews mit Pflegekräften geführt. Die Rekrutierung der Teilnehmer\*innen erfolgte über Einrichtungen und Organisationen, die sich in der Republik Österreich und der Bundesrepublik Deutschland auf den Bereich der niederschweligen akzeptanzorientierten Drogenarbeit fokussieren. Auf diesem Wege konnten in einem Zeitraum von zwei Monaten sieben Pflegekräfte interviewt werden. Die Auswertung der Daten orientiert sich an einem interpretativen, reduktiven Analyseansatz [3]. Das Kodieren erfolgte anhand des Initial Codings [5].

## **Ergebnisse**

Professionell Pflegende beschreiben ihr berufliches Selbstverständnis als Haltung, die sich durch ein aktives Da Sein im Tätigkeitsfeld der Drogenarbeit definiert. Das Da Sein beinhaltet pflegerisch-therapeutische Aspekte gegenüber dem Klienten und dient als Grundvoraussetzung für einen niederschweligen Zugang zur Versorgung.

In diesem Setting bilden Widerstandsfähigkeit, Authentizität, Empathie, Erfahrung und Teamfähigkeit besondere Charakteristika der Pflegenden. Diese stehen in Wechselwirkung mit dem beruflichen Bewusstsein in Form von Lernprozessen, die sich aus der aktiven Auseinandersetzung und den Erfahrungen in der Versorgung der Klienten ergeben.

Pflegende beschreiben ein disziplinübergreifendes Wir-Gefühl, wodurch eine multiprofessionelle Versorgung ermöglicht wird.

Erleben und das berufliche Selbstverständnis werden beeinflusst, durch Rahmenbedingungen von Seiten der bestehenden Drogenpolitik, der

Gesellschaft und dem Mangel an Ressourcen, Angebots- und Versorgungsstrukturen.

Durch eine negative Generalisierung der Klientel erfolgt eine Stigmatisierung des Milieus und drängt damit den Versorgungsbereich in einen Randbereich des Gesundheitssystems.

## **Diskussion**

Professionell Pflegende beschreiben ihr berufliches Selbstverständnis als Haltung, die sich durch ein aktives Da-Sein und ein disziplinübergreifendes Wir-Gefühl auszeichnet. Feeser und Heyer [8] schreiben der Haltung einer Werteorientierung zu welche dem pflegerischen Handeln Gründe, Kriterien und somit Orientierung verleiht. Laut Richter und Hahn [9] ist das Da Sein ein Merkmal der informellen therapeutischen Beziehung im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege. Das Wir-Gefühl dient dazu, den Gruppenzusammenhalt und die gegenseitige Akzeptanz in der Teamentwicklung zu festigen [10]. Prinzipiell gehören eine spezifische Haltung, das Bewusstsein über das pflegerische Da Sein, sowie ein verbindendes Wir-Gefühl zu den Voraussetzungen einer jeden Pflegesparte. Für die niederschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit, welche an der Peripherie der gesellschaftlichen Gesundheitsversorgung stattfindet, sind vorhin genannten Voraussetzungen essenziell.

Das Erleben und das berufliche Selbstverständnis unterliegen verschiedenen Einflüssen und Rahmenbedingungen von Seiten der bestehenden Drogenpolitik, der Gesellschaft und dem Mangel an Ressourcen, Angebots- und Versorgungsstrukturen. In Kombination mit der Stigmatisierung führt dies zu einem Spannungsfeld. Deshalb gehört die bewusste Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren, der juristischen und politischen Situation des Settings zum beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden dazu. Zusätzlich besitzen Pflegende verschiedene Charakteristika, welche sich in Widerstandsfähigkeit, Authentizität, Empathie, Erfahrung, Teamfähigkeit und durch die settingspezifische und fachliche Kompetenz differenzieren. Die zuvor genannten Charakteristika überschneiden sich auch mit anderen Pflegebereichen. Insbesondere

die Fähigkeit der Empathie gilt als Qualitätsindikator bei Pflegenden [11]. Die Charakteristika stehen in Wechselwirkungen mit dem beruflichen Bewusstsein in Form von Lernprozessen, die sich aus der aktiven Auseinandersetzung mit dem Setting und den dazu gehörenden Erfahrungen ergeben. Diesbezüglich ist eine stetige Selbstreflexion seitens der Pflegenden notwendig.

Im Alltag der Pflegenden kommt es auch zu Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen, wie Sozialarbeiter\*innen, sowie Ärzt\*innen. Dies stellt eine flache Hierarchiestruktur dar, in der die Zusammenarbeit mit dem Wir-Gefühl gut funktioniert.

Die niederschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist im Pflegebereich ein wichtiger Garant dafür, dass auch Menschen am Rande der Peripherie Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem finden. Neben präventiven Maßnahmen, die unter anderem zur Senkung von gesundheitlichen Folgekosten führen, nehmen die Pflegenden in diesem Setting zusätzlich eine vermittelnde Rolle zwischen der unmittelbaren gesellschaftlichen Umgebung (Nachbarschaft) und dem stigmatisierten Milieu ein. Damit die Versorgungslücken geschlossen werden und eine Sensibilisierung in der Gesellschaft und der Politik entsteht, bedarf es eines Paradigmenwechsels im Umgang mit der Drogenarbeit.

### **Schlussfolgerung**

Um ein besseres institutionsübergreifendes Arbeiten zu ermöglichen, sollten Informationskampagnen über die niederschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit in allgemeinen Gesundheitseinrichtungen sowie in der Pflegeausbildung stattfinden. Eine gesellschaftliche, als auch politische Sensibilisierung zur Thematik, sowie Aufklärungsarbeit zur Entstigmatisierung der Klientel würde einen Beitrag dazu leisten, das Arbeitssetting der Pflegenden zu erleichtern. Durch eine Entstigmatisierung könnte das Klientel aus gesundheitlicher Perspektive psychisch entlastet werden, was wiederum das Risiko von Folgeerkrankungen reduziert.

Des Weiteren sollen Pflegende gefördert werden ihre Sozialkompetenz wie Widerstandsfähigkeit, Authentizität, Empathie, und Teamfähigkeit und Reflexionsfähigkeit in Form von Schulungen zu erweitern.

Die niederschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit bildet ein eigenes Pflegesetting, welches sich klar von anderen Pflegebereichen abgrenzt. Pflegewissenschaftliche Forschung zu dieser Thematik ist rar. Diesbezüglich ist es wünschenswert sowohl qualitative als auch quantitative Pflegeforschung zu fördern. Potenzielle Forschungsfelder wären die Stigmatisierung der Klientel als auch deren Erleben und Bedürfnisse sowie die Bedürfnisse der Pflegenden.

## Literatur

1. *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021): Europäischer Drogenbericht 2021. Trends und Entwicklungen.* Zugriff unter: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en) Stand 24.06.2022.
2. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Statistical Bulletin 2021 — treatment demand* Zugriff unter [https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/tdi\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/tdi_en) Stand 24.06.2022.
3. *Gesundheit Österreich GmbH (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak.* Zugriff unter: [https://jasmin.goeg.at/1078/1/Epidemiologiebericht%20Sucht%202019\\_barrierefrei.pdf](https://jasmin.goeg.at/1078/1/Epidemiologiebericht%20Sucht%202019_barrierefrei.pdf)/ Stand 09.02.2020.
4. *Mayer, H. (2019). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium und Weiterbildung. 5., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.*
5. *Mortler, M. (2018): Drogen- und Suchtbericht.* Zugriff unter: [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien\\_dba/Drogenbeauftragte/Drogen\\_und\\_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien_dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf) Stand 15.06.2019.
6. *Saldaña, J. (2016). The coding manual for qualitative researchers. Third edition. London: SAGE Publications.*
7. *Schneider, W. (2004): Drogenkonsumräume und Harm Reduction. Ein kritisches Resümee landes- und bundesweiter Evaluationsergebnisse und lokaler Erfahrungen. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2004;1:1-9,*

8. *Feeser-Lichterfeld, U., Heyer M. (2010), Handeln verantworten lernen. Anspruch und Möglichkeit ethischer Bildung. Heike Baranzke u.a., Handeln verantworten. Grundlagen – Kriterien – Kompetenzen, Freiburg i.Br. 2010, 145–173: 149*
9. *Richter, D., Hahn, S. (2009) Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. Pflege 2009; 22: 129-142.*
10. *Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequences in small groups. Psychological Bulletin, 63, 348- 399.*
11. *Williams, J, Sticklely, T. (2010). Empathy and nurse education. Nurse Education Today 2010; 30(8): 752-5.*

## **Pflegeprozessgestaltung mal anders**

*Kristina Domonell*

Arbeitsverdichtung, kurze Rapportzeiten und Effizienz bestimmen unseren pflegerischen Alltag. Dabei wird die Zeit zur gemeinsamen Reflexion, Diskussion und Evaluation des Pflegeprozesses im Pflgeteam immer knapper. Aus diesem Grund hat das Pflgeteam der Abteilung Verhaltenstherapie stationär (VTS) der UPK Basel sich dazu entschlossen, ihre Pflegeprozessgestaltung zu optimieren und prozessorientierter zu gestalten, um die pflegerisch geleistete Arbeit besser darstellen zu können.

Dazu wurde folgende Fragestellung ins Zentrum des Projektes gestellt:

Wie lässt sich das interdisziplinäre Abteilungskonzept ACT (Akzeptanz und Commitment Therapie) mit dem Pflegeprozess nach Hildegard Peplau und der pflegerischen Dokumentation nach Nanda, NIC und NOC verknüpfen und in den pflegerischen Alltag implementieren?

Im Zuge des Pflegeprojekts „Pflegeprozessgestaltung und Dokumentation“ führte das Pflgeteam der Abteilung VTS eine Literaturrecherche durch. Dazu wurden Theorien aus der Psychotherapie und der Pflege miteinbezogen um Erkenntnisse zur Pflegeprozessoptimierung aus den Bereichen Kommunikation, Dokumentation, Pflegephänomene und Pflegemodelle zu erhalten.

Als Ergebnis des Projekts implementierte das Pflgeteam der Abteilung Verhaltenstherapie stationär eine pflegerische Fallbesprechung, ein strukturiertes und einheitliches Dokumentationssystem und eine einheitliche Sprache zur Reflexion und Darstellung der pflegerischen Arbeit. Das Projekt zeigte, dass eine einheitliche Sprache über den Pflegeprozess, sowie die Orientierung an einem gemeinsamen Pflegemodell die Abbildung der pflegerischen Arbeit deutlich vereinfacht und sich förderlich auf den Informationsfluss und die Kommunikationskultur in zeitlich eng begrenzten Rapportmöglichkeiten auswirkt.

# **Projekt SERO: „Suizidprävention Einheitlich Regional Organisiert“: Trialogische Zusammenarbeit - gemeinsame Sprache - geteilte Verantwortung**

*Michael Durrer, Caroline Gurtner, Johann Meinhof, Martina Lerch*

## **Hintergrund**

In der Schweiz sterben täglich zwei bis drei Menschen durch Suizid. Suizide sind häufig mit einer psychischen Erkrankung verbunden und gehören zu einer der häufigsten Todesursachen. Zudem haben sie beträchtliche Folgen für Angehörige [1].

## **Problemstellung**

Die Suizidprävention war bis 2017 in der Schweizer Gesundheitspolitik kein finanziell gefördertes Anliegen. Damals lancierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein landesweites Aktionsprogramm mit 10 Zielen und 19 Schlüssel-massnahmen [2]. Daraus resultierten Bestrebungen der «Gesundheitsförderung Schweiz», die seit 2021 fünf grössere Suizidpräventionsprojekte mitfinanziert [3]. Eines davon ist das Projekt „Suizidprävention Einheitlich Regional Organisiert“ (SERO), welches auf die Reduktion von Suiziden sowie Suizidversuchen in drei Kantonen der Zentralschweiz fokussiert. Die Projektziele orientieren sich an vier vom BAG empfohlenen Massnahmen: (1) eine visuelle Suizidrisikoeinschätzung - PRISM™-S (Pictorial Representation of Illness and Self Measurement – Suicidality), (2) ein verbindlicher Sicherheitsplan, (3) Erste-Hilfe-Gesprächskurse über Suizidgedanken und (4) eine Selbstmanagement-App [4].

## **Ziele**

Nebst der Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen soll auf der Ebene der Gesundheitsversorgung mit den genannten Massnahmen das Selbstmanagement suizidgefährdeter Menschen sowie ihrer Angehörigen und die inhaltlich vernetzte Versorgung durch Fachpersonen gefördert werden [5].

## **Vorgehen**

In vier Teilprojekten wurden die SERO-Massnahmen auf das Versorgungsgebiet der Luzerner Psychiatrie mit den Zielgruppen der Fachpersonen (a) Psychotherapeuten\*innen, (b) Pflegefachpersonen, (c) auch selbstständig Tätige, (d) psychiatrische Spitex-Organisationen und (f) Hausärzt\*innen, adaptiert und teilweise neu entwickelt.

## **Die vier zentralen SERO-Massnahmen**

PRISM<sup>TM</sup>-S ist ein Instrument zur visuellen Einschätzung der aktuellen Suizidalität. Die Einschätzung wird von einer Fachperson gemeinsam im Gespräch mit der betroffenen Person durchgeführt, ist standardisiert und dauert nur wenige Minuten. Die Methode ist validiert und wird seit Jahren in der klinischen Praxis erfolgreich eingesetzt [zit. In. 4]. Im Projekt SERO werden Schulungen für Fachpersonen zur Anwendung von PRISM<sup>TM</sup>-S angeboten, so dass dieses Instrument in der Arbeit mit Patient\*innen flächendeckend zur Anwendung kommen kann.

Der Sicherheitsplan ist ein Instrument mit dem Ziel, gefährdeten Menschen ein Tool zu bieten, welches bei suizidale Krisen präventiv eingesetzt werden kann, um suizidales Verhalten zu verhindern. Im Sicherheitsplan identifizieren Betroffene individuelle Strategien zur Bewältigung einer suizidalen Krise. Der Sicherheitsplan soll settingübergreifend etabliert und somit die koordinierte Anwendung durch Betroffene, Angehörige sowie Fachpersonen gefördert werden. In die Entwicklung des Sicherheitsplans wurden nebst den Perspektiven der Projektzielgruppen (Betroffene, Angehörige und Fachpersonen) auch wissenschaftliche Erkenntnisse integriert.

Die ensa-Erste-Hilfe-Gesprächskurse über Suizidgedanken sind seit 2019 ein Angebot der Stiftung Pro Mente Sana für Angehörige und Interessierte. In den Kursen erhalten Teilnehmende Wissen und erlernen Techniken, wie sie Betroffenen in einer suizidalen Krise beistehen können. Es werden die Entwicklung von Suizidalität und die geeignete Kommunikation mit Fachpersonen

gemeinsam angeschaut und in praktischen Übungen vertieft. SERO bietet diese Kurse nicht nur vergünstigt in der Grundversorgung, sondern auch in der öffentlichen Gesundheit an, um damit auch eine breite Öffentlichkeit für das Thema Suizidalität zu sensibilisieren.

Als weitere Massnahme wird eine Selbstmanagement-App in triologischer Zusammenarbeit entwickelt. Diese ermöglicht suizidgefährdeten Personen und ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen, jederzeit geeignete Schritte zur Suizidprävention einzuleiten. Die Funktionalitäten der SERO-App bauen auf den Empfehlungen um das Forscherteam von Martinengo [zit. In. 6] auf. Sie identifizierten anhand von 69 Suizidpräventions-App's sechs elementare Inhalte. Dies sind 1) Reflektion der Stimmung und der Suizidgedanken, 2) Entwicklung eines Sicherheitsplans, 3) Strategien und Aktivitäten zur Verhinderung von Suizidgedanken, 4) Information und Aufklärung, 5) Zugang zu Unterstützungsnetzwerken und 6) Zugang zur Notfallberatung. Die SERO-App wird kostenlos in den App-Stores zur Verfügung stehen und ist in Deutsch, Französisch und Italienisch erhältlich.

### **Drei Implementations-Etappen im Versorgungsgebiet**

Zur Einführung der SERO-Massnahmen wurde das gesamte Versorgungsgebiet in sechs Regionen eingeteilt. Jede Projekt-Etappe fokussierte auf jeweils zwei Regionen und begann mit einem ersten Treffen ausgewählter interprofessioneller Vertreter\*innen der Zielgruppe Fachpersonen. Anschliessend an dieses Treffen fand ein öffentlicher Informationsanlass über das Projekt SERO für alle Fachpersonen der Regionen statt. An diesem Anlass wurde auch über die PRISM<sup>TM</sup>-S-Schulungen informiert, an denen die Methode, die Haltung („I want to see through your eyes“) [7] und die Durchführung erarbeitet und eingeübt werden. Der Abschluss einer Implementations-Etappe bildete jeweils ein zweites Regionalgruppen-Treffen. An diesem Treffen wurde eingeschätzt in welchem Masse die SERO-Massnahmen in den jeweiligen Regionen und Berufsgruppen etabliert sind und welche Erfahrungen zur Verbesserung von SERO beitragen können. Zur Projektoptimierung, Förderung der Akzeptanz

und Multiplikation der SERO-Massnahmen wird das Projekt von einer Gruppe aus verschiedensten regionalen und nationalen Fachverbänden und Netzwerken etc. der Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen begleitet. Alle im Projekt trialogisch entwickelten Informations- und Printmaterialien können auf der Projekthomepage, [sero-suizidpraevention.ch](http://sero-suizidpraevention.ch), kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Für die sechs Regionalgruppen konnten rund 50 Fachpersonen gewonnen werden. Nach der jeweiligen Implementations-Etappe werden diese zu SERO-Botschafter\*innen. Das Interesse seitens Fachwelt an den SERO-Massnahmen scheint rege zu sein. Über 160 Personen nahmen an den drei Informationsanlässen teil. Die PRISM<sup>TM</sup>-S-Schulungen verzeichneten in den ersten beiden Implementations-Etappen über 600 Teilnehmende und die Projekt-Webseite wurde bis anhin 2500 Mal besucht mit Vergabe oder Downloads von über 5000 Informations- und Printmaterialien. Aus der Praxis treten auch anekdotisch Rückmeldungen von Betroffenen und Angehörigen zu den vier Massnahmen an SERO heran.

Die Wirkungen von SERO auf die Zielgruppen (Betroffene, Angehörige und Fachpersonen) wird von einem externen Institut evaluiert. Erste Ergebnisse dazu sind im 2023 zu erwarten. Es wird eine mehrstufige Evaluationsstrategie mit mixed-method-design angewendet. Übergeordnet wird eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt und aufgezeigt, ob durch SERO die Rehospitalisierungsrate sinkt. Bei Betroffenen und Angehörigen steht die Auswirkungen von SERO auf die Selbstwirksamkeit, das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz im Fokus. Bei Fachpersonen werden Wissen, Einstellungen und Verhalten im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit und Vernetzung sowie Hindernisse und Erfolgsfaktoren in der Umsetzung von den vier SERO-Massnahmen untersucht.

## Schlussfolgerung

Der Einbezug von sowohl Fach- als auch Erfahrungswissen von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen ermöglichte eine bedarfsgerechte sowie partizipative Entwicklung der vier SERO-Massnahmen. In den ersten zwei Jahren fokussierte SERO auf die Fachwelt. Mit diversen Informationskanälen (Regionalgruppen, Informationsanlässe, PRISM-S-Kurse, Begleitgruppe, Homepage, Medienarbeit und Beiträge an Kongressen und in Fachjournals) konnten die Ziele und Massnahmen von SERO kommuniziert und verbreitet werden. Das Interesse an SERO ist rege. Dies zeigt einerseits die vielzähligen Teilnahmen an SERO-Anlässen und Schulungen. Andererseits nehmen bereits Institutionen ausserhalb des ursprünglichen Interventionsgebiets von SERO daran teil. SERO bietet Werkzeuge, welche die Kommunikation zwischen Fachpersonen, Betroffenen und ihren Angehörigen unterstützt. Diese Werkzeuge werden in erster Linie durch die Fachpersonen multipliziert und finden so Einzug in die konkrete Gesundheitsversorgung von Betroffenen und deren sozialen Systemen. Ausserdem soll das Verständnis der dialogischen Zusammenarbeit über die Projektgrenzen hinaus ins Versorgungsgebiet übertragen werden.

In den Projektjahren 2023 und 2024 will SERO das Selbstmanagement im Bereich „Public Health“ fördern. Dazu werden grossangelegte Präventions-, und Sensibilisierungskampagnen im öffentlichen Raum durchgeführt, mit der Botschaft: Suizidgedanken? Sprich es an! Lerne dir und anderen zu helfen.

## Literatur

1. *Obsan. (2022). Suizid und Suizidhilfe. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe>*
2. *Bundesamt für Gesundheit (2016). Aktionsplan Suizidprävention Schweiz. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>*
3. *Gesundheitsförderung Schweiz. (2021). Geförderte Projekte. <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geoerderte-projekte.html>*
4. *Durrer, M. et al. (2021). Projekt SERO – Suizidprävention Einheitlich Regional Organisiert. *Leading Opinions. Neurologie & Psychiatrie*, 6(6), 55-58.*

5. SERO. (2021). *Suizidprävention Einheitlich Regional Organisiert*. <https://sero-suizidpraevention.ch/>
6. Meier, L., Gurtner, C., Nuessli, S., Miletic, M., Bürkle, T., & Durrer, M. (2022). *SERO—A New Mobile App for Suicide Prevention*. In *Healthcare of the Future 2022* (pp. 3-8). IOS Press. DOI: 10.3233/SHTI220310.
7. Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk. A Collaborative Approach*. New York.

## **Safewards: Eine komplexe Intervention**

*Marc Eggenberger*

### **Hintergrund**

Safewards ist ein evidenzbasiertes Konzept mit 10 Interventionen zur Deeskalation und um Sicherheit zu schaffen. Es findet weltweit Anwendung. Das Konzept bedingt eine Haltungsänderung vom gesamten multiprofessionellen Team einer Station und trägt somit zur Recoveryhaltung bei.

### **Problemstellung**

Wenn das Safewards Modell isoliert betrachtet wird, kann die Reichweite dieses Modells in einer Klinik leicht unterschätzt werden. Als Voraussetzung für die Umsetzung benötigt es die Zustimmung von der Geschäftsleitung bis zur Basis. «Recovery» wurde als strategisches Ziel für den Gesamtbetrieb festgelegt. In der Umsetzung, «sichtbar machen» erweist sich dies jedoch als schwierig. Safewards kann dabei Hilfe bieten und wird als etwas «handfestes» erlebt. Verschiedene Interventionen zeigen Handlungen und Haltungen auf, welche bereits schon Umsetzung finden. Wichtig ist es dabei die Zustimmung jedes Einzelnen Teammitglieds zu erlangen und alle 10 Interventionen komplett nach Vorgabe umzusetzen. Grundlegend ist Safewards ein Konzept aus dem pflegerischen Bereich, erfordert aber das Mitwirken des gesamten multiprofessionellen Teams. Weitere Konflikte, Überschneidungen kann es mit andern Modellen / Konzepten geben welche sich mit dem Thema Deeskalation oder ähnlichem auseinandersetzen und eine Lösung/Kompromiss erfordern. Verschiedene Infrastrukturellen Veränderungen (Bilder, Collagen), zeitliche Ansprüche an Reparaturen bringt Safewards mit sich, welche vom Innenarchitekten und den Zentralen Diensten nicht so vorgesehen sind. Eine weitere Auswirkung hat das Modell auf verschiedene bestehende Infobroschüren und Formalitäten welche umgeschrieben werden müssen. Während der Umsetzung von Safewards sind weitere Projektumsetzungen auf einem Minimum zu halten oder ganz zu streichen.

## **Ziele**

Bis zum Jahresende 2020 ist das Modell auf allen 3 Akutstationen in der Klinik St. Pirminsberg vollumfänglich mit allen 10 Interventionen eingeführt.

Folgende Ziele verfolgen die Akutstationen:

- Beziehungsaufbau fördern, Reduktion von Zwangsmassnahmen, Eigenverantwortung fördern, Offene Türen, Entstigmatisierung der Psychiatrie

## **Vorgehen:**

Der Vorschlag zur Hausinternen Umsetzung von Safewards gelangt durch die Pflegeexperting an die Klinikleitung. Die Klinikleitung entschied, dass das Konzept ins Zielprogramm 2020 aufgenommen werden soll und veranlasste somit den Startschuss zu Umsetzung.

Zur besseren Orientierung für die Klinikleitung und das Mittlere Kader wird Prof. Dr. Löhr für eine Information aufgeboden. Durch die Abteilungsleitungen wurden pro Station 2 Safewardstrainer bestimmt, welche in DE an einer Trainerausbildung teilgenommen haben. In der Zwischenzeit wurde sowohl in interdisziplinären und Pflgeteamsitzungen das Konzept im Groben vorgestellt. Es folgte ein ausführlicher Informationsnachmittag, welcher durch die Trainer vorbereitet und durchgeführt wurde. An diesem Nachmittag wurden Kleingruppen von Pflegekräften bestimmt welche für die Vorbereitung und Umsetzung einer jeweiligen Intervention zuständig und somit «Interventionsbevollmächtigt» sind. Während dem Safewards – Starttag wurden dann die einzelnen Interventionen vorgestellt und der Zeitplan welche Intervention in welchem Monat eingeführt wird festgelegt. Aktuell befinden wir uns mitten in der Umsetzung. Im Rahmen des Multiprojektmanagements werden alle 2 Monate Statussitungen mit Beteiligung von Pflegedienstleitung, Pflegeexpertin, Abteilungsleitung und Trainer abgehalten.

### **Ergebnisse/Erfahrungen:**

Der Start der Projektimplementierung war vorwiegend geprägt durch Skepsis, Bedenken und Ängste der Mitarbeiter. Mit viel Überzeugungskraft und etlichen Diskussionen während Teamsitzungen schlug die Skepsis in Motivation und Kreativität um. Veränderungen an der Infrastruktur und Budgetierung zum Konzept werden im besten Fall, im Vorfeld mit der Klinikleitung besprochen.

### **Diskussion und Fazit**

Mit der Umsetzung von Safewards entwickelt sich eine durchwegs positive Teamdynamik. Der Sinn und die Ziele dahinter sind für jeden Mitarbeiter einleuchtend und erstrebenswert. Mit der Teamdynamik entwickelt sich parallel eine positive Teamhaltung. Was klar bejaht werden kann ist, dass Recovery durch das Safewardsmodell mehr Praxisbezug bekommt.

# **Psychiatrische Versorgungsqualität in der Pflege – ein Blick in die Blackbox**

*Beatrice Gehri, Dietmar Ausserhofer, Franziska Zúñiga, Stefanie Bachnick, René Schwendimann, Michael Simon*

## **Hintergrund**

Rationierung pflegerischer Versorgung wird als mehrdimensionales Problem für Patient\*innen, Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitsorganisationen beschrieben [1]. Aus somatischen Krankenhäusern ist bekannt, dass häufigere unterlassene Pflegehandlungen zu einer Zunahme von unerwünschten Patient\*innenergebnissen wie zum Beispiel der Mortalität führt, aber auch bei den Pflegenden mehr Schuldgefühle und Burnout führen kann [2]. Zudem gelten unterlassene Pflegehandlungen als Bindeglied zwischen Pflegepersonalausstattung und unerwünschten Patient\*innenergebnissen [2]. Rationierung von pflegerischen Massnahmen ist ein Phänomen, welches aufgrund von mangelnden Ressourcen wie zum Beispiel Zeit- oder Personalmangel, in Gang gesetzt wird. In dieser Situation müssen Pflegendе situativ Prioritäten setzen und entscheiden, welche Pflegehandlungen nicht durchgeführt werden. Diese Entscheidung wird von drei Faktoren beeinflusst: 1) Fähigkeiten der Pflegeperson zur kritischen Entscheidungsfindung, 2) Patient\*innensituation und -bedürfnissen sowie 3) Merkmale der Organisation wie zum Beispiel Arbeitsumgebung oder Personalausstattung [3, 4]. Weil in psychiatrischen Kliniken die Patient\*innensituation und -bedürfnissen sowie die Merkmale der Organisation anders aussehen als in somatischen Krankenhäusern, unterscheiden sich auch die Pflegehandlungen. Ergebnisse zu unterlassenen Pflegehandlungen in somatischen Krankenhäusern oder Langzeitpflegeeinrichtungen können daher nicht direkt auf psychiatrische Kliniken übertragen werden. In welchem Ausmass psychiatriespezifische Pflegehandlungen in Psychiatrien unterlassen werden, ist daher weitgehend unbekannt. Den Psychiatrien fehlen damit wesentlichen Angaben, welche Pflegehandlungen die

Pflegenden bei fehlenden Ressourcen unterlassen und wie diese die Versorgungsqualität beeinflussen.

## **Fragestellung**

Ziel der Studie ist die Häufigkeit der unterlassenen Pflegehandlungen und deren Zusammenhang mit Personalausstattung in der stationären Psychiatrie zu untersuchen.

## **Methode**

Die deskriptive Analyse war Teil der multizentrischen Querschnittstudie Match<sup>RN</sup> Psychiatrie [5]. Pflegende von 114 Abteilungen aus 13 Schweizer Psychiatrien wurden gefragt, wie häufig sie bestimmte Pflegehandlungen unterlassen. Für die Personalausstattung wurde ein Modell für das Patient\*innen-Pflegenden-Verhältnis erstellt und der Zusammenhang mit den unterlassenen Pflegehandlungen mit einem linearen gemischten Modell analysiert.

## **Ergebnisse**

Daten von 994 Pflegenden wurden analysiert. Die meisten Pflegenden waren weiblich (n=681, 68,5 %) und waren im Durchschnitt 41,1 Jahren ( $\pm$ SD 12,40) alt. Die Mehrheit arbeitete mit einem Beschäftigungsgrad zwischen 61-90 % (43,0 %). Im Durchschnitt hatten die Pflegenden 14,6 Jahre ( $\pm$ SD 11,07) Berufserfahrung in der Pflege.

Die drei häufigsten unterlassenen Pflegehandlungen waren: Evaluation des Pflegeprozesses (n=272, 30,5 %), Erstellung von Pflegediagnosen (n=225, 27,4 %) und Festlegung der Pflegeziele. Die drei seltensten unterlassenen Pflegetätigkeiten waren: geplante Gespräche mit Patient\*innen und anderen Personen (n=50, 5,6%); geplante multiprofessionelle Gruppengespräche (n=50, 6,5%) und geplante Gruppengespräche (n=61, 7,5%). In Arbeitsschichten mit niedrigerer Personalausstattung wurden mehr Pflegehandlungen unterlassen.

## Diskussion

Bei den am seltensten unterlassenen Pflegehandlungen sind mehrere Patient\*innen oder weitere Berufsgruppen beteiligt. Die Pflegenden versuchen bei knappen Ressourcen dennoch möglichst viele Patient\*Innen zu erreichen. Wie in somatischen Krankenhäusern und der Langzeitpflege ist auch in Psychiatrien eine niedrigere Personalausstattung mit mehr unterlassenen Pflegehandlungen assoziiert [6, 7].

## Schlussfolgerungen

Psychiatrien sollten anerkennen, dass Pflegenden situativ entscheiden müssen, notwendige Pflegehandlungen nicht durchzuführen. Diese Entscheidung wird also auf individueller Ebene der Pflegenden getroffen. Die Ursachen, welche diese Entscheidung notwendig machen, sind jedoch auch auf organisatorischer Ebene angesiedelt. Ob unterlassene Pflegehandlungen Einfluss auf unerwünschte Patient\*innenergebnisse hat, bedarf weiterer Forschung.

## Literatur

1. Jones, T.L., P. Hamilton, and N. Murry *Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. International Journal of Nursing Studies*, 2015. 52, 1121-1137 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>.
2. Mandal, L., A. Seethalakshmi, and A. Rajendrababu, *Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. Nurs Philos*, 2020. 21(1): p. e12257.
3. Schubert, M., et al., *Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. Nurs Res*, 2007. 56(6): p. 416-24.
4. Suhonen, R., et al., *Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. International Journal of Nursing Studies*, 2018. 88: p. 25-42.
5. Gehri, B., et al., *Matching Registered Nurse Services With Changing Care Demands in Psychiatric Hospitals: Protocol for a Multicenter Observational*

*Study (MatchRN Psychiatry Study). JMIR Res Protoc, 2021. 10(8): p. e26700.*

6. *Ausserhofer, D., et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. BMJ Quality & Safety, 2014. 23, 126-135 DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002318.*
7. *Griffiths, P., et al., The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2018. 74(7): p. 1474-1487.*

# **Abgrenzungsbedürfnisse und Bewältigungsstrategien Pflegenden im Umgang mit Betroffenen**

*Brigitte Gisler, Manuela Grieser*

## **Hintergrund**

Das Recoverykonzept welches in Zusammenhang mit psychiatrischen Settings breit diskutiert wird, fordert einiges an Offenheit auch von den Pflegenden. Nicht der Patient soll sich dem System anpassen, sondern das System an den Menschen. Für Pflegende bedeutet das konkret- offen, kreativ und anpassungsfähig zu sein. Nicht immer zeigt sich in dialogischen Settings- in denen Betroffene und Fachpersonen zusammenkommen, dass Pflegende sich dem Betroffenen gegenüber offen zeigen, manchmal haben sie das Bedürfnis sich abzugrenzen.

## **Fragestellung**

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, welche Abgrenzungsbedürfnisse pflegende Fachpersonen in Bezug zu Betroffenen haben und auf welche Bewältigungsstrategien sie zurückgreifen, um diese Abgrenzung zu leben.

## **Methode und Material**

In einem dialogischen Setting, dem „Fachkurs Leben mit der Sucht“ in welchem Fachpersonen und Betroffene gemeinsam auf Augenhöhe studieren, wurden durch Feldbeobachtungen zwei kontrastierende Fälle bezüglich Abgrenzungsverhalten selektiert und zu einem Interview angefragt. Beide Personen erklärten sich bereit, das Vorhaben zu unterstützen. Es wurden mit ihnen narrative Interviews durchgeführt. Die transkribierten Daten wurden in mehreren Verfahrensschritten anhand der hermeneutischen Phänomenologie nach Mahnen analysiert und interpretiert. Danach wurden die Resultate anhand von Literatur kritisch diskutiert.

## **Ergebnisse**

Es konnten zwei Abgrenzungsmodelle entwickelt werden: Modell 1 beschreibt ein „Ich“, welches in seiner Kraft ist und Nähe zu Betroffenen zulassen und aushalten kann. Bei Modell 2 handelt es sich um ein „Ich“, welches sich durchlässig erlebt und sich stärker nach Aussen abgrenzt. Abgrenzungsbedürfnisse und Bewältigungsstrategien stehen in Zusammenhang mit der Länge der Berufserfahrung, der Persönlichkeit, mit der emotionalen Verfassung, der persönlichen Lebensgeschichte, mit der lebenszeitlichen Phase und den Erfahrungen im Berufs- und Privatleben. Für Pflegende, die sich öffnen, ist die Beziehung mit Betroffenen und das Verstehen der Lebenswelt der anderen wichtig. Diese Offenheit scheint einen Einfluss auf das Lernen und auf die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Betroffenen zu haben. Persönlichen Bewältigungsstrategien zeigen sich in Form von: Distanz schaffen, Abschalten, Ablenkung durch Hobbies, Familie und Freunde, Verdrängen, aber auch das Teilen von Erfahrungen, das Reflektieren des eigenen Verhaltens mit oder ohne Kolleginnen oder Kollegen oder die eigene berufliche Veränderung. Abgrenzung ist ein subjektiver, vielfältiger und zum Teil auch widersprüchlicher Prozess. Die Erfahrungen, das eigene Selbst- und Weltbild und das eigene Rollenverständnis prägen das Bedürfnis nach Abgrenzung.

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass bei peerbezogenen Kurs- oder Recovery-Angeboten nicht erwartet werden kann, dass jeder Teilnehmer in einer Gruppe sich öffnet, Persönliches preisgibt und im Prozess mitgeht. Für künftige Recovery-Projekte sollte das Bewusstwerden der eigenen Rolle der Teilnehmenden stärker thematisiert werden, insbesondere dann, wenn sich Rollengrenzen auflösen sollen.

# **Technostress & Digitale Kompetenz beim Gesundheitspersonal in Psychiatrien**

*Christoph Golz, Sandra M.G. Zwakhalen, Sabine Hahn*

## **Hintergrund**

Psychiatrien werden aufgrund der disruptiven Zunahme technischer Möglichkeiten zunehmend digitalisiert [1, 2]. Diese Digitalisierung führt zu neuen Aufgaben und Anforderungen an das Gesundheitspersonal, was gewisse digitale Kompetenzen erfordert und zu Technostress führen kann. Technostress ist ein Ausdruck des eigenen Unbehagens, Angst, Anspannung und Sorgen beim Lernen und der Nutzung von Technologien [3]. Es ist unklar, ob digitale Kompetenzen den Technostress reduzieren und wie sich Technostress auf die psychische und physische Gesundheit des Gesundheitspersonals auswirkt.

