

„Blick zurück und nach vorn“

**Zurückgehen um besser springen zu können
10 Jahre Praxis, Management,
Ausbildung und Forschung**

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld**

Herausgeber:

Sabine Hahn, Michael Schulz, Susanne Schoppmann,
Ian Needham, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg
Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, BFH Bern

„Blick zurück und nach vorn“

**Zurückgehen um besser springen zu können
10 Jahre Praxis, Management,
Ausbildung und Forschung**

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld**

Herausgeber:
Sabine Hahn, Michael Schulz, Susanne Schoppmann,
Ian Needham, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg
Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
Oktober 2013

„Blick zurück und nach vorn“. Zurückgehen um besser springen zu können
10 Jahre Praxis, Management, Ausbildung und Forschung.
Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld
Hrsg.: Sabine Hahn, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Ian Needham,
Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg

Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Oktober 2013

ISBN 978-3-033-04195-0

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

Vorwort der Veranstaltenden:

Der 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Blick zurück und nach vorn“

Zurückgehen um besser springen zu können in 10 Jahren Praxis,
Management, Ausbildung und Forschung

*Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Ian Needham, Harald Stefan,
Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Sabine Hahn.*

Zum zehnten Mal laden wir zum Dreiländerkongress ein. In den vergangenen Zehn Jahren hat sich in der Psychiatrischen Pflege aber auch in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen viel bewegt. 2004 fand in der Neuen Schmiede in Bielefeld Bethel die erste Veranstaltung in dieser Reihe unter dem Titel „Aufbruch im Umbruch statt“. Am Rande einer Veranstaltung von Rüdiger Bauer in Bethel wurde die Idee für den Kongress entwickelt. Mit Francis Baily (Wales), Jean Watson (USA), Richard Gray und Kevin Gournay (beide England) war der angloamerikanische Raum am Beginn dieser Kongressreihe gut vertreten. Diese international anerkannten Pflegewissenschaftler aus dem In- und Ausland kamen und zeigten auf, wie ein wissenschaftlicher Diskurs in der Psychiatrischen Pflege funktionieren kann. Nach Jahrzehnten ohne nennenswerter Vernetzung der deutschsprachigen Psychiatrischen Pflege mit der Psychiatrischen Pflege im internationalen Raum hatte sich der Dreiländerkongress von Beginn an auch zur Aufgabe gesetzt, einen internationalen Diskurs zu starten. Aus Deutschland gab es bei dieser ersten Veranstaltung wertvolle Beiträge, z.B. von Hilde Schädle-Deininger, Christa Winter-von-Lersner und Johann Behrens. Vom späteren Organisationsteam der Dreiländerkongresse waren zu diesem Zeitpunkt neben Michael Schulz und Susanne Schoppmann auch Christoph Abderhalden und Ian Needham mit Beiträgen vertreten [1].

2004 sollte, wie die folgende Auflistung zeigt, als ereignisträchtiges Jahr in die Geschichtsschreibung eingehen: George Bush Junior wurde zum zweiten Mal wiedergewählt, in Deutschland wurde die Praxisgebühr eingeführt, der Fotograf Helmut Newton starb und die Tsunami Katastrophe in Thailand erhielt weltweite Anteilnahme. „Schnappi das kleine Krokodil“ war zehn Wochen auf Nummer 1 der deutschen Single Charts. Es war auch das Jahr, in dem die Erstauflage des „Lehrbuch Psychiatrische Pflege“ aus dem Huber Verlag erschien [2] und fortan als Standardwerk für wissenschaftlich fundierte Psychiatrische Pflege Einzug in die Regale der Stationen und der Universitäten hielt.

Die damaligen Teilnehmenden in der Neuen Schmiede konnten spüren, dass hier etwas Besonderes entsteht. Als der Kongress im zweiten Jahr mit Christoph Abderhalden und Ian Needham an die Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) nach Bern zog, wurde bereits ein Call for Abstracts ausgerufen. Angesichts der geringen Erfahrung innerhalb der Berufsgruppe mit solchen Formaten war es damals ein mutiger Schritt, der rückblickend für die Entwicklung einer professionellen Psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum von großer Bedeutung ist. Der Kongress hatte nicht mehr die Funktion, dass vermeintliche Experten den Praktikern etwas erzählten. Vielmehr wurde die Praxis Gegenstand des Kongresses und somit ein wichtiger Ort für Innovation und Diskurs. Von diesem Zeitpunkt an verstand und versteht sich der Dreiländerkongress auch als Lernplattform für Psychiatriepflegende, die sich in der Kunst des Vortragens und der kritischen Auseinandersetzung darüber perfektionieren wollen. Diese Entwicklung erscheint umso beeindruckender, als sie in ihren Anfangsjahren gänzlich ohne Hilfe von Hochschulen und nahezu unbemerkt vom Pflegewissenschaftlichen Betrieb stattgefunden hat. Der immer wieder geforderte Transfer von Theorie zur Praxis sowie von der Praxis zur Theorie hat trotz oder gerade wegen der Ferne zum akademischen Betrieb hier besser funktioniert als in den meisten anderen pflegerischen Arbeitsfeldern.

Mit Harald Stefan und Nico Oud zog der Kongress im dritten Jahr des Bestehens nach Österreich und die Kongressreihe erhielt mit über 500 Teilnehmerinnen einen großen Zuspruch. Somit konnte im Jahr 2006 die erste Runde des „Dreiländerkongress Psychiatrische Pflege“ im Jugendstiltheater des Otto Wagner Spitals in Wien sehr erfolgreich abgeschlossen werden.

Über die Jahre können wir anhand der vorgestellten Beiträge auch eine deutliche Qualitätssteigerung erkennen. Zudem stellen die Kongressbände, die ja auch auf der Seite www.pflege-in-der-psychiatrie.eu als Download im Volltext erhältlich sind, etwas wie ein Echolot der Psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum zu Beginn dieses Jahrtausends dar. Immer wieder haben sich zentrale Themen des Dreiländerkongresses nachhaltig auf die Diskussion innerhalb der Psychiatrischen Pflege ausgewirkt. Dies gilt z.B. für das Thema Recovery, welches 2008 in Bern mit Gästen wie Julie Repper oder Christiane Tilly zum ersten Mal in einer großen Veranstaltung im Kontext Psychiatrischer Pflege diskutiert wurde. Mittlerweile sind hier viele Folgeaktivitäten entstanden und das Thema wird deutlich differenzierter innerhalb der Berufsgruppe diskutiert. Die Kongressbände geben aber nicht nur die Tiefe der Auseinandersetzung wieder, sondern dokumentieren insgesamt mit welchen Themen sich die psychiatrische Pflege in diesen zehn Jahren beschäftigt hat. Zudem hat sich die Qualität der Beiträge in dieser Dekade deutlich verbessert und somit legen die Kongressbände in ihrer Gesamtheit ein beeindruckendes Zeugnis über eine deutlich zunehmende Diskursfähigkeit dar. Insofern stellen diese Tagungsdokumentationen auch so etwas wie ein Gedächtnis der psychiatrischen Pflege für diese Zeit und diesen Raum dar und können so auch als eine Chronik der Professionalisierung Psychiatrischer Pflege im deutschsprachigen Raum gelten.

Drei Orte sind es, die dem Kongress ein Gesicht gegeben haben. In Wien, zunächst im wunderschönen Jugendstiltheater des Otto-Wagner Spitals, in Bern an den UPD und im Assapheum, dem ehrwürdigen Tagungszentrum in Bethel – Bielefeld. An allen Orten waren neben den Programmverantwortlichen und dem wissenschaftlichen Beirat viele Menschen beteiligt, die ihren Anteil an der Geschichte des Dreiländerkongresses haben.

„Blick zurück nach vorn“ heißt der Titel des diesjährigen Kongresses. Was wollen wir mit diesem paradox klingenden Motto, das von Woody Allen oder Ernst Jandl hätte stammen können? Wir schließen uns dem französischen Bonmot an „reculer pour mieux sauter“ – zurückgehen um besser springen zu können. Für alle nostalgisch geneigten Psychatriepflegenden ist vielleicht die Lebensweisheit von Remo Homer hierbei zutreffend: „Nostalgiker freut Euch der Zukunft, denn in der Zukunft wird es noch viel mehr Vergangenheit geben“. Am heurigen Dreiländerkongress wollen wir innhalten bevor wir weitergehen. Wir fordern alle auf, auf das bisher geleistete zurückschauen, kritisch Bilanz zu ziehen und dabei unsere eigene Rolle zu reflektieren.

Diesen Weg gehen wir nun ohne Christoph Abderhalden, der am 10. März 2013 allzu früh verstorben ist. Chris hat die Geschehnisse des Dreiländerkongresses maßgeblich mitgestaltet und hat in seiner Person immer ein verbindendes Element gehabt. Es war – neben vielem anderem – dieser Charakterzug, der ihn bei dieser in vielfacher Hinsicht grenzüberschreitenden Veranstaltungsreihe so wertvoll gemacht hat. Chris hinterlässt ein umfassendes und vielfältiges Werk und sein Geist bleibt Teil des Kongresses auch wenn er physisch nicht mehr unter uns ist. Wir nehmen an, Christoph Abderhalden würde wollen, dass wir das zehnjährige Jubiläum ausgelassen feiern. Feiern sollten wir, dass wir den Inhalt unserer Arbeit nicht aus dem Blick verloren haben obwohl wirtschaftliche Entscheidungen zunehmend den Raum für soziale Arbeitsfelder eng werden lassen. Darauf können alle, die sich für den Kongress engagieren – Vortragende, Teilnehmende, Unterstützer, Geneh-

miger von Dienstreisen, Kongressveranstalter oder Raumpaten – stolz sein. Auch dieses Jahr bedanken wir uns herzlich beim Team von Sabine Hahn, insbesondere Caroline Gurtner, welche die Beiträge für den Kongressband sorgfältig aufbereitet hat.

Wir wünschen Ihnen mit den Beiträgen in diesem Band viel Freude und freuen uns auf diesen sowie alle folgenden Dreiländerkongresse für Psychiatrische Pflege.

Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Ian Needham, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg und Sabine Hahn

Literatur

1. *Schulz, Michael, Krause Petra, Bauer Rüdiger (2004): Interventionen Psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: Ibicura Verlag*
2. *Sauter, Dorothea; Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Wolff, Stephan (2004): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.*

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Veranstaltenden: Der 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Blick zurück und nach vorn“	5
Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Ian Needham, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Sabine Hahn.	
1. Prävention seelischer Gesundheit durch psychiatrisch Pflegenden	20
Ruth Ahrens	
2. Der Führerschein für seelische Gesundheit – Praxisprojekt	22
Ruth Ahrens	
3. Der Nutzen von „integrierter Versorgung“ für Menschen mit psychotischen Erkrankungen	25
Brigitte Anderl-Doliwa, Martin Brömmer	
4. Gestaltung der Praxisbegleitung als komplexer Lehrauftrag in der beruflichen Pflegeausbildung – Eine Forschungsskizze	28
Frank Arens	
5. Bestandsaufnahme nach drei Jahren Adherence-Therapie in der LWL-Klinik Herten: Antworten auf Fragen zur Adherence-Therapie aus Patienten- und Therapeutenperspektive	34
Yvonne Auclair, Petra Schniederjan	
6. Darstellung möglicher Auswirkung einer Recoveryschulung auf Patienten, Teilnehmer und psychiatrische Arbeitsfelder	40
Yvonne Auclair, Petra Schniederjan	
7. Achtsamkeit: Ein Bezugsrahmen zur Milieugestaltung aus der Perspektive der Klienten	46
Beatrix Autenrieth-Seiler, Markus Weber	
8. Gender Mental Health Care	49
Daniel Barschtipan, Robert Radlinska	

9.	Kommunikation in der Pflege: Die Selbsteinschätzung von BSc-Studierenden über die Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen im Studium	55
	Markus Berner	
10.	Alkoholabhängigkeit im Alter: Experten der Sucht- und Altenhilfe im Gespräch	61
	Hilke Bertelsmann, Doris Tacke	
11.	Trauer – Trost und Hoffnung in der psychiatrischen Behandlung - „Sie vergoss keine Träne. Aber in ihr weinte es, so traurig war sie.“ (Astrid Lindgren, Ronja Räubertochter)	63
	Marie Boden, Doris Feldt, Vera Bierwirth, Elisabeth Schweika	
12.	Die Gezeitengruppen – Ein Kompass für Recovery orientierte Gruppenarbeit	66
	Christian Burr, Gianfranco Zuaboni	
13.	Hoffnung: Das ewige Paradigma psychiatrischer Pflege ¹	71
	J. R. Cutcliffe	
14.	Recovery praktisch! – Die Bearbeitung der Schulungsunterlagen in einer interdisziplinären Lerngruppe	80
	Bodil Eichmann	
15.	„Ihr werde noch lange an mich denken!“ – Zur Psychopathologie von Schulamokläufern	86
	Matthias Elzer	
16.	Pflegerischen Interventionen der APP bei Suizidalität	88
	Udo Finklenburg	
17.	Evidence-based pflegerisches Gruppen-Angebot auf einer Station für Depressionen und Angsterkrankungen: Praxis-Projekt	95
	Barbara Frey, Edeltraud Kühner, Lucia Strehler	
18.	Ambulante Psychiatrische Pflege in der Schweiz vor fünf Jahren, heute und in der Zukunft.	100
	Béatrice Gähler-Schwab	
19.	Pflegewissenschaft – eine Gratwanderung? Eine von vielen Fragen, die Antwort sucht.	102
	Cornelia Gianni	

20. Mitarbeiter entdecken was sie brauchen – Die aufgabenbezogene Qualifizierungsbedarfsanalyse	105
Wolfram Gießler	
21. Implementierung einer poststationären Übergangsbehandlung im Rahmen der Projekte zukunftsorientierte Psychiatrieentwicklung	108
Rebecca Gonzales	
22. Die habituellen Grundlagen von Jugendlichen beim Sterben eines Elternteils – Wie werden institutionelle Hilfen angeeignet?	111
Caroline Grosser Ummel	
23. Mit anderen Augen sehen – Psychiatrieerfahrene und Pflegende gestalten gemeinsam die Fotoausstellung „verrückte Bilder“	115
Caroline Gurtner, Beatrice Gehri, Silvia Grob, Karin Stutte	
24. Psychische Erkrankungen, burnout und Arbeitsbelastungen – eine kritische Betrachtung	119
Tim Hagemann	
25. Milieuthérapie im stationären Bereich der Psychiatrie -Eine Literaturarbeit im Rahmen meines CAS an der Berner Fachhochschule	124
Michaela Hans, Manuela Grieser	
26. Auswirkungen der EX-IN Weiterbildung auf die Studierenden und ihre berufliche Situation	130
Anna Hegedüs, Regine Steinauer	
27. Die Basale Expositionstherapie (BET): Therapeutische Strategien zur Reduzierung von suizidalem Verhalten, Medikamentengebrauch und Zwangsbehandlung bei Patienten mit niedrigem psychosozialen Funktionsniveau	136
Didrik Heggdal, Jan Hammer, Arne Lillelien	
28. Praxisempfehlung Intensivbetreuung	142
Bruno Hemkendreis, André Nienaber, Michael Schulz, Michael Löhr	
29. „Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege bei riskanten oder abhängigen Konsummustern im Alter“	147
Michael Isfort, Tanja Hoff, Karsten Keller und Stefanie Monke	

30. Evaluation der Einführung von „Primary Nursing“ als Pflegesystem in einer Akutpsychiatrie	149
Wolfram Kämmer, Sabine Noelle	
31. „Wir tanzen wieder“ – Tanzen für Menschen mit und ohne Demenz in Tanzschulen	151
Stefan Kleinstück	
32. Soziomilieugestaltung und -nutzung für Menschen mit Schizophrenie und Minussymptomatik - Grundlagen der Milieugestaltung und -nutzung nach dem 1. Personen-Ansatz	154
Harald Joachim Kolbe, Stephan Deimel, Ulrich Liebner	
33. „Am Ende zählt der Mensch“: Eine reflexive Grounded Theory zur Pflege unheilbar kranker und sterbender Patienten im Maßregelvollzug	157
Harald Joachim Kolbe	
34. Gemeinsam in die Zukunft schreiten: Ein Praxisentwicklungsprojekt für Menschen mit Schizophrenie im Maßregelvollzug	160
Harald Joachim Kolbe, Stephan Deimel, Ulrich Liebner	
35. Adherence Assessment- ein ambulanter Ansatz zur wirksamen Verbesserung der Lebensqualität psychisch Erkrankter	163
Tim Konhäuser	
36. Recovery – Paradigmenwechsel, Innovation oder doch nur neuer Wein in alten Schläuchen?	166
Bernd Kozel, Markus Weber, Gianfranco Zuaboni, Caroline Grosser-Ummel	
37. Non-Suizidverträge – Eine wirksame Intervention zur Suizidprävention?	172
Bernd Kozel	
38. Certified Peer Specialist in Massachusetts – Ausbildung und praktische Tätigkeitsfelder	178
Regine Kuck	
39. Evaluation des Sozialen Kompetenz Trainings bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung anhand des Fragebogens zur Kompetenz-und Kontrollüberzeugungen	183
Iris Lauterbach	

40. Herausfordernde Verhaltensweisen von Patienten mit einer Demenz im Kontext der stationären Demenz- und Delirbehandlung“ - Ausrichtung der stationären Versorgung als Folge der Entwicklung im Gesundheitswesen	189
Michael Lehmann	
41. Deutsche Übersetzung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC)	192
Michael Löhr, Michael Schulz, Bruno Hemkendreis, André Nienaber	
42. Leistungsdokumentation der Therapieeinheiten bei stationär behandelten Menschen mit dementieller Erkrankung – erlauben sie tatsächlich Rückschlüsse auf das nichtmedikamentöse Therapiesgeschehen?	195
Michael Löhr, Michael Schulz, Johann Behrens	
43. „Offene Tür auf einer Akutstation – das ist doch unrealistisch! Oder?": Ein Blick zurück soll ermutigen um zuversichtlich nach vorne zu gehen!	200
Werner Mayr	
44. Skill und Grademix in der Akutpsychiatrie eine Delphistudie	206
Aline Montandon, Stefan Knoth	
45. Welchen Stellenwert hat Angehörigenarbeit im Klinikalltag oder „Lassen wir Angehörige im Regen stehen“?	212
Marianne und Matthias Nagel, Wolfgang Pohlmann, Petra Klein	
46. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung	217
André Nienaber, Bruno Hemkendreis, Michael Löhr, Michael Schulz	
47. Erfahrungen mit den Schulungsunterlagen „Recovery praktisch“ anhand erster durchgeführter Schulungen in zwei psychiatrischen Kliniken	222
Sabine Noelle	
48. Inklusion auf Station	225
Petra Ott- Ordelheide	
49. Teilhabe durch Selbsthilfe: ein Vergleich Epilepsie und Psychiatrie	230
NN, Petra Ott-Ordelheide	

50. „Warum sollten wir heute die Station schließen?“ Paradigmenwechsel in der Akutbehandlung von Patienten mit stoffgebundenen Süchten	232
Nicole Petri	
51. Tierisch Therapeutisch: „tiergestützte Arbeit mit Hund bei demenziell erkrankten Menschen in der Universitätsmedizin Mainz“	239
Regina Petri	
52. Die individuelle Wahrnehmung der Mitarbeitenden der Gerontopsychiatrie für das „Grundbrummen“ von Aggressionsformen und deren Ausprägungen	241
Klaus Pöschel, Sabine Rohde, Frithjof Jirsa, Markus Kandziora, Mareike Ennen, Andrea Staude, Maren Baumeister	
53. Die Risikopotentialanalyse als Unterstützung zur Steuerung des Pflegeprozesses	247
Klaus Pöschel	
54. Die Totale Institution Pflegeheim, ein Blick zurück nach vorn. Die Aktualität der Merkmale der Totalen Institution und die paradoxe Wirkung der ordnungsrechtlichen Rahmens im Jahr 2013	254
Klaus Pöschel	
55. Ergebnisse zur Wechselwirkung zwischen der Risikopotentialanalyse als Instrument zur Prozessgestaltung in einem Alten- und Pflegeheim und dessen Merkmalen als Totale Institution.	259
Klaus Pöschel	
56. Resilienzstrategien von psychiatrischen und somatischen Pflegerinnen – Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie	265
Dirk Richter, Birgit Heckemann	
57. Zielorientierte psychiatrische Pflege (ORIENT) – eine Pilotinterventionsstudie	267
Dirk Richter, Thomas Schwarze, Gianfranco Zuaboni, Peter Wolfensberger, Sabine Hahn	
58. Evaluation der Bewohnerbetreuung in den LWL-Wohnverbänden	269
Dirk Richter	