## **Fragestellung**

Folgende Fragen wurden im Rahm der Studie beantwortet:

1. Wie schätzt das Gesundheitspersonal in Psychiatrien die eigene Digitale Kompetenz ein?
2. Wie schätzt das Gesundheitspersonal in Psychiatrien den wahrgenommenen Technostress ein?
3. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Digitalen Kompetenz und Technostress unter Berücksichtigung der individuellen Charakteristika?
4. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Technostress und Langzeitfolgenden?

## **Methode und Material**

Es wurde eine Querschnittstudie in 3 Schweizer Psychiatrien durchgeführt. Das Gesundheitspersonal wurde dazu eingeladen einen online Fragebogen zu den Themen Digitale Kompetenz, Technostress und Arbeitsbedingungen auszufüllen. Die verwendeten Skalen sind valide und wiesen eine

zufriedenstellende Reliabilität auf. Die Skala zu Digitaler Kompetenz setzt sich aus 5 Items zusammen mit Werten zwischen 0 (stimme nicht zu) und 4 (stimme zu), wobei ein höher Wert eine subjektiv hoch eingeschätzte Digitale Kompetenz bedeutet. Die Skala zu Technostress setzt sich aus 12 Items zusammen, auch mit Werten zwischen 0 (stimme nicht zu) und 4 (stimme zu), wobei ein hoher Wert eine subjektiv hoch eingeschätzte Belastung durch Technologien beim Arbeitsplatz bedeutet.

### ***Datenanalyse***

Die Analyse erfolgte im Statistikprogramm R [4] und umfasste deskriptive Statistiken und multiple lineare Regressionen. Die Wahl der Prädiktoren und abhängigen Variablen erfolgte auf Basis des Digitalen Stress Modells [5, 6].

### **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen 493 Personen aus den Gesundheitsberufen Pflege (60%), Psychologie (12%), Sozialdienst (11%), ärztlicher Dienst (9%) und medizinisch-therapeutische Berufe (8%) an der Studie teil. Die Teilnehmenden schätzten ihre Digitale Kompetenz grundsätzlich als hoch (MW 2.89; SD 0.57) und ihren Technostress als mässig (MW 1.30; SD 0.55) ein. Das Gesundheitspersonal mit einer höheren Digitalen Kompetenz berichtete von einem geringeren Technostress. Pflegende und der ärztliche Dienst schätzen ihren Technostress am höchsten und ihre Digitalen Kompetenzen am geringsten ein, im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen. Ein höheres Alter stand im Zusammenhang mit einer geringeren Digitalen Kompetenz. Erhöhter Technostress stand in einem signifikanten Zusammenhang mit erhöhten Burnout Symptome und Kopfschmerzen, vermehrten Gedanken den Beruf / die Organisation zu verlassen sowie reduziertem Gesundheitsstatus und reduzierter Arbeitszufriedenheit.

### **Diskussion**

Der signifikante Zusammenhang zwischen Digitaler Kompetenz und Technostress geht einher mit der Literatur anderer Branchen [7]. Gerade der ärztliche Dienst und die Pflege, die bekannterweise mehr mit Technologien

interagieren müssen, berichteten von höherem Technostress und geringerer Digitaler Kompetenz. Das steht im Kontrast zu anderen Resultaten, die aufzeigten, dass Gesundheitspersonal mit häufiger Interaktion mit Technologien höhere digitale Kompetenzen aufwiesen [8]. Eine mögliche Erklärung ist, dass auch die gemachten Erfahrungen mit und die Haltung gegenüber Technologien bei der Arbeit Kernelemente der Digitalen Kompetenz sind. Inadequate Infrastruktur, kaputte oder fehlende Endgeräte sowie fehlende Unterstützungsangebote beeinflussen nachweislich die zukünftige Bereitschaft zur Nutzung neuer Technologien [9]. Ein möglicher Grund für die hohe Selbsteinschätzung von Digitalen Kompetenz der anderen Berufsgruppen könnte im Umkehrschluss die fehlende Erfahrung mit Technologien am Arbeitsplatz sein. Dieses Phänomen ist bekannt als das Dunning-Kruger Paradigma [10]. Das Paradigma beschreibt, dass Personen mit einer geringen Expertise in einem spezifischen Gebiet sich häufig massiv hinsichtlich ihrer eigenen Kompetenzen überschätzen.

## Schlussfolgerung

Technostress ist aktuell mässig ausgeprägt in Psychiatrien. Mit zunehmender Digitalisierung müssen Entscheidungstragende sich über die möglichen Konsequenzen seitens Gesundheitspersonal durch technologische Innovationen im Klaren sein. Eine präventive Massnahme kann die Erhöhung der digitalen Kompetenz sein. Diese kann organisationsintern erfasst und gesteigert werden.

## Literatur

1. Hariman, K., A. Ventriglio, and D. Bhugra, *The Future of Digital Psychiatry. Curr Psychiatry Rep*, 2019. **21**(9): p. 88.
2. Gratzler, D., et al., *Our Digital Moment: Innovations and Opportunities in Digital Mental Health Care. The Canadian Journal of Psychiatry*, 2021. **66**(1): p. 5-8.
3. Wang, K., Q. Shu, and Q. Tu, *Technostress under different organizational environments: An empirical investigation. Computers in Human Behavior*, 2008. **24**(6): p. 3002-3013.

4. R Core Team, *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. 2021, <https://www.R-project.org/>; Vienna, Austria.
5. Gimpel, H., et al., *Gesund digital arbeiten?! Eine Studie zu digitalem Stress in Deutschland*. 2019, Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik FIT, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, MF/M-Bayreuth: Augsburg. p. 1-52.
6. Ayyagari, R., V. Grover, and R. Purvis, *Technostress: technological antecedents and implications*. *MIS quarterly*, 2011. **35**(4): p. 831-858.
7. La Torre, G., et al., *Definition, symptoms and risk of techno-stress: a systematic review*. *Int Arch Occup Environ Health*, 2019. **92**(1): p. 13-35.
8. Kuek, A. and S. Hakkennes, *Healthcare staff digital literacy levels and their attitudes towards information systems*. *Health informatics journal*, 2020. **26**(1): p. 592-612.
9. Konttila, J., et al., *Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review*. *Journal of clinical nursing*, 2019. **28**(5-6): p. 745-761.
10. Schlösser, T., et al., *How unaware are the unskilled? Empirical tests of the "signal extraction" counterexplanation for the Dunning-Kruger effect in self-evaluation of performance*. *Journal of Economic Psychology*, 2013. **39**: p. 85-100.

# **EBN in der Bildung - Wissen. Schafft. Pflege. Praxis**

*Manuela Hacker*

## **Hintergrund/Problemstellung**

Die Disziplin Pflege benötigt evidenzbasiertes Wissen, um den Anforderungen des Gesundheitssystems und den Bedürfnissen der zu betreuenden Personen gerecht zu werden. Das Konzept Evidence based Nursing (EBN) als Methode in der Pflegeforschung und -praxis schafft die Möglichkeit vorhandene Forschungserkenntnisse, klinische Pflegeexpertise sowie PatientInnenbedürfnisse unter dem Blickwinkel praxisrelevanter Themenstellungen zu bearbeiten.

Die Studierenden des 5. Semester der Fachhochschule (FHWN) des Bachelorstudienganges Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege lernen im Studium wissenschaftliches Arbeiten im Kontext von EBN. Das ist für viele Studierende zu Beginn oft noch sehr abstrakt und der Praxisbezug schwer fassbar. Auch aus der Praxis gab es zum Teil Fragen zur Relevanz und Implementierung von EBN in die Praxis.

Demnach ist das Ziel des Projektes, dass Studierende im Rahmen ihrer Bachelorarbeit das Konzept EBN und ihre neu gewonnen wissenschaftlichen Fertigkeiten anhand von praxisrelevanten Problemstellungen anwenden und die daraus gewonnenen Erkenntnisse wieder in die klinische Pflegepraxis einfließen lassen können. Gleichzeitig wurde das Projekt als eine Gelegenheit genutzt, das Konzept EBN auch der Pflegepraxis vorzustellen und diese mit einzubinden.

## **Vorgehen**

Die Studierenden durchlaufen die ersten vier von insgesamt sechs Schritten des EBN-Prozesses. Dafür erhalten sie aktuelle praxisrelevante Themen bzw. Fragestellungen von PraktikerInnen aus der klinischen Pflegepraxis. Die Partnerorganisationen der FHWN kommen aus dem akutstationären Setting sowie aus dem Langzeitpflegebereich. Die eingebrachten Themen bzw.

Fragestellungen werden in finalen Gesprächen zwischen den Studierenden, den Partnerorganisationen sowie den wissenschaftlichen MitarbeiterInnen der FHWN hinsichtlich der Problemdarstellung konkretisiert. Die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen begleiten durch den gesamten Prozess der Studierenden beim Erstellen ihrer Bachelorarbeit.

Das theoretische Wissen und die praktischen Fähigkeiten werden in zwei vorgeschalteten Lehrveranstaltungen im 5. Semester vermittelt: Bachelorseminar II und EBN.

Nach festgelegter Suchstrategie führen die Studierenden eine strukturierte Literaturrecherche durch, die Ergebnisse werden kritisch bewertet und diskutiert. Die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Praxis werden in Form eines „Praxisdokuments“ aufbereitet und im Rahmen einer 2-tägigen Fortbildungsveranstaltung für die am Projekt teilgenommenen Partnerorganisationen und interessierten KollegInnen aus der Praxis präsentiert.

## **Erfahrungen/Ergebnisse**

Projektstart war im Jahr 2017, seitdem erhält das Projekt einen steten Zulauf an Interessenten. Im Jahr 2019 wurden insgesamt 31 praxisbezogene Fragestellungen von den Studierenden beantwortet. Zudem wurde das Projekt von der stationären Akutversorgung auf den Langzeitpflegebereich ausgeweitet.

## **Diskussion**

Das Projekt erzeugt eine anerkennende Resonanz bei den beteiligten Partnerorganisationen sowie den Studierenden. Der unmittelbare Nachweis dafür ist die steigende Anzahl der Institutionen, die sich an dem Projekt beteiligen wollen.

Für das Jahr 2020 ist ein Ausrollen auch auf den extramuralen Pflegebereich geplant. In enger Rücksprache mit den PraxispartnerInnen der FH Wiener Neustadt wird das Konzept stets evaluiert und die praktische Umsetzung bezüglich Themenfindung, Kommunikation und Wissensgewinn

weiterentwickelt. Durch das hohe Engagement und Interesse vor allem auch von Seiten der PraxispartnerInnen lässt sich ein besonderer Bedarf an wissenschaftlichen Kompetenzen und Ressourcen für die Praxis ableiten.

### **Schlussfolgerung**

Durch die Zusammenarbeit der FHWN mit den Partnerorganisation aus den verschiedenen Settings konnte den Studierenden die Bedeutung und Notwendigkeit von EBN vermittelt werden. Gleichzeitig wurde von den PraktikerrInnen ein Mehrwert durch die konkrete Aufbereitung der Forschungsergebnisse erkannt, der zu vermehrter Offenheit und Wertschätzung gegenüber EBN und somit Pflegewissenschaft führte.

# **FOSTREN: Förderung und Stärkung von Ansätzen zur Reduktion von Zwang in europäischen psychiatrischen Diensten**

*Sabine Hahn, Richard Whittington*

## **Hintergrund**

Eine EU COST-Aktion ist ein interdisziplinäres Forschungsnetz, das Forschende und Innovator:innen zusammenbringt, um vier Jahre lang ein Thema ihrer Wahl gemeinsam zu bearbeiten und zu erforschen. EU COST-Aktionen setzen sich daher in der Regel aus Forschenden, Vertreter:innen der Praxis z.B. öffentlichen Einrichtungen aber auch Firmen und anderen relevanten Organisationen oder interessierten Parteien zusammen. Die EU COST-Aktionen stehen allen Wissenschafts- und Technologiebereichen offen, auch neuen und aufstrebenden Bereichen, und bieten ein integratives, europaweites Umfeld für Personen aller Erfahrungsstufen, um ihre Netzwerke aus- und aufzubauen. Innerhalb von EU-Cost Aktionen werden Reisen zu Kongressen, Summerschools und Tagungen finanziert.

FOSTREN ist eine solche EU COST-Aktion, mit der ein nachhaltiges, multidisziplinäres Netz von Forschenden und Praxisvertreter:innen aufgebaut werden soll, das sich darauf konzentriert, das Ausmass der Anwendung von Zwang durch psychiatrische Dienste in Spitälern, ambulanten Diensten und Gemeinden zu verringern. Viele Menschen, die sich in der psychiatrischen Organisation in Pflege und Behandlung begeben, sind Zwangspraktiken wie Zwangseinweisung, Rückbehaltung in der Klinik gegen Willen, Zwangsmedikation und körperlicher Fixierung ausgesetzt. Solche Praktiken können gegen die Menschenrechte verstoßen, und es gibt eine wachsende internationale politische Dynamik, um die Anwendung dieser Praktiken zu verringern. Angesichts der biopsychosozialen Komplexität der psychiatrischen Gesundheitsversorgung, erfordern erfolgreiche Initiativen in diesem Bereich nachhaltige Interventionen auf mehreren Ebenen, die langfristig wirksam umgesetzt werden können.

Die klinische Praxis in diesem Bereich ist in Europa sehr unterschiedlich, und die einschlägigen Forschungsaktivitäten sind stark fragmentiert. Der kritische

Punkt ist, dass derzeit keine ausreichenden Kenntnisse darüber vorhanden sind:

- A) welche Interventionen zur Reduktion von Zwang funktionieren;
- B) in welchen Situationen/Organisationen sie funktionieren; und
- C) wie sie langfristig in die Politik und Praxis übernommen werden können.

Für die Gesellschaft im Allgemeinen und für die psychiatrischen Dienste im Besonderen müssen die Forschenden untersuchen, welche Art von Intervention und welche Umsetzungsmethoden für die verschiedenen kulturellen und sozialen Umgebungen am besten geeignet sind, um Service User/Patient:innen und dem Gesundheitspersonal zu unterstützen bzw. Alternativen zu bieten. Alternativen zu Zwangsmassnahmen gibt es, sie sind unterschiedlich gut wissenschaftlich belegt und müssen vom "Konzeptentwurf" zur Umsetzung in großem Masstab weiterentwickelt werden. Das Wissen darüber, wie dies erreicht werden kann, ermöglicht, systematisch Interventionen und Umsetzungsmethoden auszuwählen, die das bestmögliche Behandlungsergebnis im Bereich der Zwangsreduktion für jeden einzelnen Service User/jede Organisation erzielen.

## **Zielsetzung**

Das FOSTREN-Netzwerk wird diese Probleme angehen, indem es Wissen generiert und den Austausch von Fachwissen aus Forschung und Praxis ermöglicht, um einen integrierten Rahmen für die Umgestaltung der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zu schaffen. Die Ziele des Netzwerks sind:

- Förderung des Verständnisses erfolgreicher Interventionen zur Reduktion von Zwang mittels Aufbau eines stabilen interdisziplinären Netzwerks aus europäischen Forschenden und und Praktiker:innen
- Bearbeitung und Erforschung der Themen: Risikofaktoren von Zwang, alternative Interventionen zu Zwang, Folgen und Auswirkungen auf die Genesung von Zwangserfahrung.
- Erarbeiten ein gemeinsames europäisches Modells zur Reduktion von Zwang sowie ein Rahmen für die Datensammlung und Analyse

werden die europaweite Anstrengung zur Stärkung der Menschenrechte für gefährdete Menschen mit psychischen Problemen verbessern.

- Massive kommunikative Massnahmen, um das Verständnis zu fördern und die entwickelten Produkte sowie damit verbundene Forderungen zur Reduktion von Zwang zu verbreiten. Diese richten sich an die wichtigen Akteure, die für die Erbringung psychiatrischer Gesundheitsversorgung verantwortlich sind.

## **Methode**

Durch die Strukturierung und Vernetzung von Forschung und Praxis werden Forschungsmethoden, -ergebnisse und -programme ermöglicht und evidenzbasierte Interventionen mit Interventionsforschung verknüpft. FOSTREN zielt also darauf ab vielversprechende neue Interventionen mit vorläufigen Forschungsergebnissen zu fördern und diejenigen zu stärken, die über eine solidere Forschungsgrundlage verfügen. Es werden ein breites Repertoire an Methoden und Ansätze, die für ein umfassendes Verständnis der Mechanismen, die zu Zwang führen, und für die Suche nach Lösungen zur Verhinderung von Zwang, verwendet.

## **Stand der Arbeiten**

Um das Verständnis für Prozesse, die der Anwendung von Zwang zugrunde liegenden zu fördern und erfolgreiche Interventionen zur Reduktion von Zwang in europäischen psychiatrischen Diensten zu fördern, wird der Austausch von Wissen über Aktivitäten in einer Vielzahl von Kontexten (d.h. verschiedene Länder, Dienstleistungs Dienstleistungsniveaus/-settings und der Verfügbarkeit von Ressourcen) gesammelt. Es werden Wissen und Ergebnissen aus laufenden Projekten mit empirischen, theoretischen und methodischen Aktivitäten in vier Hauptbereichen mit jeweils einem eigenen Arbeitsbereich (Workgroup, WG) gebildet. Die vier Hauptbereiche sind Risikofaktoren für Zwang (WG1), alternative Interventionen (WG2), Auswirkungen von Zwang und Umgang mit bzw. De-briefing nach Zwang (WG3) und

Implementierungswissenschaft (WG4). Diese vier Bereiche sind miteinander verknüpft und stützen sich auf interdisziplinäre Aktivitäten auf den Ebenen der Politik, Praxis und Forschung. Ihre Aktivitäten innerhalb des Netzes werden von einer zusätzlichen Arbeitsgruppe Arbeitsgruppe (WG5) koordiniert

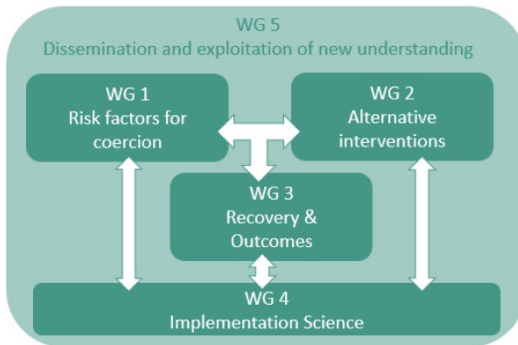


Fig 1. Interrelationship of the Working Groups

Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen den vier thematischen Arbeitsgruppen [1, Seite 4].

Am Beispiel der Arbeitsgruppe 3 (WG3) können die Arbeiten von FOSTREN beschrieben werden und die Komplexität der Arbeit über Landes-, Sprach- und Versorgungssettings hinaus aufgezeigt werden. In WG 3 wurde eine strukturierte Literaturreview zu den Folgen von Zwang für die Betroffenen durchgeführt. Zudem wurde eine Beschreibung des Prozesses der Nachsorge nach Zwangsmassnahmen erarbeitet. Eine europaweite Umfrage zur Nachsorge ist in Vorbereitung. Erste Ergebnisse dieser Arbeiten werden am 12th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry vom 6. bis 9. Oktober im Rahmen einer Masterclass einem breiten interessierten Publikum vorgestellt.

## Literatur

1. *Proposal Reference OC-2019-1-24088 FOSTREN: Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services, see [Home - FOSTREN](#)*



# **Selbstorganisiert Pflegen - Buurtzorg als Organisationsansatz für die ambulante psychiatrische Pflege**

*Anna Hegedüs*

## **Problemstellung**

Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) leistet einen maßgeblichen Beitrag, um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Hause zu unterstützen. Gleichzeitig ist sie konfrontiert mit einem (nicht nur pandemiebedingten) Leistungszuwachs, Finanzierungsschwierigkeiten und dem Fachkräftemangel [1]. Die Klient\*innen fordern wiederum eine ganzheitliche, integrierende und vor allem präferenzorientierte Behandlung.

## **Das Buurtzorg-Modell**

Vor diesem Hintergrund weckt das 2006 in den Niederlanden entwickelte und erfolgreiche Organisationskonzept für ambulante Pflegedienste «Buurtzorg» grosse Aufmerksamkeit [2]. Das Pflegekonzept von Buurtzorg orientiert sich an den individuellen Bedarfslagen der Adressat\*innen und bietet sechs Schlüsselaktivitäten an [3, 4]:

1. Ein ganzheitliches Assessment der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person als Basis für die Pflegeplanung
2. Eine Netzwerk-Landkarte des informellen Versorgungssystems
3. Die Identifikation aller formalen Akteur\*innen, um die Hilfen zwischen den Anbietenden zu koordinieren
4. Erbringung von Pflege und Betreuung
5. Die Unterstützung der Klient\*in in seinem/ihrer sozialen Umfeld
6. Die Förderung der Selbstversorgung und der Unabhängigkeit

Im Zentrum des Handelns stehen die Klient\*innen, die umgeben sind von einem informellen und formellen Netzwerk. Das Buurtzorg-Team steht in engem Kontakt mit allen Ebenen des Pflege- und Betreuungssettings. Das Ziel:

die Menschen inkl. ihren Netzwerken so zu unterstützen bzw. zu stärken, dass ein möglichst selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld möglich ist.

Buurtzorg ist davon überzeugt, dass diese starke Orientierung nur in einem Modell strikter Selbstorganisation nachhaltig zum Tragen kommen kann: das meint, dass Teammitglieder ihre Einsatzpläne sowie Schwierigkeiten in regelmässigen Teamsitzungen gemeinsam erörtern und neue Strategien skizzieren, ohne dass eine Einzelperson über das gesamte Team hinweg entscheidet. Kennzeichnend für die Buurtzorg-Pflegedienste sind [3, 4]:

- Selbstorganisierte, selbstgesteuerte Teams in der Grösse von vier bis zwölf Pflegefachpersonen
- Extrem flache Organisationsform ohne Führungsperson
- Innovative Softwarelösung für die Planung, Dokumentation, Datensammlung und den Austausch im Team
- Zentrale Verwaltung unterstützt selbstorganisierte Teams in der Administration und durch Coaching
- Kommunikation und integrierte Zusammenarbeit mit anderen lokalen, professionell und informell Pflegenden und Betreuenden stehen im Vordergrund.

Buurtzorg verhandelte für seine Dienstleistungen mit den Kostenträgern einen pauschalierten Stundentarif. Die Pflegeteams bestimmen im Rahmen der Pauschale die Aufgaben und den Umfang der erforderlichen Pflege und Alltagsbegleitung. In Bezug auf die Kosteneffizienz und die Zufriedenheit von Klient\*innen und Pflegekräften erzielte Buurtzorg über mehrere Jahre hinweg positive Ergebnisse und erhielt Preise als ausgezeichnete Arbeitgeber [5].

### **Buurtzorg in der psychiatrischen Pflege**

- In den Niederlanden gibt es auch spezialisierte Buurtzorg-Teams für die psychiatrische Versorgung. Diese Teams bestehen aus je einem/einer Psychiater\*in und sechs Vollzeitäquivalenten für psychiatrische Pflegefachpersonen. Zusätzlich zu den oben genannten Kernprinzipien, gelten folgende Grundsätze [6]:

- keine Gespräche über dem/der Klient\*in, ohne dass diese\*r anwesend ist
- keine zeitliche Begrenzung der Sitzungen mit Klient\*innen
- Gleichberechtigung von Klient\*innen und Fachpersonen
- Genesene Klient\*innen unterstützen andere Klient\*innen beim Recovery-Prozess und tragen so zu ihrer eigenen Recovery und der der anderen bei.
- Buurtzorg selber spricht davon, dass ihr Ansatz die Rollen und die Beziehungsgestaltung zwischen Klient\*innen und Fachpersonen massgeblich verändert hat. Dazu beigetragen haben auch e-health Angebote und e-learning Module, die das gemeinsame Lernen fördern [6].

## **Fragestellungen**

Inwiefern eignet sich das Buurtzorg-Modell auch für die ambulante psychiatrische Pflege (in der Schweiz)? Wie könnte das Buurtzorg-Modell im psychiatrischen Bereich in der Schweiz aussehen?

## **Methode**

Die nachfolgenden Ausführungen basieren unter anderem auf einem Scoping Review zu den Erfahrungen mit der Umsetzung des Buurtzorg-Modells außerhalb der Niederlande [2] und einer explorativen Fallstudie bei drei Spitex-Organisationen in der Schweiz, die einen Reorganisationsprozess hin zum Buurtzorg-Modell durchliefen [7]. Details zu den Methoden können aus den open-access Publikationen entnommen werden. Die Erkenntnisse aus diesen Forschungen werden hier im Kontext der psychiatrischen Pflege diskutiert.

## **Ergebnisse**

- Das Buurtzorg-Modell weckt auch in der Schweiz großes Interesse. Inwiefern dieses aktuell auch im Bereich der psychiatrischen Pflege umgesetzt wird, ist wenig bekannt. Einzelne Spitex-Organisationen, die auch

psychiatrische Pflege anbieten, arbeiten jedenfalls nach dem Buurtzorg-Modell.

### ***Umsetzungsmöglichkeiten in der Schweiz***

Wie auch in nicht-psychiatrischen Teams, ist für die Umsetzung von Buurtzorg ein Kulturwandel nötig. Dieser geht mit maßgeblichen Änderungen in der Teamgröße, der Zusammenarbeit, in der Haltung, in der Übernahme von Verantwortung und der Kommunikation einher. Die Mitarbeitenden organisieren ihre Arbeitsabläufe nun selbstständig, leiten Sitzungen, rekrutieren neue Mitarbeitende und planen Einsätze bei den Klient\*innen. Die Zusammenarbeit und Kommunikation im Team erhalten dadurch eine größere Bedeutung. So kommen auch einer funktionierenden IT und den Kompetenzen der Mitarbeitenden im Umgang mit diesen eine größere Bedeutung zu [2, 7].

Wichtig ist aber nicht nur die teaminterne Kommunikation, sondern auch jene nach außen. Wo ein Zusammenschluss von Pflegenden und einem/einer Psychiater\*in (wie in den Niederlanden) nicht möglich ist, sollte eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt\*innen praktiziert werden.

Kommunikation bedarf es auch mit Versicherern. Durch Verhandlungen mit den Kostenträgern könnten auch in der Schweiz Pauschalen (zumindest für einzelne Personen) ausgehandelt werden.

In der Arbeit mit Klient\*innen setzt Buurtzorg auf eine konsequente Recovery-orientierung, Peer-Involvement und shared decision-making. Hinzu kommt der starke Fokus auf das soziale Umfeld und den Aufbau von tragenden Nachbarschaftsstrukturen. So unterstützt Buurtzorg die Unabhängigkeit der Klient\*innen, möchte sie befähigen auch ohne ihre Unterstützung auszukommen. Langjährige Begleitungen durch die APP, wie sie hierzulande immer wieder vorkommen, sollten vermieden werden. Auch das Peer-Involvement in der APP steckt noch in den Kinderschuhen und bedarf weiterem Ausbau. Während in der Schweiz vor allem Bemühungen zur Etablierung von „formellem“ Peer Support bestehen (d.h. bezahlte Arbeit von meist ausgebildeten Peers), setzt das niederländische Buurtzorg auf die Vernetzung der Klient\*innen untereinander und somit auf einen eher informellen Peer Support.

Inwiefern dies in der Schweiz möglich und erwünscht wäre, müsste erprobt und mit den Betroffenengruppen diskutiert werden.

## Fazit

- Buurtzorg wäre auch für die APP in der Schweiz ein denkbares und erstrebenswertes Modell. Dies müsste mit einem größeren Kulturwandel, Haltungsänderungen, konsequenter Sozialraum- und Recovery-orientierung, dem Einsatz von Peers, aber auch der Einführung von IT-Systemen und der Verhandlung mit Versicherern einhergehen. Bereits gemachte Erfahrungen aus dem somatischen Bereich können zwar genutzt werden, müssen aber mit Überlegungen zu den psychiatrie-spezifischen Aspekten ergänzt werden. Auch hier würde sich der wissenschaftliche Blick auf die Prozesse, Umsetzungen und Wirkungen des Buurtzorg-Modells lohnen, um Erfahrungswerte für andere Organisationen zu sammeln und herauszufinden, ob die gesteckten Ziele wie Fachkräfte im Beruf zu halten, Finanzierungsschwierigkeiten überwinden und vor allem die Genesung der Klient\*innen zu unterstützen, erreicht werden können.

## Literatur

1. Stocker, D., et al. (2018) *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*, Bundesamt für Gesundheit: Bern.
2. Hegedüs, A., Schürch, A., Bischofberger, I. (2022) *Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review*. *International Journal of Nursing Studies Advances*. **4**: p. 100061.
3. Cavedon, E., C. Minnig, and P. Zängl, *Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse: Gesamtbericht*. 2018, Fachhochschule Nordwestschweiz: Olten.
4. Leichsenring, K. (2015) „Buurtzorg Nederland“: Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. *ProCare*. **20**(8): p. 20–24.
5. KPMG Plexus (2015) *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg: Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013*. 2015.

6. Buurtzorg. (2022) Buurtzorg T. Treatment at home for psychological and psychiatric problems. [Stand 13.07.2022]; Available from: <https://www.buurtzorg.com/innovation/buurtzorg-te/>.
7. Hegedüs, A., et al. (2022, under review). Chancen und Herausforderungen für häusliche Pflegedienste bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz: Ergebnisse einer explorativen Fallstudie. *International Journal of Health Professions*.

# Psychische Folgestörung nach kritischer Erkrankung

*Marvin-Ayodele Kaiser*

## **Hintergrund:**

Bedingt durch den demografischen Wandel und den technischen Fortschritt der Medizin steigen weltweit nicht nur die Zahlen kritischer Krankheitsfälle, es steigt auch die Zahl derer, die eine kritische Erkrankung überleben und in der Folge unter einer psychischen Folgestörung leiden. In der stationären und poststationären Versorgung von kritisch kranken Menschen mangelt es an wirksamen Interventionen, um auf das Risiko einer psychischen Folgestörung zu reagieren.

## Fragestellung:

Ziel dieser Arbeit ist es, wirksame präventive und kurative Interventionen zu identifizieren und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit miteinander zu vergleichen.

Methode und Material: Es wurde eine systematische Literaturrecherche im Zeitraum von September bis November 2019 durchgeführt. Durchsucht wurden Pubmed, CINAHL und clinical.trials.gov. Die Ergebnisse wurden in Bezug auf die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit kritische beurteilt.

## **Ergebnisse:**

Insgesamt wurden 2889 Quellen identifiziert und davon 66 Quelle in die kritische Bewertung aufgenommen. Fast alle Ergebnisse haben gemeinsam, dass sie von niedriger Evidenz sind und valide, explizite Aussagen nur schwer möglich sind.

## Diskussion:

Im Ergebnisteil konnte gezeigt werden, dass eine Vielzahl von Ansätzen existiert, um auf das Risiko psychischer Folgestörungen nach kritischer Erkrankung zu reagieren. Der Großteil der Ergebnisse ist von niedriger Evidenz beziehungsweise die Studiendesigns sind sehr unterschiedlich, sodass einige Rückschlüsse nur hypothetisch erfolgen und gesicherte Aussagen schwierig sind. Assessments und besonders die bestehenden S3 Leitlinien liefern

nützliche Basisinformationen zur Verbesserung der Behandlung und zum zielgerichteten Einsatz der empfohlenen Interventionen.

Schlussfolgerung:

Folgende Aspekte können einen wesentlichen Einfluss auf die Prävention und Kuration von psychischen Folgestörungen haben: Sedierungsfreie Intensivstationen, Nicht-pharmakologische Interventionen zur Angstreduzierung, Psychologische Unterstützung am Patientenbett, Intensivtagebücher, Risikoeinschätzungen während der Behandlung, Nachuntersuchungen und Vermittlung individueller Nachsorgeangebote, Einbezug von Angehörigen, Unterstützungsangebote für psychisch belastete Intensivpflegekräfte, Weiterbildung von Intensivpflegekräften, Geeignete technische Ausstattung.

# **Very hard-to-reach? Bedürfnisse von Obdachlosen und Sans-Papiers im Kontext psychischer Gesundheit**

*Sabrina Laimbacher, Sabrina Gröble, Eva Soom Ammann*

## **Ausgangslage**

Gesundheitliche Ungleichheit existiert auch in wohlhabenden Ländern wie der Schweiz. Die Chancen für ein gesundes Leben variieren abhängig von wirtschaftlichen, sozialen und umweltbezogenen Faktoren – dies gilt auch für die psychische Gesundheit. Menschen mit geringem sozioökonomischem Status leiden überproportional häufig an psychischen Erkrankungen und sind mit höheren Zugangshürden zu psychiatrischen wie auch anderen Angeboten der Gesundheitsförderung/-versorgung konfrontiert [1]. Massgeblich betroffen sind hierbei Obdachlose und Sans-Papiers [2,3]. In sozial benachteiligten Gruppen ist der Bedarf an angemessener Versorgung erhöht und es besteht häufig eine Lücke zwischen Verfügbarkeit und Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote [4,6]. Obdachlose und Sans-Papiers gelten als besonders schwer erreichbar für Gesundheitsangebote [7,8]. Es wird vermutet, dass ein Informationsdefizit, die mangelnde Verfügbarkeit angemessener niederschwelliger Angebote sowie Misstrauen gegenüber der Versorgung mit einer damit einhergehenden Befürchtung, stigmatisiert oder benachteiligt zu werden, die Nutzung von Angeboten behindert [4,8,9]. Aktuell liegt wenig Wissen darüber vor, wie Obdachlose und Sans-Papiers den Zugang zur Gesundheitsversorgung erleben und inwiefern sie psychiatrische Gesundheitsangebote nutzen oder mit psychischen Belastungen umgehen.

## **Ziel**

Das Ziel des Forschungsprojekts ReachOut war daher die Exploration der Bedürfnisse und Strategien zur Förderung, Erhaltung oder Wiedererlangung psychischer Gesundheit bei den als besonders schwer erreichbar geltenden Gruppen der Obdachlosen und Sans-Papiers in der Stadt Zürich sowie dazu,

wie sie den Zugang zu bestehenden (psychiatrischen) Unterstützungsangeboten wahrnehmen.

## **Methode**

Analog zur schwierigen Erreichbarkeit der beiden im Fokus stehenden Zielgruppen in der Gesundheitsversorgung ist dies auch für die Forschung zu erwarten. Im Projekt ReachOut wurde deshalb mit der Ethnographie eine Forschungsstrategie gewählt, die sich für die Erhebung von Daten konsequent den empirischen Logiken des interessierenden Feldes anpassen kann. Um einen Zugang zum Forschungsfeld zu erschliessen und die Teilnehmenden zu rekrutieren, wurden daher verschiedene Schlüsselorganisationen und -personen in der Stadt Zürich zur Unterstützung angefragt. Im Rahmen eines qualitativ-explorativen Designs ermöglichte die ausgewählte ethnografische Forschungsstrategie es, mit einem flexiblen Einsatz von Beobachtung, teilnehmender Beobachtung und ethnographischen Gesprächen genügend Zeit in den Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu den Zielgruppen zu investieren und deren Lebenskontexte aufzusuchen [10,11,12]. Die Ethnographie verwendet reflexive Verfahren, die sich dem Untersuchungsfeld anpassen und damit den Forschungsteilnehmenden ein erhebliches Mass an Handlungsspielraum einräumt, die Kontexte und Bedingungen der Datenerhebung nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen zu definieren [11,13]. Die gesammelten Daten (Feldprotokolle, Gesprächsprotokolle) werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt gemäss einer induktiv-zyklischen Vorgehensweise analysiert, indem Kernthemen identifiziert, kontextualisiert und dicht beschrieben werden [10].

## **Ergebnisse**

Die Datenerhebung erfolgte 2021 während sechs Monaten durch zwei Forschende. Sie verbrachten rund 310 Stunden teilnehmend beobachtend im Feld mit zwei Hauptstandorten: in einem/r Café/Suppenküche für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Obdachlosigkeit und in einer Nahrungsmittelabgabe für Armutsbetroffene. Durch die teilnehmende

Beobachtung und die damit verbundene kontinuierliche Präsenz konnte einerseits ein erfolgreicher Zugang zu den Zielgruppen und andererseits ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau zu ihnen sowie auch anwesenden Fachpersonen etabliert werden. Auf dieser Grundlage konnten während des Feldaufenthalts diverse ethnografische Einzel- und Gruppengespräche, auch in Form niederschwelliger Kurzkontakte oder wiederholter Gerspräche geführt werden. Die teilnehmende Beobachtung ermöglichte zudem einen Zugang zu Themen, die nicht offensichtlich sind und mehr Kontextwissen erfordern. Um einen vertieften Einblick in die Lebenswelten und die Versorgungssituation der Zielgruppen ausserhalb der vorgestellten Unterstützungsangebote zu erhalten, begleiteten die Forschenden zudem aufsuchende Sozialarbeiter:innen und sprachen mit einem selbstorganisierten Sans-Papiers-Kollektiv sowie mit verschiedenen betroffenen Einzel- und Fachpersonen aus anderen Unterstützungsangeboten oder Nichtregierungsorganisationen.