59. Welche Effekte haben verschiedene betreute Wohnsettings für psychisch kranke Menschen? Eine systematische Literaturübersicht	271
Dirk Richter, Caroline Gurtner, Holger Hoffmann	
60. Sekundäre Traumatisierung: Der Preis des Helfens?	273
Jacqueline Rixe	
61. Das Unmögliche möglich machen - Pflegerischer Alltag mit Betroffenen einer Zwangsstörung	280
Volker Röseler	
62. Als die Worte wecken lernten	283
Lars Ruppel	
63. „Lernendes System“ – Behandlungsmodule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	289
Alexandra Schäfer, B. Durmann, U. Hamann, Bernhard Prankel	
64. Postoperatives Delirium bei älteren Menschen – Ergebnisse einer empirischen Studie	292
Eckehard Schlauß, Björn Kruse, Albert Diefenbacher, Torsten Kratz	
65. „... Gut, dass Sie bei mir geblieben sind.“ – Menschen mit psychischen Störungen bei OP und Intensivdiagnostik begleiten	298
Christiane Schulte-Döinghaus, Petra Ott- Ordelheide	
66. „Das Fussballspielen lernt man nicht in der Kabine, man muss aufs Spielfeld“ - Haltungswechsel im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen	304
Philipp Sprenger	
67. Ein Blick zurück nach vorn: Oder über die stationäre Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen.	311
Manuel Stadtmann	
68. Patientenergebnisse nach Konsultationen durch psychiatrische Fachpersonen in einem psychiatrischen Ambulatorium: Eine prospektive Beobachtungsstudie (PEKSA-Studie)	317
Manuel Stadtmann	

69. Riskanter Arzneimittelkonsum in der ambulanten und stationären Altenhilfe - Ergebnisse einer Studie zur Betreuung suchtkranker Menschen im Alter - gefördert durch das BMG	322
Doris Tacke	
70. „Wie finde ich Hilfe in einer psychischen Krise?“ Eine qualitativ-deskriptive Erhebung der Suche nach formellen Hilfen zur psychischen Gesundheit aus der Perspektive von Betroffenen	324
Eva Tola, Claudia Mischke, Petra Metzenthin	
71. Reglementierung der ambulanten psychiatrischen Pflege – Ist die Gesundheitsökonomischen Entscheidung der Kostenträger aus ethischen Gründen haltbar? – Ein Plädoyer	327
Ingo Tschinke	
72. Ethisches Handeln in der Pflegepraxis in der ambulanten psychiatrischen Pflege	332
Ingo Tschinke	
73. Adherenceförderung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung	339
Florian Walter	
74. Vergangenheit verändert die Zukunft	344
Peter Wodička	
75. Gezeichnet fürs Leben – Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen	347
Gianfranco Zuaboni, Stephanie Ventling	
76. Entstehung eines einrichtungswerten Konzeptes am Beispiel der Aromapflege	350
Debora Zwick, Martin Holzke	
77. NANDA-I 2012-2014 - Was ist neu?	353
Anna Heinsch, Ulrich von dem Berge	
78. Deutsche Übersetzung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) - Poster	356
Michael Löhr, Michael Schulz, Bruno Hemkendreis, André Nienaber	

79. Ein Pflegerischer Ansatz für Patienten mit Delirium [Postoperatives Delirium bei älteren Menschen]	359
Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher, Björn Kruse, Torsten Kratz	
80. Postoperatives Delirium bei älteren Menschen: Ergebnisse einer empirischen Studie	362
Eckehard Schlauß, Björn Kruse, Albert Diefenbacher, Torsten Kratz	
81. Wege zum „demenzfreundlichen Krankenhaus“ – Delirprävention im Evangelischen Königin Elisabeth Herzberge Krankenhaus	364
Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher, Torsten Kratz, Uwe Kropp	
82. „Lotta“ – Einsatz eines Therapiebegleithundes in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel	367
Sabine Urban, Björn Zillmer, Lorenz B. Dehn	
83. Gesundheitsförderung „Nachtarbeit der Pflegenden“	370
Kerstin Will, Linda Diettelbach, Dominique Heine, Traute Lescow, Nicole Witte	
84. Autorinnen und Autoren	375

Präsentationen und Workshops

Hinweise

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

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

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

1. Prävention seelischer Gesundheit durch psychiatrisch Pflegende

Ruth Ahrens

Hintergrund

Durch die Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 sind Pflegende ausdrücklich aufgefordert, unterschiedliche Strategien der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsselfhilfe sowie der Prävention anzuwenden und fortzuentwickeln. Sie wurden aufgefordert, sich an der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten zu beteiligen. Im Krankenpflegegesetz ist die Einbeziehung präventiver Maßnahmen gefordert.

Problemstellung

Die Umsetzung von Prävention ist bisher in der psychiatrischen Pflege oft auf Tertiär-Prävention ausgerichtet, es gibt viele psychoedukative Ansätze, die mit Patienten durchgeführt werden, um Rückfälle abzumildern oder zu verhindern.

Doch selten sind bislang primär- und sekundär-präventive Maßnahmen eingesetzt worden, da diese die psychiatrisch Pflegenden veranlassen, die Institution Krankenhaus zu verlassen.

Ziele

Die Einführung von Präventionsarbeit auf allen drei Ebenen als einen Bestandteil psychiatrischer Pflegepraxis darzustellen, ist das Ziel des Vortrags.

Vorgehen

Im Rahmen einer Fachweiterbildung Psychiatrie sind Teilnehmende gehalten, Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren.

Ergebnisse / Erfahrungen

Bis zum Zeitpunkt des Dreiländerkongresses 2013 werden 2 Kurse ihre Projekte durchgeführt haben. Die Projekte bewegen sich auf allen Ebenen von Prävention.

Diskussion

Die psychiatrisch Pflegenden mussten zur Durchführung der Projekte z.T. die Krankenhäuser verlassen und mit einer Reihe von Schnittstellen neue Arbeitskontakte herstellen, wie Schulen, Gemeinden, etc. Die Projekte wurden in Gruppen durchgeführt. Diese beiden Aspekte förderten nicht nur die Inhalte der Projekte sondern auch die Teilnehmenden der Weiterbildung in mehreren Kernkompetenzen wie Zusammenarbeit über mehrere hundert Kilometer hinweg von verschiedenen Standorten aus zu organisieren und Öffentlichkeitsarbeit für den Beruf zu betreiben.

Schlussfolgerung

Präventionsprojekte sind nicht nur ein Mittel um seelische Gesundheit zu fördern, sondern bringen auch den psychiatrisch Pflegenden neue Kompetenzen und Möglichkeiten, ihre Praxis zu bereichern.

2. Der Führerschein für seelische Gesundheit – Praxisprojekt

Ruth Ahrens

Hintergrund

Im Rahmen einer Fachweiterbildung Psychiatrie sind die Teilnehmenden gehalten, Projektarbeiten durchzuführen. Diese Arbeiten müssen im Bereich Gesundheitsförderung oder Prävention angesiedelt sowie innovativ sein.

Problemstellung

Der Führerschein für seelische Gesundheit soll ein Grundwissen über Resilienz, seelische Gesundheit, die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen und deren Symptome sowie über regionale Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten informieren.

Der Führerschein für seelische Gesundheit ist in drei verschiedenen Ebenen angesiedelt.

Der lebensweltliche Bezug des Projektes ist in einer allgemeinbildenden Schule sowie in einer Krankenpflegehilfe verortet. Die Sekundär-Prävention ist in einer türkischen Gemeinde angesiedelt. Migranten sind auf Grund einer höheren Stressbelastung eine vulnerable Gruppe im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit. Viele Migranten haben auf Grund sprachlicher Barrieren erschwerten Zugang zu deutschen Hilfesystemen.

Alle drei Projekte umfassen einen Stundenumfang von je 16 Unterrichtsstunden und schließen mit einer symbolischen Zertifikatsübergabe ab.

Ziele

In einer allgemeinbildenden Schule sollen Heranwachsende (12-15 Jahren) im Rahmen einer guten Allgemeinbildung ein Grundwissen über Einflussfaktoren seelischer Gesundheit erhalten. Ziele sind die Bewusstmachung eigener Resilienzfaktoren, sowie eine Kompetenzsteigerung bei der Hilfe-Suche, in dem regionale Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von den Schü-

lern selbst recherchiert (und ggf. von der Projektleitung ergänzt) werden. Da die Durchführung (bei Jugendlichen in einer Berufsfindungsphase) von einem Gesundheits- und Krankenpfleger geleistet wird, ist ein weiteres Ziel, den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege in einem positiven Licht zu zeigen.

In einer Krankenpflegehilfeschule sind die Ziele ebenfalls die Bewusstmachung eigener Resilienzfaktoren, sowie eine Kompetenzsteigerung bei der Hilfe-Suche, hier vor dem Hintergrund mit eigenen beruflichen und privaten Belastungen sowie Resilienzfaktoren umzugehen.

In der türkischen Gemeinde richtet sich das Projekt an türkische Migrantinnen in der Nähe von Würzburg. In Würzburg ist die Suizidrate türkischer Migrantinnen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutscher Frauen 3 x höher. Dieses Projekt wird auf Türkisch durchgeführt. Ziele sind hier, Resilienzfaktoren bekannt zu machen, einen Kompetenzerwerb bei der Erkennung von Symptomen psychischer Erkrankungen zu ermöglichen sowie einen Zugang zu türkischsprachigen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

Vorgehen

Im Projektzeitraum von Mitte Januar bis Anfang Juni 2013 haben die Projektleiter mit den jeweiligen Verantwortlichen der Zielgruppen Kontakt aufgenommen (Schulleitungen der allgemeinbildenden und Krankenpflegehilfeschule sowie den Vorstehern der türkischen Gemeinde). Es wurden von ihnen 16 Unterrichtseinheiten entwickelt und teilweise bereits durchgeführt.

Ergebnisse / Erfahrungen

Vor und nach den Projekten findet eine schriftliche Befragung statt, in der die Teilnehmenden sich dazu äußern können, wie sie ihr Wissen um eigene Resilienzfaktoren, seelische Gesundheit und Krankheit sowie Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten einschätzen. Bis zum Dreiländerkongress werden die Ergebnisse vorliegen, da die Projekte dann alle abgeschlossen sein werden.

Diskussion

Der Führerschein für seelische Gesundheit macht darauf aufmerksam, dass ein wichtiges Thema wie seelische Gesundheit genauso wie ein Auto-Führerschein Aufmerksamkeit, Überblick und Wissen erfordern.

Schlussfolgerung

Die gewählten Projekt-Orte stellen einen hohen lebensweltlichen Bezug sicher. Die gewählten Themen tragen einer möglichen Kompetenzsteigerung der Teilnehmer in Bezug auf ihre eigenen seelische Gesundheit dar und erleichtern es mit hoher Wahrscheinlichkeit, im Bedarfsfall Kontakt zu einer Beratungs- oder Behandlungsmöglichkeit aufzunehmen.

3. Der Nutzen von „integrierter Versorgung“ für Menschen mit psychotischen Erkrankungen

Brigitte Anderl-Doliwa, Martin Brömmer

Einleitung

An einer Psychose erkrankte Patientinnen und Patienten durchlaufen im Rahmen ihrer meist chronischen Erkrankung immer wieder Phasen der relativen Stabilisierung und der psychotische Krisen. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, einen kontinuierlichen Behandlungsprozess zu etablieren, der auch bei der Entlassung aus dem akutstationären Bereich in einer angemessenen Intensität weitergeführt wird.

Das Angebot „stattkrankenhaus“ bezeichnet ein integriertes Versorgungsmodell für schwer erkrankte Psychose Betroffene nach § 140 SGB V, das eine sektorenübergreifende und langfristige Behandlung beinhaltet.

Das Modell läuft seit dem 01.10.2009. Am Projekt sind vier Kliniken und eine Krankenkasse in Rheinland-Pfalz beteiligt. 259 Patienten sind bisher im Projekt.

In einer Begleitforschung wird evaluiert, wie das Behandlungsangebot wirkt, im Gegensatz zur Versorgung von Patienten mit Psychosen ohne integrierte Versorgung.

Fragestellung

- Wie sind die funktionellen und krankheitsspezifischen, symptomatischen Outcomes dieser Behandlungsform?
- Wie sind die versorgungsspezifischen Ergebnisse (Lebensqualität und Qualität sozialer Einbindung)?
- Welche Erhebungen sind noch notwendig? – die Zukunft der Evaluation des Modells

Methodik und Vorgehensweise

Um die Fragestellungen zu bearbeiten, müssen mehrere Erhebungsmethoden zu unterschiedlichen Zeitpunkten angewandt werden.

Zeitpunkt und Skala	Untersuchungszeitpunkte				
	Aufnahme	6 Wochen	3 Monate	6 Monate	12 Monate
Haupt- und Nebendiagnosen	x	Bei Veränderung			
BaDo	x	Bei Veränderung			x
Non-/ Partielle Compliance	Bei jedem Kontakt				
Pat. lehnt Therapie ab/ ist nicht zu kontaktieren	Bei jedem Kontakt				
Suizidversuche/ Suizidalität	Bei jedem Kontakt				
CGI / CGI-S / CGI-BP ¹	x	x	x	x	x
GAF	x	x	x	x	x
BPRS	x	x	x	x	x
Engagement in Behandlung (SES)	x	x	x	x	x
Personal and Social Performance Scale (PSP)	x	x	x	x	x
Q-LES-Q18 ²	x	x	x	x	x
Behandlungszufriedenheit Patient (CSQ-8C) ²	x	x	x	x	x
Behandlungszufriedenheit Familie (CSQ-8C) ²	x	x	x	x	x

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Alle Messwerte zeigen eine Verbesserung im Laufe der Behandlung
- Die Effekte sind bei Kontrolle des Alters stabil
- Die Therapieadhärenz verbessert sich während der Behandlung
- Die Selbstbeurteilungsskalen (Lebensqualität und soziale Inklusion) haben nur einen geringen Rücklauf, und daher nur geringe statistische Stärke

Diskussion und Fazit

Die Behandlung im Projekt ist wirksam bezogen auf eine Symptomreduktion.

Auch ältere Menschen profitieren von dieser Form der Behandlung.

Leider liegen bezogen auf die Lebensqualität und die soziale Inklusion bislang nur Daten mit geringer statistischer Stärke vor. Hier zeigt sich eine wesentliche Schwäche in der bisherigen Evaluation.

Weder in der Planung noch in der Durchführung wurden Erfahrene und Angehörige beteiligt. In einem weiteren Schritt wäre das unbedingt notwendig, um zu erfassen, ob die Messinstrumente die richtigen sind und ob eine Erhebung nicht eher durch Peers sinnvoll wäre.

Des Weiteren wird in Zukunft, um die wirkliche Verbesserung von Lebensqualität zu prüfen, der subjektive Nutzen/Qualität der Behandlung und ihr Recovery-Potential erhoben. Dies würde auch ermöglichen, zu prüfen, ob Symptomreduktion mit einer verbesserten Lebensqualität und Recovery zusammenhängt oder nicht.

4. Gestaltung der Praxisbegleitung als komplexer Lehrauftrag in der beruflichen Pflegeausbildung – Eine Forschungsskizze

Frank Arens

Hintergrund

Praxisbegleitung zeigt sich den Lehrenden in der Pflegeausbildung in Deutschland als komplexer Lehrauftrag, der wenig systematisiert und in der Berufsbildungsforschung kaum Beachtung findet [2, 5]. Entsprechend stellen Auftrag, Ziele und Inhalte der Praxisbegleitung die Schulen und Hochschulen vor erhebliche Herausforderungen, da bisher nur wenige ausreichend theoretisch fundierte und empirisch begründete pflegedidaktische Theorien, Modelle und Konzepte zur Praxisbegleitung vorliegen [15, 19].

Auch vor dem Hintergrund einer Stärkung der Praxisbegleitung im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung sowie der zunehmenden Einrichtung primär- und berufsqualifizierender Pflegestudiengänge erscheint eine systematische Erforschung des Lehrauftrags Praxisbegleitung im Rahmen der Berufsbildungsforschung in der Pflege dringend erforderlich [6].

Fragestellung

Im Rahmen eines Promotionsprojekts im Fachgebiet Pflegewissenschaft der Universität Osnabrück wird die Forschungsfrage bearbeitet: Wie gestalten Lehrkräfte des Berufsfelds Pflege die Praxisbegleitung in der Altenpflegeausbildung?

Die Fragestellung leitet sich aus den methodologischen Überlegungen des Promotionsprojekts ab.

Methode und Material

Im Verlauf des Forschungsprozesses sind mehrere Entscheidungen zu treffen: die Klärung des Forschungsinteresses, die Formulierung des Forschungsgegenstandes sowie der Fragestellung, die Festlegung der methodologischen Positionierung, die Auswahl der Befragungsgruppe, die Festlegung der Erhebungsmethode sowie der Auswertungsstrategie [10, 14].

Das Forschungsinteresse richtet sich auf ein umfassendes Verständnis der Gestaltung von Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung aus Sicht der Lehrenden. Zu Beginn lautet die Forschungsfrage: „Wie gestalten Lehrkräfte die Praxisbegleitung in der Altenpflegeausbildung?“ Unter „Gestaltung“ werden vorläufig die pflegedidaktischen Entscheidungen [6, 8], die Interaktion und Kommunikation mit den Schülerinnen und Schülern und Praxisanleitenden sowie das Erleben der Lehrenden während der Praxisbegleitung verstanden. Diese Fragestellung impliziert bereits prozesshafte Handlungen und Interaktionen, die für die Analyse genutzt werden können. Der Forschungsgegenstand dieser Untersuchung richtet sich auf die individuellen Sinn- und Handlungsstrukturen von Lehrkräften der beruflichen Fachrichtung Pflege, die Praxisbegleitung kennzeichnen. Forschungsmethodologisch verortet sich diese Untersuchung als qualitative Forschung, die sich am Forschungsstil der Grounded Theory nach Strauss und Corbin [20] orientiert. Die Forschungsarbeit versteht sich als pflegedidaktische Grundlagenarbeit [9].

Die befragten Personen sind Lehrkräfte der beruflichen Fachrichtung Pflege in der Altenpflegeausbildung an öffentlichen berufsbildenden Schulen in Niedersachsen (D). Begründet wird die Auswahl dieser Zielgruppe mit der Normalisierung der Lehrerausbildung in diesem Berufsfeld, den bisher fehlenden Erkenntnissen dieser neuen Lehrergruppe [1, 5, 16, 18] sowie der fehlenden Theoriebildung zur Praxisbegleitung [2, 3].

Die Datenerhebung erfolgt in Form von narrativen Interviews und die Auswertungsstrategie orientiert sich an den Grundsätzen der Grounded-Theory-Methodologie [11, 20].

Arbeitsstand und erste Ergebnisse

Im Rahmen des Promotionsprojekts ergaben sich zahlreiche Notwendigkeiten zur Konturierung des Gegenstandsbereichs der Praxisbegleitung. Begründet wird dies damit, da aufgrund fehlender pflegedidaktischer Forschungen mit der Dissertation der Gegenstand Praxisbegleitung erstmals umfassend analytisch und empirisch gefasst werden soll. Im Rahmen des Forschungsprozesses wurde bisher

- der gesetzliche Auftrag zur Praxisbegleitung in den Gesundheitsfachberufe zusammen getragen,
- Praxisbegleitung und Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung aus berufs- und schulrechtlicher Perspektive differenziert [4],
- der Forschungsstand zur Praxisbegleitung aufgearbeitet [3],
- die Genese der Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung rekonstruiert sowie
- das forschungsmethodologische Vorgehen der Untersuchung skizziert.

Zudem wurden sieben Interviews mit Lehrenden der beruflichen Fachrichtung Pflege in der Altenpflegeausbildung geführt, das Material systematisch nach den Grundsätzen der Grounded Theory ausgewertet und ein erster Theorieentwurf entwickelt.

Die ersten vorläufigen Befunde zeigen, dass die Lehrenden die Praxisbegleitung als „Sichtstunde“ mit zahlreichen Gestaltungsfacetten konzeptualisieren. Im Rahmen der von den Lehrenden bezeichneten „Sichtstunden“ werden die Lernenden unter anderem zur Herausbildung eines hermeneutischen Fallverstehens angeleitet. Mit den von den befragten Personen als „Sichtstunde“ bezeichneten Besuchen im Rahmen der Praxisbegleitung ist die Leistungsbewertung in der praktischen Pflegeausbildung verbunden.

Diskussion

Professionelles pflegerisches Handeln wird im pflegeberuflichen Diskurs in Deutschland als hermeneutisches Fallverstehen in Anlehnung an Oevermanns [12] strukturtheoretische Professionstheorie konzeptualisiert [17]. Mit Hilfe des erhobenen empirischen Materials kann gezeigt werden, wie Lehrende die Lernenden in der Altenpflegeausbildung im Rahmen der Praxisbegleitung zur Ausbildung hermeneutischer Fallkompetenz unterstützen und begleiten.

Die zu entwickelnde Theorie-Skizze wird vor dem Hintergrund pflegedidaktischer Arbeiten reflektiert [7, 8, 13], um einen Anschluss der zu entwickelnden Grounded-Theory-Skizze an den pflegedidaktischen Diskurs zu ermöglichen.