Die Studienergebnisse sind aktuell in Erarbeitung und werden zum Zeitpunkt der Kongressdurchführung vorliegen und präsentiert werden.

## **Schlussfolgerungen**

Zur Verbesserung der psychischen Gesundheit werden in Literatur und Policy-Papieren zielgruppenspezifische und nutzerorientierte Angebote empfohlen [9,14,15]. Mit dieser Studie werden Versorgungsbedarfe/-bedürfnisse und die Gesundheitskompetenz aus der Perspektive von Obdachlosen und Sans-Papiers exploriert. Darauf aufbauend kann besser beurteilt werden, wie Angebote und Zugänge gestaltet werden müssen, um den Bedürfnissen dieser sozial benachteiligten und schwer erreichbaren Gruppen zur Erhaltung und Förderung psychischer Gesundheit zu entsprechen.

ReachOut wird mit seiner in der Gesundheitsforschung methodisch innovativen Vorgehensweise nicht nur Erkenntnisse zur Angebotsgestaltung generieren, sondern auch Erfahrungen liefern, wie als besonders schwer erreichbar geltende Zielgruppen in die Forschung miteinbezogen werden können.

## Literatur

1. Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12(18)*. doi:10.1186/1475-9276-12-18
2. Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., . . . Hayward, A. C. (2018). *Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 391(10117), 241-250*. doi:10.1016/S0140-6736(17)31869-X
3. Efionayi-Mäder, D., Schönenberger, S., & Steiner, I. (2010). *Leben als Sans-Papiers in der Schweiz. Entwicklungen 2000-2010*. Retrieved from Bern-Wabern: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM), Universität Neuchâtel.
4. Bilger, V., Hallomey, C., Wyssmüller, C., & Efionayi-Mäder, D. (2011). *Health Care for Undocumented Migrants in Switzerland. Policies – People – Practices*. Retrieved from file:///C:/Users/lhs3/Downloads/gesundheitsversorgung-sans-papiers-ch.pdf
5. Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. The Lancet, 384(9953), 1529-1540*. doi:10.1016/s0140-6736(14)61132-6
6. Barbato, A., Martine, V., Filippo, R., Antonio, L., & José Miguel, C. d. A. (2014). *EU compass for action on mental health and well-being. Access to mental health care in Europe*. Brussels: European Union
7. Morlok, M., Meier, H., Oswald, A., Efionayi-Mäder, D., Ruedin, D., Bader, D., & Wanner, P. (2015). *Sans Papiers in der Schweiz 2015*. Bern: Staatssekretariat für Migration (SEM).
8. Canavan, R., Barry, M. M., Matanov, A., Barros, H., Gabor, E., Greacen, T., . . . Priebe, S. (2012). *Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. BMC Health Services Research, 12(222)*.
9. Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., . . . Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
10. Dellwing, M., & Prus, R. (2012). *Einführung in die interaktionistische Ethnografie - Soziologie im Aussendienst*. Wiesbaden, Germany: Springer VS.
11. Scheffer, T. (2002). *Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode - von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen*

- Bearbeitung. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Eds.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (pp. 351-374). Bern: Huber.
12. Stuart, F. (2018). *Reflexivity: Introspection, Positionality, and the Self as Research Instrument - Toward a Model of Abductive Reflexivity*. In C. Jerolmack & S. Khan (Eds.), *Approaches to Ethnography - Analysis and Representation in Participation Observation* (pp. 211-237). New York, NY: Oxford University Press.
  13. Soom Ammann, E., & van Holten, K. (2017). *Mit allen Sinnen ins Feld - Teilnehmende Beobachtung als Methode*. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*, 4(1), 6-14.
  14. Weber, J. J. (2019). *A systematic review of nurse-led interventions with populations experiencing homelessness*. *Public Health Nursing*, 36(1), 96–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/phn.12552>
  15. Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2022). *Chancengleichheit und Gesundheit*. Heruntergeladen unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitliche-chancengleichheit.html>

# **Zwischen den Zeilen lesen: APN-Entwicklung in der Psychiatrie**

*Sabrina Laimbacher, Peter Wolfensberger, Sabine Hahn*

## **Hintergrund**

Wachsende Anforderungen an die Gesundheitsversorgung, ein zunehmender Fachkräftemangel sowie steigende Qualitätsansprüche machen auch vor der psychiatrischen Versorgung nicht halt. Diese Ausgangslage erfordert neue Versorgungsstrukturen und -modelle [1,2]. Eine Reaktion darauf ist die Entwicklung und Implementierung neuer oder noch wenig verbreiteter Rollenmodelle, wie die der Pflegeexpert:in APN (Advanced Practice Nurse) [3,4]. Der APN-Rollenentwicklung stehen international bewährte Modelle wie das PEPPA-Rahmenmodell oder das Hamric-Modell zur Verfügung [5,6]. Die Implementierung der Rolle Pflegeexpert:in APN stellt jedoch eine grosse Herausforderung dar [7,8]. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass sich die Komplexität des Rollenentwicklungsprozess häufig zwischen den Zeilen dieser Modelle abzeichnet. Dies beispielsweise in Form vonhaltungsfragen, Befindlichkeiten oder Interaktionen [9,10,11]. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer Praxispartnerschaft zwischen einer Schweizer Psychiatrischen Klinik und Hochschule ein zweiphasiges Projekt etabliert, um den bisherigen Prozess in der Klinik zu analysieren und weitere Entwicklungsschritte aufzuzeigen.

## **Fragestellung**

Im Rahmen der hier vorgestellten zweiten Projektphase sollte folgende Fragestellung beantwortet werden: Welche emotionalen, interaktionellen sowie kognitiven Aspekte beteiligter oder mitbetroffener Fachpersonen sind im APN-Rollenentwicklungs- und Implementierungsprozess in einer Organisation relevant?

## **Methode**

Der Untersuchung diene eine qualitative Forschungsstrategie. Die Datenerhebung erfolgte anhand eines mehrstufigen Verfahrens. Nach der Klärung der

IST-Situation wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews mit 13 Schlüsselpersonen, sowie Workshadowing-Tage bei einem Pflegeexperten APN durchgeführt [12]. Die Interviews und Beobachtungen wurden in der zweiten Projektphase einer Sekundäranalyse mittels einer thematischen Analyse unterzogen [13].

## **Ergebnisse**

Aus der Analyse der 13 Interviews mit Schlüsselpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Beobachtungen aus dem Workshadowing konnten umfassende Erkenntnisse gewonnen werden, welche aufzeigen, dass sich die APN-Rollenentwicklung in einer Organisation der psychiatrischen Versorgung in einem Spannungsfeld bewegt. Es liessen sich drei zentrale Themen identifizieren: Erstens steht die Berufsidentität der psychiatrischen Pflege in der Bredouille. Die verschiedenen Ansprüche, Belastungen und Veränderungen im Berufsfeld führen zu ganz unterschiedlichen Abwehr- und Anpassungsreaktionen. Zweitens wird deutlich, dass Veränderungen aktiv gestaltet werden müssen, was wiederum sehr unterschiedlich aufgenommen und verarbeitet wird. Und drittens verkörpern Pflegeexpert:innen APN diesen Wandel in personifizierter Form, weshalb ihnen verschiedene Erwartungshaltungen sowie auch Widerstand entgegengebracht wird.

## **Schlussfolgerungen**

Eine Investition in die Rollenklärung mit bestehenden Modellen unter Einbezug wichtiger Schlüsselpersonen soll die Auseinandersetzung und den Konsens für die Implementierung der APN-Rollen in einer Organisation unterstützen. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den sich verändernden Rahmenbedingungen und den Realitäten in der Berufsbildung scheint in der Praxis noch wenig fortgeschritten, was die Implementierung neuer Rollen zusätzlich erschwert. Gleichzeitig sind die vielen emotionalen und interaktionellen Aspekte, welche solche Prozesse mitbeeinflussen, auch nicht in einem Lehrbuch zu finden und müssen im jeweiligen Kontext erfasst und berücksichtigt werden. Die Erkenntnisse aus diesem Projekt sollen auch für die Entwicklung

und Implementierung von APN-Rollen der zukünftigen Generation in psychiatrischen Kliniken genutzt werden können.

## Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit, BAG. (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Heruntergeladen unter [file:///C:/Users/lhs3/Downloads/Zukunft\\_Psychiatrie\\_Schweiz%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lhs3/Downloads/Zukunft_Psychiatrie_Schweiz%20(1).pdf)
2. FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. (2016). *Positionspapier der FMH. Gesundheitswesen Schweiz*. Heruntergeladen unter [https://www.fmh.ch/files/pdf22/positionspapier\\_gesundheitswesen\\_schweiz\\_langfassung\\_d\\_layout.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf22/positionspapier_gesundheitswesen_schweiz_langfassung_d_layout.pdf)
3. Kurscheid C, et al. (2015) *Pflege braucht Akademisierung*. *Monitor Pflege*; 1: 18–21
4. Mahrer-Imhof, R., Eicher, M., Frauenfelder, F., Oulevey Bachmann, A. & Ulrich, A. (2012). *Expertenbericht APN. Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VfP)*. Heruntergeladen unter [https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user\\_upload/Expertenbericht\\_APN\\_2012.pdf](https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Expertenbericht_APN_2012.pdf)
5. Bryant-Lukosius, D., et al. (2004). *Advanced practice nursing roles: development, implementation, and evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), 519-529.
6. Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2009). *Advanced practice nursing. An integrative approach (4<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis: Saunders/Elsevier.
7. Scheydt, S., et al. (2020). *Advanced Nursing Practice im psychiatrisch-psychosozialen Kontext. Übersicht und Vergleich der unterschiedlichen «erweiterten» Rollenprofile in der psychiatrischen Pflege*. *Psychiatrische Praxis*, 47, 1-10.
8. Zehnder, U., Kurz, M. & Laimbacher, S. (2018). *Die Rolle der Pflegeexpertin APN in der Psychiatrie. Das kreative Ereignis einer Zukunftswerkstatt*. *Psychiatrische Pflege*, 3(4), 53-55.
9. Brimblecombe, N., Nolan, F., Khoo, M.E., Culloty, L., O'Connor, K. & McGregor-Johnson, L. (2019). *The nurse consultant in mental health services: A national, mixed method study of an advanced practice role*. *J Psychiatric Ment Health Nurs.*, 26, 117-130.
10. Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., ...& Maxwell, M. (2019). *Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review*. *International Journal of Nursing Studies*, 104

11. Casey, M., O'Connor, L., Cashin, A., Fealy, G., Smith, R., O'Brien, D., ...& Glasgow, M.E. (2019). Enablers and challenges to advanced nursing and midwifery practice roles. *J Nurs Manag.*, 27, 271-277.
12. Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview*. *Forum: Qualitative Social Research. Sozialforschung*. 1(22).
13. Braun, V. & Clarke, V., 2006. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

## **Durch Reibung entsteht Wärme, Begegnung schafft Beziehung. Suchtbehandlung von A wie Antonovsky zu U wie UP bis Z wie Zukunft**

*Margrith Meier-Kessler, Vlasta Popovova, Fabian Florin*

### **Beziehung – aber wie?**

Suchtmittelabhängige im Pflegealltag stellen oft die Pflegefachpersonen vor Herausforderungen, die nicht ganz alltäglich sind. Dies hängt mit der Spezifikation der Erkrankung zusammen.

Beziehung, in Beziehung treten ist das Zauberwort – aber wie? Es gibt viel Literatur zu Bezugspflege, Umgang mit herausfordernden Patienten und spezifischen Regeln zum Umgang mit Suchterkrankten. Wie konkret aber kann die Pflege, Betreuung und Behandlung aussehen? Welches sind gangbare Wege? Wie kann Lust statt Frust in der Pflege überwiegen?

### **Über das Ambulatorium Neumühle bei den Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) in Chur, Kanton Graubünden**

Die opiatgestützte Behandlung mit Schwerpunkt Diaphinbehandlung wurde am 1. Juli 2000 eröffnet. 20 Jahre später haben wir viele Erfahrungen im praktischen Alltag gesammelt. Die tägliche Arbeit beschäftigt sich mit den Zielen und Aufgaben der opiatgestützten Behandlung, den Grundsätzen der pflegerischen Arbeit und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.

### **Über den Vortrag und die Präsentation**

Im Vortrag werden drei verschiedene Aspekte der Beziehungsaufnahme und der Beziehungserhaltung beleuchtet und vorgestellt. Im ersten Teil wird aufgezeigt, wie Ambulatorium Neumühle der salutogenetische Ansatz nach Aaron Antonovsky in der ambulanten opiatgestützten Behandlung angewandt wird. Was kann konkret getan werden, um mit den Patienten unabhängig von Substanzen in Beziehung zu treten? Rahmenbedingungen und

Strukturen werden erläutert, in denen die Betroffenen ein gestärktes Selbstwertgefühl entwickeln können und durch den gemeinschaftlichen Ansatz lernen, soziale und gesundheitliche Probleme selber zu bewältigen. Die vorhandenen Stärken und Fähigkeiten werden hervorgehoben und die Betroffenen werden durch kleine Massnahmen unterstützt, ihre Lebenswelt selbst zu gestalten.

In der täglichen Arbeit mit opiatabhängigen Menschen kommt es oft zu Diskussionen über den Sinn und die Wirksamkeit von Urinproben. Sind die Urinproben und die Kontrollen des Zusatzkonsums heutzutage überhaupt noch nötig und werden diese von Patientinnen und Patienten als unterstützend oder eher als unangenehm und hindernd empfunden? Zum Thema Urinproben bei Suchterkrankten stösst man in der Literatur auf wenig. Eine Pflegefachfrau ist in einer CAS Arbeit der Frage nachgegangen, welche Aufgaben das interdisziplinäre Team in der opiatgestützten Behandlung übernehmen soll. Es wurden die Meinungen von Fachpersonen und auch die Bedürfnisse von den Patientinnen und Patienten eruiert. Die Erkenntnisse zeigen wir im **2. Teil** Die Sicht der Betroffenen bringt ein ehemals Schwerstabhängiger ein. Wie hat er die verschiedenen Behandlungen erlebt, wo waren für ihn Meilensteine, was hat ihn unterstützt, was hat ihn behindert? Er berichtet als Experte aus Erfahrung. In seinem Beitrag wird er eine künstlerische Präsentation über seine Geschichte, seine Entwicklung und seinen Ausstieg aus der Sucht vorstellen. Er beschreibt, wie er Pflegende erlebt hat, was er an Stimmungen wahrnahm und was für ihn Professionalität bedeutet

# **Plädoyer für Evidence-based Management – EbM im Gesundheitswesen**

*Philipp Mattmann*

## **Hintergrund**

Das Gesundheitswesen steht vor vielschichtigen und dynamischen Herausforderungen und dies oft in organisch gewachsenen und tradierten Führungsstrukturen und -prozessen. Damit ist die strategische und operative Führung mehr denn je gefordert, in diesen komplexen Problemfeldern und mikropolitischen Dynamiken der Expertenorganisation unternehmerisch wirkungsvoll sowie nachhaltig - im Hinblick auf Zielsetzungen wie Menschenzentrierung, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit - zu handeln. Eine intuitive, erfahrungsbasierte und wissenschaftliche Entscheidungsfindung kann dabei die Wirkung der Führung begünstigen aber auch behindern. Das Gesundheitswesen ist für Evidence-based Management (EbM) prädestiniert.

## **Problemstellung**

Führungspersonen verwenden die umfangreichen sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Befunde und Methoden, die für Fragen und Problemlösung des Managements vorliegen und relevant sind, nur in sehr eingeschränktem Masse oder überhaupt nicht [1]. Wissenschaftliche Evidenz gilt bei Führungskräften als teilweise nicht anwendbar, nicht glaubwürdig oder zu kompliziert. Gleichzeitig konzentrieren sich nur wenige Ansätze auf Entscheidungsgrundlagen von Führungskräften für die Erreichung bestimmter Ziele und Wege der Problemlösung [1,2]. Anders als in der Medizin kann Evidence-based Management (EbM) gemäss seinen eigenen Kriterien und aufgrund der noch jungen Entwicklungsgeschichte dieser Methode zurzeit bestenfalls als «hypothetisch» bezeichnet werden [1,2].

## Ziele

- Merkmale des Evidence-based Managements sind beschrieben
- Erfahrungen, Vorteile und Grenzen von Evidence-based Management sind diskutiert
- Empfehlungen für die Praxis und Forschung sind abgeleitet

## Vorgehen: Evidence-based Management (EbM)

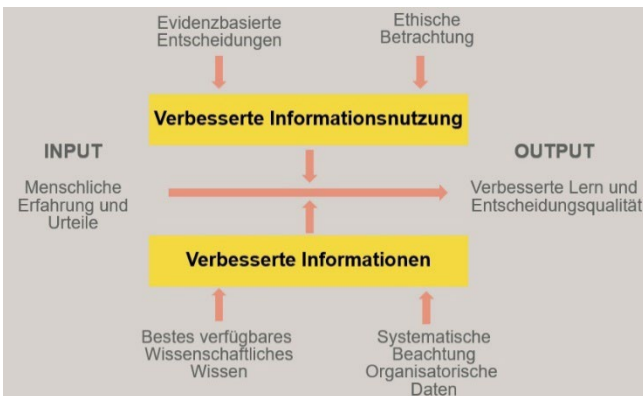
Das EbM-Konzept wurde in Anlehnung an Evidence-based Medizin entwickelt. Führungskräfte können sich entweder auf generalisierbare, wissenschaftliche Evidenz oder auf lokalen, organisationalen Kontext beziehen [3]. Briner et al. [4] beschreiben in Anlehnung an Evidence-based Medizin **vier Elemente von EbM**, die Anteil an einer Führungsentscheidung haben sollen.



Elemente von EBM [4 S.22]

Wenn man EbM praktiziert, ist es wichtig alle vier Elemente mit Schnittpunkt zu berücksichtigen. Die Größe der einzelnen Kreise hat Einfluss auf die Evidenzstärke bei einer Entscheidung. Bei der Führungsentscheidung können die Meinungen von Interessengruppen oder ethische Überlegungen wichtiger als Forschungsergebnisse sein. In anderen Fällen ist es möglich, dass wenig Nachweise zur Verfügung stehen, so dass ihr Einfluss auf die Entscheidungsfindung relativ gering ist. Diese Gewichtung der Elemente sollte bewusst und mit Bedacht getroffen werden, um negative Auswirkungen zu verhindern. Das Fehlen einer kritischen Masse von evidenzbasiertem Management führt heute dazu, dass der Druck besteht, sich eher ad hoc und erfahrungsbasierten Ansätzen zu bedienen, insbesondere bei fehlender EbM-Kompetenz von Führungspersonen [4].

Rousseau beschreibt folgende **Grundpfeiler des EBM-Prozesses**, um die Lern- und Entscheidungsqualität zu verbessern. Im Zentrum steht dabei, unterschiedliche Informationsquellen zu nutzen und diese ethisch-evidenzbasiert zu gewichten.



Grundpfeiler EBM Prozess [3, S.4]

Der EbM-Prozess [5] kann zum einen in den Ablauf einer kollegialen Beratung/Aktionslernen [6] integriert und zum anderen bei komplexen und tiefgreifenden Entscheidungen als kritische Reflexion, wissenschaftliche Argumentationsgrundlage und Entscheidungshilfe genutzt werden. Beim EbM-Prozess steht die Möglichkeit, verschiedene Informationsarten zu nutzen, um aktuelle Forschungsergebnisse in die Praxis zu transferieren, im Vordergrund. EbM umfasst eine Art von Ansätzen und eine Denkweise bezogen auf die Entscheidungsfindung, die Praktiker:innen bereits bis zu einem gewissen Grad einsetzen. EbM bietet jedoch keine Lösung für alle Management-Probleme, sondern Unterstützung für die Identifikation und Förderung von "Best Practices" [vgl. 4].

Urteilsvermögen und kritisches Denken sind bei EbM eine wesentliche Managementkompetenz, insbesondere wenn die Umstände herausfordernd sind. Die Fähig- und Fertigkeit, verschiedene Positionen, Sicht- und Handlungsweisen oder Anspruchshaltungen zu unterscheiden, sich kritisch (und selbstkritisch) zu hinterfragen, die schlechten Lösungen auszuschneiden und sich unter den verschiedenen verbleibenden Positionen für die aktuell beste Entscheidung stark zu machen, werden dabei systematisch gefördert und gefordert [vgl. 7]. Die Entscheidung wird vor dem Hintergrund getroffen, dass sie sich im Nachhinein als Fehler herauskristallisieren kann, jedoch ein mutiger Beschluss unabdingbar war. Wichtig scheint, Fehlentscheidungen anzuerkennen und daraus zu lernen.

## **Erfahrungen**

Erste EbM-Erfahrung von Stationsleitungen zeigte mit der Integration in das bestehende Aktionslernen positive Ergebnisse. Die externe Evidenz konnte mit den erfahrungsbasierten Positionen reflektiert und die resultierende Entscheidung als Mehrwert für die Förderung des kritischen Denkens beobachtet werden. Wobei sich von der persönlichen Position zu distanzieren auch ein dorniger Weg sein kann und dies die Entscheidungsfreudigkeit nicht schwächen sollte. Die Fachverantwortlichen mit pflegewissenschaftlichen Kompetenzen waren dabei eine grosse Bereicherung. Auftretende Hindernisse bei

der Literaturrecherche auf Seiten der Stationsleitungen konnte durch diese Ko-Produktion abgebaut und die Leadership-Kompetenz zwischen Linie- und Fachführung im Sinne von Shared und Transformational Leadership gestärkt werden. Wichtig scheint, in kleinen Schritten den evidenzbasierten Führungsdiskurs inspirierend zu kultivieren und sichtbar zu machen. Evidenzbasiertes Management umfasst die aktive und lustvolle Suche nach bester verfügbarer Evidenz.

## **Diskussion**

Mittels EbM-Prozess können Top-Town Entscheidungen kritisch hinterfragt, aber auch kritisches Denken vorgelebt und gefördert werden.

Mikisek [8] weist auf Vorteile und Grenzen von EBM hin. Meinungen und bloße Behauptungen von Expert:innen müssen hinterfragt und durch Argumente ersetzt werden, um Entscheidungsgrundlagen fundiert aus Daten und Fakten abzuleiten. Somit kann die Effektivität von Führungsentscheidungen besser bewertet werden. Grenzen können erhöhter Zeitaufwand, Kosten und Zugang zu Literaturquellen sein. Als Grundlage muss auch die EbM-Kompetenz gefördert, gefordert und vorgelebt werden. Die Kritik gegenüber evidenzbasiertem Management fokussiert sich auf eine zu starke Rationalität als Grundlage für die Entscheidungsfindung, die unzureichenden und unvollständigen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die begrenzte Übertragbarkeit sowie Funktionalität. Durch ein differenzierteres Verständnis, Rollenklärung, Gestaltung der Entscheidungsprozesse und kontextsensitivere Anwendung kann die effektive EbM-Praxis jedoch auch gefördert werden. Weitere Forschung bezüglich Zusammenhängen zwischen EBM-Entscheidungsprozessen, -Entscheidungsträger:innen und Rahmenbedingung ist dabei notwendig [9].

## **Schlussfolgerungen**

Der Begriff Evidenzbasiertes Management/Evidence-based Management (EbM) ist relativ neu, nicht aber die Idee, Forschungsergebnisse in

Managemententscheidungen einzubeziehen. EbM ist keine einzelne starre Methode, sondern eine Familie von Ansätzen, die Entscheidungsfindungen unterstützen. EbM kann zur Fundierung von Entscheidungen und Überlegungen für ein Rahmenmodell für die Praxis und zukünftige Forschung empfohlen werden (Brodbeck 2008; Felfe 2015). Briner et al. (2009) stellten fest, dass eine Fülle von wertvollen und relevanten Erkenntnissen existiert, die für die Praxis nützlich sind.

Zum einen sind weitere Praxiskonzeptionen und Evaluationen für die Verankerung von EbM notwendig und zum anderem werden Publikationen zu evidenzbasierten Führungsstrukturen, -prozessen und -ergebnissen benötigt, um eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Führungsorganisation und -kultur weiter zu entwickeln.

## Literatur

1. Felfe, J. (Hrsg.), (2015). *Trends der psychologischen Führungsforschung. Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
2. Brodbeck, F. C. (2008) *Evidenzbasiertes (Veränderungs-)Management, Einführung und Überblick, OrganisationsEntwicklung, Nr.1*
3. Rousseau, D. M. (Ed.) (2012). *Handbook of Evidence-Based Management*. New York: Oxford University Press, in press
4. Briner, R.B.; Denyer, D.; Rousseau, D.M. (2009). *Evidence-Based Management: Concept Cleanup Time? The Academy of Management*
5. Petticrew, M.; Robert, H. (2006). *Systematic Review in the Social Sciences. A Practical Guide*. Malden: Blackwell Publishing.
6. Tietze, K.O. (2003). *Kollegiale Beratung, Problemlösung gemeinsam entwickeln, Rowohlt Taschenbuch (11. Auflage)*.
7. *Critical Thinking, ETH Zürich. Unter: Critical Thinking | ETH Zürich, Zugriff: 05.04.2022*
8. Mikisek, I. (2015). *Evidence Based Management, Gesundheitsförderliche Führung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
9. Wright, L.; Zammuto, R.F.; Liesch, P.W.; Middleton, S.; Hibbert, P., Burke J.; Brazil, V. (2015). *Evidence-based Management in Practice: Opening up the Decision Process, Decision-maker and Context. British Journal of Management*

# **Krankheitsmodelle in der Psychiatrie - Systematische Literatürübersicht**

*Dirk Richter, Jeremy Dixon*

## **Hintergrund**

In der Praxis und in der Wissenschaft der Psychiatrie wird eine Vielzahl von Krankheitsmodellen verwendet. Im Rahmen der Einführung des US-amerikanischen Diagnosemanuals DSM-5 hat sich eine breite Diskussion entwickelt über die Frage, was eine psychische Erkrankung eigentlich ist und ob neue Modelle für Forschung und Praxis benötigt werden. Im Rahmen dieser Diskussion sind vornehmlich wissenschaftliche Positionen ausgetauscht worden, während Perspektiven verschiedener Professionen wie der Psychiatrischen Pflege oder die Sichtweise von Nutzenden kaum zur Geltung kamen. Eine systematische Übersicht über aktuelle Krankheitsmodelle ist bis anhin noch nicht durchgeführt worden.

## **Fragestellung**

Die hier vorgestellte Übersichtsarbeit zielte darauf ab, relevante Modelle und Konzepte zu identifizieren, welche psychische Erkrankungen im Allgemeinen oder aber spezifische Krankheitsbilder theoretisch beschreiben. Dabei ging es insbesondere auch um den Einbezug bis anhin vernachlässigter Positionen, wie diejenigen von Nutzenden.

## **Methode**

Wir haben eine systematische Übersicht über wissenschaftliche Artikel, Buchkapitel und Bücher durchgeführt, die in verschiedenen Datenbanken (PubMed, PsycInfo, CINAHL, Google Scholar und Amazon.com [für Bücher] identifiziert wurden. Sämtliche Publikationen ab dem Jahr 2000 in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch, Spanisch und Italienisch wurden eingeschlossen.

## **Ergebnisse**

Wir haben mehr als 2000 Artikel und Buchkapitel sowie mehr als 200 Bücher gescreent. 290 Quellen wurden im Volltext gelesen. Insgesamt konnten 31 verschiedene Ansätze identifiziert werden. Diese Ansätze können in unterschiedlicher Weise gruppiert werden: 1) hinsichtlich ihrer Ursprünge (z.B. biomedizinisch, psychologisch und kulturell); 2) hinsichtlich beschriebener Kausalitäten bezüglich Ursachen und Triggern; 3) bezüglich Einstellungen und Wahrnehmungen (z.B. Recovery).

## **Diskussion**

Die identifizierten Modelle sind sehr zahlreich, haben sehr unterschiedliche Ursprünge und widersprechen sich oftmals.

## **Schlussfolgerungen**

Nach unserer Übersicht wird deutlich, dass es keinen Konsens über die Frage gibt, was denn eine psychische Erkrankung ist und welche Ursachen sie haben könnte. Aus einer wissenschaftstheoretischen Sicht schlussfolgern wir, dass kein Modell gegenüber anderen favorisiert werden kann

# **Bildung für eine evidence-basierte psychiatrische Pflegepraxis in Zeiten von COVID-19**

*Jacqueline Rixe, Saskia Flegel, Pascal Wabnitz*

## **Hintergrund**

In diesem Jahr lässt COVID 19 die Welt aus den Fugen geraten. Neben menschlichem Leid, extremer Belastung des Gesundheitssystems und verheerenden Folgen für die Wirtschaft fordert das Virus auch das Bildungssystem heraus - nicht nur im Rahmen von Homeschooling im primären und sekundären Bildungssektor, sondern auch im tertiären Bildungsbereich. So wurde in den deutschsprachigen Ländern z.B. die Präsenzlehre an den (Fach-) Hochschulen zunächst komplett abgesagt, teilweise der Lehrbetrieb des Sommersemesters verschoben, teilweise durch Online-Angebote ersetzt.

## **Fragestellung**

Diese COVID-19-bedingten Herausforderungen im Bereich der Bildung sind im Hinblick auf die pflegerischen Studiengänge auch für die Pflegenden in der Psychiatrie relevant. Diesbezüglich stellt sich die Frage, wie es in der aktuellen Ausnahmesituation gelingen kann, ein Studium nicht nur mit entsprechendem Workload jenseits der Präsenzlehre, sondern auch im Sinne der Studierenden und einer evidence-basierten Pflegepraxis zu ermöglichen.

## **Vorgehen**

An einer Fachhochschule in X werden pflegerische Studiengänge, u.a. auch explizit für den psychiatrischen Bereich, berufsbegleitend im „Blended Learning-Format“, einer Kombination aus klassischer Präsenzlehre und E-Learning, angeboten. Aufgrund der von der Regierung geforderten Schutzmaßnahmen wurde zum Ende des Wintersemesters zunächst die Präsenzlehre eingestellt. Gleichzeitig wurde aber auch beschlossen, das Sommersemester zum regulären Zeitpunkt zu starten, hierfür allerdings ausschließlich das E-Learning zu nutzen. Dies galt nicht nur für die bereits bestehenden Kurse, sondern auch für die Kurse, die ihr Studium zum Sommersemester aufnehmen (z.B.

ein Kurs des Studiengangs „Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege“). Über die übliche elektronische Lernplattform wurden unterschiedliche Lehrmethoden eingesetzt. So wurden z.B. enhanced Pod- und Vodcasts erstellt und Seminare in virtuellen Kursräumen (=Webinare) veranstaltet. Da bei den Studierenden des Studiengangs „Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege) von einer Tätigkeit in systemrelevanten Bereichen auszugehen ist, wurde überwiegend asynchron gearbeitet.

### **Ergebnisse / Erfahrungen**

Durch COVID-19 und die Umstellung auf Online-Formate mussten Lehrveranstaltungen methodisch und didaktisch anders aufbereitet werden. Die Ausnahmesituation erforderte von den Lehrpersonen nicht nur Engagement und Kreativität, sondern auch Kompetenz in Bezug auf das E-Learning. Diese Kompetenz wurde innerhalb weniger Tage bis zum Semesterstart z.B. durch Team-Webinare ausgebaut bzw. weiterentwickelt.

Der Semesterstart erfolgte zum regulären Termin, die Studierenden gaben auf Nachfrage an, dass sie trotz schwierigster Rahmenbedingungen sehr zufrieden mit der Umsetzung der Lehrangebote waren. Eine manonyme Evaluation steht zum aktuellen Zeitpunkt noch aus, Ergebnisse der Evaluation werden im Vortrag beim DLK aber präsentiert werden können.

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

COVID-19 verlangt der Gesellschaft viele Einschränkungen ab und zwingt zum Umdenken. Aus der Not heraus musste die FH neue Wege gehen und ihr Bildungsangebot anpassen. Obgleich dies eine große Herausforderung darstellte und z.B. auf ein persönliches Kennenlernen verzichtet werden musste, liegt auch eine Chance in der Ausnahmesituation und dem damit verbundenen Ausbau des Online-Lernens.

## **Vom Lehrbuch zur evidence-basierten Pflegepraxis: Die Rolle akademischer Lehrkrankenhäuser (Symposium). Ein Praxisbeispiel aus dem Ev. Klinikum Bethel**

*Jacqueline Rixe*

### **Hintergrund**

45 Jahre ist es nun her, seit in Deutschland der erste Lehrstuhl für Krankenpflege besetzt und damit einhergehend der Akademisierungsprozess in der Pflege angekurbelt wurde. Dies geschah allerdings eher schleppend und ging in den ersten Jahrzehnten aufgrund der Ausrichtung der Studiengänge (Pfle-gewissenschaft,- Pädagogik und -Management) in der Regel damit einher, dass die Pflegenden nach ihrem Studium die Pflegepraxis verließen und pati-entenfernen Tätigkeiten nachgingen [1]. Durch zusätzliche Studiengänge wie z.B. das parallel zur Ausbildung verlaufende, „duale“ Studium oder auch Bachelorstudiengänge „Pflege“ oder „Psychiatrische Pflege“ sind akademische Bildungswege entstanden, die nicht aus der Versorgung herausführen, son-dern durch Kompetenzerweiterung patientennah zu einer verbesserten, evi-dence-basierten Pflegepraxis beitragen sollen [2].

Theorie und Praxis stehen jedoch häufig in einem Spannungsverhältnis, das einen engen und in beide Richtungen abzielenden Transfer zwischen Theorie und Praxis benötigt, um in der Praxis wirken zu können. Durch akademische Lehrkrankenhäuser kann dieser wechselseitige Transfer unterstützt werden. Im Juli 2019 wurde von einer Fachhochschule in NRW, an der u.a. der Bachelor-Studiengang „Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit“ angebo-ten wird, die Kooperation mit dem Ev. Klinikum Bethel durch die Funktion als akademisches Lehrkrankenhaus für Gesundheits- und Pflegeberufe vertrag-lich untermauert. In diesem Beitrag wird die Kooperation nicht in Gänz skiz-ziert, sondern ein Fokus auf die Kooperation zwischen dem psychiatrischen Fachbereich, dem Fachbereich „Psychosoziale Medizin“ im Ev. Klinikum Bethel, und der Fachhochschule gerichtet.

## **Fragestellung**

Um eine stabile Brücke zwischen Theorie und Praxis zu bauen, reicht ein Vertrag alleinig jedoch nicht aus. Es stellt sich die Frage, welche konkreten Maßnahmen die Kooperation intensivieren und den wechselseitigen Theorie-Praxis-Transfer unterstützen können.

## **Vorgehen**

Zur inhaltlichen Gestaltung des akademischen Lehrkrankenhauses wurde ein Gremium gebildet, in dem Entscheidungsträger\*innen und Expert\*innen beider Standorte (Fachhochschule und Pflegepraxis) vertreten sind. Dieses tagt 1x/Monat, um konkrete Maßnahmen zur praktischen Ausgestaltung der Kooperation abzusprechen und gemeinsam zu planen.

Der Theorie-Praxis-Transfer fußt derzeit auf mehreren Säulen. So bezieht z.B. das Ev. Klinikum Bethel für den Fachbereich Psychosoziale Medizin die Lehrpersonen aus der Fachhochschule bei innerbetrieblichen Fortbildungen (z.B. einem strukturierten Einarbeitungsprogramm für neue Pflegemitarbeiter\*innen) mit ein; die Fachhochschule wiederum integriert im Curriculum praxisbezogene Lehrveranstaltungen unter Einbezug von Pflegepraktiker\*innen am Praxisort. Diese verfügen vorzugsweise über Berufserfahrung und einen akademischen Abschluss. Die Akademisierung der Pflegenden wird auf Seite des Lehrkrankenhauses mit Stipendien bzw. durch Förderpreise unterstützt.