Ausblick

Die zu entwickelnde Grounded Theory soll Grundlage für eine künftig zu entwickelnde Pflegedidaktik der Praxisbegleitung sein und Forschungsanschlüsse an eine noch zu entwickelnde Hochschuldidaktik der Praxisbegleitung in primär- und berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen ermöglichen.

Literatur

1. Arens, Frank (im Druck): *Hallo ihr Lieben! Wie werde ich Lehrer im Gesundheitswesen? Lehrerausbildung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege. Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege.*
2. Arens, Frank (2013a): *Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung – ein blinder Fleck der Berufsbildungsforschung? In: Faßhauer, Uwe/Fürstenau, Bärbel/Wuttke, Eveline (Hrsg.) Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013. Opladen u.a.: Budrich, S. 126-137.*
3. Arens, Frank (2013b): *Praxisbegleitung als Lehrauftrag in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege: Positionen, Befunde, Forschungsbedarfe. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 109(1): 108-129.*
4. Arens, Frank (2012): *Praxisbegleitung in der Altenpflegeausbildung aus berufs- und schulrechtlicher Perspektive. Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, 14(7/8): 408-414.*

5. *Arens, Frank/Brinker-Meyendriesch, Elfriede (im Druck): Berufsbildungsfor-*
schung in der Pflege. Ein Beitrag der Sektion Bildung. Pflege & Gesellschaft. Zeit-
schrift für Pflegewissenschaft.
6. *Dütthorn, Nadin/Walter, Anja/Arens, Frank (2013): Was bietet die Pflegedidak-*
tik? Ein Analyseinstrument zur standortbestimmenden Untersuchung pflegedi-
daktischer Arbeiten. Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedu-
kation und -bildung, 8(3): 168-175.
7. *Ertl-Schmuck, Roswitha/Fichtmüller, Franziska (2010) (Hrsg.): Theorien und*
Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim u. a.: Juventa.
8. *Ertl-Schmuck, Roswitha/Fichtmüller, Franziska (2009): Pflegedidaktik als Diszip-*
lin. Eine systematische Einführung. Weinheim u. a.: Juventa.
9. *Fichtmüller, Franziska/Walter, Anja (2007): Pflegen lernen. Empirische Begriffs-*
und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflege-
handelns. Göttingen: V&R unipress.
10. *Helfferich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die*
Durchführung qualitativer Interviews. 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS
Verlag für Sozialwissenschaften.
11. *Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.) (2011): Grounded Theory Reader. 2. aktuali-*
sierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
12. *Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie profes-*
sionalisierten Handelns. In: Combe, Arno/Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische
Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frank-
furt am Main: Suhrkamp, 70-182.
13. *Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Elsevier.*
14. *Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung.*
Ein Arbeitsbuch. 3. korrigierte Auflage. München: Oldenbourg.
15. *Radke, Karin (2008): Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung. Theoretische*
Grundlagen und praktische Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer.
16. *Remmers, Hartmut (2004): Lehrerbildung für Pflegeberufe im Spannungsfeld*
von Wissenschaft und Politik. In: Manstetten, Rudolf/Weyland, Ulri-
ke/Kuhlmann, Christian (Hrsg.): 20 Jahre Lehrerbildung im Humandienstleis-
tungsbereich an der Universität Osnabrück. Göttingen: V&R unipress, S. 53-56.
17. *Remmers, Hartmut (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdis-*
kurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern u.a.: Huber.
18. *Remmers, Hartmut/Hülken-Giesler, Manfred (2002): Lehrer/-in mit Lehramt*
Pflege: Eine Lehrerin, ein Lehrer ohne Schule ...? Pr-InterNet/Pflegepädagogik,
4(10): 240-242.

19. *Schladitz, Birgit (2010): Praxisbegleitung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung: Utopie oder Realität? Evaluation verschiedener Formen der Praxisbegleitung. Hamburg: Diplomica.*
20. *Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.*

5. Bestandsaufnahme nach drei Jahren Adherence-Therapie in der LWL-Klinik Herten: Antworten auf Fragen zur Adherence-Therapie aus Patienten- und Therapeutenperspektive

Yvonne Auclair, Petra Schniederjan

Fragestellungen und Erhebungsmethoden

Seit 2009 hat die Pflegedirektion der LWL-Klinik Herten die Adherence-Therapie (Schulz/Löhr, 2012) mit großem finanziellem und personellem Aufwand vorangetrieben. Durch hausinterne Adherence-Trainer sind mittlerweile mehr als 80 Pflegedienstmitarbeiter geschulte Adherence-Therapeuten, dies entspricht fast der Hälfte des Pflegedienstes der Klinik.

In regelmäßig stattfindenden Treffen der Adherence-Therapeuten, geleitet von der Pflegeexpertin, wurden Rückmeldungen von Patienten thematisiert. Die Therapeuten berichteten von zumeist positiven und dankbaren Aussagen der Patienten. Jedoch stammten diese Eindrücke immer aus dem direkten „abhängigen“ Kontakt zwischen Adherence-Therapeut und Patient, so dass der Grad an sozial erwünschten Antworten wahrscheinlich als hoch einzustufen war.

Um einen ungefilterten Eindruck abbilden zu können, wurde eine Erhebung über den Zeitraum von einem Jahr, mit Patienten nach Abschluss der Adherence-Therapie durchgeführt.

Der Fragebogen erfasste folgende Bereiche der Patientenperspektive

- Wie erleben Patienten die Adherence-Therapie?
- Welche subjektiv empfundenen Veränderungen im Umgang mit der Erkrankung gibt es?

Eine geäußerte Vermutung der Therapeuten bezog sich auf die Abbruchquote seitens der Patienten und einem möglichen Zusammenhang zu einzelnen Modulen.

Hieraus ergab sich der zweite Schwerpunkt unserer Fragestellungen.

Ein standardisierter Rückmeldebogen für die Adherence-Therapeuten kam zum Einsatz, welcher nach Abschluss bzw. Abbruch der Therapie ausgefüllt wurde.

In diesem Rückmeldebogen wurden folgende Themenspektren beleuchtet

- Zeitaufwand der Module?
- Anzahl der Therapieabbrüche?
- Treten nach einem bestimmten Modul gehäuft Abbrüche auf?
- Gründe für Therapieabbrüche?

Ergebnisse

Zur Patientenperspektive

Die Frage, ob die Adherence Therapie als gewinnbringend erlebt wird, wurde in allen 22 ausgewerteten Fragebögen einstimmig mit „Ja“ beantwortet. Unter anderem wurde angegeben, dass durch den Blick zurück und nach vorne eine Konfrontation mit alten Denkmustern stattfindet und dass der Patient den Eindruck hat, jetzt erst ein Stück weit die Erkrankung in der Hand zu haben und handlungsfähiger zu sein. Aber auch die Wichtigkeit der Medikamenteneinnahme konnte besser vor Augen geführt werden, als es im stationären Rahmen der Fall war. Des Weiteren wurde seitens der Patienten angegeben, dass *„ich eine andere Sichtweise für meine Erkrankung bekommen habe, während ich früher verdrängt habe, akzeptiere ich sie jetzt und versuche damit zu leben, so gut es geht“* und *„Es gab mir Sicherheit“, „Ich stetig nach dem Klinikaufenthalt unterstützt wurde“, „Ich Unterstützung und vor allem Zuspruch bekommen habe. Mehr Mut außerhalb des Krankenhauses durchzuhalten“*.

Auch die Hausbesuche wurden überwiegend als sehr bereichernd empfunden. Patienten äußerten dazu, dass es im häusliche Rahmen leichter sei, Gespräche zu führen und Fragen zu beantworten und dass sie es als positiv empfanden, nach einem langen Klinikaufenthalt in der häuslichen Situation mit einer Bezugsperson über die Zukunft zu reden. Weitere Anmerkungen waren beispielsweise: *„Ich hatte nicht das Gefühl, dass es um Kontrolle geht, sondern um konstruktives Festigen von erarbeiteten Positionen“* und *„dass mein persönliches privates Umfeld besser durch die Therapeutin erkannt wird, Gegebenheiten besser einzustufen sind und man sehr persönlich an sich arbeiten kann“*.

Erfreulicherweise haben sich bei den meisten Befragten positive Veränderungen im Umgang mit der Erkrankung nach der Adherence Therapie ergeben. Lediglich von drei Befragten wurden keinerlei Veränderungen wahrgenommen; zu einer subjektiven Verschlechterung kam es bei keinem der Befragten. So ist vor allem der Auseinandersetzungsprozess mit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme von vielen als positiv beschrieben worden. Es besteht zudem eine größere Handlungssicherheit im Umgang mit Frühwarnsymptomen und dem Medikamentenmanagement allgemein. Auch der Plan, ein möglichst frühzeitiges Aufsuchen eines Facharztes bei Symptomverschlimmerung anzustreben, wurde vereinzelt formuliert. Weitere positive Veränderungen wurden wie folgt rückgemeldet: *„Die Bereitschaft, die Krankheit zu akzeptieren, ist gereift“*, *„Ich spreche mit Freunden nun offen über meine Erkrankung“*, *„Es hat sich durch die Wirkung der medikamentösen Therapie und der sonstigen therapeutischen Maßnahmen die Akzeptanz der Medikamenteneinnahme deutlich erhöht. Ich erlebe sie als hilfreich. Genauer differenzieren kann ich das nicht, welche therapeutischen Maßnahmen zu wie vielen Teilen wirksam ist/war“*, *„Ich bin etwas gelassener geworden, sehe die Probleme aber immer noch als sehr schwerwiegend an“*.

Im Freitextfeld des Fragebogens hatten die Patienten zusätzlich die Möglichkeit Anregungen, Vorschläge und Kritik anzubringen. Diese Möglichkeit nutzten zehn Personen hauptsächlich mit dem Wunsch, im Anschluss an die Klinikbehandlung noch weitere Kontakte per Hausbesuch über einen längeren Zeitraum zum Adherence Therapeuten haben zu können.

Zur Therapeutenperspektive

Die Adherence-Therapie gliedert sich i. d. R. in folgende Module, wobei nicht jedes Modul zwingend zur Anwendung kommen muss:

- Assessment
- Problemlösung
- Blick zurück
- Ambivalenzen
- Einstellung zu Medikamenten
- Blick nach vorne

Bei der Auswertung der insgesamt 62 anonymisierten Rückmeldebögen haben sich folgende Rückschlüsse ergeben:

Das Modul „Assessment“ hat sich mit einer durchschnittlichen Dauer von circa 60 Minuten als extrem zeitintensiv herauskristallisiert. Des Weiteren fiel auf, dass bei diesem Modul die Sitzungen teilweise auf mehrere Gespräche verteilt wurden, was sich sicherlich durch die im Schnitt hohe Minutenzahl erklären lässt.