Darüber hinaus wurde im Fachbereich Psychosoziale Medizin ein Referat gegründet, das durch Forschung und Praxisentwicklung Theorie bzw. Wissenschaft und Praxis miteinander verknüpft, indem sich z.B. Bildungsangebote an Erkenntnissen aus der Wissenschaft orientieren und Implementierungsprozesse von evidenzbasierten Interventionen begleitet werden. Auch das Schulungsprogramm und das Mentoring der neuen Pflegekolleg\*innen im Trainee-programm in psychiatrischer Pflege (TiPP) erfolgt durch die Mitglieder des Referats [3]. Darüber hinaus gestalten die Mitglieder und andere akademisch ausgebildete Kolleg\*innen Lehrveranstaltungen an der Fachhochschule und begleiten Qualifikationsarbeiten in Zweitprüfer\*infunktion.

## Erfahrungen

Das akademische Lehrkrankenhaus begünstigt den Transfer zwischen Theorie und Praxis. Dies bietet die Möglichkeit, über Lehrbuchwissen hinaus eine evidence-basierte Pflegepraxis zu fördern. Da es bisher in Deutschland nur wenige Lehrkrankenhäuser für Pflegeberufe und noch weniger Lehrkrankenhäuser für den psychiatrischen Pflegekontext gibt, braucht es für die inhaltliche Ausgestaltung Pioniergeist, Visionen und auch Mut, Neues auszuprobieren und Veränderungsprozesse anzukurbeln.

## Literatur

1. Rixe, J., Löhr, M. & Schulz, M. (2017). Konsequenzen der Akademisierung in der Pflege. *Monitor Pflege. Fachzeitschrift für Versorgung, Management und Forschung in der Pflege*, 3(1), 26 – 29.
2. Moses, S. (2015). *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland*. Bern: Huber.
3. Rixe, J., Rott, H., Wottke, P., Kämmer, W. & Hahn, B. (2019). Reflexion in der psychiatrischen Pflege – Der Schlüssel für Lern – und Entwicklungsprozesse. *Psychiatrische Pflege*, 4(4), 23 – 27.

# **Medienwand im Rahmen von Isolationen – multiperspektivische Anwendungserfahrungen in der Akutpsychiatrie**

*Fabienne Roth, Anne Kersten, Friederike J. S. Thilo*

## **Hintergrund / Fragestellung**

Eine Medienwand, ein in die Wand integriertes Tablet, soll Patient\*innen mit akuten psychischen Krisen in Isolation mittels Applikationen wie Musik, Zeichnen oder Gamen, einen Realitätsbezug ermöglichen. Die Medienwand soll von der psychischen Krisensymptomatik ablenken. Des Weiteren vermuten die Hersteller, dass die Medienwand die Isolationsdauer sowie die Anzahl Zwangsmassnahmen reduzieren kann. Obwohl erste wissenschaftliche Studien in der forensischen Psychiatrie zeigen, dass sich die Nutzung der Medienwand positiv auf den psychischen Zustand und das Isolationserleben auswirken kann, fehlen bislang systematische Untersuchungen in der Akutpsychiatrie. Deshalb wurde exploriert, wie Pflegefachpersonen und stationär behandelte Patient\*innen mit einer akuten psychischen Krise die Medienwand während einer Isolation erlebten und nutzten.

## **Methode und Material**

Qualitatives Design mit sechs semistrukturierten Einzelinterviews mit Patient\*innen, sowie zwei leitfadengestützten Fokusgruppen mit insgesamt zehn Pflegefachpersonen. Teilgenommen haben erwachsene, stationär behandelte Patient\*innen mit akuten psychischen Krisen aus zwei Schweizer Psychiatrien, welche in einem Isolationszimmer mit Medienwand isoliert waren und mit der Medienwand in Berührung kamen. Die befragten Pflegefachpersonen waren in einer der beiden Psychiatrien fest angestellt, fertig ausgebildet und als Bezugsperson direkt in der Betreuung der isolierten Patient\*innen beteiligt.

Die Datenanalyse und -interpretation folgte einem kombinierten induktiven und deduktiven codierenden inhaltsanalytischen Vorgehen.

## Ergebnisse

Die multiperspektivische Exploration gab zu erkennen, dass Patient\*innen sowie Pflegefachpersonen die Medienwand unterschiedlich erlebten, wie auch die Anwendung selbst diskrepante Erfahrungen auslöste. Während sich Patient\*innen zu Beginn der Isolation durch die Medienwand oft verunsichert fühlten, waren Pflegefachpersonen überzeugt mit der Medienwand die Isolation angenehmer und wertschätzender gestalten zu können.

Isolierte Teilnehmende sprachen von Ängsten und Misstrauen, welche durch die Medienwand verstärkt wurden. Jedoch akzentuierten einige, dass die Medienwand ihnen half sich von der Krankheitssituation ab zu lenken und zu beschäftigen. Für manche wurde die Medienwand zu einem „friedlichen Gegenüber“.

Pflegefachpersonen betonten die Entlastung aufgrund der Medienwand und zwar, dass sie dadurch den strafenden Charakter einer Isolation mildern konnten. Die Medienwand ermöglichte ihnen nicht nur ein Angebot zu machen, sondern «tatsächliche» Wahlmöglichkeiten aufgrund der Funktionalitäten der Medienwand anbieten zu können, trotz Isolation.

Es zeigte sich jedoch, dass eine ausreichende Informationsabgabe zu der Medienwand seitens Pflegefachpersonen an Patient\*innen innerhalb der Notfallsituation Isolation erschwert oder gar nicht möglich ist, was die vorhandenen Ängste und das Misstrauen wiederum verstärkte.

## Diskussion

Die Medienwand kann je nach Krankheitserleben und Intensität der akuten psychischen Krise der Patient\*innen eine Erleichterung, jedoch auch belastend für die Genesung sein. Zusätzlich erschwerend scheint auch die ungenügende Informationsabgabe zu der Medienwand.

Pflegefachpersonen sehen in der Medienwand überwiegend Vorteile. Sie fühlen sich durch sie moralisch in der Auseinandersetzung mit Zwangsmassnahmen entlastet. Der Vergleich beider Perspektiven deckt wichtige Diskrepanzen auf.

## **Schlussfolgerungen**

Die Medienwand scheint nicht grundsätzlich eine unterstützende Intervention für isolierte Patient\*innen mit akuter psychischer Krise zu sein. Daher ist der Miteinbezug der Patientinnen- und Patientenperspektive bezüglich dem Angebot Medienwand notwendig. Pflegefachpersonen sollten die Medienwand gezielt, sorgfältig und entsprechend den aktuellen Bedürfnissen der Patient\*innen einsetzen. Es scheint zudem von Bedeutung, dass die Medienwand explizit in den Isolationsablauf integriert wird.

# Angst als Pflegephänomen

*Katja Rother, Bernd Kozel*

## Hintergrund

Angst ist ein normales Gefühl und lebensnotwendig. Es ist eine natürliche und nützliche Reaktion, um Gefahren frühzeitig zu erkennen und den Körper auf eine anstehende Reaktion (Flucht oder Kampf) vorzubereiten [1]. Wenn Ängste jedoch ein Ausmass annehmen, mit welchem sie für die Betroffenen leidvoll und alltagseinschränkend sind, spricht man von einer pathologischen Angst, woraus sich auch Angststörungen entwickeln können [2].

Die Angststörung gehört zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit [3]. Für die psychiatrische Akutklinik sind jedoch Ängste als begleitendes Phänomen mindestens genauso wichtig, da sie im Rahmen jeder psychischen Krise auftreten können [4]. Sie können dann so stark ausgeprägt sein, dass sie die Behandlung der Primärsymptomatik negativ beeinflussen oder die Genesung verzögern können.

## Problemstellung

Obwohl Ängste im klinischen Alltag allgegenwärtig sind, werden sie häufig nicht explizit behandelt. Oft wird davon ausgegangen, dass sich die Ängste mit dem Rückgang der Primärsymptomatik ebenfalls verbessern und dann nicht mehr behandelt werden müssen. Jedoch können sie zum einen so stark ausgeprägt sein, dass sie die Behandlung der Primärsymptomatik negativ beeinflussen oder die Genesung verzögern können. Zum anderen können Ängste, die in der psychischen Krise aufgetaucht sind, auch erneut auftreten und ein Warnsignal sein. Es gibt viele Hinweise darauf, dass Menschen die in Krisen zu stärkeren Ängsten neigen auch ein höheres Risiko für das Entwickeln einer Angststörung haben [5].

Behandlungsangebote von pathologischen Ängsten und somit auch die Prävention von Angststörungen sind somit nötig, bisher in der akutpsychiatrischen Versorgung jedoch wenig vorhanden [6,7].

## **Ziel**

Durch die Implementierung einer APN Rolle für Angstmanagement sollen Ängste im stationären Setting früher erkannt und explizit behandelt werden. Pflegende sollen sich im Umgang mit Ängsten sicher fühlen, geeignete Strategien selbstständig anwenden und die Patientinnen und Patienten dazu anleiten können.

## **Vorgehen**

Im Rahmen der APN Rollenentwicklung und in der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team wurde ein Konzept zum Pflegephänomen Angst entwickelt. Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden Konzepte, Manuale und geeignete Maßnahmen im Umgang mit Angst identifiziert und für die Anwendung im klinischen psychiatrischen Setting angepasst.

## **Ergebnisse**

In einer Kurzschulung werden den Pflegenden die Grundlagen zu Angst und Angstmanagement erläutert. Die vier Anteile der Angst sowie deren Bedeutung für den klinischen Alltag werden dargestellt. Gesunde Angst wird von pathologischer Angst abgegrenzt und die Grundzüge für die Entstehung von pathologischer Angst erläutert. Verschiedene Angstformen, die Abgrenzung von psychotischer Angst und der unterschiedliche und differenzierte Umgang mit den verschiedenen Angstformen werden aufgezeigt. Allgemeine Interventionen zur Angstreduktion auf einer akuten psychiatrischen Station werden besprochen. Angelehnt an Peplau [8] und an empfohlene Pflegeinterventionen bei Angst [4,9] wurden Sofortmassnahmen zur Angstreduktion mithilfe einer Einreihung von Angstgraden entwickelt. Hiermit wird aufgezeigt, welche Strategien bei welcher Ausprägung der Angst wirksam sind.

Die Kurzschulung dient zum einen der Wissensvermittlung und der Sensibilisierung für das Thema Angst im Stationsalltag. Zum anderen werden praktische Massnahmen zur Angstreduktion vermittelt.

Zusätzlich zu der Kurzschulung werden Coachings zu einzelnen psychosozialen Interventionen angeboten. Atemübungen, Achtsamkeitsübungen, der Gedankenstopp sowie der Sorgenstuhl werden regelmässig mit Pflegenden eingeübt. Zudem werden verschiedene Beobachtungsprotokolle besprochen und der Einsatz dieser diskutiert.

## **Diskussion**

Auch wenn die Kurzschulung einige Basisinformationen zum Thema Angst enthält, hat sich dies als hilfreich erwiesen. Zum einen, da gerade Berufsanfänger wie auch Pflegende, die bisher somatisch gearbeitet haben, einen anderen Wissensstand als erfahrene Pflegende haben und somit auch von dem Basiswissen profitieren können. Zum anderen hilft auch das Auffrischen des Wissens dazu, dass das Thema präsent bleibt und im Stationsalltag wieder mehr Beachtung erhält. Die Massnahmen zur Angestreduktion sowie das Coaching zu den psychosozialen Interventionen stellen vertieftes Wissen dar, welches durch Pflegende dankbar angenommen wird.

Die Kurzschulung wurde auf allen Stationen durchgeführt. Jedoch sind hierbei immer nur eine geringe Anzahl der Teammitglieder anwesend. Durch diese begrenzte Anzahl der Pflegenden und der derzeit hohen Fluktuation ist der langfristige Nutzen der Kurzschulung derzeit noch nicht absehbar. Das gleiche gilt für das Coaching. Wichtig scheint daher der kontinuierliche Kontaktaufbau mit den Pflegenden auf den Stationen sowie das Befähigen der Pflegenden zu sein. Hierdurch kann sich langfristig auch eine neue Haltung entwickeln, die einerseits dafür sorgt, dass Pflegende sensibilisiert sind für Themen ausserhalb der Primärsymptomatik und andererseits ihre Fähigkeiten im Bereich der psychosozialen Interventionen kontinuierlich ausbauen. Auch soll ein Selbstverständnis entwickelt werden, dass das Hinzuziehen von APN's bei Fragen zur Fachentwicklung oder bei schwierigen Patientensituationen beinhaltet.

## Zusammenfassung

Angst ist in der psychiatrischen Versorgung ein wichtiges und präsent Thema. Das frühe Erkennen ist wichtig, um negative Auswirkungen auf die Behandlung verhindern zu können. Damit Pflegende sich im Umgang mit Ängsten sicher fühlen und Strategien anwenden und diese mit Patienten einüben können sind Schulungen und Coaching nötig. Diese helfen zudem, dass das Thema Angst für Pflegende im Stationsalltag präsenter ist. Die langfristige Festigung des Themas in der Praxis muss regelmässig evaluiert und gesichert werden.

## Literatur

1. Hagen S, Gebauer M. *Therapie – Tools. Angststörungen*. Basel: Beltz Verlag; 2014.
2. Bandelow B, Wiltink J, Alpers G, Benecke C, Deckert J, Eckhardt-Henn A, et al. *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-028.html>; 2014.
3. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. *A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations*. *Brain and Behavior*. 6(7); 2016, 1-33.
4. Schädle-Deininger H. *Pflegephänomen Angst – Hilfen und Handlungsstrategien*. In: Hax-Schoppenhorst T, Kusserow A. (Hrsg.) *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit*. Bern: Hans Huber; 2014. S. 98-109.
5. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). *Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V*. *The Psychiatric clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
6. Batelaan N, Smit J, Cuijpers P, van Marwijk H, Terluin B, van Balkom A. *Prevention of anxiety disorders in primary care: A feasibility study*. *BMC Psychiatry*. 12:206; 2012, 1-7.
7. Moreno-Perala P, Bellón J, Huiberse M, Mestref J, García-López L, Taubner S, et al. *Mediators in psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression and anxiety. A systematic review*. *Clinical Psychology Review*. 76; 2020, 1-19.
8. *Angelehnt an: Peplau, 1995; Schädle-Deininger, 2014; Bulechek et al., 2016*

9. *Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (Hrsg.) (2016). Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Bern: Hogrefe*

# **Rollenentwicklung einer APN – Angstmanagement**

*Katja Rother, Bernd Kozel*

## **Hintergrund**

Medizinische und pflegerische Leistungen unterliegen der gesetzlichen Vorgabe einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Versorgung [1]. Vor diesem Hintergrund gibt es gegenüber den Patientinnen und Patienten die Verantwortung, evidenzbasierte Versorgungsleistungen mit hoher Qualität professionell durchzuführen. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass gezielte und theoriegeleitete Interventionen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten geplant, durchgeführt und evaluiert werden [2].

Um dieser hohen Anforderung in der Pflegepraxis gerecht zu werden, bietet sich das Konzept der vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice ANP) an, das hauptsächlich im angloamerikanischen Raum etabliert und mittlerweile weltweit praktiziert wird. Eine APN ist eine examinierte Pflegekraft mit einer akademischen Ausbildung auf Master Niveau, die Expertenwissen erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt [3].

### **Problemstellung**

Die Etablierung eines hochwertigen ANP – Angebotes erfordert eine gezielte und strukturierte Entwicklung auf der Basis der Präferenzen der beteiligten Akteure. In erster Linie steht dabei der Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten und das spezifische Setting des betreffenden Klinikbereiches im Vordergrund [4]. Demnach ist es erforderlich, die vorhandenen Strukturen, Prozesse und erwarteten Ergebnisse genau zu analysieren und zu beschreiben.

### **Ziel**

Ein patientenorientiertes und evidenzbasiertes ANP-Angebot in der psychiatrischen Akutklinik wird mithilfe des PEPPA Frameworks entwickelt [5].

## Vorgehen

Die Rolle der APN - Angstmanagement wurde im Zeitraum von September 2020 bis Januar 2022 mithilfe des PEPPA Frameworks entwickelt und wird seit Februar 2022 in der gesamten psychiatrischen Akutklinik integriert und fortlaufend evaluiert.

Zunächst wurden narrative Interviews mit Patientinnen und Patienten wie auch mit Pflegenden, Ärzten und Psychologen geführt. Mithilfe dieser Interviews wurden mehrere Versorgungslücken und Patientenbedürfnisse aufgezeigt, anhand derer Pflegephänomene sowie mögliche Fokusse für eine APN entstanden. Das Thema Angstmanagement wurde als priorisiertes Phänomen ausgewählt.

Nach der Auswahl des Themas wurde dann im ersten Schritt nach dem PEPPA Framework [5] die Patientenpopulation *Menschen mit Angstsymptomatik* analysiert. Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um das Pflegephänomen Angst sowie das mögliche Angstmanagement genau beschreiben zu können. Auch wurde die aktuelle Behandlung von Menschen mit Angstsymptomatik in unserer Klinik analysiert und Lücken bei der Behandlung dieser identifiziert. Im zweiten Schritt wurden Stakeholder, die bei der Behandlung von Menschen mit Angstsymptomatik in unserer Klinik oder im Anschluss an diese involviert sind, aufgelistet und deren Beteiligung während der Rollenentwicklung sowie bei der Rollenausführung geplant. Im nächsten Schritt wurde der Bedarf für ein neues Versorgungsmodell genauer beschrieben. Mithilfe der Stakeholder sowie einer erneuten Literaturrecherche wurden mögliche Verbesserungsmöglichkeiten, aber auch mögliche Hindernisse besprochen. Zudem wurden bestehende Konzepte, Manuale und geeignete Massnahmen im Umgang mit Angst identifiziert, um ein neues Versorgungsmodell mit der Integration einer APN zu beschreiben. Die identifizierten Probleme und Ziele wurden priorisiert.

Im fünften Schritt wurde ein neues Versorgungsmodell inklusive einer APN erstellt. Die Aktivitäten für dieses Modell wurden anhand der Hamric Kompetenzen geordnet. Zudem wurde ein logisches Modell erstellt.

Im letzten Schritt wurde die Implementierung der Rolle mit hinderlichen und förderlichen Faktoren sowie Barrieren geplant. Evaluationskriterien wurden definiert und ein möglicher Evaluationszeitraum bestimmt.

## **Ergebnisse und Erfahrungen**

Mithilfe des PEPPA Frameworks entstand ein Konzept für eine APN Rolle Angstmanagement.

Die Implementierung der Rolle, der siebte Schritt im PEPPA Framework, erfolgte seit Februar 2022 in der gesamten Klinik.

Das Rollenkonzept inklusive der Tätigkeiten, die nach den Kompetenzen im Hamric Modell [4] erstellt wurden, beinhaltet die Tätigkeiten in der direkten klinischen Praxis sowie das Expertencoaching, Beratung und Konsultation, Zusammenarbeit und Forschungstätigkeit. Innerhalb der anderen Hamric Kompetenzen sind bisher keine Aktivitäten geplant.

Derzeit werden in der Kompetenz *Expertencoaching* Schulungen zum Thema Angstmanagement allgemein sowie zu psychosozialen Interventionen für Mitarbeitende angeboten. Zudem können Mitarbeitende eine Hilfestellung bei der Vor- und Nachbesprechung von Belastungserprobungen und bei der Entlassungsplanung einfordern.

Im Bereich der *Beratung und Konsultation* werden Fallbesprechungen bei komplexen Patientinnen und Patienten durchgeführt und Pflegende bei der konkreten Umsetzung von psychosozialen Interventionen begleitet.

Bei der *Zusammenarbeit* ist vor allem die Koordination von interdisziplinären Absprachen wichtig, welches auch die Fallführung bei komplexen Fällen beinhaltet. Zudem ist die externe Vernetzung mit anderen Institutionen und APN's wichtig.

In der Kompetenz *Forschungstätigkeit* werden evidenzbasierte Hilfsmittel gesucht und auf den Stationen implementiert. Es werden Kongressbeiträge zum Thema Angstmanagement vorgestellt und Publikation zum Thema Angstmanagement verfasst. Zudem ist die wissenschaftliche Evaluation der APN Rolle geplant.

Die *direkte klinische Praxis* wird in dem Hamric Modell als Zentralkompetenz beschrieben. Dies wird im direkten Patientenkontakt umgesetzt. In einem Gespräch wird zunächst die Angstsymptomatik näher eruiert und differenziert, Psychoedukation zum Thema Angst wird angeboten. Eine Problem- und Zieldefinition erfolgt mit dem Patienten. Ein Ziel ist zum Beispiel das Erstellen eines individuellen Angstbewältigungsstrategie Plan, bei welchem Bewältigungsstrategien dem Level des Stresses oder der Angst angepasst werden. Auch werden Expositionen entweder selbst durchgeführt oder mit dem Patienten vor- und nachbesprochen. Pflegeplanungen werden gemeinsam mit der Bezugsperson auf der Station erstellt und evaluiert.

Die ersten Erfahrungen mit der Implementierung der Rolle in der psychiatrischen Klinik zeigt, dass die Akzeptanz interdisziplinär gegeben ist. Die Schulungen auf den Stationen werden von den Pflegenden dankend angenommen und als hilfreich beschrieben. Auch die Schulung von psychosozialen Interventionen und die Begleitung bei der Umsetzung dieser im stationären Alltag wird angefragt. Fallbesprechungen werden regelmässig umgesetzt. Der Anteil der direkten klinischen Praxis schwankt derzeit noch stark. Anfragen durch die Stationen sind derzeit noch selten. Meist wird durch die APN eine proaktive Rolle eingenommen oder es ergeben sich Zuständigkeiten bei Fallbesprechungen.

## **Diskussion**

Die Rollenentwicklung dauerte vergleichsweise lange, da sie neben der Tätigkeit als diplomierte Pflegefachperson auf einer Akutpsychiatrischen Station erfolgte. Es wurden hierfür einzelne Bürotage eingeplant. Dies hatte den Vorteil, dass die Entwicklung «nah an der Praxis» erfolgte. Zudem wurde die Entwicklung der Rolle durch das Studium *Pflegewissenschaft* an der Universität Basel begleitet. Die Hilfestellung des PEPPA Frameworks erwies sich als hilfreich, umstrukturiert und organisiert die einzelnen Planungsschritte umzusetzen. Während der Implementierung in der Praxis zeigte sich, dass die Planung und die Vorbereitung wichtige Grundlagen waren.

Bisher war die APN für alle Stationen der Klinik zuständig, dies sind insgesamt 14 Stationen inklusive der Tagesstationären Angebote. Auf allen Stationen präsent zu sein scheint nicht möglich, was auch ein Grund für die wenigen Anfragen sein könnte. Es wurde daher besprochen, dass alle vorhandenen Pflegeexperten zukünftig den Stationen zugeteilt werden und auf diesen eine koordinierende Rolle einnehmen. Sie sind für diese Stationen stärker präsent und in beratender Funktion zuständig und koordinieren den Einsatz der anderen APN's bei Bedarf.

### **Schlussfolgerung**

Die Entwicklung einer APN Rolle sollte planmässig und strukturiert erfolgen. Das PEPPA Framework bietet hierfür ein geeignetes Tool. Das Einbinden der Stakeholder von Beginn an hilft die Lücken im aktuellen Versorgungsmodell frühzeitig identifizieren zu können. Zudem unterstützt dies die Akzeptanz der Rolle. Bei der Implementierung der Rolle können neue Herausforderungen auftauchen. Diese sollten frühzeitig berücksichtigt werden.

### **Literatur**

1. *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften / Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2020). Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.*
2. *Abderhalden, C. (2011). Der Pflegeprozess. In Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (pp. 347–378). Bern: Hans Huber.*
3. *Schober, M. et al. (2020). Guidelines on advanced practice nursing. Switzerland: International Council of Nurses.*
4. *Hamric, A.B. & Tracy M.F. (2019). A definition of Advanced Practice Nursing. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (Hrsg.) Advanced Practice Nursing: An integrative approach, 6th Edition, St. Louis: Elsevier, S. 61 – 79.*
5. *Bryant-Lukosius, B. & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. Journal of Advanced Nursing, 48(5); 530–540.*

## **Psychopharmakotherapie und Empowerment - Ein Trainingsprogramm zum selbstständigen Medikamentenmanagement**

*Uwe Bernd Schirmer*

Stationär wie ambulant finden bei psychischen Erkrankungen zumeist eine pharmakologische Behandlung mit psychoaktiven Substanzen (= Psychopharmaka) statt. Über die Notwendigkeit und Effektivität einer Psychopharmakotherapie lässt sich nach aktueller Datenlage durchaus ehrbar streiten. Auch die Nutzerinnen und Nutzer sind sich nicht einig und haben ihre persönlichen Erfahrungen und Vorlieben.

Die Pflegenden stellt dies vor besondere Herausforderungen. Einerseits erwartet man von ihnen, ambulant wie stationär eine korrekte Medikamenteneinnahme sicherzustellen, und andererseits sollen sie auf die individuelle Einstellung und Umgangsweise mit der Medikation der Patienten eingehen. Grundsätzlich geht es darum, die Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung zum Umgang mit der Medikation immer wieder aufs Neue zu unterstützen. Starre Regeln zum Behandlungsprozess wirken zweifelhaft. Vielmehr scheinen solche Vorgehensweisen erfolgreicher zu sein, die individualisiert und flexibel sind und dabei die Selbstbestimmung und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigen.

Dazu kann auch eine zwischen Behandelnden und Patienten offen diskutierte medikamentöse »Exitstrategie« gehören. Ein abruptes Absetzen oder das Vergessen der Einnahme der meisten psychoaktiven Substanzen kann für die Nutzerinnen und Nutzer erhebliche Folgen haben, die von sich einstellenden Krisen bis hin zu schweren Rückfällen reichen. Wenn Ärzte, Pflegende und Angehörige von den Absetzversuchen der Patienten nichts wissen, können sie diese nicht begleiten. Sie werden aber nur davon erfahren, wenn es eine vertrauensvolle, auf Offenheit beruhende Beziehung aller beteiligten Akteure gibt.

Bis heute dominiert ein medizinisches Modell, welches die Perspektive und den Sachverstand der Patientinnen und Patienten zu wenig berücksichtigt.

Patientenedukation darf sich nicht auf Wissensvermittlung beschränken. Vielmehr brauchen Menschen mit chronischen Erkrankungen Handlungskompetenzen, um therapeutische Vorschläge in ihrem Lebensalltag umsetzen zu können. Es geht nicht darum, die Patienten dazu zu bringen, zu tun, was Ärztinnen und Ärzte sagen. Vorgetäuschte Kooperation nützt niemandem. Eher besteht die Notwendigkeit, die Selbstbefähigung dieser Personen zu fördern und als ein wesentliches therapeutisches Element zu verstehen. Dazu gehört es auch, ihnen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen, sie bei ihrem Tun zu begleiten und ihnen eine passende Behandlung anzubieten. Empowerment, also Selbstbefähigung und Selbstermächtigung, kann nur von den Betroffenen selbst vollbracht werden.

Das evaluierte Medikamententrainingsprogramm das hier vorgestellt werden soll, richtet seinen Blickwinkel auf die Förderung und Stärkung der Selbstbefähigung der Patienten beim Medikamentenmanagement. Es werden die Grundlagen, ein Stufenplan und die Vorgehensweise vorgestellt.

Ein verlässliches Medikamentenmanagement stellt Menschen mit chronischen Erkrankungen vor etliche Herausforderungen. Selbst wenn sie die Entscheidung getroffen haben, ihre Medikation wie verordnet einzunehmen, gelingt es ihnen oft nicht, den Therapieplan im Alltag verlässlich umzusetzen.

Das Medikamententrainingsprogramm wurde mit fünf Psychiatrieerfahrenen diskutiert, ihre Anregungen wurden aufgenommen. In einem Praxisforschungsprojekt an den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie wurde eine frühere Fassung in einer RCT evaluiert [1]. Deutlich wurde, dass die Patientinnen das erlernte Vorgehen t zu Hause auch tatsächlich anwendeten und die Adhärenz signifikant verbessert werden konnte.

## Literatur

1. Schirmer UB (2020): *Psychopharmakotherapie und Empowerment - Ein Trainingsprogramm zum selbstständigen Medikamentenmanagement*. Psychiatrie Verlag.

# **Die Perspektive forensischer Patient:innen in der Deutschschweiz auf persönliche Recovery**

*Susanne Schoppmann*

## **Hintergrund**

Wiewohl die Recovery – Orientierung in der Allgemeinpsychiatrie in der Deutschschweiz durchaus verbreitet ist, ist sie in der forensischen Psychiatrie noch nicht angekommen. Dies hat mit dem Charakter der forensischen Psychiatrie, die als totale Institution gilt, zu tun. Dieser stehen die auf Empowerment, Shared Decision Making, Partizipation und insbesondere die Vermittlung von Hoffnung ausgerichteten Prinzipien der persönlichen Recovery diametral gegenüber. Gleichwohl gibt es internationale Erkenntnisse dazu wie diese Prinzipien auch unter den besonderen Bedingungen der forensischen Psychiatrie in adaptierter Form umgesetzt werden können.

Im Rahmen eines breit angelegten, Drittmittel finanzierten Projektes sollen Erkenntnisse zur Anwendbarkeit recovery-orientierter Haltungen und Interventionen in der forensischen Psychiatrie und im Massnahmenvollzug der Schweiz gewonnen werden. Das Projekt ist als Prä-Post mixed methods Studie angelegt. Ein ethisches Placet der Ethikkommission der Nordwest- und Zentralschweiz liegt vor.

## **Fragestellung**

Das hier vorzustellende Teilprojekt geht der Frage nach welche Perspektive die Patient:innen von insgesamt sechs Stationen in zwei forensischen Kliniken der Deutschschweiz auf die Einführung von Recovery – Orientierung haben.

## **Methode und Material**

Es wurden sechs Fokusgruppeninterviews [1] mit insgesamt 37 Patient:innen durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 75 Minuten, wurden stationsweise in den Räumen der Station durchgeführt und auf Tonträger aufgezeichnet. Mitarbeitende waren während der Interviews nicht anwesend.

Die Fokusgruppeninterviews wurden wörtlich transkribiert und induktiv thematisch analysiert [2].

## **Ergebnisse**

Die thematische Analyse führte zu den zwei grossen Themenblöcken ‘Fremdbestimmung’ und ‘Selbstbestimmung zurückgewinnen’. Subthemen zur Fremdbestimmung sind: Stigmatisierung und Scham, Zwang, mangelnde Unterstützung, Misstrauen, Warten und Langeweile und strukturelle Hindernisse. Zum Oberthema Selbstbestimmung zurückgewinnen gehören folgende Subthemen: Mit der Erkrankung leben lernen und an sich arbeiten, Partizipation, Verbundenheit mit anderen Menschen, Vertrauen und persönliche Entwicklung und Lebensfreude.

## **Diskussion**

Die Themen ‘Selbstbestimmung zurückgewinnen’ und ‘Fremdbestimmung’ spiegeln die Prinzipien der Selbstbestimmungstheorie [3-5] wider. Demnach gehören Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit zu den menschlichen Grundbedürfnissen, während Faktoren die diesen Bedürfnissen zuwiderlaufen die Motivation und Performance beeinträchtigen. Die Komponenten der prozeduralen Gerechtigkeit [6] zu denen Fairness, Gehört werden, Wertschätzung, Respekt, Vertrauen und transparente Information gehören, entsprechen einem grossen Teil der Subthemen von Selbstbestimmung zurückgewinnen.

## **Schlussfolgerung**

Die Anwendung der Komponenten der prozeduralen Gerechtigkeit, könnte dazu geeignet sein, die Einführung der Recovery – Orientierung in der forensischen Psychiatrie und im Massnahmenvollzug zu unterstützen.

## **Literatur**

1. Przyborski A, Riegler J. Gruppendiskussion und Fokusgruppen. In: Mruck, K. & May, G, editors. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*.

- VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden GmbH: Springer Fachmedien (2010). doi: 10.1007/978-3-531-92052-8
2. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* (2006) 3:2 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
  3. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* (2000) 50:68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
  4. Deci EL, Ryan RM. The “What” and “Why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol. Inq.* (2000) 11:227–268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104\_01
  5. Ryan R. Self-determination Theory and Wellbeing. *Wellbeing in Developing Countries (WeD). WeD Research Review 1.* Available online at: [http://www.bath.ac.uk/soc-pol/welldev/wed-new/network/research-review/Review\\_1\\_Ryan.pdf](http://www.bath.ac.uk/soc-pol/welldev/wed-new/network/research-review/Review_1_Ryan.pdf) (accessed on February 02, 2021)
  6. Simpson AIF, Boldt I, Penney S, Jones R, Kidd S, Nakhost A, et al. Perceptions of procedural justice and coercion among forensic psychiatric patients: a study protocol for a prospective, mixed-methods investigation. *BMC Psychiatry.* (2020) 20:230. doi: 10.1186/s12888-020-02629-6
  7. Wittouck C, Vander Beken T. Recovery, desistance, and the role of procedural justice in working alliances with mentally ill offenders: a critical review. *Addict Res.* (2019) 27:16–8, doi: 10.1080/16066359.2018.1518434

## 10 Jahre Peer-Arbeit in der Schweiz – eine persönliche Retrospektive

*Stephanie Kay Ventling*

Im Rahmen der Festlichkeit „JuPEERläum - Zehn Jahre Peer-Arbeit in den UPD Bern“ sprachen im November 2019 verschiedene Fachpersonen über den Mehrwert des Einbezugs von Erfahrungsexpertinnen und -experten in die psychiatrische Versorgung der Deutschschweiz. Qualifizierte Peer –Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sind in den letzten zehn Jahren dank der professionellen Zusatzausbildung „Ex-In – Experienced Involvement“ in Pflegeinterventionen und fortschrittlichen Recovery-Ansätzen inzwischen nicht mehr weg zu denken. Unter der Mitwirkung von qualifizierten Peers wurden die positiven Aussichten für eine Genesung von psychischer Erkrankung und von Traumata in Aktionsgruppen, Selbsthilfegruppen, Ausbildungen, Weiterbildungen und Forschung, Wohltätigkeits – und Anti-Stigma Kampagnen und in den Medien Film und Journalismus landesweit öffentlich diskutiert. Der Einbezug von Erfahrungswissen stellte sich für Betroffene wie interessierte Fachpersonen und Angehörige als gewinnend und bereichernd heraus.

Stephanie Ventling spricht über die Chancen und das Heilversprechen eines Paradigmenwechsels, aber auch über Engpässe und Herausforderungen eines Weges, der im Fortschreiten desselben laufend neu definiert wurde. Sie verbindet ausgewählte Meilensteine der historischen Veränderung der psychiatrischen Versorgung Schweiz in den Jahren 2009 – 2019 mit den Stationen ihres privaten wie auch professionellen Recovery-Wegs zu einer reflektierten Würdigung der Peer-Arbeit in der Schweiz.

### Literatur

1. *Ihde - Scholl, T. (2015). Wenn die Psyche streikt. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Schweiz: Beobachter edition*
2. *Jahnke, B. (2014). EX-IN Kulturlandschaften. 12 Gespräche zur Frage. Wie gelingt Inclusion? Neumünster: Paranus Verlag*

3. Schulz, M., Zuaboni G.(Hg) (2014). *Die Hoffnung trägt. Psychisch erkrankte Menschen und ihre Recoverygeschichten*. Köln: BALANCE buch + medien verlag
4. Schulz, M., Zuaboni G. Löhr, M. Abderhalden C. (Hg auf Deutsch). *100 Wege um Recovery zu unterstützen - ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. Rethink Mental Illness – Serie Recovery: Band 1. Slade, M. 2009. London*.
5. Utschakowski, J. 2015. *Mit Peers arbeiten – Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung*. Köln: Psychiatrie Verlag
6. Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, Th. 2016. *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 2., vollständig überarbeitete Neuauflage 2016.

# **Maladaptive Schemata bei Gesundheitsfachberufen in Deutschland und der Schweiz - Chancen und Risiken**

*Pascal Wabnitz*

## **Hintergrund**

Helfende Berufe aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung leiden besonders häufig unter berufsbedingtem Burnout und Stress. Studien zeigen eine hohe Prävalenz assoziierter Störungen und Arbeitsbelastungen vor allem bei psychiatrisch Pflegenden. Bislang ist jedoch wenig über individuelle Moderatoren dieses Zusammenhangs bekannt. Es kann davon ausgegangen werden, dass vor allem individuelle, maladaptive Schemata einen Beitrag in der Entstehung von arbeitsbedingten Stressbelastungen und Burnout haben könnten. Dieser Zusammenhang wurde im deutschsprachigen Raum jedoch bislang kaum untersucht.

## **Fragestellung**

Welche maladaptiven Schemata sind bei Pflegefachberufen besonders häufig und hängen zusammen mit arbeitsbedingten Belastungen und Burnout?

## **Methode und Material:**

Vorgelegt werden die Ergebnisse einer Online-Befragung bei Gesundheitsfachberufen aus Deutschland und der Schweiz.