Durchschnittlich fanden pro Patient drei Hausbesuche statt, im Höchstfall sogar insgesamt sechs.

Die vor der Untersuchung aufgestellt Hypothese, dass nach einem bestimmten Modul gehäuft Therapieabbrüche stattfinden, konnte nicht nachgewiesen werden. Auch die Annahme, dass Therapieabbrüche vor Beginn der Hausbesuche, zum Beispiel durch Berührungsängste seitens der Patienten, forciert werden, ließ sich anhand der Auswertungen nicht bestätigen. Wenn Therapieabbrüche stattfanden, dann zumeist direkt zu Beginn der Therapie.

Ebenso waren die Abbruchgründe sehr unterschiedlich und ein Hauptgrund war nicht eruierbar. Seitens der Patienten unbegründete Therapieabbrüche ließen bei den Therapeuten die Vermutung entstehen, dass das Ausbleiben gewinnbringender Effekte bei Patienten zu einem Motivations- und Interessenverlust führte. Spekulativ kann es bei Patienten nach einer Klinikentlassung zu einem Überforderungserleben kommen; ebenso denkbar ist es, dass die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsthema gemieden wird.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Analysen im Rahmen der Erhebungen zeigten deutlich die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit der Adherence-Therapie und die wahrgenommene positive Veränderung im Umgang mit der Erkrankung. Des Weiteren wurden die Vermutungen zu Therapieabbrüchen nicht bestätigt und es konnte eine größere Klarheit diesbezüglich erlangt werden. Vor allem, dass die Hausbesuche, entgegen der ursprünglichen Annahme, von den Patienten als gewinnbringend eingeschätzt wurden und keinesfalls zum Abbruch führten. Zum anderen wurde sichtbar, dass innerhalb der Module eine sehr unterschiedliche Intensität der Bearbeitung vorliegt, was sich in unterschiedlichen Zeitaufwänden widerspiegelt.

Aufgrund der Auswertungen konnten bereits erste inhaltliche Anpassungen seitens der Pflegedirektion vorgenommen werden. Die Entwicklung eines Kurzassessments für die Adherence-Therapie hat stattgefunden. Dieses soll der zeitsparenden Einschätzung des Therapeuten dienen, ob ein Patient thematisch für die Adherence Therapie in Betracht kommt. Da dieses Instrument erst kurz vor Beginn dieser Bestandsaufnahme eingeführt wurde, liegen dazu noch keine Ergebnisse vor.

Des Weiteren wurden die Adherence-Therapeuten durch die vielen positiven Rückmeldungen in ihrer Tätigkeit bestärkt und können somit in der Ausübung der Adherence-Therapie zu einer größeren Handlungssicherheit gelangen.

Literatur

1. *Adherence-Therapie, Manual Version 1.22, Ein Handbuch für Professionelle in Psychiatrischen Einrichtungen, Richard Gray/ Deborah Robson, Hrsg: Michael Schulz/ Michael Löhr, Bielefeld/ Gütersloh 2012*

6. Darstellung möglicher Auswirkung einer Recoveryschulung auf Patienten, Teilnehmer und psychiatrische Arbeitsfelder

Yvonne Auclair, Petra Schniederjan

Basierend auf den Schulungsunterlagen „Recovery praktisch“ [1] fand eine sechstägige Fortbildungsreihe in der LWL- Klinik Herten statt. Die Teilnehmer, insgesamt 20 Mitarbeiter der Klinik, gehören verschiedenen Berufsgruppen an. 16 Mitarbeiter arbeiten gemeinsam auf der Station A3, mit dem Behandlungsschwerpunkt Depression. Die sechs Schulungstage fanden über einen Zeitraum von sieben Wochen statt. Jedes Modul wurde doppelt angeboten, damit der Stationsbetrieb aufrecht erhalten werden konnte. Die Schulung wurde von einer Genesungsbegleiterin mit abgeschlossener Ex-In-Ausbildung und der Pflegeexpertin moderiert.

Um darstellen zu können, welche Veränderungen diese Schulung herbeiführt, wurden nach umfassenden Überlegungen zwei verschiedene Erhebungsmethoden ausgewählt.

Die Erhebungen wurden in der LWL Klinik Herten nach Absprache mit der Betriebsleitung durchgeführt. Vor Forschungsbeginn wurde eine Genehmigung der Ethikkommission sowie des Personalrates eingeholt.

Die üblichen datenschutzrechtlichen und ethischen Prinzipien wurden berücksichtigt.

Job Diagnostic Survey (JDS)

Da 16 der 20 Schulungsteilnehmer Teammitglieder einer Station waren, besteht die Hypothese, dass die Teilnahme zu einem veränderten Erleben der Arbeitssituation führen kann.

Fragestellungen

Ergeben sich Veränderungen durch die Schulung „Recovery praktisch“ im Arbeitsfeld?

Method

Hier kam der Fragebogen Job Diagnostic Survey (JDS) zur Anwendung. Dieses Instrument ist ein psychologisches Verfahren zur Arbeitsplatzanalyse. Mit diesem wird als Punktwert das Motivationspotenzial, welches sich aus der Arbeitsaufgabe und weiteren Eigenschaften des Arbeitssystems ergibt, angegeben. Die mitgeteilten Bedürfnisse werden mit der Möglichkeit der Umsetzung in Verbindung gebracht. Hier lag das Augenmerk auf Veränderungen von Werten zwischen beiden Erhebungszeitpunkten.

Ergebnisse

An der Ersterhebung im Januar 2013, vor Schulungsbeginn, nahmen 13 Schulungsteilnehmer teil.

Die Zweiterhebung findet im August 2013 statt. Ein Vergleich der Messergebnisse wird circa im September vorliegen und kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht dargestellt werden.

Experteninterviews von Patienten

Es lag die Vermutung nah, dass Patienten der Station A3 mögliche Veränderungen am deutlichsten bemerken, da überwiegend Mitarbeiter dieses multiprofessionellen Teams an der Schulung teilnahmen.

Zu folgenden recoveryorientierten Themen wurden Patienten der stationären Behandlung interviewt:

- Hoffnung
- Selbststeuerung/Selbstbestimmung
- Einbeziehung eigener Stärken und Fähigkeiten

Neben der freiwilligen Teilnahme, wurden eine ungehinderte Kommunikation und eine stationäre Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen als Einschlusskriterien definiert. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte per Zufallsprinzip.

Fragestellung

Untersucht wurden die Fragestellungen, ob die recoveryorientierten Themenfelder „Hoffnung, Selbststeuerung / Selbstbestimmung und Einbeziehung von eigenen Stärken und Fähigkeiten“ für die Menschen überhaupt von Bedeutung und ob diese in der Behandlung anzutreffen sind. Ebenso, wer diese Themen transportiert und in welcher Form diese in der stationären Behandlung Berücksichtigung finden.

Methode

Um festzustellen, welche Bedeutung diese Themenfelder für Betroffene besitzen und wie sich das tatsächliche Erleben dieser Themen in der Behandlung darstellt, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die vier Patienten, welche sich als Interviewpartner zur Verfügung stellten, befanden sich zum Befragungszeitpunkt auf der Station A3.

Ergebnisse

Die Auswertung der Interviews fand mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [2] statt. Die gebildeten Kategorien enthalten die Ergebnisse der Ersterhebung im Januar 2013 (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ergebnisse Ersterhebung

Kategorie	Zitat
Wichtigkeit des Themas Hoffnung	„Von großer Bedeutung sogar.“
Hoffnung vermittelnde Personen	„Mitpatienten und auch die Krankenschwestern.“,
Hoffnungsfördernde Elemente	„Mitpatienten und auch die Krankenschwestern sagen einem, dass es eine

	<p>Entwicklung gibt...“</p> <p>„Es reicht schon, wenn man sich die Geschichten von anderen anhört, dass es denen auch schlecht geht und manche Schicksale (...) noch härter sind.“</p>
Wunsch nach Selbstbestimmung	<p>„...erst mal existieren.“</p> <p>„...ich habe funktioniert.“</p> <p>„Klar, der Plan, nach dem muss ich mich richten, da werde ich gesteuert.“</p>
Möglichkeiten der Steuerung	<p>„Ich durfte Nein sagen“,</p> <p>„Ich behaupte, dass ich die Behandlungsziele steuere.“</p>
Grenzen der Selbstbestimmung	<p>„Manchmal ist es auch schwierig auszuhandeln...“</p> <p>„Es ist aber mein persönliches Problem.“</p>
Einbezug persönlicher Stärken	<p>„Ich habe verschiedene Dinge wiedergefunden, die ich gerne mache.“</p>
Unterstützung vom Personal	<p>„...auch durch Gespräche versuchen die es herauszufinden.“</p> <p>, „Das werde ich andauernd gefragt, ob ich nicht mal was Neues ausprobieren will.“</p>

Diskussion

Der Aspekt Hoffnung wurde von allen interviewten Patienten als wichtig angegeben. Da den teilnehmenden Personen die Themen vorher genannt wurden, ist es denkbar, dass sich ausschließlich Interviewpartner zur Verfügung gestellt haben, die diese Aspekte als bedeutsam erachteten.

Als beteiligte Personen, welche im Rahmen der stationären Behandlung Hoffnung vermitteln, wurden aus dem Team verschiedene Berufsgruppen der professionellen Helfer genannt; insbesondere Pflegende. Vor allem Mitpatienten wurde an dieser Stelle eine besondere Bedeutung zugesprochen, da diesen die Funktion des „Holder of Hope“ zugeschrieben wurde.

Als besonders hoffnungsförderndes Element benannten die Interviewteilnehmer Rückmeldungen anderer Personen über ihre Genesungsverläufe, in denen ihnen eigene Fortschritte aufgezeigt wurden. Mitpatienten sind in zweierlei Hinsicht von Bedeutung, einmal zum Abgleich des eigenen Schicksals mit schwereren Schicksalen. Und zum Zweiten wurde es als hilfreich benannt, Patienten bei deren Genesung zu erleben.

Mögliche existierende Grenzen der Selbstbestimmung wurden von Patienten kaum wahrgenommen. Überhaupt kam der Wunsch nach Selbstbestimmung in den Interviews überraschend wenig zum Ausdruck. Möglicherweise könnte dies in der depressiven Erkrankung der Befragten begründet sein.

Steuerungsmöglichkeiten konnten vereinzelt benannt werden.

Ein Einbezug eigener Stärken und Fähigkeiten wurde in den Aussagen der Patienten als positiv benannt. Das Personal unterstützte durch Nachfragen und Ermutigen. Patienten äußerten Wünsche, die nicht direkt behandlungsrelevanten Aktivitäten stärker zu berücksichtigen. Hier wurden Wünsche nach mehr Musik, Informationen über Depressionsgruppen außerhalb der Klinik und Selbsthilfegruppen genannt. Im Gegensatz dazu, wurde von den Patienten aber auch geäußert, dass sie es mitunter auch als unterstützend erlebten, in ihren Interessensausübungen und gewohnten Aktivitäten „gebremst“ zu werden.