## **Ergebnisse**

Helfende Berufe, vor allem psychiatrische Pflegenden, zeigen distinkte maladaptive Schemata, welche vor allem mit Aufopferung und überhöhten Standards zusammenhängen. Arbeitsbedingte Belastungen und Burnout hängen vor allem mit diesen Schemata zusammen.

## **Diskussion**

Die Entstehung maladaptiver Schemata bei helfenden Berufen folgt einem entwicklungspsychologischen Muster. Verhaltensbezogene Konsequenzen sollten in den fachwissenschaftlichen Diskurs aufgenommen werden.

## **Schlussfolgerung**

Der Umgang mit maladaptiven Schemata bei Pflegefachberufen muss Gegenstand der Aus- und Fortbildung werden.

## **Ursachenanalyse – viele Wurzeln = viele Ideen – ein achtsamer Blick mit dem NOW Modell**

*Gernot Walter, Johannes Nau, Nico Oud, Riccardo Biedebach, Sonja Holubar*

### **Hintergrund**

Ursachenanalyse ist einer der wichtigsten vorgeschlagen Strategien zur Gewaltprävention in Gesundheitseinrichtungen. Aggressives Verhalten ist eine Herausforderung die komplexen Erklärungen und Handlungsstrategien bedarf. Diese sollten jedoch nicht ausschließlich darauf zielen, was zu aggressiven Verhaltensweisen beiträgt. Viel mehr lohnt der Blick darauf, was involvierte Personen davon abhält, sich aggressiv zu verhalten. Ziel der Überlegung sollte deshalb genau so sein, was deren Fähigkeiten stärkt ruhig zu bleiben und in angemessener Weise zu kommunizieren. Insgesamt soll der Fokus also auf der Identifikation möglichst vieler Einflussfaktoren liegen. Aus diesem Grund wurde das NOW-Modell entwickelt.

### **Methode**

Nachdem von Praxis- und Forschungskollegen die face validity bestätigt wurde, wurde aus dem Faktorenmodell ein Faktorenraster abgeleitet. Dieser wurde von Praxisexperten in verschiedenen Handlungsfelder des Gesundheitswesens angewendet und getestet.

### **Ergebnisse**

Die vervollständigten Raster aus mehr als einem Duzend Settings (beispielsweise Akutpsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Altenpflege, Notaufnahmen etc.) (Walter et al. 2012) wurde die Anwendbarkeit und Nützlichkeit bestätigt.

Anwender berichteten konsistent, dass zwar die Identifikation von aggressionsfördernden Faktoren zunächst leichter war als die der Ressourcen

(aggressionshemmende Faktoren), obwohl sich letztere in der Folge als inspirierender für die Praxis erwiesen. Interessanterweise resultierten aus der Identifikation von Faktoren, die das Sicherheitsgefühl und das Gleichgewicht förderten, in der Folge einfach zu implementierende und in der Regel kostengünstige Interventionen.

### **Konsequenzen für Praxis, Forschung, Ausbildung/Schulung und Organisation/Management**

Achtsamkeit zur Identifikation von personalen, interaktions- und umgebungsbezogenen Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen kann dazu beitragen, das Gleichgewicht zu behalten bzw. wiederzuerlangen. Das Modell betont die Interaktion, die Verhaltensweisen und die Organisationsprozesse sowie deren Zusammenhänge und Wechselwirkungen. Das NOW-Modell stellt ein hilfreiches Instrument zur Identifikation wichtiger Einflussfaktoren dar und ist in der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention einsetzbar.

Das Modell kann dazu genutzt werden, Aggressionsereignisse zu analysieren, zur Teamsupervision oder Selbstreflexion eingesetzt werden, zur Beratung von Patienten/Klienten und/oder deren Angehörigen.

# **Das Erleben der mechanischen Fixierung in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie aus Sicht der Patient\*innen**

*Florian Wostry, Hanna Mayer, Sabine Hahn*

## **Hintergrund**

Laut dem VertretungsNetz waren in Österreich im Jahr 2020 insgesamt 25.513 Personen gegen ihren Willen in einer Psychiatrie untergebracht. Davon wurden weitergehend 34,1% durch eine körpernahe Fixierung oder durch ein verschlossenes Krankenzimmer in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt [1]. Die Datenlage zu Art, Dauer und Häufigkeit bewegungseinschränkender Zwangsmaßnahmen ist lückenhaft und es gibt kein Benchmarking. Primär kommen in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie mechanische Fixierungen zur Anwendung.

Guidelines empfehlen eine Auswahlmöglichkeit von Zwangsmaßnahmen (z. B. mechanische Fixierung oder Isolierung) um zumindest der Partizipation des Patient\*innenwillens annähernd gerecht zu werden. Zugleich stellt der Umgang mit Zwang eine wichtige Komponente in der psychiatrischen Behandlungsqualität dar [2]. Auf internationaler Ebene versuchen viele Gesundheitseinrichtungen den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren und diesbezüglich Alternativen zu finden. Das Auftreten von moralischen Zweifeln bei Zwangsmaßnahmen ist der erste Ansatz einer kritischen Reflexion und des Überdenkens der Kultur und Einstellung gegenüber diesen Maßnahmen [3].

## **Problemstellung**

Bei der mechanischen Fixierung handelt es sich um eine Zwangsmaßnahme, die eine außergewöhnliche und stark emotional geprägte Situation für die Patient\*innen darstellt. Das Erleben nimmt während der mechanischen Fixierung eine zentrale Rolle ein [4]. Deshalb ist es wichtig, mehr über die Anwendung der mechanischen Fixierung und deren Auswirkungen auf die Patient\*innen in Österreich zu erfahren. Insbesondere das Erleben bezüglich einer mechanischen Fixierung und dem Aufzeigen von Verbesserungs-

vorschlagen seitens der Patient\*innen sollen in den Forschungsmittelpunkt gerückt werden. Da das Erleben kulturell unterschiedlich ist [5], können bisherige Ergebnisse internationaler Studien hinsichtlich des Erlebens einer mechanischen Fixierung aus der Perspektive der Betroffenen nur bedingt auf die österreichische Psychiatrie übertragen werden.

## **Fragestellung**

Es wurden zwei Forschungsfragen formuliert:

- 1) „Wie erleben stationäre psychiatrische Patient\*innen in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie die Zwangsmaßnahme mechanische Fixierung?“
- 2) „Welche Verbesserungsvorschläge nennen stationäre Patient\*innen in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie für die Zwangsmaßnahme mechanische Fixierung?“

## **Methode**

Nach einem positiven Ethikvotum der Stadt Wien wurden im Jahr 2020 von August bis November im Wiener Gesundheitsverbund zwölf leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt. Bei den Teilnehmer\*innen handelt es sich um stationäre, nicht untergebrachte Patient\*innen, welche eine mechanische Fixierung erlebt haben. Die Transkription der Interviews erfolgte nach Kallmayer und Schütze [6]. Als Kodierverfahren kam das Initial Coding nach Saldaña [7] zur Anwendung. Anschließend wurden Allgemeinen Kategorien durch den induktiven Ansatz des interpretativen-reduktiven Verfahrens von Mayer [8] und Prototypen in Anlehnung an Murphy [9] erstellt.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden drei Prototypen identifiziert. Der **Prototyp 1 psychische Belastung** weist drei Unterkategorien auf: Angst & Horror, Kontrollverlust & Panik sowie Traumatisierung. Interview 4\_Q, Pos. 237: „*Die psychische Belastung ist enorm.*“ Interview 9\_S, Pos. 115-116: „*Die Traumatisierung ist auf jeden Fall gegeben, wenn man eine Fixierung erlebt hat. Das ist die Dramatik.*“

Der **zweite Prototyp physische Belastung** beinhaltet die Unterkategorien Gewalt von innen, Gewalt von außen und Schmerzen. Interview 1\_F, Pos. 14-15: *„Das war gar nicht schön, die haben nämlich Gewalt angewendet auf höchstem Niveau.“* Interview 9\_S, Pos. 29-30: *„Da wird wirklich herumgeprügelt und getobt.“* Der **Prototyp 3 großartige Wohltat** spiegelt das Erleben eines einzigen Interviewteilnehmers wider und gliedert sich in drei Unterkategorien: Super Gefühl, Geborgenheit und Zufriedenheit. Interview 8\_M, Pos. 14-15 & 26: *„Das hat sich SUPER angefühlt.“* *„Das Gefühl eines Geschenks von Schutz.“*

Das Erleben der Patient\*innen weist zusätzlich acht allgemeine Kategorien auf, welche sich an die Prototypen 1 und 2 angliedern, dazu gehören **Unverständnis, Missachtung der Grundbedürfnisse, Medikamentenerfahrung, unangenehme Atmosphäre, Vertrauensverlust, Erleichterung durch das Einschlafen, empathische Pflege** sowie **Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis**. Interview 12\_T, Pos. 107-109: *„Man entwickelt eine extreme Wut und ist dann einfach gegen alles. Da hasst man alle, die da sind.“* Interview 7\_L, Pos. 58-60: *„Ich verstehe jetzt auch, warum ich fixiert wurde, ich mag die Fixierung nicht, aber ich wäre ja ansonsten weggelaufen.“*

Während des Interviews äußerten die Patient\*innen Maßnahmen mit dem Ziel, die mechanische Fixierung patientenfreundlicher zu gestalten. Es wurden Alternativen genannt, welche die Anwendung der mechanischen Fixierung reduzieren oder gänzlich ersetzen sollen. Folgende zehn Verbesserungsvorschläge wurden identifiziert: **würdevoller Umgang, alte Strukturen aufbrechen, Kontrolle, kommunikative Deeskalation, medikamentöse Deeskalation, beruhigende Berührungen, körperliche Fixierung, Isolierzimmer, partizipative Entscheidungsprozesse und Nachbesprechungen**. Interview 9\_S, Pos. 27-28: *„Der Patient soll mitentscheiden und der Umgang mit der Handlung sollte wesentlich würdiger ablaufen.“* Interview 9\_S, Pos. 136-140: *„Es gibt Mängel [...] weil das ist ein uraltes, gewachsenes System ist mit der Fixierung.“* Interview 12\_T, Pos. 183-184: *„Ich habe mich dann sofort beruhigt, der hat mich einfach nur sanft berührt.“*

## **Diskussion**

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit lassen Analogien zu internationalen Studienergebnissen erkennen. Diesbezüglich zeigt das Systematic Review von Wostry und Schermann [4] auf, dass auch im internationalen Vergleich ein prekäres Erleben der mechanischen Fixierung ersichtlich wird, welches mit negativen Gefühlen und Traumatisierungen einhergeht. Nur eine geringe Anzahl von Patient\*innen erlebt bei der mechanischen Fixierung Schutz und Sicherheit. Wie in internationalen Guidelines [3] empfohlen, wird auch in den Ergebnissen ersichtlich, dass sich Patient\*innen Deeskalation, Mitspracherecht und eine Auswahlmöglichkeit verschiedener Zwangsmaßnahmen wünschen. In Bezug auf Vertrauensverlust machen Swartz et al. [10] darauf aufmerksam, dass Zwangsmaßnahmen therapeutische Beziehungen schädigen oder zerstören können. Dadurch steigt die Gefahr, dass Patient\*innen das Behandlungsprogramm abbrechen, was wiederum das Risiko einer Zwangsbehandlung erhöht.

## **Schlussfolgerung**

Die Beschreibung der drei Prototypen ermöglicht es Pflegefachpersonen, ihre Rolle und ihr Handeln bei Zwangsmaßnahmen besser zu reflektieren. Eine neue Erkenntnis dieser Forschungsarbeit stellen die beruhigenden Berührungen dar, welche Patient\*innen während der mechanischen Fixierung erlebt haben. Diesbezüglich gilt es die Forschung zu intensivieren. Patient\*innen wünschen sich laut dieser Forschungsarbeit eine Auswahlmöglichkeit von unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen. Die pflegewissenschaftliche Studienlage zur körperlichen Fixierung und Isolierung ist gering. Somit benötigt es mehr Forschung über die körperliche Fixierung und Isolierung als Alternative zur mechanischen Fixierung. Die primäre singuläre Anwendung der mechanischen Fixierung in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie scheint traditionell geprägt zu sein. Hierfür bedarf es Forschung im Bereich der historischen psychiatrischen Entwicklung in Österreich als auch des Leaderships. Die Reduktion von Zwang und die Implementierung alternativer Maßnahmen und

neuer Guidelines hat unter Berücksichtigung eines professionellen pflegewissenschaftlichen Changemanagements zu erfolgen.

## Literatur

1. *VertretungsNetz - Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung (2021). Jahresbericht 2020. Zugriff am 21.1.2022 unter [https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user\\_upload/2\\_SERVICE\\_Berichte/Jahresbericht\\_2020.pdf](https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/2_SERVICE_Berichte/Jahresbericht_2020.pdf)*
2. *DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018). S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" (Langversion - Fassung von 10.9.2018). Zugriff am 6.2.2022 unter [https://dgppn.de/\\_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINALE%2010.9.2018.pdf](https://dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINALE%2010.9.2018.pdf)*
3. *Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. BMC Medical Ethics, 18(1). doi: 10.1186/s12910-017-0190-0*
4. *Wostry, F. & Schermann, K. (2018). Das Erleben von Fixierung und Isolierung aus Sicht der Patientinnen und Patienten - Ein qualitativer und systematischer Literaturreview. Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft, 5(2), 111-119.*
5. *Mesquita, B. & Walker, R. (2003). Cultural differences in emotions: a context for interpreting emotional experiences. Behaviour Research and Therapy, (41), 777–793.*
6. *Kallmeyer, W. & Schütze F. (1976). Konversationsanalyse. In Studium Linguistik. Kronberg/Ts.: Scriptor.*
7. *Saldaña, J. (2016). The coding manual for qualitative researchers. Third edition. London: SAGE Publications.*
8. *Mayer, H. (2019). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium und Weiterbildung. (5., überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.*
9. *Murphy, G. L. (2002). The Big Book of Concepts. Cambridge: MIT Press.*
10. *Swartz, M. S., Swanson, J. W., & Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health*

*professionals. Behavioral sciences & the law*, 21(4), 459–472.  
<https://doi.org/10.1002/bsl.539>

## Symposien

*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.*

*Wenn für Vorträge, Workshops oder Poster von den Autorinnen und Autoren kein zusätzlicher Beitrag für den Kongressband verfasst wurde, wird der beim Call für Abstracts eingereichte Bewerbungs-Abstract abgedruckt.*

# **First lessons learned“- Erste Erkenntnisse zu Covid19: Was nicht im Lehrbuch stand für Fachpersonen, Service User\*innen & Angehörige**

*Sven Andersson, Sabine Rühle Andersson*

## **Hintergrund**

Im Frühjahr 2020 wurden wir von der ersten Pandemie seit sehr langer Zeit überrollt und vor plötzliche und bedrohliche Szenarien gestellt. Dabei wurden unter dem Focus des Schutzes der gesamten Bevölkerung einmal mehr die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zu einem Randthema. Aus der anfänglichen Ohnmacht entwickelten sich schnell spontane und innovative Angebote für Nutzende, Fachpersonen und Angehörige um sie in ihren Sorgen und Bedürfnissen zu unterstützen.

## **Einleitung**

Besonders zu Beginn und während der ersten Welle der Covid Pandemie wurden viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung noch schwerer Erschüttert als die Allgemeinbevölkerung, wurden sie doch dabei auf bestehende oder bereits überwunden geglaubte Ängste zurückgeworfen. Zugleich war das professionelle Unterstützungsangebot sehr unterschiedlich gut auf den Umgang in einer pandemischen Situation vorbereitet. Dies führte zu Situationen, in den Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Anghörige kaum mehr wussten, wo und wie sie sich in einer akuten Situation Hilfe holen konnten.

## **Thema**

Welche Sorgen und Bedürfnisse waren in den Lehrbüchern zu wenig berücksichtigt worden für einen Pandemiefall? Wie haben Nutzende, Fachpersonen und Angehörige dies erlebt? Wie wurden die spontanen Projekte und Hilfsangebote von den einzelnen Gruppen aufgenommen?

## **Ziele**

Stand Erste Erkenntnisse aus den Erfahrungen mit der Realität der Auswirkungen einer Pandemie auf Nutzende, Fachpersonen und Angehörige im Vergleich zur vorher bestehenden Lehrbuchsituation. Erste Ansätze für mögliche Konsequenzen in Bezug auf Forschung und Lehre für zukünftige vergleichbare Situationen.

## **Gestaltung**

Übersicht zur Datenlage Pandemieplan und psychische Gesundheit, Vergleich der Resultate mit subjektiven Praxiserfahrungen von Nutzenden, Fachpersonen und Angehörigen. Handsuche zu ersten Erfahrungen mit spontanen, innovativen Projekten und Hilfsangeboten.

## **Lernziele**

- Sensibilisierung auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, deren Angehörigen und nicht zuletzt auch der Fachperson zu Beginn einer Pandemie.
- Bewusstwerdung über mögliche präventive Massnahmen vor einer erneuten Pandemie

## **Literatur**

1. *Bundesamt für Gesundheit (BAG)(2019); PandemieplanHandbuch für die betriebliche Vorbereitung [www.bag.admin.ch/pandemieplan-kmu](http://www.bag.admin.ch/pandemieplan-kmu)*
2. *BAG (2018); Influenza-Pandemieplan Schweiz, [www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch) BBL Artikelnummer 316.519.d*
3. *Sauter/Abderhalden/needham/Wolf (2011); Lehrpuch psychiatrische Pflege*
4. *Schädle-Deiningner/Wegmüller (2016/17); Psychiatrische Pflege*
5. *Katastrophenforschungsstelle Freie Universität Berlin (2020): Die SARS-CoV-2-Pandemie aus Sicht der Bevölkerung*
6. *Ihl Ralf (2020); Psychiatrische Aspekte einer Pandemie*

## **Was demnächst im Lehrbuch stehen wird: Pflegerisch-psycho-soziale Behandlungsempfehlungen für Menschen mit einer psychotischen, depressiven oder Abhängigkeitserkrankung im Alter**

*Claudia Lötscher, Fabienne Roth, Therese Hirsbrunner, Esther Indermaur, Samuel Vögli, Sabrina Laimbacher*

### **Hintergrund**

Obwohl die Anzahl älterer Menschen mit einer psychischen Erkrankung zunimmt und Betroffene als besonders vulnerabel gelten, wird dieser spezifischen Gruppe in Leitlinien bis anhin zu wenig Beachtung geschenkt. Insbesondere zu der multiprofessionellen Behandlung von Menschen mit einer psychotischen oder depressiven Störung sowie einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich bislang nur wenig «im Lehrbuch» finden. Bestehende Empfehlungen für erwachsene Personen für die Diagnostik, Behandlung oder zu pflegerisch-psychozialen Interventionen sind eingeschränkt auf ältere Personen übertragbar, weil letztere oft nicht gleichermassen auf kognitiver Ebene zugänglich sind und im Alter häufig auftretende Komorbiditäten die Behandlungssituation komplexer gestalten.

### **Ziele**

Das Ziel der drei Arbeitsgruppen richtete sich auf die Entwicklung multiprofessioneller, evidenz- und konsens-basierter Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von älteren Menschen mit psychotischen und depressiven Störungsbildern sowie Abhängigkeitserkrankungen.

### **Pflegerisch-psychoziale Interventionen bei älteren Menschen mit einer psychotischen Erkrankung**

Psychoziale Interventionen für ältere Menschen mit einer psychotischen Störung zielen darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen zu

erhalten und zu integrieren, so dass sie möglichst lange in ihrer sozialen Umgebung leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Dies wird unter anderem durch eine unterstützende Gestaltung der Umgebungsbedingungen und durch eine Stärkung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Betroffenen erreicht.

Eine auf personenzentrierte und recoveryorientierte Haltung gründende und ausgerichtete Behandlung trägt zur individuellen Stabilisierung von Alltagskompetenzen der Betroffenen bei. Die Lebensgeschichte, die physischen Beeinträchtigungen, die veränderte Wahrnehmung von Zeit, Raum und Person, Sinnbezüge und existentielle Lebensfragen, die mit und durch das Alter eintreten, müssen bei der Planung psychosozialer Interventionen berücksichtigt werden [1].

### **Pflegerisch-psychosoziale Interventionen bei älteren depressiv erkrankten Menschen**

Depressive Erkrankungen gehören neben Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Die klinische Manifestation wird zunehmend durch somatische Komorbiditäten beeinflusst und die somatischen Beschwerden sind oftmals der vordergründige Anlass für eine Hausarztkonsultation. Ein wichtiges Thema im Kontext der Depression bei älteren Menschen ist die Beurteilung der Suizidalität. Die Behandlung der Depression besteht gleichzeitig aus einer pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung sowie aus individuellen psychosozialen Interventionen für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen. Diese Interventionen, die häufig auch von Pflegefachpersonen angeboten werden, zielen auf verschiedene Bereiche ab: die Verminderung von depressiven Symptomen, die Förderung und Erhaltung von physischer Gesundheit, die Verminderung des Risikos für Suizid und Selbstvernachlässigung, die Förderung von sozialen Kontakten und die Verbesserung des Gefühls für Selbstwirksamkeit. Für ältere Menschen gelten dabei die ähnlichen Grundsätze wie für Jüngere. Allenfalls müssen die Massnahmen den physischen oder kognitiven Möglichkeiten der Betroffenen angepasst werden [2].

## **Pflegerisch-psychoziale Interventionen bei Menschen mit einer Substanzabhängigkeit im Alter**

Substanzabhängigkeiten im Alter sind bei Menschen mit langjährigem («Früheinsteiger») als auch bei Personen mit einem im Alter einsetzenden Substanzkonsum («Späteinsteiger») häufig. Transitionen und kritische Lebensereignisse im Alter können Auslöser oder Verstärker für Substanzkonsum bedeuten und es besteht eine hohe Prävalenz psychischer und physischer Komorbiditäten und sozialer Schwierigkeiten. Die Substanzabhängigkeit wird dennoch vielfach nicht erkannt, falsch eingeschätzt und ist verbunden mit diversen Risiken. Pflegefachpersonen stehen in der Begegnung mit den Betroffenen komplexen Problembereichen gegenüber, was eine Verständnisentwicklung für die Lebenswelt und eine gesamtgesellschaftliche Perspektive in der Behandlung erfordert. Durch ihre kontinuierliche Alltagsnähe zu den Betroffenen sind Pflegefachpersonen nahe involviert und übernehmen eine Schlüsselfunktion im Erkennen und Benennen der Thematik als auch in der Anwendung verschiedener pflegetherapeutischer oder psychosozialer Interventionen. Die Personzentrierung und Recoveryorientierung bilden zentrale Grundsteine für die partnerschaftliche und konstruktive Beziehungsgestaltung und Zusammenarbeit mit den Betroffenen und Angehörigen [3].

### **Diskussion/Schlussfolgerung**

Die pflegerisch-psychoziale Diagnostik und Behandlung für Menschen mit einer Psychose, Depression und Substanzabhängigkeit im Alter implizieren für Pflegefachpersonen sowohl störungsspezifische, wie auch störungsübergreifende Interventionen. Bei der Bearbeitung der drei psychiatrischen Störungen im Alter, zeigen sich Behandlungslücken, welche mit den Empfehlungen nicht geschlossen werden konnten. Die Adaption der Interventionen auf die verschiedenen Betreuungssettings hat sich beispielsweise als herausfordernd gezeigt. Die entstandenen Empfehlungen sowie die Erfahrungen bei der Erarbeitung in der multiprofessionellen Arbeitsgruppe sollen in diesem Symposium vorgestellt und kritisch diskutiert werden.

## Literatur

1. Lötscher, C., Hirsbrunner, T., Vögeli, S., Neyenhuys, A. & Roth, F. (2021). *Psychosoziale Interventionen*. In S. Klöppel & Egemen Savaskan (Hrsg.), *Psychosen im Alter. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie* (1. Auflage). Bern: Hogrefe AG.
2. Hatzinger, M., Hemmeter, U., Hirsbrunner, Th., Holsboer-Trachsel, E., Leyhe, Th., Mall, J-F., Mosimann, U., Rach, N., Trächsel, N. & Savaskan, E. (2018). *Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Therapy Recommendations for Diagnosis and Treatment of Depression in Old Age*. *Praxis*, 107(3), 127-144. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002883>
3. Savaskan, E. & Laimbacher, S. (2021), *Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie* (1. Auflage, 129 ff). Bern: Hogrefe AG.

## **„Verbesserte Praxis der psychiatrischen Pflege – welchen Beitrag können Fachgesellschaften leisten?“**

*André Nienaber, Christian Burr, Caroline Gurtner, Michael Mayer, Jacqueline Rixe, Georg von Ungern-Sternberg, Stefan Rogge, Dorothea Sauter*

### **Beitrag 1: „Gut vernetzt“ – der Beitrag des Referats Psychiatrische Pflege der DGPPN für einen gelingenden Wissenstransfer**

#### ***Hintergrund***

Der Zuwachs an Wissen im Gesundheitsbereich ist enorm. Bereits für das Jahr 1994 berichtete Mulrow, dass über zwei Millionen Artikel jedes Jahr in medizinischen Zeitschriften veröffentlicht werden [1]. Auch im Bereich der psychiatrischen Pflege wächst der ‚Body of Knowledge‘, der Wissenskorpus, stetig. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie aktuelles Wissen in die Praxis gelangt und welche Rolle die Fachgesellschaften bzw. das Referat Psychiatrische Pflege dabei spielen bzw. welche Funktion sie für einen gelingenden Theorie-Praxis-Transfer übernehmen können.

#### ***Fragestellung***

Welchen Beitrag leistet das Referat Psychiatrische Pflege zur Wissensvermittlung in der psychiatrischen Versorgung?

#### ***Methode/Vorgehen***

Das Referat Psychiatrische Pflege der DGPPN beteiligt sich an der inhaltlichen Gestaltung des jährlichen DGPPN Kongresses. Durch die Arbeit des Referats werden psychiatrisch-pflegerische und pflegewissenschaftliche Inhalte in die DGPPN eingebracht. Gleichzeitig stellt das Referat eine Plattform für den Austausch sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch zwischen den unterschiedlichen Akteuren innerhalb der Pflege (von Behandlung bis Management) dar.

## ***Ergebnisse/Erfahrungen***

Mittlerweile sind seit der Begründung des Referats Psychiatrische Pflege im Jahr 2011 mehr als 100 Pflegepersonen und Interessierte als Mitglieder des Referats verzeichnet. Gemeinsam mit dem Referat Gesundheitsfachberufe folgt das Referat Psychiatrische Pflege nicht der üblichen Struktur der DGPPN in der Ausgestaltung der insgesamt 34 Referate, die verschiedenen Fachthemen zugeordnet sind. Ziel ist es den Beitrag der verschiedenen Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung in der DGPPN sichtbar zu machen. Die psychiatrische Pflege und die Gesundheitsfachberufe sind mittlerweile integraler Bestandteil des DGPPN Kongresses. Aus dem ehemaligen gesonderten „Pflegetrack“ im DGPPN Kongress ist eine nicht mehr wegzudenkende Beteiligung der Pflege und der Gesundheitsfachberufe am DGPPN Kongress mit Symposien, freien Vorträgen, Workshops und Lectures entstanden.

## **Beitrag 2: Neue Rollen und Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege - der Beitrag der AFG Psychiatrische Pflege in der Schweiz für einen gelingenden Wissenstransfer**

### ***Hintergrund***

Von der AFG psychiatrische Pflege Schweiz (AFG) gab es in den letzten Jahren verschiedene Anstrengungen die in der Einleitung beschriebenen Herausforderungen zu begegnen. Wichtig waren Aufbau und Implementierung von APN-Rollen in der Psychiatrie. Der Bereich des praktischen Erfahrungswissens scheint eine noch zu wenig genutzte Ressource zu sein.

### ***Fragestellung***

Welchen Beitrag leistet die AFG Psychiatrische Pflege zur Etablierung und Nutzung aller Wissensquellen in der psychiatrischen Pflege zur Verbesserung der Praxis?

### ***Methode/Vorgehen***

Die AFG setzt sich als Vereinigung wissenschaftlich ausgebildeter Pflegefachpersonen für eine wirksame Pflege und Betreuung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein. Neben eigenen Projekten sind Kooperationen mit anderen wichtigen Institutionen und Partnern sowie das Verfassen von Stellungnahmen wichtige Aufgaben der AFG.

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

In der Vergangenheit lag der Hauptfokus auf einigen psychiatriespezifischen Projekten wie der APN-Rollenentwicklung. Deren Weiterentwicklung braucht auch künftig noch Unterstützung. Daneben scheint für das Explizieren von implizitem Wissen die Entwicklung der „konzeptuellen Kompetenz“ für die psychiatrische Pflege wichtig. Die AFG sollte sich in Zukunft mehr dafür einsetzen.

## **Beitrag 3: Erfahrungswissen und Evidenzwissen zusammenbringen: die Foren der DFPP**

### ***Hintergrund***

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) wurde vor zehn Jahren gegründet. Als bundesweite Fachgesellschaft leistet sie einen Beitrag zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung durch die psychiatrische Pflege. Sie sieht sich als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis. In der DFPP entwickeln Pflegepraktikerinnen und -praktiker sowie akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen die Profession der Psychiatrischen Pflege gemeinsam weiter, um eine bestmögliche Versorgung der nutzenden Personen zu gewährleisten. Mit ihren Angeboten und Empfehlungen gibt die DFPP Impulse für eine bessere Handlungspraxis. Für diese vielfältigen Aufgaben nutzt sie ihre regionalen und themenspezifischen Arbeitsgruppen.

### ***Fragestellung***

Wie trägt die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zu einer besseren psychiatrischen Versorgung bei?

### ***Methode/Vorgehen***

In der DFPP verbinden sich das Erfahrungswissen von Pflegepraktikerinnen und -praktikern mit dem wissenschaftlichen Wissen von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen. Die DFPP-Arbeitsgruppen übernehmen dabei unterschiedliche Aufgaben. In den regionalen Gruppen stehen die ortsnahe Vernetzung, der Erfahrungsaustausch und die Diskussion regional relevanter Themen im Vordergrund. In settingbezogenen Gruppen tauschen sich Teilnehmende zu zielgruppenspezifischen Fragen der psychiatrischen Versorgung aus. Die inhaltliche Arbeit der DFPP koordiniert die AG „State of the Art“ mit ihren Untergruppen. Sie hat den Auftrag Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis zu entwickeln. Ein Methodenpapier der AG Pflegewissenschaft gewährleistet Transparenz bezüglich der Standards der Recherche und der Konsentierungsverfahren [1]. Die AG Pflegewissenschaft richtet sich an akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen. Sie unterstützt diese nicht nur bei Aufgaben der Pflegeentwicklung und der Entwicklung akademischer Profile in der psychiatrischen Pflege, sondern auch bei der Konzeption und Durchführung von Forschungsprojekten.

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

Mit der kontinuierlich steigenden Mitgliederzahl differenzieren sich die Strukturen der DFPP. Neben dem unkomplizierten persönlichen Austausch auf regionaler Ebene gibt es Bedürfnisse nach themenspezifischer Arbeit, die beispielsweise in der AG „State of the Art“ oder settingpezifischen Arbeitsgruppen angesprochen werden. Solche bundesweiten Arbeitsgruppen nutzen auch niederschwellige digitale Kommunikationsformen. Vor allem in den themenspezifischen Gruppen verbinden sich Erfahrungen der Pflegepraxis mit Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft. Ein wissenschaftsbasiertes Vorgehen hilft der Systematisierung des Denkens und des Diskutierens. Für

spezifische Fragestellungen stellt das oben genannte Methodenpapier [1] sicher, dass weder Evidenzwissen noch Erfahrungswissen unreflektiert angewandt werden. Manche Diskussionen in den DFPP-Gruppen dienen der Meinungsfindung, andere haben die Entwicklung von Handlungsempfehlungen [2] oder Positionspapiere und Statements zum Ziel [z. B. 3,4,5,6]. Gleichzeitig regen die Diskussionen zur Reflexion eigenen Handelns an. Gewinnbringend ist, wenn viele Personen mit unterschiedlichen Erfahrungs- und Wissenshintergründen mitdiskutieren.

### ***Diskussion und Schlussfolgerung***

Fachgesellschaften haben den Auftrag eine wissenschaftsbasierte Praxis zu fördern. Eine Weiterentwicklung der Versorgung bedarf der Verknüpfung von Erfahrungswissen mit der Wissenschaft. Für diese Verknüpfung hat die DFPP Strukturen und Methoden entwickelt und greift in ihren Gremien, Tagungen und Versammlungen Themen und Fragen der praktischen Pflege auf und ermöglicht, fachöffentliche Diskussionen. Hierbei können die Teilnehmenden der Regional- und Arbeitsgruppen sehr konkretes Handlungswissen für ihre eigene Praxis gewinnen und z. B. mithilfe von Praxisempfehlungen, Stellungnahmen und Fortbildungen dazu beitragen, das Fachwissen in die Pflegepraxis zu transferrieren. Die DFPP trägt durch das ehrenamtliche Engagement ihrer Mitglieder über verschiedene Wege zur Verbesserung der Praxis bei.

### **Literatur**

1. DFPP (2019). *Methodenpapier*. [https://dfpp.de/wp-content/uploads/2019/12/2019-12-05-DFPP-Methodenpapier\\_v1.0.pdf](https://dfpp.de/wp-content/uploads/2019/12/2019-12-05-DFPP-Methodenpapier_v1.0.pdf). Zugriffen am 14.06.2022
2. <https://dfpp.de/presse-empfehlungen/praxisempfehlungen/>
3. DFPP & DBfK (2022). *Psychiatrisch Pflegende sind systemrelevant! Positionspapier*. <https://dfpp.de/wp-content/uploads/2022/02/20220204-DBfK.Nordwest-DFPP-COVID19.pdf>. Zugriffen am 14.06.2022
4. Nienaber, A., Flansburg, S., Genge, U., Groß, R., Löhr, M., Rixe, J., Rogge, S., Sauter, D. & Schulz, M. (2020). *Gute psychiatrische Pflege in Zeiten der Coronakrise*. *Psychiatrische Pflege*, 5(4), 41-44.

5. DFPP (2020). *Stellungnahme Peer Involvement*. [https://dfpp.de/wp-content/uploads/2020/03/2018-DFPP-Empfehlung\\_Peer-Involvement.pdf](https://dfpp.de/wp-content/uploads/2020/03/2018-DFPP-Empfehlung_Peer-Involvement.pdf). Zugriffen am 14.06.2022
6. o.V. (2022). *Pflege ist die Berufsgruppe, die alles kompensiert*. Interview mit Jacqueline Rixe und Daniel Richter. *Die Schwester/Der Pfleger*, 03, S. 84.

## **Implementierung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang**

*Michael Mayer, Gernot Walter, Dorothea Sauter, Julia Junghanns,  
Felix Bühling-Schinkowski*

### **Übergeordneter Hintergrund**

2018 wurde die Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN) als S3-Leitlinie veröffentlicht. Innovationen im Gesundheitswesen dauern lange und Empfehlungen klinischer Leitlinien werden oft nicht in der Praxis umgesetzt, vielfältige Barrieren verhindern die Implementierung evidenzbasierter Empfehlungen. Daher wurde eine Implementierungshilfe erarbeitet, hier werden 12 konkrete Handlungsschritte als Empfehlungen für psychiatrische Teams beschrieben. Die Umsetzbarkeit dieser Implementierungsempfehlungen wurde in einer Pilotstudie getestet, die Wirksamkeit wird aktuell durch die Studie „PreVCo“ (Prevention of Violence an Coercion, [www.prevco.de](http://www.prevco.de)) geprüft.

### **Übergeordnete Fragestellung**

Zeigen sich die 12-Punkte-Implementierungsempfehlungen im Alltag psychiatrischer Stationen als umsetzbar, zielführend und wirksam?

Was zeigt sich im Rahmen von Implementierungsprozessen als förderlich?

### **Übergeordnete Diskussion**

Die evidenzbasierten 12 Empfehlungen und das Einschätzungsinstrument zum Grad der Umsetzung sind wertvolle Hilfen für den Implementierungsprozess und unterstützen Teams darin, sinnvolle Prioritäten zu setzen. Die Implementierung von Leitlinienempfehlungen der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ ist ein komplexer Prozess. In der Pilotstudie zeigt es sich als förderlich, wenn Experten diesen Prozess beraten und begleiten.

## **Schlussfolgerung**

Die PreVCo-Studie wird aufzeigen können, ob sich mit höherem Implementierungsgrad der Leitlinienempfehlungen die Zwangsmaßnahmen reduzieren lassen. Zusammen mit den Erfahrungen der Implementierungsprozesse werden wertvolle Erkenntnisse generiert, die wesentlich zu einer Praxis der Gewaltprävention und Zwangsreduzierung beitragen können.