Ergebnisse der Teilnehmer nach der Schulung

Die 20 Teilnehmer der Recoveryschulung in der LWL Klinik Herten fassten ihre möglichen Ergebnisse zum Abschluss zusammen. Vielfältige Auswirkungen machen den thematischen Umfang der Schulung deutlich.

- Einsatz der Bücher „Das Leben wieder in den Griff bekommen“

- Bestehende Stationsregeln nach Recoverygesichtspunkten anpassen
- Gruppe für Patienten installieren, um Recoverythemen gezielter in die Behandlung einfließen zu lassen
- Verstärktes, persönliches Einbringen von Mitarbeitern
- Um Fähigkeiten und Stärken von Patienten stärker berücksichtigen zu können, soll es zur Anwendung neuer Methoden kommen, z.B. „Wer bin ich Poster“, „Traumbriefe“
- Einbeziehung von Angeboten externer Anbieter (z. B. VHS-Kurse, Sportgruppen, Selbsthilfe)

Literatur

1. *Abderhalden, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G., (2012) Recovery praktisch! Schulungsunterlagen, www.pflege-in-der-psychiatrie.eu*
2. *Gläser, J., Laudel, G., (2010) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag, Wiesbaden*
3. *Abderhalden C., Schulz M., Stefan H., Winter A., (2011) Das Leben wieder in den Griff bekommen UPD Bern, www.pflege-in-der-psychiatrie.eu*

7. Achtsamkeit: Ein Bezugsrahmen zur Milieugestaltung aus der Perspektive der Klienten

Beatrix Autenrieth-Seiler, Markus Weber

Hintergrund

Der Neubau der Klinik erfordert neue gestalterische Konzepte, so auch für die Station mit dem Schwerpunkt der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Übungen der Achtsamkeit in der DBT sind pragmatisch, kleinschrittig und von vornherein auf das bescheidene, alltägliche Üben vor Ort angelegt [1]. Sie bilden einen Schwerpunkt in der DBT. Achtsamkeit bezieht sich auf die Dinge, die gerade geschehen, ganz und gar zu tun, ohne sich mit Gedanken zu beschäftigen, die von der konkreten Erfahrung des Augenblicks wegführen. Das Prinzip der Achtsamkeit erschließt sich nicht durch eine begriffliche oder intellektuelle Annäherung, sondern nur dadurch, dass auf Achtsamkeit sich eingelassen wird und es versucht wird im Leben zu realisieren [2]. Achtsamkeit ist durch vier Dimensionen geprägt. Der Modus des Seins bezeichnet das Beobachten und Gewahrsein was innen und außen im gegenwärtigen Moment geschieht. Gegenüber Erfahrungen wird eine bestimmte Haltung eingenommen, dabei werden Dinge aber auch Gedanken und Gefühle so akzeptiert wie sie sind. Achtsamkeit bedient sich bestimmter Techniken, beispielsweise führen Konzentration und Fokussierung der Aufmerksamkeit zur inneren Ruhe. Die Schulungen zur Achtsamkeit haben Auswirkungen zur Einsicht, Ruhe, inneren Frieden, Gelassenheit und Gleichmut [3].

Problemstellung

Alle Stationen haben den gleichen Grundriss und es gibt nur wenige Unterscheidungsmerkmale. Durch großzügige Glasflächen innerhalb des Gebäudes entstehen viele bewegte Bilder, jedoch sind dadurch nur begrenzte

Möglichkeiten der Wandgestaltung möglich. So wurden differenzierte Überlegungen zur Milieugestaltung angestellt.

Ziele

Schwerpunkt des Projektes ist zum einen die Milieugestaltung. Zum anderen werden Elemente der Achtsamkeit sichtbar und erlebbar gemacht. Ziel ist es die Achtsamkeit durch bildliche Darstellungen in den Alltag zu integrieren. Die Klienten werden durch das Projekt direkt einbezogen.

Vorgehen

Bei der bestehenden Skills-Gruppe wurde mit den Klienten die Projektidee erarbeitet. Die Klienten haben das Projekt positiv bewertet und ihre Mitwirkung zugesichert. Die Mitwirkenden erhielten die Aufgabe „Achtsam Bilder zu machen“. Hierbei ist es wichtig nicht nur Assoziationen von Achtsamkeit zu fotografieren, sondern selbst im Moment der Bildaufnahme achtsam zu sein. Über 150 Bilder wurden im Rahmen des Projektes fotografiert. Diese wurden im Weiteren in anonymisierter Form von einem Gremium (Pfleger, Therapeuten und Klienten) nach einem Punktesystem bewertet und anschließend auf einen Leinwand-Bezug aufgedruckt. 14 Bilder wurden an den Wänden der Station angebracht.

Ergebnisse

Die ausgestellten Bilder unterstützen nachhaltig das beruhigende und entspannende Stationsmilieu. Rückmeldungen beschreiben die Wirkung der Bilder als achtsamkeitsfördernd. Im Alltag dienen sie als Bezugs- und Anknüpfungspunkte um Übungen zur Achtsamkeit zu unterstützen. Wichtig ist, dass die Bilder im Rahmen der Achtsamkeitsgruppe vorgestellt werden und eine Arbeitsaufgabe abgeleitet wird. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist, dass die Bilder an sich nicht selbsterklärend Achtsamkeitsübungen hervorrufen, sondern durch eine Hinlenkung eine subjektive Auseinandersetzung angeregt wird. Die Klienten empfinden es als sehr positiv, wenn sie auf die gestellte Arbeitsaufgabe immer wieder erinnert werden. Es kann festge-

stellt werden, dass durch den therapeutischen Bezug eine Sensibilisierung zur Achtsamkeit stattfindet. Unterstützung ist wiederum notwendig, dass eine individuelle Ritualisierung zu regelmäßigen Achtsamkeitsübungen gefunden wird.

Diskussion

Durch fotografische Darstellungen gelingt eine Aufmerksamkeitslenkung auf Objekte, die gekennzeichnet sind, die im aktuellen Moment vorhandenen Bewusstseinsinhalte zu erkennen und auf das Hier-und-Jetzt zu richten. Um fundierte Daten zu haben sollte bei einem vergleichbaren Projekt eine begleitende qualitative Untersuchung durchgeführt werden. Die Übertragbarkeit dieses Projektes ist in vergleichbare Settings jederzeit möglich.

Schlussfolgerung

In einer zeitlosen Darstellung ist die Klientenperspektive zu den Elementen der Achtsamkeit im Stationsmilieu eingebunden. Innerhalb der Klinik ist es gelungen ein Erkennungsmerkmal im Sinne einer Alleinstellung zu schaffen. Darüber hinaus konnten Ruhe- und Entspannungspole verwirklicht werden, welche die Orientierung zur Achtsamkeit fördern.

Für diesen Beitrag gibt es zusätzlich ein Poster.

Literatur

1. Huppertz, Michael. „Achtsamkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)“. *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychologie und Psychotherapie*. 54; 4, 2006, 255-264
2. Heidenreich, Thomas; Johannes, Michalak. „Achtsamkeit und Akzeptanz als Prinzipien in der Psychotherapie“. *Psychotherapie im Dialog (PiD)*. Vol. 2; Ausg. 3, 2006, 235-240
3. Weiss, Halko; Michael E. Harrer. „Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel?“ *Psychotherapeutenjournal*, 1, 2010, 14-24

8. Gender Mental Health Care

Daniel Barschtipan, Robert Radlinska

Einleitung

Die Gender Medizin ist ein Gebiet, das noch keine lange Tradition oder Forschungsgeschichte aufweisen kann.

Die bisherigen Forschungsergebnisse, unter dem Genderaspekt, konnten aber bereits aufzeigen, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben von Krankheiten gibt. Männer und Frauen zeigen unterschiedliche Symptome und sie wählen andere (geschlechtsspezifische) Strategien, um mit ihrer Erkrankung umzugehen. Dies beschränkt sich nicht nur auf die Erkrankungen im somatischen Bereich, sondern gilt auch für die psychiatrischen Erkrankungen.

Männer in psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen haben oft das Problem, das individuelle Therapieangebot zu finden. Da gibt es u.a. die Backgruppe, das Achtsamkeitstraining und auch die Genussgruppe.

Doch spricht das den psychisch kranken Mann an?

Das Behandlungskonzept „men´s talk“

Das Behandlungskonzept „men´s talk“ widmet sich speziell an die Bedürfnisse männlicher Klienten in psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen und soll als ein Instrument gesehen werden, um den Bedarf einer geschlechtsspezifischen psychiatrischen Behandlung, Gender Mental Health Care, aufzugreifen und „zu decken“. Das Besondere an diesem Konzept stellt die momentane Ausrichtung an die männliche Klientel in den Fachkliniken für Psychiatrie dar.

Mit diesem geschlechtsspezifischen psychiatrischen Behandlungsangebot soll den männlichen Klienten aufgezeigt werden, wie sie ein Verständnis für sich und ihre Erkrankung entwickeln können. Sie sollen zum Experten ihrer eigenen Krankheit werden, durch eine ausführliche und individuelle Symp-

tomaufklärung. Praktische Erfahrungen haben gezeigt, dass es Männern oft schwer fällt, über ihre Emotionen und Gefühle zu reden. Mit „men’s talk“ soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, in diesem geschützten Rahmen, über ihre Emotionen zu kommunizieren, sowie im Team Methoden zu bearbeiten, wie sie mit Konfliktsituationen umgehen. Männer neigen dazu impulsiv zu reagieren – auch in belastenden Situationen, wie den Umgang mit einer psychischen Erkrankung. Mit Hilfe dieses Behandlungsangebot soll den männlichen Klienten aufgezeigt werden, wie sie ihren Stress mit anderen Methoden abbauen können.

Implementierung

Die praktische Umsetzung von „men’s talk“ erfolgt im Klinikalltag modular. Es werden den männlichen Klienten fünf nach Themengebieten gegliederte Module angeboten. Der Einstieg in das Behandlungskonzept ist für die männlichen Klienten jederzeit möglich, da die fünf Module nicht aufeinander aufbauen.

Die Module werden grundsätzlich als offene Gesprächsgruppe angeboten. Sie können aber auch, je nach Situation der Klienten, als geschlossene Gruppe durchgeführt werden.