## **Beitrag 1: Entwicklung von Implementierungsempfehlungen in 12-Punkten auf der Grundlage der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“**

### **Hintergrund**

Um die Implementierung der Leitlinienempfehlungen der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ zu unterstützen, hat die Leitliniengruppe 12 konkrete Einzelempfehlungen für die Stationsebene, die institutionelle Ebene und die kommunale Ebene entwickelt und verbreitet.

### **Fragestellung**

Kann ein Interventionsplan mit priorisierten Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis die Inhalte der S3-Leitlinie angemessen ab?

Kann auf Basis der Handlungsempfehlungen ein Instrument zur Planung und Bewertung von Veränderungen zur Verfügung gestellt werden?

### **Methode/Vorgehen**

Ein Expertengremium erarbeitete Empfehlungen für die Entwicklung einer richtlinienkonformen Praxis. Daraus entstandene 12-Punkte-Implementierungsplan für psychiatrische Stationen wurde kombiniert mit einem Instrument („PreVCo-Rating“) um das Ausmaß der Leitlinienkonkordanz psychiatrischer Stationen einzuschätzen.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Der 12-Punkte-Implementierungsplan umfasst 11 einfache und eine komplexe Intervention. Die Auswahl für komplexe Interventionen umfasst das "Safewards-Modell" oder das "Weddinger-Modell".

Das PreVCo-Rating zur Einschätzung der Leitlinienkonkordanz ermöglicht auf der Basis von Ankerbeispielen und einem Punktesystem eine Beurteilung der Stationspraxis und seiner Veränderungen. Die Arbeitshilfe zum PreVCo-Rating ist unter [www.prevco.de](http://www.prevco.de) frei verfügbar.

## **Beitrag 2: Erfahrungen aus einer Pilotstudie mit dem Implementierungsempfehlungen**

### **Hintergrund**

Um zu überprüfen, ob sich die Implementierungsempfehlungen der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ in der Praxis umsetzen lassen, wurde deren Einführung in einer Pilotstudie auf 5 Stationen in verschiedenen Gebieten Deutschlands und in verschiedenen Bereichen (allgemeinpsychiatrische Stationen, Abhängigkeitsstationen und psychogeriatrische Stationen) getestet.

### **Fragestellung**

Wie bewähren sich der 12-Punkte-Implementierungsplan und das zugehörige Einschätzungsinstrument in der klinischen Praxis?

Welche Hilfen brauchen psychiatrische Teams für die Umsetzung des Implementierungsprozesses?

### **Methode/Vorgehen**

Die Auswahl der 5 Pilotstationen wurde im Sinne eines theoretischen Samplings getroffen, alle Stationen gaben ihr schriftliches Einverständnis. Die Teams wurden in der 6-monatigen Pilotstudie mit einem Erst- und zwei Folge-Workshops nach 3 bzw. 6 Monaten durch ein Team von externen Implementierungsberatern beraten. Die Vorgabe für die Stationen war, dass von den 12

Implementierungsempfehlungen drei ausgewählt und in die Praxis eingeführt werden sollen. In jeder Sitzung wurde der Grad der Umsetzung der Empfehlungen eingeschätzt.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Die Stationspraxis wurde im Auftaktworkshop anhand des „PreVCo-Ratings“ und seiner Ankerbeispiele für jede der 12 Implementierungsempfehlungen bewertet. Hieraus liesen sich Priorisierungen für die Auswahl der zu implementierenden Empfehlungen ableiten. Mit den Stationsteams wurde ein Umsetzungsplan mit sehr konkreten Teilzielen vereinbart. Alle 5 Stationen konnten ihre ursprüngliche Punktzahl für die Ankerbeispiele verbessern, alle hatten neben den implementierten Empfehlungen auch positive Entwicklungen in anderen Bereichen. Die externe Beratung durch Experten wurde als eine Schlüsselkomponente für die Umsetzung angesehen.

## **Beitrag 3: Studiendesign und erste Ergebnisse der bundesweiten multizentrischen Forschungsstudie PreVCo**

### **Hintergrund**

Die „PreVCo“-Studie (Prevention of Violence and Coercion) untersucht, ob Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen mittels einer operationalisierten Implementierung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ relevant reduziert werden können. Weiter wird geprüft welche der 12 empfohlenen Interventionen bevorzugt realisiert werden und wo sich Barrieren identifizieren lassen. Die Studie begann im März 2020 und wird im Februar 2023 abgeschlossen sein.

### **Fragestellung**

Welche Effekte hinsichtlich der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen können durch die operationalisierte Implementierung erreicht werden? Welche Erfahrungen zu den Implementierungsprozessen können berichtet werden?

## **Methode/Vorgehen**

Die 55 teilnehmenden Psychiatrischen Aufnahmestationen wurden über eine 1:1 zufalls-gematchte Randomisierung der Interventions- oder der Wartegruppe zugeteilt. In der Baselineerhebung wurde die Anzahl und Dauer der Zwangsmaßnahmen und die Anzahl der aggressiven Vorfälle erfasst; außerdem wurde der Grad der Umsetzung der 12 Leitlinienempfehlungen anhand des PreVCo-Ratings eingeschätzt. Die Stationen wurden während der Interventionsphase regelmäßig von den Implementierungsberatern besucht und erhielten Online- und Telefonunterstützung. Sie zeichnen 124 Monate lang Zwangsmaßnahmen und Aggressionseignisse fortlaufend auf. Die Erfahrungen mit dem Implementierungsprozess werden parallel über Telefoninterviews erfasst und qualitativ ausgewertet.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Die gesamte Studie fand während der Coronapandemie statt. Die Baselineerhebung zeigt, dass der Umsetzungsgrad der Leitlinienempfehlungen wie auch die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen zwischen den Stationen erheblich variieren. Der Implementierungsprozess in der Interventionsgruppe ist abgeschlossen, alle Teams haben sich bezüglich der Leitlinientreue verbessert. Daten zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen zwischen Interventions- und Wartegruppe liegen bei Manuskripteinreichung noch nicht vor. Die Erfahrungen der Implementierungsberatern bezüglich Barrieren, Förder- und Erfolgsfaktoren werden deskriptiv berichtet.

# **Pandemiebewältigung in psychiatrischen Dienstleistungen – Wissen und Erfahrungen für die Zukunft nutzen**

*Dirk Richter, Christine Adamus, Christian Burr, Michael Löhr, Daniel Schärer  
Michael Schulz, Simeon Zürcher*

## **Übergeordneter Hintergrund**

Ende Februar 2020 traf die Corona-Pandemiewelle Europa unerwartet hart. In den Monaten davor konnte man das Geschehen in Asien beobachten, doch niemand rechnete mit einer derart starken Ausbreitung in Europa. Dadurch sowie durch die mangelnde Erfahrung mit Pandemien war das Gesundheitswesen inkl. der Psychiatrie mangelhaft auf diese Situation vorbereitet. Die Herausforderungen in der psychiatrischen Versorgung wurden durch die strikten, staatlich verordneten Massnahmen verstärkt. Zudem schienen durch den starken Fokus auf somatische und hygienische Aspekte die psychischen Auswirkungen der Massnahmen auf die Allgemeinbevölkerung, aber insbesondere auch auf Menschen mit psychischen Problemen zu wenig beachtet.

## **Übergeordnete Fragestellungen**

1. *Was zeigt die wissenschaftliche Literatur in Bezug auf die Auswirkungen und Bewältigungsstrategien von Pandemien in der Psychiatrie?*
2. *Welche Erfahrungen wurden bei der Bewältigung der Pandemie in psychiatrischen Dienstleistungen gemacht?*
3. *Was können wir aufgrund des bestehenden Wissens und den Erfahrungen für die Zukunft lernen?*

## **Beitrag 1: Die aktuelle Forschungslage zur Pandemiebewältigung in der Psychiatrie**

### **Hintergrund**

Wissenschaftliche Publikationen zu Auswirkungen der Corona-Pandemie stammen größtenteils aus Asien, wo die Pandemie ihren Anfang nahm. Daneben gibt es bereits Literatur aus verschiedenen asiatischen und afrikanischen

Ländern, dem mittleren Osten sowie Kanada, die schon früher von Epidemien betroffen waren. In der Folge der Entwicklung der Pandemie in Europa nahm auch die Anzahl der Publikationen zu. Bisher beziehen sich jedoch die wenigsten Veröffentlichungen auf Herausforderungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung.

### **Fragestellung**

Was zeigt die aktuelle Literatur bezüglich: a) den psychologischen Auswirkungen in der Allgemeinbevölkerung sowie bei stark betroffenen Gruppen wie dem Gesundheitsfachpersonal, b) möglicher Bewältigungsstrategien von Pandemien in der Psychiatrie?

### **Methode/Vorgehen**

Mittels Evidenzsynthese von publizierten Artikeln (rapid review) werden die psychischen Auswirkungen von Epidemien in den letzten zwei Dekaden untersucht. Dabei werden Prävalenzraten verschiedener Auswirkungen (z.B. Depression, Belastungsstörungen) in der Allgemeinbevölkerung sowie bei stark betroffenen Gruppen wie Gesundheitsfachpersonen und Überlebenden berücksichtigt. Mögliche Bewältigungsstrategien in der Psychiatrie werden durch ein europaweites Fachgremium unter Einbezug von wissenschaftlichen Erkenntnissen erarbeitet und eine Guideline für die psychiatrische Praxis entwickelt.

### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Es werden die zum Zeitpunkt des Kongresses bestehenden Ergebnisse zu psychischen Auswirkungen/Bewältigungsstrategien von Pandemien in der Psychiatrie präsentiert.

## **Beitrag 2: Erfahrungen aus der Schweiz zur Bewältigung der Pandemie in der psychiatrischen Praxis**

### **Hintergrund**

Als am 13. März 2020, zwei Wochen nach dem Ausbruch der Pandemie in der Schweiz, der Bundesrat drastische Massnahmen anordnete, betraf dies auch die Psychiatrie in beträchtlichem Masse. So mussten nicht auf Akutbehandlung ausgerichtete stationäre, teilstationäre und ambulante Therapieangebote in vielen psychiatrischen Einrichtungen geschlossen werden. Ambulante Angebote waren nur noch in einem reduzierten Masse vorhanden. Dies stellte insbesondere die aufsuchenden Behandlungs- und Unterstützungsangebote vor die grosse Herausforderung, diese unter Einhaltung der Richtlinien des Bundesamtes für Gesundheit weiterzuführen.

### **Fragestellung**

Welche Erfahrungen wurden in psychiatrischen Dienstleistungen in der Schweiz bei der Bewältigung der Pandemie gemacht?

### **Methode/Vorgehen**

Die in regelmäßigen Sitzungen ausgetauschten und teilweise auch in Berichten oder Protokollen verschriftlichten Erfahrungen während der Pandemie aus der Akutpsychiatrie wie auch den ambulanten und aufsuchenden Angeboten einer psychiatrischen Einrichtung werden genutzt, um einen übersichtlichen Bericht zu erstellen.

### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Am Kongress wird die Auswertung dieser Dokumentation vorgestellt. Zum Stand Anfang April hat sich die psychiatrische Versorgung mit grossem Aufwand auf die erwartete Welle infizierter oder erkrankter Nutzender vorbereitet; diese Welle hat jedoch die stationäre Psychiatrie nicht im erwarteten Ausmass erreicht. Trotzdem zeigt sich, dass die sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Massnahmen bei Menschen mit psychischen Problemen zu

deutlichen Schwierigkeiten geführt haben. Insbesondere in ambulanten und aufsuchenden Angeboten stieg der Bedarf an Unterstützung und es bestehen große Befürchtungen bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen auf die berufliche Rehabilitation im ersten und zweiten Arbeitsmarkt.

### **Beitrag 3: Erfahrungen aus Deutschland zur Bewältigung der Pandemie in der psychiatrischen Praxis**

#### **Hintergrund**

Die Corona-Pandemie hat auch in Deutschland nachhaltige Folgen für das psychiatrische System. Settingübergreifend muss hier von psychiatrischen Krankenhäusern über Heime bis hin zu Wohnverbänden und forensischen Kliniken ein Krisenmanagement etabliert werden.

#### **Fragestellung**

Welche Strategien hat der Landschaftsverband-Westfalen Lippe ergriffen, um für die Krise gerüstet zu sein bzw. in der Krise handlungsfähig zu bleiben?

#### **Methode/Vorgehen**

Anhand von Protokollen, Dokumenten und persönlichen Erfahrungen als Mitarbeiter in einem überregionalen und einem regionalen Krisenstab wird der Verlauf der Arbeit reflektiert.

#### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Schon bevor die Politik der Krise mit verordneten „Social Distancing“-Maßnahmen begegnet ist, wurde im LWL-Psychiatrieverbund ein Krisenstab aufgebaut, der mit mehreren Mitarbeiter/-innen in Vollzeit besetzt wurde. So konnten frühzeitig Themen wie Personaldisposition sowie Ressourcenbeschaffung und -allokation bearbeitet werden. Auch konnte ein elektronisches und dezentral geführtes Meldewesen etabliert werden. Die Verarbeitung, Aufarbeitung und sinnvolle Verbreitung der vielfältigen Fachinformation und politischen Erlasse erforderte fachliche Expertise und Zeitressourcen. Zum

Zeitpunkt, da dieses Abstract verfasst wird, ist die Krise noch in vollem Gange. Von daher ist eine abschließende Einordnung der Ergebnisse aktuell nicht möglich.

### **Übergeordnete Diskussion und Schlussfolgerung**

Nach den drei eher kurz gehaltenen Beiträgen soll am Symposium eine gründliche Diskussion der Situation mit den Teilnehmenden initiiert und geführt werden. Dabei soll der Fokus darauf liegen, welche Erkenntnisse abgeleitet werden und wie man diese Erkenntnisse für die Zukunft der psychiatrischen Versorgung nutzen kann. Einerseits, um für eine nächste Pandemie besser gewappnet zu sein, aber auch um die psychiatrische Praxis anderweitig weiterzuentwickeln.

## Recovery 2.0 – Brauchen wir ein Update?

*Peter Wolfensberger, Steve Trenoweth*

### Hintergrund

Persönliches Recovery [1] scheint im Vokabular der psychiatrischen Versorgung angekommen zu sein und wird auch im Zusammenhang mit Person-zentrierter Psychiatrie gerne diskutiert [2]. Was aus einer Bewegung von Psychiatrie-Erfahrenen oder Betroffenen entstanden ist, wird heutzutage auch im deutschsprachigen Raum fast schon inflationär für alle möglichen Dienstleistungen in Anspruch genommen. Es heisst dann „wir arbeiten Recovery-orientiert“. Tatsächlich gibt es zunehmend Beispiele, wie entsprechende Ansätze in der klinischen Praxis Anwendungen finden können [3, 4] und für den Einsatz von qualifizierten Peer-Mitarbeitenden stehen sogar entsprechende Ausbildungen zur Verfügung [5]. Diese Entwicklungen sind sehr begrüssenswert und weisen aus einer humanistischen Perspektive in die richtige Richtung. Gleichzeitig stimmen Berichte über die Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) beispielsweise in der Schweiz [6] nicht gerade zuversichtlich, in wie weit sich die psychiatrische Versorgung wirklich verändert hat. Der Bericht für die Schweiz legt nahe, dass viele Praktiken in der Psychiatrie fragwürdig oder sogar unzulässig sind und eigentlich verboten gehörten. Vergleicht man zudem die Ideen zur Verbesserung der Gesundheitssysteme und Dienstleistungen für die psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO [7] und deren aktuellen Leitfaden für gemeindenahe psychiatrische Dienste [8] mit den Realitäten in unseren Ländern (Schweiz und England), dann wird deutlich, dass wir noch sehr viel Entwicklungspotenzial haben, wenn es um die Betreuung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geht. Der WHO Leitfaden spricht von Person-Zentrierung, Recovery-Orientierung und Rechte-Basierung [8]. Der Fokus auf die Menschenrechte verändert den Blick auf viele Angebote in der Psychiatrie.

## **Fragestellung**

Wo stehen wir also in Bezug auf Recovery in der uns bekannten psychiatrischen Versorgung? Was haben Länderberichte des Komitees der UN-BRK und ein Leitfaden der WHO mit persönlichem Recovery zu tun? Weshalb könnte Recovery allenfalls ein Update gebrauchen?

## **Methode**

Der hier vorgestellte Beitrag basiert auf einer kritischen und fortwährenden Diskussion und Reflexion, welche sich auf eigene Erfahrungen in der klinischen Praxis und differenzierte Auseinandersetzungen mit verschiedenen Perspektiven, u.a. diejenige von Betroffenen, abstützt.

## **Diskussion**

Wir sind der Ansicht, dass der Recovery-Ansatz es bisher versäumt hat, die sozioökonomischen Determinanten der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens adäquat zu berücksichtigen. Lösungen für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen liegen nicht immer in der Person selbst. Die neoliberale Prämisse, dass jede und jeder für sich selbst verantwortlich ist, greift zu kurz. Faktoren wie unsichere Wohn- und Arbeitsverhältnisse, Homophobie, Transphobie, Diskriminierung, Sexismus, Rassismus, Iatrogenese oder wirtschaftliche Ungleichheiten müssen ins Zentrum der Aufmerksamkeit des Helfernetzes und der Behandler rücken. Es besteht eine dringliche Notwendigkeit von sozialer und wirtschaftlicher Gleichheit, Gerechtigkeit und sozialem Wandel [9]. Gleichzeitig erachten wir die so genannte Recovery-Orientierung unter dem nach wie vor verbreiteten bio-medizinischen Verständnis der Psychiatrie (in der Regel gut getarnt als bio-psycho-soziales Modell) für weitgehend inkongruent.

## **Schlussfolgerungen**

Aus all diesen Überlegungen heraus glauben wir, dass es notwendig ist, Recovery einem Update zu unterziehen. Recovery 2.0 soll zwar

weiterhin person-zentriert, aber viel mehr integrativ ausgerichtet sein. Das bedeutet, dass Dienstleistungen nicht nur auf Individuen, sondern die gesamte Bevölkerung ausgerichtet werden und das Wohlbefinden in der Gemeinde gefördert wird. Der Fokus ist übergeordnet auf Prävention und Public Mental Health und auf individueller Ebene auf Selbstmanagement statt Abhängigkeit vom Versorgungssystem und bisherigen medizinischen Behandlungsansätzen. Dabei spielen Kreativität und Vielfalt eine wesentlicher Rolle [10]. Recovery 2.0 baut somit auf den bestens etablierten Themen auf individueller Ebene auf und nimmt gleichzeitig Bezug zu Aspekten, welche über das Individuum hinausgehen.

## **Ausblick**

Ob wir mit unseren Schlussfolgerungen richtig liegen, wissen wir noch nicht. Sie sind auch alles andere als abschliessend. Wir laden Sie ein, sich mit uns über die genannten Punkte auszutauschen, sich einzubringen und den notwendigen Diskurs aufrecht zu erhalten. Recovery 2.0 oder der persönliche und gesellschaftliche Umgang mit Themen rund um die psychische Gesundheit brauchen unseren Einsatz und vielleicht sogar ein ganz neues Verständnis als Alternative zur gegenwärtigen Psychiatrie.

## **Literatur**

1. *Slade, M., Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals. 2009, Cambridge: Cambridge University Press.*
2. *Schmolke, M., M. Amering, and A. Svetlini, Recovery, empowerment, and person centeredness, in Person centered psychiatry., J.E. Mezzich, et al., Editors. 2016, Springer International Publishing: Cham. p. 97-111.*
3. *Dickens, G.L., et al., Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. International Journal of Mental Health Nursing, 2020. 29(6): p. 1230-1240.*
4. *Czernin, K., et al., Effects of Recovery-Orientation on the Use of Forced Medication and Maximum Daily Drug Dose: The "Weddinger Modell". Frontiers Psychiatry, 2021. 12: p. 789822.*

5. *Hegedus, A., et al., Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. International Journal of Mental Health Nursing, 2021. 30(2): p. 451-460.*
6. *United-Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities - Concluding observations on the initial report of Switzerland. 2022, United Nations - Convention on the Rights of Persons with Disabilities. p. 15.*
7. *WHO, Improving health systems and services for mental health. 2009, World Health Organization: Geneva, Switzerland. p. 112.*
8. *WHO, Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. 2021, World Health Organization: Geneva. p. 296.*
9. *Collins, B., Outcomes for mental health services: what really matters? 2019, The King's Fund: London. p. 42.*
10. *Hurst, R., et al., Remarkable recoveries: an interpretation of recovery narratives using the CHIME model. Mental Health and Social Inclusion, 2022. 26(2): p. 175-190.*

## 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.*

*Wenn für Vorträge, Workshops oder Poster von den Autorinnen und Autoren kein zusätzlicher Beitrag für den Kongressband verfasst wurde, wird der beim Call für Abstracts eingereichte Bewerbungs-Abstract abgedruckt.*

# **Ein frischer Blick auf das Phasenmodell für Aggressionsverläufe – ein Instrument zur Einschätzung und Handlungsauswahl**

*Gernot Walter, Johannes Nau, Nico Oud, Riccardo Biedebach, Sonja Holubar*

## **Hintergrund**

Aus Paul Smith Studien in der 1970-ern leitete Breakwell ab, dass bei aggressiven Zwischenfällen in Gesundheitssettings eine Erregungskomponente involviert ist, dass der Verlauf einer solchen Episode ein zyklischer ist (Angriffsphasen), und dass phasenspezifische Interventionen wünschenswert wären.

Das 7-Phasenmodell von Leadbeter und Paterson basiert auf dem Modell der Angriffsphasen (5-Phasen-Modell) von Breakwell, fügt jedoch die Übergangsphasen hinzu, die betonen, dass Erregung und Bedrohlichkeit leicht – und manchmal abrupt – in die eine oder andere Richtung schwingen können.

Die Autoren haben den Zyklus zu einem 9-Phasen-Modell ausgebaut, das sowohl die aktuellen Ergebnisse aus der Neurowissenschaft widerspiegelt als auch die Empfehlung aktueller Leitlinien integriert (insbesondere die Personen-Orientierung, Recovery-Orientierung und Trauma-Orientierung). Da die Autoren in den Bereichen Forschung, Bildung, Training, Praxis und Management tätig sind, suchten sie nach einem Modell, das für alle Bereiche genutzt werden kann.

Das Modell beschreibt für jede Phase (in idealtypischer Weise) den vorherrschenden Gefühlszustand beim Patienten, das Patientenverhalten, die notwendige Mitarbeiterreaktion, angemessene Handlungsziele, den Fokus der Aufmerksamkeit, die benötigte Fertigkeiten und Kompetenzen sowie mögliche Interventionen.

Die Erweiterung in ein 9-Phasen-Modell erweitert die Angriffsphasen, um zu berücksichtigen, dass Aggressionssituationen nicht ausschließlich aus der unmittelbaren (wahrnehmbaren) Situation resultieren, sondern Vorboten und Einflussfaktoren hat, die z.B. in der Lebensgeschichte des Patienten liegen können, die von Vernachlässigung, Missbrauch oder Traumatisierung geprägt

sein kann. Was noch näherliegend ist, ist die Beeinflussbarkeit mehrerer Faktoren, die zum Eindämmen der Aggression beitragen wie die physische Umgebung, die Art der Beziehung, die Mitarbeiter im Vorfeld der Krise etablieren konnten und Atmosphäre und Klima der Station/Einheit. Eine solche primärpräventive Intervention, begünstigt durch vorangegangene Ursachenanalyse, hilft eine solche Krise zu vermeiden.

Es ist ebenfalls wichtig wahrzunehmen, dass sich die Auswirkungen des Zwischenfalls auf die Beteiligten selbst nach der Deeskalation und der Rückkehr zum Normalverhalten und auch auf zukünftige Situationen weiter auswirken können. Hier werden dann tertiärpräventive Maßnahmen wie Nachbesprechungen, Unterstützung traumatisierter Kollegen, Training von Sozialkompetenzen, Ärger-Management etc. notwendig.

Die Bezeichnung der Normalphasen mit 0X und 0X+1 sollen vermitteln, dass die Erfahrung des Aggressionsereignisses nun Teil der persönlichen Geschichte der Beteiligten ist und die Wahrnehmung von sowie den Umgang mit künftigen Aggressionsereignissen beeinflussen wird. Mit zunehmender Beleglage wurde in jüngster Zeit immer klarer, dass der Fokus der Betrachtung nicht nur auf „Abweichung vom erwünschten Verhalten“ liegen sollte. In das Phasenmodell muss daher integriert werden, dass Menschen an sich in der Lage sind, sich angemessen zu verhalten bzw. zu kommunizieren. Es muss deutlicher gefragt werden, was dafür getan werden kann, dass diese Fähigkeit aufrechterhalten werden kann bzw. wie Menschen zu Ruhe und Gelassenheit und zu ihren Fähigkeiten zurückgeführt werden können.

In diesem Sinne wurde die bekannte 9-Phasen-Verlaufslinie der Erregung um einen gespiegelten Verlauf der Kognitionsfähigkeit ergänzt. An den Kreuzungspunkten bzw. Schnittstellen dieser Darstellung entstehen verblüffende neue Erkenntnisse.

## **Ablauf**

In dem Workshop wird das 9-Phasen-Modell vorgestellt und visualisiert, dabei der Verlauf der Phasen und Interventionen in eine Graphik integriert.

Die Phasen werden im Detail beschrieben, mögliche phasenspezifische Interventionen werden erläutert und jede Phase anhand von Leitfragen reflektiert und diskutiert, wodurch der Transfer zu den Praxissituationen der Teilnehmer hergestellt werden soll.

### **Lernziele**

Die Teilnehmer werden sensibilisiert, Aggressionsergebnisse als Prozess wahrzunehmen, der in jeder Phase spezifischer Interventionen bedarf, welche wiederum ein spezifisches Set an Fertigkeit benötigen.

Die Teilnehmer werden die Wichtigkeit der primären aber auch tertiären Prävention reflektieren und deren Umsetzung im Kontext des Aggressionsergebnisses erörtern

# **Fluchen wie ein Rohrspatz – Gopfridstutz? Warum fehlt die Malediktologie in unseren Lehrbüchern?**

*Ian Needham*

## **Hintergrund**

In vielen Gesellschaften wird Höflichkeit als Tugend und Fluchen und der Gebrauch von roher, derber Sprache als Laster angesehen. Auch in der psychiatrischen Pflegepraxis kommt es zum Gebrauch von roher oder beleidigender Sprache, manchmal in Form verbaler Aggression. Die Malediktologie - die Kunde des «schlechten Sprechens», der Verwünschungen und Verfluchungen – befasst sich mit der Verwendung derber Sprache.

## **Einleitung**

Aufgrund malediktologischer Veröffentlichungen werden die Worttypen, Arten und Funktionen derber Sprache vorgestellt. Zur Erkundung der eigenen persönlichen Empfindlichkeit wird die Zivilisationstheorie von Elias dargestellt. Die Sprechakttheorie (Searle) wird als Methode dargestellt, sich von derber Sprachpraxis zu distanzieren.

## **Thema**

Gemäss der Zivilisationstheorie von Elias (1939) rückt mit dem Prozess der Zivilisation die Scham- und Peinlichkeitsgrenze stetig voran. Dies kann unsere persönliche Empfindlichkeit (als Privatpersonen und als psychiatrische Pflegefachpersonen) hinsichtlich derber Sprachpraxis prägen. Gemäss malediktologischer Auffassung kann das derbe Vokabular in die die folgenden Typen eingeteilt werden: Allgemeine Schimpfwörter, Wörter betreffend Sexualität (Körperteile, Geschlechtsverkehr), Wörter zur Infragestellung männlicher sexueller Integrität, fäkale und anale Wörter sowie blasphemische Schimpfwörter. Die ermittelten Arten derber Sprache umfassen u. a. Beleidigungen, Flüche, Verwünschungen, Verfluchungen, Obszönität und Blasphemie. Die primären Funktionen können Emotionsabfuhr oder verbaler Abusus sein.

Sekundäre Funktionen sind humoristische, euphemistische oder gewohnheitsmäßige Sprachpraxis. Zu den positiven Funktionen gehören: Stresslinderung, Stärkung der Gruppenzugehörigkeit und erhöhte Schmerztoleranz. Derbe Sprachpraxis kann ferner eine Funktion von Krankheit sein.

## **Ziele**

Auf dem Hintergrund von Kenntnissen aus der Malediktologie sowie der Theorie der Zivilisation (Elias) und der Sprechakttheorie (Searle) soll versucht werden, die eigene Persönliche Empfindlichkeit hinsichtlich derber Sprachpraxis zu erkunden und die Sprechakttheorie als «Distanzierungsmittel» hinsichtlich derber Sprache zu erproben.

## **Ablauf**

Im ersten Impulsreferat werden Kenntnisse aus der Malediktologie (Definitionen, Worttypen, Funktionen, derbe Sprache als Funktion von Krankheit) dargelegt. Es folgt die erste Gruppenarbeit (siehe unten). Im zweiten Impulsreferat werden die zwei Theorien (Zivilisations- und Sprechakttheorie) dargelegt. Die zweite Gruppenarbeit (siehe unten) folgt. Gegen Schluss der Veranstaltung werden Einsichten und etwaige Anwendungsideen im Plenum gesammelt und zusammengefasst. Aus ähnlichen Workshops über Malediktologie zeigt es sich, dass die Empfindlichkeit hinsichtlich derber Sprache kulturell bedingt sein kann, und dass es oft leichter ist, beleidigende derbe Wörter in einer Fremdsprache (im Gegensatz zur Erstsprache) auszusprechen oder zu erleiden. Derbe Sprachpraxis kann ferner faszinierend und kreativ sein.

## **Gestaltung**

Die aktive Beteiligung der Teilnehmenden beinhaltet die folgenden Tätigkeiten: In einer ersten Gruppenarbeit sind die Teilnehmenden eingeladen, über Typen und Funktionen derber Sprache in ihrer Pflegepraxis auszutauschen. In einer zweiten Gruppenarbeit sind die Teilnehmenden eingeladen, über ihre eigene Empfindlichkeit (unter Einbezug der Zivilisationstheorie) und die Verwendung der Sprechakttheorie zu reflektieren und diskutieren. Gegen

Schluss des Workshops beteiligen sich die Teilnehmenden am Plenumsdiskussion zur Besprechung von Einsichten und etwaige Anwendungsmöglichkeiten.

## **Lernziele des Workshops**

Nach Teilnahme an diesem Workshop können die Teilnehmenden...

1. den Gebrauch und die Funktionen derber Sprachpraxis in Bezug auf die Patientinnen in ihrer eigenen Umgebung zu reflektieren.
2. ihre persönlichen Empfindlichkeiten hinsichtlich gewisser derber Begriffe reflektieren.
3. reflektieren, welche Arten derber Sprachpraxis positiv interpretiert werden kann.

Schlüsselbegriffe: Fluchen, Verfluchen, verbale Aggression, persönliche Empfindlichkeit, Zivilisationstheorie, Sprechakttheorie

## **Literatur**

1. *Elias, N (1939) Über den Prozess der Zivilisation. Reprinted in 1979 as The Civilizing Process in two volumes: 1 The History of Manners. 2 Power and Civility. London, Blackwell.*
2. *Hess-Lüttich EWB (2008) Himmel-Herrgott-Sakrament! Gopfridstutz!und Sacklzement!: Vom Fluchen und Schimpfen – Malediktologische Beobachtungen. Ars Semeiotica, 31(3-4), 327-337.*
3. *Searle J (1965) What is a speech act? In: Black M (ed.), Philosophy in America. Ithaca: Cornell University Press. pp. 221—239.*

# **DBT spielerisch erlernen - didaktische Varianten in der Behandlung mit Borderline Patienten**

*Thomas Riedl*

## **Hintergrund**

In unserer DBT-zertifizierten Psychotherapiestation in Pfäfers bieten wir das modularisierte **Dialektisch behaviorale Therapie**-Programm nach Linehan für unsere Patienten und Patientinnen an.

## **Einleitung**

Schwarzweiss-Denken ist ein charakteristisches Merkmal, welches vielen unserer Patienten in den letzten Jahren Halt und ein gewisses Mass an Selbstkontrolle geben konnte. Schwarzweiss-Denken kann jedoch auch sehr einschränken und oft zu einem gefährlichen Leben in Extremen führen. Das DBT-Programm zielt unter anderem darauf ab, Patienten zu helfen, eine neue Lebenshaltung einnehmen zu können. Sie lernen, von einer „Entweder-oder-Haltung“ in eine „Sowohl-als-auch-Haltung“ zu gelangen.

## **Thema**

Die Skillsgruppe wird von zwei, sich gegenseitig unterstützenden Therapeuten geleitet. Auch hier spielt die dialektische Haltung eine grosse Rolle. Ein Therapeut hat die Haltung des Leiters inne, während der andere eine unterstützende Rolle einnimmt, und bei allfälligen Schwierigkeiten hilft. Das Ziel der Skillsgruppe ist es nicht, psychodynamisch zu wirken. Sie legt den Fokus hauptsächlich auf Wissensvermittlung der DBT-Inhalte. Aus meiner Erfahrung heraus, braucht es aufgrund der oft sehr tiefsitzenden negativen Grundannahmen, in denen unsere Patienten gefangen sind, viele Wiederholungen, bis ein Thema vollständig erfasst und verstanden werden kann. Hier kann es ergänzend zum eigentlichen Teaching sehr hilfreich sein, andere Zugangskanäle zu nutzen, um die selben Themen neu erlernen zu können.

## Ziele

Als DBT (Co)-Therapeut habe ich mir in den letzten 10 Jahren, die ich Skillsgruppen leite, spielerische Ansätze einfallen lassen, die den Patienten die Inhalte des DBT zusätzlich auf eine ungezwungene, und gewollt etwas lockere Art und Weise zugänglich machen können.

Ich möchte in meinem Vortrag das Brettspiel "I love DBT" vorstellen, welches wir auf Station alle paar Wochen in den Skillsgruppen gemeinsam mit den Patienten spielen.

Desweiteren werde ich noch das "Gefühlsmemory" vorstellen, mit dem wir das Modul "Umgang mit Gefühlen" beginnen.



## Gestaltung

- Vortrag am Beamer
- danach in Kleingruppen mit mitgebrachten Brettspielen zum Beüben, Befühlen und Bespielen mit der Möglichkeit Fragen zu stellen und eigene Erfahrungen mitzuteilen.

# **Recovery-Orientierung in Sprache und Dokumentation: Realisierbar?**

*Fabienne Roth, Constantin Bruttel*

## **Hintergrund**

In den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel startete 2020 das dreijährige Praxisentwicklungsprojekt zu Sprache und Dokumentation (SpraDo). Dabei handelt es sich um ein multiprofessionelles Projekt mit Mitarbeitenden aus der Pflege, der Sozialpädagogik, der Sozialarbeit und der medizinisch-therapeutischen Diensten.

Auf Grundlage unterschiedlichster Quellen (Beispiele: IzEP<sup>®</sup>-Messungen; Zufriedenheitsmessungen der Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden, Controlling der Codiererinnen) wurde ein Entwicklungsbedarf im Bereich der schriftlichen und mündlichen Kommunikation im klinischen Alltag identifiziert.

Ziel des Projektes ist es, Massnahmen zu definieren, um die schriftliche und mündliche Kommunikation im Hinblick auf die Recoveryorientierung, die Sichtbarkeit und Transparenz der Behandlungsprozesse, die vollständige und korrekte Beschreibung der erbrachten Leistungen und damit im Zusammenhang stehende Leistungserfassung und Abrechenbarkeit zu verbessern.

Alle Abteilungen/Bereiche der UPK sind in das Projekt involviert. Aufgrund unterschiedlichster Ausgangslagen in Bezug auf Entwicklungsbedarf und Zielsetzung wurde eine individuelle, bedarfsbezogene Vorgehensweise mit Orientierung an der Methodologie der Praxisentwicklung gewählt. Als weitere einheitliche Grundlage arbeiteten alle Abteilungen/Bereiche bei der Umsetzung mit dem PDCA-Zyklus.

## **Thema**

Nachfolgend wird eine konkrete Massnahme, welche von einer Abteilung der UPK Basel im Rahmen des Projektes SpraDo bearbeitet wurde, vorgestellt.

Im Praxisentwicklungsprojekts SpraDo wurde im Home Treatment-Team der UPK Basel anhand des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) die Anwendung von Recovery-Elementen in Sprache und Dokumentation umgesetzt. Um eine entsprechende Vorlage zu erarbeiten, wurden verschiedene Strukturen des klinischen Alltags (Teamsitzungen, Supervisionen, Interventionen) genutzt. In einer ersten Phase wurde das Soll-Konzept zu Sprache und Dokumentation evaluiert, welches allen Abteilungen/Bereichen als theoretische Grundlage zur Verfügung stand. Durch die Analyse der Unterlagen konnten drei Themenbereiche eingegrenzt werden: Sprache und Dokumentation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung, Aggressions- und Deeskalationsaspekte sowie Recovery in Sprache und Dokumentation. Durch die Vorerfahrung des Home Treatment-Teams, welches sich seit der Gründung im Jahr 2019 unter Zuhilfenahme des Handbuches von Zuaboni et al. [1] mit einer Recovery-orientierten Haltung auseinandersetzte, war die Vertiefung dieser Thematik ein logischer Schritt. Es wurden Schlüsselbegriffe zu Recovery aus dem Handbuch herausgearbeitet, eine Vorlage entwickelt und in die elektronischen Patientenakte integriert. Im Verlauf wurde ersichtlich, dass die Nutzung der Vorlage in der vorliegenden Form jedoch nur bedingt erfolgte, weshalb weitere Anpassungen vorgenommen wurden. Diese beinhalteten zusätzlichen Aspekte, wie den Verlauf zu den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Tagesstruktur, Symptommanagement und Behandlungsziele, sowie eine klar vorgegebene Gliederung innerhalb der jeweiligen Dokumentation. Die Strukturierung der bis anhin freien und berufsgruppenspezifischen Dokumentation führte zunächst zu Widerständen innerhalb des Teams, welche intern und in Supervisionen aufgegriffen werden konnten. Abschliessend konnten die Faktoren zeitliche Begrenzung, Einbezug aller Mitarbeitenden und eine möglichst transparente Informationsvermittlung als relevante Elemente in der Bearbeitung des Praxisentwicklungsprojektes SpraDo definiert werden.

## **Ziele**

- Partizipativer Teamentwicklungsprozess zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation der SpraDo-Massnahme

- Vertiefte Auseinandersetzung mit Recovery
- Vorlage zur Dokumentation mit Schlüsselbegriffen zu Recovery
- Gebrauch der Vorlage zur Dokumentation vom durch das multiprofessionelle Team

### **Gestaltung des Workshops**

Im Workshop wird das Praxisentwicklungsprojekt SpraDo der UPK Basel vorgestellt. In Plenumsdiskussionen besteht die Möglichkeit, am konkreten Beispiel „Recoveryorientierung in Sprache und Dokumentation“ Chancen und Herausforderungen in der eigenen Praxis zu identifizieren und zu diskutieren.

### **Lernziele des Workshops**

- Auseinandersetzung mit der Methodologie der Praxisentwicklung
- Fachliche Auseinandersetzung mit Recoveryorientierung in Sprache und Dokumentation

### **Literatur**

1. *Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M., & Winter, A. (2012). Recovery praktisch. Schulungsunterlagen. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste.*

# **Fallstudien-gestützter Implementations-Entwurf psychiatrischer Intensivbetreuung im stationären Setting – ein Praxisprojekt**

*Martin Schmid, Dorothea Dürst, Franziskos Xepapadakos, Jürg Dinkel, Ingrid Wolf*

## **Hintergrund**

Im Zentrum der Betrachtung steht die Herangehensweise zur Umsetzung der schweizerischen Empfehlung Intensivbetreuungen erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung. Psychiatrische Intensivbetreuung (pl) erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung umfasst Einzelinterventionen, die zur Überbrückung einer Krise als therapeutisch wirksame, beziehungs-basierte Interventionen durch das Behandlungsteam angeboten werden. Mittels psychiatrischer Intensivbetreuung (pl) erweitern sich die Handlungsspielräume in der Handhabung von psychiatrischen Krisensituationen im stationären Kontext. Dies kann sich positiv auf die Kollaboration zwischen Nutzer\*Innen und den stationären Versorgern auswirken. Ebenso kann dies zu einer Reduktion von freiheitseinschränkenden Massnahmen führen.

## **Problemstellung**

Währendem die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, die Grundsätze, die Durchführung, sowie auch die Qualitätsindikatoren einer pl in entsprechenden Empfehlungen geklärt sind, ist die Umsetzung dieser Empfehlungen in der klinischen Praxis noch wenig erprobt. Das diesen Empfehlungen zugrundeliegende Wissen über pl in die klinische Praxis zu transferieren, scheint schwierig zu sein. Gründe hierfür werden unter anderem in den Umsetzungsstrategien identifiziert, wo einzig der Einbezug von Stakeholdern als sicherer Weg zum Erfolg benannt wird.

## **Ziele**

Die Fallstudie zeigt die Entwicklungsschritte zur Übertragung der vorliegenden Empfehlungen auf die klinische Praxis einer stationären Einrichtung auf. Es soll aufgezeigt werden, welche Management- wie auch fachlich–inhaltlichen Themen dargelegt bzw. geklärt werden müssen, um eine Implementation von pl zusammen mit den interprofessionellen Teams angehen zu können.

## **Vorgehen**

Mittels instrumentellen Fallstudien und der Methode Focusgroup Illustration Maps gelang es den Autor\*innen, das Konstrukt Intensivbetreuung weiter zu differenzieren und daraus ein Konzept zur klinischen Umsetzung zu erarbeiten

## **Ergebnisse**

Durch eine Benennung der Merkmale, wie auch der Kontextfaktoren von pl entstand ein Handlungskonzept, welches vier Basispakete umfasst. Mittels eines «Ampelsystems» werden auch Ideen zur Ressourcenplanung vorgestellt.

## **Diskussion**

Wenn neue Vorgehensweisen und Praktiken in Organisationen eingeführt werden, dann müssen gewachsene Routinen und bewährte Handlungsabläufe ausgesetzt oder verändert werden.

Das Implementationskonzept wurde mittels einem Bottom-up Ansatz durch die Autor\*Innen erarbeitet. Die klinischen Expert\*Innen waren daran ebenso beteiligt wie das verantwortliche Management. Eine Ausgewogenheit zwischen Ansprüchen der Empfehlung und den Möglichkeiten im klinischen Setting wurde angestrebt. Ausgehend von den in der Literatur geschilderten Hindernisfaktoren erachten wir es als wichtig, den laufenden Prozess durch Implementierungsverantwortlichen zu begleiten. Deren Aufgabe ist es den Entwicklungs- und Lernprozess in der Praxis gegenüber den Praxiskollegen und

dem Management zu moderieren. In den Arbeitseinheiten selbst sind die klinischen Expert\*Innen tätig, welche an der Entwicklung mitgearbeitet haben. Sie wirken als Leader vor Ort.

### **Schlussfolgerung**

In den letzten Jahren ist im Versorgungsgebiet der Klinik ein steigender Aufnahmedruck für psychiatrische Dienstleistungen zu verzeichnen. Die Hospitalisierungen nehmen zu, Überbelegungen und immer kürzere Aufenthaltszeiten beeinträchtigen die Behandlungsqualität. Gleichzeitig lässt sich eine Zunahme der Fallschwere beobachten. Damit geht die Gefahr einher, dass freiheitseinschränkende Massnahmen als Schutz und Sicherungsmassnahmen vermehrt eingesetzt werden. Diese könnten durch intensive Betreuung vermieden werden.

## **Was nicht im Lehrbuch steht: Entwicklung von Personalkennzahlen anhand eines Patientenwochenplans**

*Susanne Schoppmann, Claudia Lötscher, Regula Lüthi*

### **Hintergrund**

Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Gebot der Stunde, wenn wir auch zukünftig eine qualitativ hochstehende Behandlung für unsere Patientinnen und Patienten anbieten wollen. Behandlungserfolge hängen nicht mehr von der Intervention einer einzigen Fachperson ab, denn Wirkungen und Patientennutzen sind das Ergebnis eines gemeinschaftlichen Prozesses. Das Ergebnis ist in jedem Fall ein Teamergebnis und steht im Dienste der Patientensicherheit und Wirksamkeit eines kompetenzorientierten beruflichen Handelns in einer integrativen Behandlung. Wie aus einem Patientenwochenplan Personalkennzahlen entstanden sind, welche Prozesse das multiprofessionelle Team durchlaufen hat und wie die Managementperspektive dazu ist, soll im Symposium erläutert und diskutiert werden.

### **Problemstellung**

In der psychiatrischen Kliniklandschaft der Schweiz fehlen multiprofessionelle Skill- und Grademix-Projekte, die Aussagen über die notwendige multiprofessionelle Zusammensetzung von Behandlungsteams in einer leitlinien- und patientenzentrierten, stationären Psychiatrie zulassen. Vor diesem Hintergrund wurde eine Machbarkeitsstudie zum multiprofessionellen Skill- und Grademix durchgeführt.

### **Ziel**

Die Machbarkeitsstudie sollte zeigen ob und wie Personalkennzahlen anhand eines multiprofessionellen Konsensus zur State-of-the-art-Behandlung entwickelt werden können.

## **Vorgehen**

Die Machbarkeitsstudie wurde drei Phasen durchgeführt. In Phase 1 wurde anhand einer Multimomentaufnahme über alle Berufsgruppen hinweg der Ist-Zustand erhoben. In Phase 2 wurde ein evidenz- und konsensbasierter Sollzustand in Form eines Musterwochenplanes für einen fiktiven Patienten entwickelt. In Phase 3 wurden IST und SOLL abgeglichen und Kennzahlen für eine multiprofessionelle Teamzusammensetzung entwickelt.

## **Die Entwicklung eines evidenz- und konsensbasierten Musterwochenplanes**

Der Vortrag fokussiert das Vorgehen bei der Entwicklung des evidenz- und konsensbasierten Musterwochenplanes. Dieser basiert sowohl auf externer als auch auf interner Evidenz. Letztere bezieht sich auf die Praxiserfahrung der beteiligten Akteure und auf die gemeinsam getragene Werteorientierung. Eine Herausforderung stellte das forensische Setting mit seinen speziellen Anforderungen an die Sicherheit dar.

## **Was nicht im Lehrbuch steht, die Dynamik einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe**

Wie sieht eine „idealtypische“ multiprofessionelle Teamzusammensetzung einer integrierten Behandlung aus? Wie soll die Art der Zusammenarbeit gestaltet werden und wie werden die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen optimal genutzt. Was passiert in einer multiprofessionellen Projektgruppe, wenn das Lehrbuch umgeschrieben werden sollte? Diesen Fragen soll im zweiten Vortrag nachgegangen werden.

## **Die multiprofessionelle „Black-box“**

In jeder Berufsgruppe gibt es notwendige und verpflichtende Tätigkeitsanteile ohne direkten Patientenkontakt, die aufgrund rechtlicher Vorgaben oder zu Qualitätszwecken erfüllt werden müssen. Dies sind Leistungen, wie z.B. obligatorische Fort- und Weiterbildungen, die je nach Berufsgruppe und

Fachverband in unterschiedlichem Ausmasse erforderlich sind. Diese Leistungen werden in keiner Leitlinie und keinem Personalbemessungsinstrument bisher wirklich erfasst und werden damit zu einer Black-Box. Der Umgang damit wird im dritten Referat aus Sicht des Managements diskutiert.

### **Diskussion/Schlussfolgerung:**

Die Machbarkeitsstudie hat nebst der fachlichen Auseinandersetzung mit der aktuellen Evidenzlage, dem Projektteam ermöglicht, Vorstellungen zu einer patientenzentrierten Behandlung zu entwickeln und sich damit vertieft auseinander zu setzen. Dabei hat der fachliche Diskurs geholfen ein gemeinsames Bild zu erarbeiten, Prozesse zu klären, aber auch berufsständische Vorstellungen und Befindlichkeiten auf den Tisch gebracht. Beim Versuch, die verschiedenen die notwendigen fachlichen Fort- und Weiterbildungen für die Berufsgruppen zu ermitteln, hat sich aber auch Ernüchterung eingestellt. Insgesamt haben die Ergebnisse dazu ermutigt, die erworbenen Erfahrungen in einem Folgeprojekt zu evaluieren.

## Über Stimmen sprechen

*Stephanie Kay Ventling, Anita Barmettler, Leah Muriel Bowie*

Wer Stimmen hört, sucht oft nach einer Erklärung dafür, warum das so ist. Vielleicht haben Sie bereits Ihre eigene Interpretation zum Sinn der Stimmen entwickelt? Professionelle Ausbildungen versuchen den Sinn der Stimmen oder befremdliche Wahrnehmungen aus medizinischer oder biologischer Perspektive zu erklären. Dem gängigen Diskurs stellen wir Stimmenhörende unsere eigenen Erfahrungen ohne Krankheitsmodelle, sogar Diagnose übergreifend, gegenüber. Wir gehen davon aus, dass verschiedene Anteile in uns mit uns in Kontakt treten möchten, die es nicht (mehr) zu unterdrücken gilt. Das können Gefühle, Fähigkeiten und Erinnerungen sein, die von anderen Bezugspersonen (früher) abgelehnt wurden. Wir gehen auch davon aus, dass es keine schlechten Anteile, darum auch keine schlechten Stimmen gibt. Sogar die Erfahrung der Dissoziation kann eine sinnstiftende Überlebensstrategie in einem dysfunktionalen Umfeld sein. Entgegen den oft noch vorherrschenden psychiatrischen Behandlungsvorstellungen, vertreten wir Stimmenhörende und Begleitpersonen in unserer Arbeit, dass ein behutsamer Umgang mit Stimmen und bildlichen Wahrnehmungen unweigerlich zu einer Lebensbereicherung und zu einem zunehmenden Gefühl des Ganzseins führt.

In diesem offenen Workshop wird es die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen und ein neues Verständnis für Stimmenhören zu entwickeln auf den Grundlagen des efc-Instituts.de. Wir berichten von den Erfahrungen der ersten Peer-geleiteten Selbsthilfegruppe für StimmenhörerInnen in Luzern in Co-Leitung mit zwei Pflegefachpersonen der traversa und der Luzerner Psychiatrie (gegründet 2020). Dazu sind Stimmenhörende, Fachpersonen und weitere Interessenten und Interessentinnen herzlich eingeladen.

### Gestaltung des Workshops

- **Erfahrungsbericht** der anwesenden Expertin aus Erfahrung

- **Input:** Weiterführende Angebote «Stimmenhören in der Schweiz»
- **Offene Fragen und Diskussion:** Braucht es einen «Paradigmawechsel» in der Psychiatrie und in der Gesellschaft im Umgang mit den Stimmen? Wie kann ein solcher vorangetrieben werden?

### **Lernziel des Workshops**

- Die TeilnehmerInnen kennen den Ansatz eines normalisierenden und nicht stigmatisierenden Umgangs mit Stimmenhören

### **Literatur**

1. Schnackenberg, J. & Burr, Ch. (2017). *Stimmenhören und Recovery - Erfahrungsfokussierte Beratung in der Praxis*. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln.
2. Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., Morris, M. (2009). *Living with Voices - 50 stories of recovery*. PCCS Books Ltd., Ross-on-Wye.
3. Romme, M. & Escher, S. (2013). *Stimmenhören verstehen - Ein Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern*. Mit Beilage «Maastrichter Fragebogen». Übersetzt von J. Schnackenberg. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln.
4. Coleman, R. & Smith, M. *Stimmenhören verstehen und bewältigen – Arbeitshilfe 14. Psychosoziale Arbeitshilfen*. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln.

# **„Was nicht im Lehrbuch steht“ – Ein kritischer Diskurs über die Co-Leitung eines Forschungsprojektes: Erfahrung einer Service Userin und einer Pflegeforschenden in der kooperativen Forschungsleitung**

*Sabine Rühle Andersson, Sabine Hahn*

## **Hintergrund**

Pflegfachpersonen, Forschende und Service User, die in der psychischen Gesundheitsversorgung arbeiten, stehen in ihrer täglichen Praxis vor verschiedenen Herausforderungen. Zu den häufigsten gehören die Reduktion von Gewalt- und Zwangsmassnahmen, die Verbesserung komplexer therapeutischer Interventionen, Aufbau von Vertrauen, die Bewältigung von Diversitätsproblemen und Identitätskrisen, sowie die Ermöglichung von Selbstbestimmung und sozialer Integration. Es beschäftigt uns zudem das Voranbringen der Verlagerung von stationären Behandlungen zu integrierten Versorgungsmodellen und zu einem paternalistischen, medizinisch orientierten Ansatz einer personenzentrierten Versorgung, die sich auf Empowerment und persönliche Genesung konzentriert. Darüber hinaus verändern der Rollenwandel in der Pflege und die damit verbundenen Modifizierung in der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Digitalisierung und die Kommunikationstechnologien nicht nur die Art und Weise, wie wir in Teams und therapeutischen Settings arbeiten, sondern verlangen von uns auch neue Kompetenzen. Die Forderung, bei all diesen Entwicklungen die Interessen der Service User zu berücksichtigen, ist schon lange gerechtfertigt. Denn es ist unerlässlich, diejenigen einzubeziehen, die am meisten betroffen sind. Die Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine auf Service User ausgerichtete Evidenzgenerierung ist jedoch nicht nur eine intellektuelle und wissenschaftliche Herausforderung, sondern auch ein sehr praktisches Abenteuer und eine bereichernde Reise. An der Berner Fachhochschule haben wir dieses Abenteuer in Angriff genommen. Gemeinsam betreiben Service User und Forschende angewandte

Forschung, um nützliche, praxisrelevante Erkenntnisse zu gewinnen und die Pflege- und Gesundheitspraxis zu verbessern.

Service User sollten an der Qualitätsentwicklung und der Gestaltung der Gesundheitsversorgung beteiligt werden: Diese Forderung wird von Politikern, Wissenschaftlern und Interessenvertretern erhoben [1]. Die Partizipation der Service User (auch als Ko-Partizipation, Ko-Produktion oder Ko-Design bezeichnet) an Prozessen der Gesundheitsversorgung und der Evidenzgenerierung, etwa bei komplexen Interventionsmodellen [2], wird jedoch kaum realisiert [3, 4]. Es fehlen wichtige Grundlagen für die Erarbeitung einer nutzbringenden Partizipation der Service User [5, 6]. Dennoch sind partizipative Entwicklungen wie Co-Design, Co-Produktion usw. in Forschung und Praxis vielversprechend und deuten darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung eine höhere Qualität aufweist, wenn sie unter Einbeziehung von Service Usern und Interessengruppen gefördert wird. Deshalb haben das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule und die Forschungseinheit Pflege einen strukturierten Prozess entwickelt, um Service User in Ausbildung und Forschung zu integrieren [7].

## **Ziel**

Ziel des Workshops ist es, die Vorteile und Herausforderungen des Prozesses der gemeinsamen Leitung eines Forschungsprojekts zwischen Forschenden Service Usern und Forschenden ohne User Erfahrung im Pflegebereich zu diskutieren sowie die Grundlagen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu beschreiben.

## **Methode**

Um das Ziel zu erreichen, verwendeten wir eine Art Fallstudien-Design, um gemeinsam mit den Workshopteilnehmenden unsere Erfahrungen, Vorteile, Erfolge und Misserfolge zu diskutieren und Schlussfolgerungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit aller Beteiligten zu erreichen.

## Ergebnisse

Die Überwindung von Hindernissen für die Zusammenarbeit mit Service Usern ist eine zentrale Voraussetzung für die Gewinnung von Erkenntnissen. Voraussetzung für die erfolgreiche Zusammenarbeit sind beispielsweise faire Arbeitsbedingungen, Gleichstellung und Akzeptanz von Diversität.

Um eine komplexe Intervention zu planen, begannen die beiden Forscherinnen, Wissen im Bereich der Digitalisierung in der psychiatrischen Versorgung und über methodische Fragen zu generieren. In einem ersten Schritt musste die Forschungsidee, welche die Service Userin geschaffen hatte, beschrieben und auf ein überschaubares Forschungsthema reduziert werden. Wissensressourcen und Wissenslücken für die Durchführung eines solchen Forschungsprojekts mussten für beide Forschenden identifiziert werden, wobei der Schwerpunkt auf Teamarbeit und motivierenden Arbeitsprozessen lag. Es wurde ein erster Plan aufgestellt, wie das Forschungsthema auf partizipative Weise in ein größeres Forschungsprojekt umgewandelt werden kann. Dies ist im Wettbewerb der Forschung und der knappen Finanzen nicht einfach. Denn noch immer gibt es zu oft organisatorische Hindernisse (fehlende Strategien, fehlende finanzielle Mittel, zeitliche Beschränkungen) oder fachliche Barrieren (Vorurteile über die Reflexionsfähigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen, fehlende methodische Fähigkeiten, die den Erfolg kollaborativer Prozesse ermöglichen, restriktive Regeln und Verfahren der wissenschaftlichen Gemeinschaft), die verhindern, dass Service User als vollwertige Mitarbeitende in Praxisentwicklung, Forschungsprojekte oder Lehre einbezogen werden. Auch die eigenen Barrieren der Service User können die Beteiligung behindern, z. B. mangelndes Vertrauen in die persönlichen Erfahrungen oder fehlendes Vertrauen, dass ihre Stimme gehört wird. Wir haben in unserer Zusammenarbeit jedoch gelernt, dass wir uns auf unsere Erfahrung in den verschiedenen Phasen der Beteiligung verlassen können. Diese stellte in den letzten Jahren nicht nur eine methodische Herausforderung dar, sondern gab uns auch die Möglichkeit, kritisch zu reflektieren und das derzeitige Paradigma der Evidenzgewinnung in der psychiatrischen Versorgung zu

überdenken. Zudem ermöglicht ein schrittweiser Aufbau das gegenseitige Kennenlernen und Aufbauen von Vertrauen in die gemeinsame Arbeit.

## Diskussion

Die erste Einsicht in den Prozess der gemeinsamen Leitung eines Forschungsprojekts zwischen einer Service User Forscherin und einer Pflegeforscherin muss der Realität ins Auge sehen. Ist es möglich, Service User in stark wettbewerbsorientierte Forschungsprojekte einzubeziehen oder die Führung in der heutigen Welt der Forschung mit hohen Erwartungen an Forschungsexzellenz, hohem Zeitdruck, begrenzten Personalressourcen und finanziellem Druck abzugeben? Unsere Überlegungen gehen zudem über diese praktischen Aspekte hinaus. Für uns bedeutet fortgeschrittene Praxis in der Evidenzgenerierung, mit Service User in verschiedenen Rollen im Prozess der Evidenzgenerierung als informierte Service User in unterschiedlichsten Teamkonstellationen zusammen zu arbeiten. Hierfür lohnt es sich das gängige Paradigma zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

## Literatur

5. World Health Organization. *Mental health action plan for 2013-2020 (extended to 2030)*. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. *Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019*. Medical Research Council; 2019. p. 39.
7. Bird M, Ouellette C, Whitmore C, Li L, Nair K, McGillion MH, et al. *Preparing for patient partnership: A scoping review of patient partner engagement and evaluation in research*. *Health Expect*. 2020;23(3):523-39. doi: 10.1111/hex.13040.
8. van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijffes B, Grypdonck MH. *The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations*. *J Adv Nurs*. 2004;48(1):84-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x.
9. Dodds P, Bowles N. *Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study*. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2001;8:183-8.
10. Pearce T, Maple M, Shakeshaft A, Wayland S, McKay K. *What Is the Co-Creation of New Knowledge? A Content Analysis and Proposed Definition for Health Interventions*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7). doi: 10.3390/ijerph17072229.

11. Gurtner, C., & Hahn, S. (2016). *Mitgestalten in Forschung, Lehre und Weiterbildung durch Einbezug der Betroffenenperspektive*. *Psychiatrische Pflege*, 1(1), 25-27. doi:DOI: 10.1024/2297-6965/a00000007

# **Rückfall – na und?! Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ohne Restriktionen ein Modellprojekt**

*Stefan Zahas, Paul Schleyer*

## **Hintergrund**

Restriktionen, wie zum Beispiel Ausgangsbeschränkungen, informeller Zwang und Behandlungsabbrüche durch die Behandler gelten bis heute noch als eine wichtige Intervention in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten Menschen. Gerade wir in den Pflegeberufen müssen diese Massnahmen durchführen und konzeptionell vertreten.

Bereits seit Anfang der 90er Jahre deuten einige Studien darauf hin, wie wirkungslos und kontraproduktiv restriktive Massnahmen, auf Grund von Konsumereignissen, in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen sind. Sie stören und verhindern beispielsweise die Beziehungsgestaltung im Pflege- und Therapieprozess oder verstärken das Gefühl der Hoffnungslosigkeit bei den Betroffenen [1-4].

Aufgrund der Studienlage wurde die These entwickelt, dass man in der Suchttherapie auf restriktive Massnahmen weitgehend verzichten kann. Diese These wurde anhand eines Modellprojektes in der Praxis einer Drogenentzugs- und Therapiestation überprüft. Zunächst wurde mittels einer qualitativen Befragung der Mitarbeitenden, restriktive Haltungen und Massnahmen erfasst, um danach konsequent auf diese Restriktionen zu verzichten.

Eine grosse Rolle spielten dabei die Recovery-Orientierung, Stärkung von Empowerment und Peerarbeit.

Den Teilnehmern des Workshops werden die Auswirkungen dieser Veränderung auf die Betroffenen, die Pflegenden, das Stationsklima und das Therapiesetting vorgestellt.

## **Methode**

Nach einem Inputreferat mit der Vorstellung der Ergebnisse, werden diese mit den Teilnehmern diskutiert und die Chancen und Grenzen einer restriktionsfreien Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten Menschen herausgearbeitet. Die Arbeitsergebnisse werden mittels Mitschrift gesichert und Fotodokumentiert.

## **Zielgruppe**

Alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Betroffenen.

## **Lieteratur**

1. *Böhm, M., Arzt, J., & Roch, I. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen. Einen Literaturübersicht, 38. Suchtmagazin.*
2. *Küfner, H., Roch, I., Denis, A., & Rug, U. (Januar 1994). Suchtmittelleinahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. Sucht und Rückfälle, 26, S. 112.*
3. *Lindenmeyer, J., Veltrup, C., & Kirschenbauer, H. (1999). Weiterbehandlung von Rückfälligen Patienten während einer stationären Suchtbehandlung. (F. S. e.V., Hrsg.) Suchtbehandlung: Entscheidung und Notwendigkeit, S. 207-216.*
4. *Rüsch, P., & Hättenschwiler, J. (Mai 2002). Konsequenzen von Rückfall und Behandlungsabbruch im stationären Drogenentzug. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, S. 238-244.*

## Poster

*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.*

## **Sucht – Beziehung**

*Fabian Florin, Margrith Meier-Kessler, Vlasta Popovova*

### **Hintergrund**

Fabian Florin war während 14 Jahren schwerstabhängig von Heroin und anderen Substanzen. Er hat den Ausstieg aus der Sucht nach straucheln, aufstehen, weitergehen und suchen geschafft. Bei seinen Auftritten in Schulen, wo er gemeinsam mit Suchtexpertin Margrith Meier-Kessler Präventionsunterricht erteilt, beschreibt er eindrücklich seinen Weg in und aus der Sucht. Die Wörter Sucht, Siechtum, Suchen und Beziehung prägen seine Vorträge.

### **Problemstellung**

Suchtbehandlung und Bezugspflege wird an medizinischen Fakultäten wie an den Hochschulen für Pflege eher stiefmütterlich behandelt. Dies gab die Inspiration für den Dreiländerkongress in Wien unter dem Titel Sucht - Beziehung ein Poster zu gestalten. Sucht - Beziehung ist ein Wortspiel. Zusammen mit der künstlerischen Impression von Fabian Florin lädt das Poster ein zu interpretieren, suchen und in Beziehung zu treten.

## **Euthyme Behandlungsangebote in der Psychiatrie anhand des pflegetherapeutischen Gruppenangebotes "Genussgruppe"**

*Annekathrin Goos*

Im Rahmen meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie, habe ich meine Abschlussarbeit über das Thema „euthyme Behandlungsverfahren, Genussmomente in der Psychiatrie“, erstellt. Ausschlaggebend für die Entscheidung, dieses Thema zu bearbeiten, waren für mich die Aussicht, ein Gruppenangebot zu ermöglichen, in dem der Fokus auf dem Aktivieren der gesunden Anteile und dem Wecken von Ressourcen eines Menschen liegt.

Die Genussgruppe wurde auf einer forensisch rehabilitativ ausgerichteten Station implementiert und als ein freiwilliges Angebot in einer sich aufbauenden, geschlossenen pflegetherapeutischen Gruppe angeboten.

Das Konzept fundiert auf der, von Prof. Reiner Lutz und Eva Koppenhöfer, entwickelten Genuss Therapie. Es ist ein halbstandardisiertes Angebot, dadurch können verschiedene Inhalte auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Teilnehmer angepasst werden.

Die Schwerpunkte liegen auf dem Vermitteln eigener Genussfähigkeit, dem Auffinden von hedonistischen Nischen im Alltag und dem Grundverständnis, dass ein Mensch, der unter einer psychischen Erkrankung leidet, gesunde Anteile in sich trägt. Es soll ermöglichen diese Anteile situationsspezifisch zu aktivieren und ein Verständnis dafür zu entwickeln, ein gutes, erfülltes Leben zu führen. Dabei wird das, von Prof. Lutz und Mark entwickelte orthogonale Konzept als Grundlage für die Haltung und Handlungen der Gruppenleitung genutzt.

Um den Teilnehmenden einen individuellen Ausdruck der eigenen Emotionen zu ermöglichen und eine Reflexion, der prozesshaften Veränderung während des Gruppeangebotes wahrzunehmen, sind Elemente (Gefühlswörter) aus der GFK nach Rosenberg angeboten worden.

## **Ziele des Gruppenangebotes**

Angebot einer Ressourcen- und Fähigkeiten orientierten pflegetherapeutischen Gruppe im Maßregel Vollzug. Damit soll ein Gegengewicht zu den vorherrschenden, meist defizitär ausgerichteten Angeboten ermöglicht werden. Berücksichtigung und aktives Anwenden von milieutherapeutischen Wirkfaktoren nach Edgar Heim um Partizipation, Autonomie, Gemeinschaftserleben und die Selbstverantwortung, von Menschen, die unter einer schweren psychischen Erkrankung leiden und eine Straftat begangen haben, zu fördern, erkennbar zu machen und in das System des MRV zu integrieren.

## **Diskurs**

Ein möglicher Diskurs hierzu sind die Fragen nach der Wirksamkeit einer positiven und angenehmen Erfahrung der Teilnehmenden, sowie einer hoffnungsvollen Sichtweise auf ihre Selbstbefähigung, Gefühle und Stimmungen steuern zu können.

Welche neuen Aspekte und Perspektiven öffnen sich für Pflegende in der Beziehungsgestaltung mit betroffenen Menschen?

Welche Voraussetzungen begünstigen die Implementierung eines solchen Gruppenangebotes im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung?

## **Fazit**

Das Gruppenangebot erfolgte für die Klienten der Station auf freiwilliger Basis, so wurde die Partizipation der Klienten gewährleistet, sie erhielten die Möglichkeit eine autonome Entscheidung zu treffen, die dann eine Verbindlichkeit hatte und damit die Verantwortung für eigene Entscheidungen fördert.

Die Klienten beteiligten sich rege an dem Verlauf. Eine anfängliche Scheu und Unsicherheiten innerhalb der Gruppe, haben sich durch den gewohnten Ablauf und der Entscheidung für ein geschlossenes Gruppenangebot schnell gelegt. Die Gruppe konnte sich durch die begrenzte Teilnehmerzahl und den

festen Gruppenmitgliedern, finden, und eine Verbundenheit herstellen (Norming Storming, Performing).

Auf Übungen, in denen es von Vorteil war, die Augen zu schließen, konnten sich unsichere Teilnehmer nach und nach mehr einlassen. Dadurch wurde eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit möglich und sichtbar.

Die Reflexion wurde von den Teilnehmenden gut angenommen. Sie konnten so eine Bilanz über eine Veränderung ihrer Emotionen von Anfang der Gruppe bis zum Ende ziehen und sich selber nochmals verdeutlichen welche Positiva sie in sich tragen.

Bei dem gewünschten Feedback durch die Klienten wurden besonders die erlebnisaktiven Inhalte, als auch das angenehme Klima geschätzt. Sie gaben an, dass die Genussgruppe eine Erholung zu dem straffen Therapieplan bietet. Die Teilnehmer erwähnten, sich in Alltagssituationen an die Genussregeln zu erinnern und ihre Wohlfühlmomente bewusster zu erleben.

# **Digitalisierung in der psychiatrischen Pflege – Welchen Bedarf von E-Health Anwendungen gibt es bei den Patienten im stationären bzw. teilstationären Bereich von Vitos Hochtaunus?**

*Albert Hesse*

## **Ausgangssituation und Fragestellung**

Die Arbeitsverdichtung im stationären und teilstationären Bereich der Einrichtungen im Gesundheitswesen nimmt stetig zu, und die Liegezeiten der Patienten nehmen ab. Faktoren wie beispielsweise Servicegedanken & die Verwendung von digitalen Medien gewinnen an Bedeutung. In Deutschland kommt es jährlich zu 800.000 stationären Behandlungen im psychiatrischen Bereich. Das Smartphone ist heutzutage im Gepäck vieler Patienten zu finden. Möchte der Patient auch digitale Medien in der Therapie seiner Erkrankung nutzen?

## **Bachelor Thesis**

Der Autor beschäftigt sich in dieser Bachelor-Arbeit mit der Frage nach der Verwendung von E-Health in der Psychiatrie aus Sicht der Patienten. Dies geschieht in einer umfassenden Patientenbefragung im stationären und teilstationären Setting einer Psychiatrie. Dazu wurden 223 Fragebögen ausgegeben. Der Rücklauf waren 168 Fragebögen. Es konnte eine Rücklaufquote von 75,3 Prozent erreicht werden.

In dieser Bachelor Arbeit zeigte sich, dass sich die Patienten im stationären und teilstationären Bereich deutlich mehr E-Health Anwendungen wünschen, als bisher zur Verfügung stehen. So wünschten sich 57 Prozent der Befragten die Verwendung einer psychotherapeutischen App im Rahmen ihrer Behandlung. 71 Prozent würden eine elektronischen Terminvereinbarung nutzen, 55 Prozent einen digitalen Zugriff auf ihre Gesundheitsakte.

Diese Anwendungen könnte das Unternehmen in einen Portal für die Patienten integrieren, das nach dem KHZG gefördert werden könnte. Somit wäre

eine kosteneffiziente Lösung geschaffen. Der größte Nutzen würde bei den Patienten entstehen, wenn die Plattform des Portals für das Smartphone/Handy ausgelegt ist. Als begleitende Apps könnten Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) eingesetzt werden, da diese über die Krankenversicherung abgerechnet werden können, und somit die finanzielle Belastung auf das verordnende Unternehmen minimiert wäre. Die Verschreibung von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) ist derzeit noch nicht umsetzbar, da diese noch nicht zugelassen sind.

### **Auswirkungen in der Praxis**

Augenblicklich befindet sich der Bereich E-Health im Umbruch. So befindet sich das Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) derzeit im Gesetzgebungsverfahren, und es werden neue Anwendungen im Gesundheitssektor auf den Weg gebracht. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass sich die Träger der Gesundheitseinrichtungen am Bedarf der Patienten orientieren. Die Ergebnisse dieser Arbeit bringen dazu wertvolle Hinweise.

## **Mittels Bewegung der Psyche etwas Gutes tun...**

*Sandra Jäggle*

### **Hintergrund**

Der Fachdienst Psychosoziale Pflege und Betreuung der Spitex Zürich Sihl (SZS) betreut jährlich ca. 400 Betroffene in psychosozialen Belastungssituationen. Die Literatur beschreibt, dass viele Betroffene nur über ein kleines soziales Netz verfügen oder unter Einsamkeit leiden und in der Gestaltung sozialer Kontakte einen ungedeckten Bedarf sehen (Knüppel et al., 2019; Hege-düs, 2009). Soziale Teilhabe und die individuelle Strukturierung des Tagesablaufs sind wichtige Aspekte der recoveryorientierten Behandlung (Leamy et al., 2008). Leitlinien empfehlen die Anwendung von Bewegungsinterventionen für psychisch erkrankte Menschen. Neben der Förderung der Körperwahrnehmung, können im Rahmen von Gruppentherapien Sozialkompetenzen gefördert werden (AWMF online, 2019).

### **Problemstellung**

Eine Vielzahl der von SZS betreuten Betroffenen leidet unter fehlenden Sozialkontakten und mangelnder Tagesstruktur. Dabei handelt es sich hauptsächlich um schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen ohne Möglichkeit zur Teilnahme an bestehenden öffentlichen Gruppenangeboten, da diese eine hohe Verbindlichkeit verlangen oder kostspielig sind.

Aus diesem Grund hat die SZS 2019 die Bewegungsgruppe-Freizeit ins Leben gerufen, welche durch eine ausgebildete Bewegungs- und Körpertherapeutin geleitet wird.

### **Ziele**

Der Tanz- und Bewegungstherapie kommt in der Behandlung psychisch Erkrankter eine wichtige Rolle zu. Sie wird von Betroffenen als subjektiv wirkungsvoll beschrieben und erweist sich im gruppentherapeutischen Setting als wirksam. Durch verbesserte Körperwahrnehmung können Gefühle besser

ausgedrückt und als weniger bedrohlich empfunden werden. Der Selbstwert wird verbessert (Bräuninger & Blumer, 2004).

## **Vorgehen**

Die Bewegungsgruppe steht psychisch belasteten Betroffenen offen, denen Gruppenangebote im öffentlichen Raum zu hochschwellig sind, die aus ihrer Isolation herausfinden möchten und Freude an Bewegung haben.

Die Bewegungs- und Körpertherapie setzt daran an, dass Betroffene ihren Genesungsprozess selbstbestimmt mitgestalten.

Durch Körperübungen werden innere Anspannungen gelöst und der Einsatz gezielter Anspannung und Entspannung gelernt. Über den Körper kann Zugang zu Emotionen gefunden werden. Durch Spiel und Spass wird der Kreislauf aktiviert, sowie Präsenz und Reaktion gefördert. Bei gemeinsamen Aktivitäten wird der soziale Austausch gefördert und das Gefühl der Zugehörigkeit gestärkt.

Die Teilnehmenden sprechen über ihre Herausforderungen im Alltag, den Umgang mit Krankheitssymptomen und lernen voneinander.

## **Ergebnisse**

Ziele der Teilnehmenden bei Gruppenstart:

- Aus der Wohnung kommen
- Soziale Kontakte knüpfen
- Tagesstruktur erhalten
- Beweglichkeit verbessern

Halbjährliche Evaluation

- Bewusstere Körperwahrnehmung
- Verbesserte Konzentration
- Die Gruppe hat einen wichtigen Platz in meiner Woche erhalten
- es ist eine gute Übung, mich in einer Gruppe integrieren zu müssen

- ich fühle mich das erste Mal im Leben dazugehörig
- ich muss mich nicht verstellen
- die Gruppe gibt mir Selbstvertrauen

## **Diskussion**

Die Literatur und Evaluation der Gruppenintervention, geben klare Hinweise auf die Evidenz bewegungstherapeutischer Gruppen für psychisch erkrankte Menschen. Das Gruppenangebot wird sehr geschätzt. Die Genesungskompetenz der Teilnehmenden wird gefördert, wobei sie eine aktive Rolle einnehmen. Diese Selbstermächtigung kann dazu beitragen, dass sich Betroffene weniger krank fühlen und sich handlungsfähiger in die Gesellschaft einbringen können.

Der geschützte Rahmen, in dem die Gruppe stattfindet, ist für die Teilnehmenden sehr wichtig. Das Wissen, dass auch andere unter psychischen und physischen Beschwerden leiden, hilft über eigene Sorgen zu reden, die sie in ihrem Umfeld nicht ansprechen würden.

## **Schlussfolgerung**

Da Gruppeninterventionen für Spitexorganisationen bisher nicht verrechenbar sind, ist dieser Sachverhalt dringend zu prüfen.

## **Mehr Kommunikation auf Augenhöhe**

*Pamela Wersin, Fabienne Roth*

### **Hintergrund und Ziele**

Das Projekt Sprache und Dokumentation wurde auf allen Abteilungen der UPK Basel durchgeführt, wobei die Abteilungen individuelle Schwerpunkte in der Umsetzung wählten. Ziel des Projekts war die nachhaltige Implementation von Interventionen, die die Qualität der Sprache und/oder Dokumentation verbesserten. Um die Themenfelder des Bereichs Sprache und Dokumentation greifbar zu machen, wurden den Abteilungen fünf Fallbeispiele zur Verfügung gestellt, aus denen eines bearbeitet und darauf basierend für die Abteilung passende Interventionen entwickelt werden sollten. Die Projektverantwortlichen der einzelnen Abteilungen waren in durch eine Pflegewissenschaftlerin begleitete Arbeitsgruppen organisiert. Durch den engen Austausch innerhalb der Arbeitsgruppen entstand als Nebeneffekt eine verbesserte Vernetzung innerhalb der Klinik und ein Lernerfolg durch die teilweise sehr unterschiedlichen Herangehensweisen und Ergebnisse.

### **Problemstellung**

Die Umsetzung auf der Abteilung R3 (Jugendforensik) erfolgte als gemeinsames Projekt der Jugendlichen und des interdisziplinären Teams in zwei Sitzungen, die durch die pflegerisch-pädagogische Abteilungsleitung moderiert wurden.

In der ersten Sitzung entschieden sich die Jugendlichen sich für die Bearbeitung eines Fallbeispiels, das ihrem eigenen Erleben in der Klinik (Zwangsunterbringung) am ähnlichsten war. Gemeinsam wurde daraus das Ziel «Durch mehr Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Jugendlichen und Teammitgliedern entstehen weniger Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit auf beiden Seiten» abgeleitet. In der zweiten Sitzung entschieden sich die Teilnehmenden, ein Austauschgefäß aus der Traumapädagogik, die Ampelrunde, statt wie bisher einmal pro Woche an jedem Abend vor dem Essen

durchzuführen. Ziel der Runde sollte es sein, dass alle Teilnehmenden, sowohl Jugendliche als auch Mitarbeitende, Rückmeldungen zu ihrem Verhalten während des Tages erhalten, um dieses reflektieren und/oder verändern zu können.

Während der ersten Wochen besserte sich die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den Jugendlichen und dem Team zusehends. Danach traten wieder verstärkt Probleme auf. Bei der ersten Evaluation wurde deutlich, dass die Ampelrunde nicht immer durchgeführt wurde und sowohl Jugendliche als auch Mitarbeitende der Situation teilweise auswichen. Da die gemeinsamen, von der Abteilungsleitung moderierten Sitzungen für die Kommunikation hilfreich und auch im Ergebnis effektiv gewesen waren, wurde beschlossen, die Sitzungen zusätzlich zur täglichen Ampelrunde wöchentlich als Recoverygruppe durchzuführen. Dabei war es den Jugendlichen wichtig, dass alle anwesenden Pflegefachpersonen und alle Jugendlichen regelmässig an der Gruppe teilnehmen und die Sitzungen jeweils durch die Abteilungsleitung moderiert werden, um sicherzustellen, dass Themen offen und wertfrei angesprochen werden können.

### **Schlussfolgerung**

Für Mitarbeitende im jugendforensischen Setting scheint es besonders herausfordernd, dysfunktionales Verhalten als Ausdruck entwicklungspsychologischer Prozesse innerhalb der Pubertät, erlerntes Verhalten im Kontext multipler Beziehungstraumata oder angemessene Reaktion auf die Unterbringung im Zwangskontext zu deuten. Entsprechend häufig kommt es zu Konflikten zwischen Mitarbeitenden und Jugendlichen, die einer Moderation bedürfen. Traumpädagogische Grundhaltung und Interventionen können die Bewältigung dieser Konflikte fördern, es scheint jedoch für beide Seiten herausfordernd zu sein, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen. Ein gemeinsamer Lernprozess in moderiertem Rahmen, wie in der Recoverygruppe etabliert, kann das gegenseitige Verständnis fördern und zu einer vertieften Auseinandersetzung führen. Die Evaluation der Gruppe ist ausstehend.

# **Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Pflege: mechanische Fixierung versus Isolierung**

*Florian Wostry*

## **Hintergrund**

Im Vergleich zu anderen Ländern kommt in Österreich primär die mechanische Fixierung zum Einsatz. Treten bei Pflegepersonen bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen moralische Zweifel auf, ist dies der erste Hinweis auf eine kritische Auseinandersetzung mit der Kultur und der Einstellung gegenüber diesen Interventionen. Das Erleben, die Einstellung sowie Haltung gegenüber Zwangsmaßnahmen, ist in Österreich bisher wenig erforscht.

## **Fragestellung**

„Mit welcher Ausprägung erleben psychiatrische Patient\*innen, Pflege- und ärztliches Personal die Zwangsmaßnahmen mechanische Fixierung und Isolierung. Welche Bedürfnisse und Haltung zeigen sie gegenüber diesen Zwangsmaßnahmen und was für einen Praxisbezug hat das Pflegepersonal gegenüber diesen Zwangsmaßnahmen?“

## **Methodik**

Nach einer Literaturrecherche wurde mittels einer Operationalisierung ein quantitativer Fragebogen mit insgesamt 28 Items entwickelt. Die Freiwilligkeit und Pseudonymisierung der Teilnehmer\*innen wurde gewährleistet. Ein positives Votum der Ethikkommission der Stadt Wien liegt vor. Die Auswertung fand mittels SPSS-Statistic in Form von Häufigkeitstabellen statt.

## **Ergebnisse**

Insgesamt haben im Zeitraum September 2019 bis Mai 2020 55 Patient\*innen, 10 Personen aus dem ärztlichen Personal und 40 Pflegepersonen teilgenommen. Bezüglich des Erlebens werden bei allen Befragten die Gefühle Angst, Wut und Ausgeliefertsein bei der mechanischen Fixierung ausgeprägter

erlebt als bei der Isolierung. Die Isolierung weist hingegen bei den Gefühlen Ruhe, Sicherheit und Wohlbefinden mehr Zuspruch auf. Des Weiteren stellt die mechanische Fixierung eine höhere psychische Belastung dar als die Isolierung. Bei den Bedürfnissen hat sich herausgestellt, dass bei der mechanischen Fixierung als auch bei der Isolierung eine Begleitmedikation, die Anwesenheit von Pflege-, ärztlichem Personal, eine Nachbesprechung, sowie die persönliche Einbindung, welche Zwangsmaßnahme zum Einsatz kommt, gewünscht wird. Von den Teilnehmer\*innen wird bei akuter Fremdgefährdung überwiegend die Isolierung bevorzugt. Bei einer Selbstgefährdung wünschen sich die Patient\*innen ebenfalls vermehrt eine Isolierung, im Gegensatz zum Pflege- und ärztlichem Personal, welches zur mechanischen Fixierung tendiert.

In Bezug auf die Haltung ist erkennbar, dass die Isolierung mehr Zuspruch für eine Beruhigung findet als die mechanische Fixierung. Die mechanische Fixierung wird von den Patient\*innen mit selbst- und fremdverletzenden Verhalten als geeignetes, letztes Mittel der Wahl überwiegend abgelehnt. Das Pflege- und ärztliche Personal befürwortet diese Maßnahme vermehrt. Im Vergleich dazu findet die Isolierung bei den Patient\*innen mit selbst- und fremdverletzenden Verhalten, als geeignetes letztes Mittel der Wahl, mehr Zuspruch als die mechanische Fixierung. Das Pflege- und ärztliche Personal spricht diesbezüglich der Isolierung weniger Zuspruch zu, als der mechanischen Fixierung. Praxisbezug: Das Pflege- und ärztliche Personal ist sich mehrheitlich einig, dass neben einer mechanischen Fixierung auch die Möglichkeit einer Isolierung bestehen sollte. Das Pflegepersonal ist vermehrt der Meinung, dass wenn diese Möglichkeit besteht, es dadurch zu einem Anstieg der Zwangsmaßnahmen kommt. Das ärztliche Personal tendiert zu der Annahme, dass es diesbezüglich zu keinem Anstieg der Zwangsmaßnahmen kommt.

### **Diskussion & Schlussfolgerung:**

Die Ergebnisse dieser Studie weisen Ähnlichkeiten zu internationalen Studienergebnissen auf. Bei Unklarheiten in der Auswahl ob eine mechanische Fixierung oder Isolierung zum Einsatz kommt, soll die Präferenz der Patient\*innen miteinbezogen werden. Dies fördert die Adhärenz und könnte

dadurch den weiteren Behandlungsverlauf der Patient\*innen positiv beeinflussen sowie Traumatisierungen reduzieren. Die daraus resultierende verkürzte Aufenthaltsdauer verringert Hospitalisierungen und entlastet das Gesundheitssystem. Psychiatrien sollten als Mittel der letzten Wahl eine Auswahlmöglichkeit zwischen mechanischer Fixierung und Isolierung gewährleisten.

## Autorinnen und Autoren

**Adamus Christine**, MSc. Forschung und Entwicklung, Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz.

\***Andersson Sven**, MAS Mental Health, Dipl. Erwachsenenbildner HF AEB, Dipl. Pfleger PsyKp, Bildungsverantwortlicher in den Universitären Psychiatrischen Dienst (UPD) Bern. *Kontakt:* [sven.andersson@upd.ch](mailto:sven.andersson@upd.ch)

**Alexaki Danai**, Oberärztin bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern.

\***Auerbach Thomas**, B.A. Pflegepädagoge, Pflegefachmann für Psychiatrie, Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am kbo – Isar-Amper – Klinikum Region München. Bis Dezember 2021 Stationsleiter einer besonders gesicherten Abteilung im Maßregelvollzug. *Kontakt:* [Thomas.Auerbach@kbo.de](mailto:Thomas.Auerbach@kbo.de)

**Ausserhofer Dietmar**, Dr, Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel und Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana Bozen.

*Kontakt:* [dietmar.ausserhofer@claudiana.bz.it](mailto:dietmar.ausserhofer@claudiana.bz.it)

**Bachnick Stefanie**, Dr., Departement für Pflegewissenschaft Hochschule für Gesundheit Bochum. *Kontakt:* [stefanie.bachnick@hs-gesundheit.de](mailto:stefanie.bachnick@hs-gesundheit.de)

**Barmettler Anita**, Pflegefachfrau HF, traversa Wohnhaus Säli, Luzern. *Kontakt:* [a.barmettler@traversa.ch](mailto:a.barmettler@traversa.ch)

\***Beeri Simone**, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, arbeitet als Leiterin Pflegeentwicklung in der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG.

*Kontakt:* [simone.beeri@pzmaq.ch](mailto:simone.beeri@pzmaq.ch)

\***Beisbart Claus**, Dr. rer. nat. Dr. phil., lehrt seit 2012 als Professor für Wissenschaftsphilosophie an der Universität Bern.

*Kontakt:* [Claus.Beisbart@philosophie.unibe.ch](mailto:Claus.Beisbart@philosophie.unibe.ch)

**Biedebach Riccardo**, Gesundheits- und Krankenpfleger am Zentrum für Seelische Gesundheit Groß-Umstadt

**Bowie Leah Muriel**, Peer-Support-Spezialistin, Stimmenhörende.

*Kontakt:* [muriel.bowie@gmx.ch](mailto:muriel.bowie@gmx.ch)

**Bregenzer Ursula**, MSc ZFH in Pflege & HöFa II; Leiterin Kompetenzzentrum Fachentwicklung Versorgung. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

*Kontakt: [Ursula.Bregenzer@pukzh.ch](mailto:Ursula.Bregenzer@pukzh.ch)*

**\*Bruttel Constantin**, B.A. arbeitet als Fachverantwortlicher Pflege im Home Treatment Team in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel.

*Kontakt: [constantin.bruttel@upk.ch](mailto:constantin.bruttel@upk.ch)*

**Bühling-Schinkowski Felix**, Dr., Assistenzarzt StäB, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin.

*Kontakt: [felixemanuel.buehling@vivantes.de](mailto:felixemanuel.buehling@vivantes.de)*

**\*Burr Christian**, MScN, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit und Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern (CH), Doktorand der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (D),

*Kontakt: [christian.burr@bfh.ch](mailto:christian.burr@bfh.ch)*

**\*Clement Theresa**, BSc, MSc ist wissenschaftliche Mitarbeiterin (Prae-Doc) an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und Doktorandin im Dissertationsgebiet Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

*Kontakt: [theresa.clement@kl.ac.at](mailto:theresa.clement@kl.ac.at)*

**Dinkel Jürg**, MAS A&PE. Pflegeexperte an der Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See.

**Dixon Jeremy**, PhD, Department of Social & Policy Sciences, University of Bath, UK.

**\*Domonell Kristina**, Pflegefachverantwortliche. Arbeitet an Universitären Psychiatrischen Kliniken. *Kontakt: [Kristina.domonell@upkbs.ch](mailto:kristina.domonell@upkbs.ch)*

**\*Durrer Michael**, Dipl. Pflegefachmann MScN, tätig als Advanced Practice Nurse (APN) in der Luzerner Psychiatrie (lups), Projektleiter SERO.

*Kontakt: [sero@lups.ch](mailto:sero@lups.ch)*

**Dürst Dorothea**, Bereichsleiterin Pflege, Clenia Privatklinik Schlössli, Oetwil am See, Schweiz.

\***Eggenberger Marc**, Pflegefachmann HF bei den Psychiatrie-Diensten Süd am Klinik St. Pirminsberg. Kontakt: [marc.eggenberger@psych.ch](mailto:marc.eggenberger@psych.ch)

\***Falkenstein Thomas**, B.A. MSc, Universitätsassistent (Prae-Doc) am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Absolvierte das Masterstudium Pflegewissenschaft und Bachelorstudium Pflegepädagogik, exam. Gesundheits- und Krankenpfleger, Praxisanleiter, staatl. gepr. Kinderpfleger. Kontakt: [thomas.falkenstein@univie.ac.at](mailto:thomas.falkenstein@univie.ac.at)

**Fleger Saskia**, arbeitet an der Fachhochschule der Diakonie & Ev. Klinikum Bethel.

**Florin Fabian, alias Bane**, Experte aus Erfahrung, ehemals Suchtmittelabhängiger, heute erfolgreicher selbständiger Künstler. Kontakt: [bane@fabianflorin.ch](mailto:bane@fabianflorin.ch) oder [fabian@bane-pest.ch](mailto:fabian@bane-pest.ch)

\***Gehri Beatrice**, Pflegefachfrau MScN, Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel und Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. Kontakt: [beatrice.gehri@unibas.ch](mailto:beatrice.gehri@unibas.ch)

\***Gisler Brigitte**, MAS Mental Health, Pflegefachfrau, Spitex Knowledge& Nursing, Männedorf, Schweiz. Kontakt: [brigitte.gisler@bluemail.ch](mailto:brigitte.gisler@bluemail.ch)

\***Golz Christoph**, PhD Student, MScN, Dipl. Pflegefachmann, ist Co-Leitung Innovationsfeld Gesundheitsversorgung und Personalentwicklung der Angewandten Forschung & Entwicklung/Dienstleistung Pflege der Berner Fachhochschule. Kontakt: [christoph.golz@bfh.ch](mailto:christoph.golz@bfh.ch)

\***Goos Annekathrin**, Fachkrankenpflegerin für Psychiatrie im ZfP Südwürttemberg und fachliche Leitung des Weiterbildungskurses auf dem Gebiet der Psychiatrie, in der Akademie Südwest in Bad Schussenried, Deutschland. Kontakt: [annekathrin.goos@zfp-zentrum.de](mailto:annekathrin.goos@zfp-zentrum.de)

**Grieser Manuela**, Master of Arts, Leiterin Weiterbildung Pflege, Berner Fachhochschule, Schweiz. Kontakt: [manuela.grieser@bfh.ch](mailto:manuela.grieser@bfh.ch)

**Gröble Sabrina**, MSc Gesundheitswissenschaften und Technologie, Fachfrau Gesundheit, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule, Kontakt: [sabrina.groeble@bfh.ch](mailto:sabrina.groeble@bfh.ch)

**Gurtner Caroline**, MSc, Leiterin Recovery und Sozialpolitik, Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Doktorandin an der Universität Maastricht (NL),  
Kontakt: [c.gurtner@promentesana.ch](mailto:c.gurtner@promentesana.ch)

\***Hacker Manuela**, BSc, Fachhochschule Wiener Neustadt, Österreich.

Kontakt: [manuela.hacker@fhwn.ac.at](mailto:manuela.hacker@fhwn.ac.at)

\***Hahn Sabine**, Prof., PhD, MNSc, Pflegeexpertin HöFa II, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Leiterin des Fachbereichs Pflege und der Angewandten Forschung & Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule. Sie präsidiert den Verein für Pflegewissenschaft Schweiz. Kontakt: [sabine.hahn@bfh.ch](mailto:sabine.hahn@bfh.ch)

\***Hegedüs Anna**, Mag. Dr., Dozentin, Stiftung Lindenhof Tenure Track Position für ambulante psychiatrische Pflege, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, angewandte Forschung und Entwicklung Pflege.

Kontakt: [anna.hegedues@bfh.ch](mailto:anna.hegedues@bfh.ch)

**Hesse Albert**, B.A. Social Management – Social Healthcare Vertiefungsschwerpunkt Psychiatric Nursing, Praxisanleiter, Gesundheits- und Krankenpfleger, Vitos Hochtaunus gGmbH, Deutschland.

Kontakt: [hesse.albert@gmail.com](mailto:hesse.albert@gmail.com)

**Hirsbrunner Therese**, MScN, RN, Solothurner Spitäler AG, Psychiatrische Dienste. Kontakt: [therese.hirsbrunner@spital.so.ch](mailto:therese.hirsbrunner@spital.so.ch)

**Holubar Sonja**, Examinierte Altpflegerin am Zentrum für Seelische Gesundheit Groß-Umstadt

**Hornstein Iris**, Psychologin bei den Universitären Psychiatrische Diensten Bern

**Indermaur Ester**, MScN, RN, Leiterin Ambulante Leistungen bei Thurvita AG,  
Kontakt: [esther.indermaur@thurvita.ch](mailto:esther.indermaur@thurvita.ch)

**Jäggle Sandra**, Pflegeexpertin APN bei der Spitex Zürich Sihl.

Kontakt: [sandra.jaeggel@spitex-zuerich.ch](mailto:sandra.jaeggel@spitex-zuerich.ch)

**Jensen Majbritt**, Pflegeexpertin APN bei der Spitex Zürich Limmat

**Junghanns Julia**, Dr., Assistenzärztin - Soteria Berlin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus.

*Kontakt:* [julia-elisabeth.junghanss@charite.de](mailto:julia-elisabeth.junghanss@charite.de)

**\*Kaiser Marvin-Ayodele**, B.A. psychiatrische Pflege in der LVR-Klinik Düren.

*Kontakt:* [marvin.kaiser@lvr.de](mailto:marvin.kaiser@lvr.de)

**Kersten Anne**, Dr. phil., arbeitet als Soziologin in Forschung und Lehre an der Universität Fribourg (CH) im Departement für Sozialarbeit, Sozialpolitik und globale Entwicklung. *Kontakt:* [annegret.kersten@unifr.ch](mailto:annegret.kersten@unifr.ch)

**Kozel Bernd**, MScN, Diplom-Pflegewirt (FH), examinierter Krankenpfleger, wissenschaftlicher Mitarbeiter Berner Fachhochschule im Bachelorstudiengang Pflege, Pflegeexperte APN Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie UPD Bern AG. *Kontakt:* [bernd.kozel@upd.ch](mailto:bernd.kozel@upd.ch)

**\*Laimbacher Sabrina**, MScN, Pflegefachfrau, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule und Doktorandin.

*Kontakt:* [sabrina.laimbacher@bfh.ch](mailto:sabrina.laimbacher@bfh.ch)

**Lerch Martina**, Dipl. Pflegefachfrau BScN, tätig als Pflegeexpertin in der lups.

**Löhr Michael**, Dr. rer. Medic, Pflegedirektor LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland. *Kontakt:* [michael.loehr@lw.org](mailto:michael.loehr@lw.org)

**\*Lötscher Caudia**, MScN, APN, seit acht Jahren für pflegerische Fachentwicklung und Generierung von Fachwissen in der Alterspsychiatrie der Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel tätig. *Kontakt:* [c-loetscher@gmx.ch](mailto:c-loetscher@gmx.ch)

**Lüthi Regula**, RN, MPH, Selbständig tätig, diverse Mandate im Gesundheitswesen. *Kontakt:* [regul.luethi@bluewin.ch](mailto:regul.luethi@bluewin.ch)

**Meinhof Johann**, Diplom Pflegewirt FH, in verschiedenen Institutionen und Funktionen der psychiatrischen Versorgung tätig, aktuell Pflegeexperte in der lups.

**\*Mattmann Philipp**, Doctor of Business Administration, Direktor Pflege und Bildung, Leiter Angebot Wohnen und Arbeiten, Leitung Pflege ad interim Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Münsingen/Schweiz.

*Kontakt:* [philipp.mattmann@pzmaq.ch](mailto:philipp.mattmann@pzmaq.ch)

\***Mayer Michael**, M.A., Stellvertretender Präsident der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Leitung Akademie der Bezirkskliniken Schwaben, *Kontakt: [michael.mayer@bezirkskliniken-schwaben.de](mailto:michael.mayer@bezirkskliniken-schwaben.de)*

**Mayer Hanna**, Univ.-Prof. Mag. Dr., DGKS, Studium der Pädagogik, Professorin für Pflegewissenschaft, Leiterin des Fachbereichs Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Person-Centred Care Research an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften. *Kontakt: [hanna.mayer@kl.ac.at](mailto:hanna.mayer@kl.ac.at)*

\***Meier Margrith**, Suchtexpertin MAS, seit 24 Jahren in den Psychiatrischen Diensten Graubünden tätig. *Kontakt: [margrith.meier@pdqr.ch](mailto:margrith.meier@pdqr.ch)*

**Nagl-Cupal Martin**, Ass.-Prof. Mag. Dr., Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien. *Kontakt: [martin.nagl-cupal@univie.ac.at](mailto:martin.nagl-cupal@univie.ac.at)*

**Nau Johannes**, Dr. Dipl. Pflegepäd. Evangelisches Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Stuttgart gGmbH

\***Needham Ian**, PhD, RN, Wil Schweiz. *Kontakt: [needham@bluewin.ch](mailto:needham@bluewin.ch)*

\***Nienaber André**, Dr. rer. medic., M.Sc., Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Direktor Pflege, Medizinisch Therapeutische Dienste und Soziale Arbeit. *Kontakt: [andre.nienaber@upk.ch](mailto:andre.nienaber@upk.ch)*

\***Orth Carsten**, BSc, MSc, Universitätsassistent (Prae-Doc) am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Darüber hinaus als exam. Gesundheits- und Krankenpfleger seit 2016 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln tätig. *Kontakt: [carsten.orth@univie.ac.at](mailto:carsten.orth@univie.ac.at)*

**Oud Nico**, Drs., MNsc, N.Adm., RN, Director "Oud Consultancy" Hakfort 621 1102LA Amsterdam Niederlande. *Kontakt: [oudnico@netscape.net](mailto:oudnico@netscape.net)*

**Popvova Vlasta**, Pflegefachfrau HF, Suchtexpertin CAS, Psychiatrische Dienste Graubünden, opiatgestützte Behandlung, Ambulatorium Neumühle, Chur. *Kontakt: [vlasta.popovova@pdqr.ch](mailto:vlasta.popovova@pdqr.ch)*

\***Richter Dirk**, Dr. phil. habil., Arbeitsorte: Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule. *Kontakt: [dirk.richter@upd.unibe.ch](mailto:dirk.richter@upd.unibe.ch)*

\***Riedl Thomas**, ist Dipl. Pflegefachmann und ist seit 4 Jahren auf der Psychotherapiestation der Psychiatrie-Dienste Süd / St.Gallen in Pfäfers tätig. Er ist DBT-Therapeut für Sozial- und Pflegeberufe und Systemischer Einzel-, Paar und Familientherapeut. *Kontakt:* [thomas.riedl@psych.ch](mailto:thomas.riedl@psych.ch)

\***Rixe Jacqueline**, MSc, Beirätin im Vorstand der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Ev. Klinikum Bethel, Leiterin des Referats Evidenzbasierte Pflegepraxis und Leiterin der AG Psychiatrische Pflege- und Interventionsforschung, Ev. Klinikum Bethel, Fachbereich Psychosoziale Medizin. *Kontakt:* [Jacqueline.Rixe@evkb.de](mailto:Jacqueline.Rixe@evkb.de) oder [j.rixe@dfpp.de](mailto:j.rixe@dfpp.de)

\***Rogge, Stefan**, M.A., Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Klinikleitung Pflege Forensik. *Kontakt:* [stefan.rogge@upk.ch](mailto:stefan.rogge@upk.ch)

\***Roth Fabienne**, MScN, RN, arbeitet als Pflegewissenschaftlerin in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Abteilung Bildung, Entwicklung und Forschung, Direktion Pflege, MTD und Soziale Arbeit.

*Kontakt:* [fabienne.roth@upk.ch](mailto:fabienne.roth@upk.ch)

\***Rühle Andersson Sabine**, lic. Phil. I, Psychiatrieerfahrene, seit 7 Jahren als Mitarbeiterein in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule tätig.

*Kontakt:* [sabine.ruehleandersson@bfh.ch](mailto:sabine.ruehleandersson@bfh.ch)

\* **Rother Katja**, MScN, B.A. psychiatrische Pflege, Pflegeexpertin APN und wissenschaftliche Assistentin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie UPD AG, Bern. Hauptschwerpunkte: Angst und Psychose.

*Kontakt:* [katja.rother@upd.ch](mailto:katja.rother@upd.ch)

**Schärer Daniel**, EMBA in Ökonomie und Management im Gesundheitswesen BFH, Sozialpädagoge, Direktor Zentrum Psychiatrische Rehabilitation.

*Kontakt:* [daniel.schaerer@upd.ch](mailto:daniel.schaerer@upd.ch)

\***Schwarz Sandra**, BSc, Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin, ist Masterstudierende der Pflegewissenschaft an der Universität Wien und ist seit 2017 in den Fachbereichen HNO und Innere Medizin am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt tätig.

**\*Sauter, Dorothea**, MSc, Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Implementierungsbeauftragte PreVCo-Studie, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg Weissenau.

Kontakt: [d.sauter@dfpp.de](mailto:d.sauter@dfpp.de); [dorothea.sauter@zfp-zentrum.de](mailto:dorothea.sauter@zfp-zentrum.de)

**\*Schirmer Uwe Bernd**, Dr. arbeitet am ZfP Südwürttemberg.

Kontakt: [uwe.schirmer@zfp-zentrum.de](mailto:uwe.schirmer@zfp-zentrum.de)

**\*Schleyer Paul**, Dipl. Pflegefachmann, Diplom of Advanced Studies Psychische Gesundheit, Fachverantwortlicher Pflege, Drogenentzugs- und Therapiestation, Spital Thurgau, Schweiz. Kontakt: [paul.schleyer@stgag.ch](mailto:paul.schleyer@stgag.ch)

**\*Schmid Martin**, Pflegeexperte, MSc, Health Education, Clenia Privatklinik Schlössli, Oetwil am See, Schweiz. Kontakt: [Martin.Schmid@clenia.ch](mailto:Martin.Schmid@clenia.ch)

**\*Schoppmann Susanne**, Dr. rer. medic., Dipl. Pflegewirtin (FH), Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege, seit Jahrzehnten in der psychiatrischen Pflege tätig, aktuell als Pflegewissenschaftlerin in den UPK Basel angestellt. Kontakt: [susanne.schoppmann@upk.ch](mailto:susanne.schoppmann@upk.ch)

**Schwendimann René**, Prof. Dr., Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel und Leiter Abteilung Patientensicherheit, Universitätsspital Basel. Kontakt: [rene.schwendimann@usb.ch](mailto:rene.schwendimann@usb.ch)

**Simon Michael**, Prof. Dr., Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel. Kontakt: [m.simon@unibas.ch](mailto:m.simon@unibas.ch)

**Soom Ammann Eva**, Prof. Dr., Dozentin, Leiterin Innovationsfeld 'Psychosoziale Gesundheit' an der Berner Fachhochschule.

Kontakt: [eva.soomammann@bfh.ch](mailto:eva.soomammann@bfh.ch)

**Stefan Harald**, Dr, MScN, Wiener Gesundheitsverbund, Klinik Landstraße, Bereichsleitung Pflege, Allgemein Psychiatrische Abteilung.

Kontakt: [harald.stefan@gesundheitsverbund.at](mailto:harald.stefan@gesundheitsverbund.at)

**Schulz Michael**, Prof. Dr. rer. Medic. Habil. Stabsgruppe Klinikentwicklung und Forschung, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland.

Kontakt: [michael.schulz@lwl.org](mailto:michael.schulz@lwl.org)

**Thilo J. S. Friederike**, PhD, dipl. Pflegefachfrau, Leiterin Innovationsfeld Digitale Gesundheit, aF&E Pflege, Berner Fachhochschule.

*Kontakt: [friederike.thilo@bfh.ch](mailto:friederike.thilo@bfh.ch)*

**Trenoweth Steve**, PhD, MSc, PGDipEA, Bsc (Hons), RNMH, SFHEA, AFBPsS, FAC, Principal Academic at Bournemouth University and Visiting Professor at Bern University of Applied Sciences.

*Kontakt: [strenoweth@bournemouth.ac.uk](mailto:strenoweth@bournemouth.ac.uk)*

**Ungern-Sternberg Georg**, Stv. Leitung Bildung und Veranstaltungen“ Bildungsreferent für psychiatrische Pflege, Institut für Bildung und Personalentwicklung am Bezirksklinikum Regensburg (IBP), medbo Regensburg.

*Kontakt: [Georg.Ungern-Sternberg@medbo.de](mailto:Georg.Ungern-Sternberg@medbo.de)*

**\*Ventling Stephanie Kay**, Peer-Support-Spezialistin, MSc. Mental Health Recovery & Social Inclusion UK, Simmenhörende. Kontakt: [sky\\_lit@gmx.ch](mailto:sky_lit@gmx.ch), Mental Health Recovery <https://drachenengel.tumblr.com/>

**Vögeli Samuel**, MScN, RN, Vögeli-Beratung, Kontakt: [svoegeli@hotmail.com](mailto:svoegeli@hotmail.com)

**\*Wabnitz Pascal**, Prof. Dr. FH der Diakonie Bielefeld, psychotherapeutische Praxis, Bielefeld, Deutschland. Kontakt: [pascal.wabnitz@fhdd.de](mailto:pascal.wabnitz@fhdd.de)

**\*Walter Gernot**, Diplompflegewirt, RN, RMN, Pflegerische Leitung im Zentrum für Seelische Gesundheit, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg.

*Kontakt: [g.walter@kreiskliniken-dadi.de](mailto:g.walter@kreiskliniken-dadi.de)*

**Wersin Pamela**, UPK Basel, BA Pflege und Gesundheitsförderung.

*Kontakt: [pamela.wersin@upk.ch](mailto:pamela.wersin@upk.ch)*

**Wolf Ingrid**, Pflegedirektorin, Clenia Privatklinik Schössli, Oetwil am See, Schweiz.

**\*Wolfensberger Peter**, PhD, MScN, RN, Dozent an der Berner Fachhochschule, Visiting Associate an der Bournemouth University und freischaffender Berater und Therapeut mit Schwerpunkten in der psychiatrischen Pflege und LGBTIQ+ Health. Kontakt: [peter.wolfensberger@bfh.ch](mailto:peter.wolfensberger@bfh.ch)

**\*Wostry Florian** Ing., MSc, Dipl. psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, PhD-Student der Pflegewissenschaft an der Universität Wien und seit 2017 im akutpsychiatrischen Setting in der Klinik Landstraße des Wiener Gesundheitsverbunds tätig. Lehrtätigkeit am Hochschullehrgang „Psychiatrie Pflege“ Schlosshofen/FH Vorarlberg

*Kontakt:* [florian.wostry@gesundheitsverbund.at](mailto:florian.wostry@gesundheitsverbund.at)

**Xepapadakos Franziskos**, Dr. med., Stv. Ärztlicher Direktor, Clenia Privatklinik Schlössli, Oetwil am See, Schweiz.

**Franziska Zúñiga**, PD Dr., Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel.

*Kontakt:* [franziska.zuniga@unibas.ch](mailto:franziska.zuniga@unibas.ch)

**\*Zahnd Stefan**, Dipl. Pflegefachmann, Diplom of Advanced Studies Psychische Gesundheit, Stationsleitung Pflege, Drogenentzugs- und Therapiestation, Spital Thurgau, Schweiz. *Kontakt:* [stefan.zahs@stgag.ch](mailto:stefan.zahs@stgag.ch)

**Zürcher Simeon**, Dr. sc. Nat. Forschung und Entwicklung, Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz.

*Kontakt:* [simeon.zuercher@upd.unibe.ch](mailto:simeon.zuercher@upd.unibe.ch)

**Zwakhalen Sandra M.G.**, Prof. PhD, Dipl. Pflegefachfrau, ist Professorin für Pflegewissenschaften des Departements für Gesundheitswissenschaften, Forschungsinstitut für Pflege und Public Health, Universität Maastricht, Maastricht. *Kontakt:* [s.zwakhalen@maastrichtuniversity.nl](mailto:s.zwakhalen@maastrichtuniversity.nl)

„Was immer noch nicht im Lehrbuch steht“

- ein Aufruf zum kritischen Diskurs an die psychiatrische Pflege in Praxis –  
Management – Ausbildung – Forschung

17. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien

Hrsg.: Sabine Hahn, 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 2022

ISBN 978-3-033-09467-3