Modul 1

Dieses Modul widmet sich dem Thema der Rollenveränderung in der heutigen Gesellschaft. Es geht um Werte, Normen, Familie und Beruf. Wie verändert sich die Rollenwahrnehmung durch eine psychische Erkrankung?

Hintergrund: In Teilen unserer Gesellschaft ist immer noch das Bild des Mannes als „alleiniger Brotverdiener“ vorherrschend. Aufgrund von Sozialisationsprozessen hat sich dieses Bild jedoch seit Mitte des 20. Jahrhunderts verändert. Den Frauen und Männern von heute können nicht mehr die klassischen Rollen zugeordnet werden. Dadurch kann es zu einem Gefühl der Überforderung kommen, diese Anforderung nicht mehr erfüllen zu können, mit negativen Folgen für den Kohärenzsinn und das Selbstwertgefühl.

In diesem Modul soll den männlichen Klienten die Möglichkeit der Selbstreflexion gegeben werden, um sich in der „modernen Zeit“ zurecht zu finden. Sie sollen erfahren, dass es heute als „normal“ gilt wenn sich das Rollenverständnis verändert.

Modul 2

Im Modul 2 liegt der Fokus in der Psychoedukation und Aufarbeitung der Erkrankung mit den individuellen Symptomen. Es werden mit den Klienten individuelle Bewältigungsmechanismen besprochen, sowie verschiedene Therapien im klinischen und ambulanten Bereich der Psychiatrie.

Hintergrund: Die individuelle Psychoedukation kommt im stationären Bereich oft zu kurz. Die Klienten erhalten Medikamente, die neben den positiven Wirkungen auch ausgeprägte Nebenwirkungen haben. In den seltenen Fällen werden „männerspezifische“ Wirkungen und Nebenwirkungen besprochen. Oftmals überwiegt das Schamgefühl eines Betroffenen, dies seiner, oftmals weiblichen Therapeutin zu berichten. Dadurch kommt es bei Männern vermehrt zu einem Behandlungsabbruch, da sie ihre Medikamente meist ohne Rücksprache mit ihrem Therapeuten selbstständig absetzen.

Im Rahmen dieses Moduls soll ein Verständnis für die eigene Erkrankung vermittelt werden. Die Betroffenen sollen in diesem geschützten Rahmen über ihre individuellen Symptome berichten. Es wird ihnen die Möglichkeit gegeben, unter Moderation, zu diskutieren, sich auszutauschen und ihre bisherigen Erfahrungen mit verschiedenen Therapien, Bewältigungsstrategien und Medikamenten einzubringen.

Modul 3

In diesem Modul steht das Thema Sucht und Suchtprävention im Vordergrund. Es werden sowohl stoffgebundene als auch stoffungebundene Süchte und deren Therapiemöglichkeiten besprochen.

Hintergrund: Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Männer, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, oft dazu neigen, ihre Gefühle durch

den Konsum von Suchtmitteln jeglicher Art zu unterdrücken. Negative Emotionen und Gefühle brechen hervor und sind für viele Männer oft unerträglich. Gerade beim Krankheitsbild Depressionen neigt der Mann dazu, seine negativen Empfindungen im Alkohol oder in anderen Drogen regelrecht zu „ertränken“. In diesem Modul wird den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, ihr Suchtverhalten (falls vorhanden) zu reflektieren. In der Gruppe werden verschiedene Copingstrategien besprochen.

Modul 4

Dieses Modul widmet sich dem Thema der Emotionen, Gefühle, Aggressionen und der Gewalt. Männer erreichen in Stresssituationen schnell ihre emotionale Belastungsgrenze. Die sich dann entwickelnden Emotionen sind ihnen fremd und es fällt ihnen schwer darüber zu kommunizieren. Männer neigen dann, tendenziell, zu einem aggressiven Verhalten. Aufgrund dieses Verhaltens werden dadurch immer wieder Fehldiagnosen im stationären Setting gestellt.

Den Männern soll mit diesem Modul aufgezeigt werden, was Emotionen und Gefühle sind. Sie sollen lernen sich mit ihren eigenen Emotionen und Gefühle zu identifizieren, zu akzeptieren und nicht in aggressives Verhalten umzuwandeln.

Modul 5

Mit diesem fünften, erlebnisorientierten Modul soll den Männern aufgezeigt werden, dass sie trotz und auch mit einer psychischen Erkrankung aktiv sein dürfen. Aus Gesprächen und den praktischen Erfahrungen ist zu erkennen, dass sich männliche Klienten eher für die aktivitätsorientierten Therapieangebote interessieren (z.B. Ergotherapie, Sporttherapie). Mit solch praktischen Therapieangeboten fällt es den Männern leichter, ihre individuellen Probleme zu verarbeiten. Dieses Modul dient der Herstellung eines langfristigen Gleichgewichts der „Work Life Balance“. Dabei wird positiv Erlebtes aus der Vergangenheit wieder in den Vordergrund gestellt.

Die Teilnehmer planen, in Begleitung des Gruppenleiters, die Aktivität selbst. Es soll das Wir-Gefühl und die Sozialkompetenz gefördert werden. Dieses Modul soll die Männer wieder in den „normalen“ Lebensalltag zurückführen.

Ausblick

Die beiden Autoren passen dieses spezifische Behandlungskonzept stets den aktuellsten Forschungsergebnissen im Bereich Gender Mental Health an. Mit einem großen Bestreben verfolgen sie die Implementierung ihres Konzepts in den Fachkliniken für Psychiatrie.

Dabei ist es Ihnen ein wichtiges Anliegen, zu betonen, dass das Behandlungsangebot „men´s talk“ keine bestehenden Therapieangebote in Frage stellt. Es soll als **ein** mögliches Gruppenangebot gesehen werden, um den Bedarf einer Gender Mental Health Care zu decken. Das entworfene Behandlungsangebot richtet sich aktuell noch an die Bedürfnisse und Bewältigungsstrategien von männlichen Klienten in den Fachkliniken für Psychiatrie. Das Team von men´s talk entwickelt aber noch weitere Konzepte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowohl wird die Umsetzung im ambulanten Versorgungssektor angestrebt.

Auch ist ein Behandlungsangebot geplant, welches sich an die Bedürfnisse von weiblichen Klienten in den Fachkliniken richtet. Über den aktuellen Status der Konzeptentwicklung und -erweiterung informieren die Autoren auf deren Homepage: www.GenderMentalHealth.de

Literatur

1. *Rieder A, Lohff B (2008) Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer*
2. *Rohde A, Marneros A (Hrsg.) (2007) Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer*
3. *Barschtipan D, Bender B, Radlinska R (2011) Genderspezifisches Gruppenangebot in der Allgemeinpsychiatrie „Wann ist ein Mann ein Mann?“. Projektarbeit im Rahmen der Fachweiterbildung Psychiatrie 2010/2012 (unveröffentlicht)*

4. *Barschtipan D, (2011) „Benötigen wir in Deutschland eine Gender Psychiatrie?“
Facharbeit im Rahmen der Fachweiterbildung Psychiatrie 2010/2012 (unveröffentlicht)*

9. Kommunikation in der Pflege: Die Selbsteinschätzung von BSc-Studierenden über die Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen im Studium

Markus Berner

Hintergrund

Im Studiengang Bachelor of Science in Pflege der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, nehmen Kommunikationsinhalte in der Lehre einen grossen Stellenwert ein. Pflegerisches Handeln ist eine Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten. In dieser Interaktion ist die verbale und nonverbale Kommunikation zentral [1]. Im Zentrum der Pflege steht der Patient oder die Patientin und deren Angehörige. Die pflegerische Kommunikation dient dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu den Patienten. Pflegende müssen empathisch und zielgerichtet kommunizieren können. Im Praxisfeld treffen Pflegende Patienten, die unter Schmerzen leiden, mit Krankheiten konfrontiert werden, Patienten oder Patientinnen, die einen Verlust eines nahestehenden Menschen erlitten haben, oder die sich selber im Sterbeprozess befinden. Viele Menschen mit chronischen Krankheiten, psychischen Problemen oder Krisen brauchen Unterstützung und Begleitung. Studierende müssen im Studium auf diese unterschiedlichen Anforderungen und Herausforderungen in der Kommunikation vorbereitet werden. Über drei Studienjahre aufbauend werden in den Kommunikationsmodulen Konzepte sowie Kommunikationstheorien vermittelt und die Gelegenheit geboten, unterschiedliche Gesprächssituationen zu üben und das eigene Kommunikationsverhalten zu reflektieren. Die Kommunikationsseminare, die Kommunikationsmodule und die Kommunikationstrainings werden durch die Studierenden evaluiert. Offen bleibt bis anhin, wie kommunikativen Fertigkeiten und Kompetenzen von den Studierenden im Studium entwickelt und ob die kommunikativen Fertigkeiten und Kompetenzen durch die Studierenden auch wie erwartet erreicht werden. Theoretische und

praktische Prüfungen geben Hinweise zur Erreichung der Lernziele. Diese Ergebnisse zeigen jedoch nicht auf, in welchen Bereichen Studierende ihre Kompetenzen erweitern konnten.

Zielsetzung

Ein wichtiges Anliegen dieser Arbeit liegt im Erfassen der persönlichen Einschätzung der Studierenden zur Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen und wie sie diese im Praxisalltag, beziehungsweise in der Zusammenarbeit mit den Patienten und Patientinnen anwenden können. Im Weiteren soll die Arbeit aufzeigen, welche Schwierigkeiten die Studierenden im Praxisfeld bezüglich der Kommunikation mit Patienten erleben, wie sie diese meistern oder welche „Defizite“ noch vorhanden und durch das zurückliegende Studium nicht abgedeckt wurden.

Fragestellung

Wie schätzen BSc-Studierende die Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen ein?

Methode

Die Befragung wurde mittels eines Onlinefragebogens durchgeführt.

Die Fragen orientieren sich an den Inhalten der jeweiligen Längsmodule des Studienganges. Der Fragebogen enthält 114 geschlossene und drei offene Fragen. Die Fragen konnten auf einer sechsstufigen Skala von „trifft keinesfalls zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden. Es wurden alle Studierende aus den laufenden BSc-Pflege Vollzeitprogrammen der Studiengänge '09 bis '12 an der Berner Fachhochschule befragt. Es konnten dadurch 276 Studierende angefragt werden.

Ergebnisse

Im Allgemeinen schätzen Studierende die Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen als gut ein. Theoretische Inhalte wie das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun oder die Transaktionsanalyse, Beratungsprinzipien, das transtheoretische Modell, ressourcenorientierte Ansätze, Krisenverarbeitungsmodell, Empowerment usw. schätzen die Studierenden mehrheitlich als gut ein. Sehr gut gelingt den Studierenden einen guten Beziehungsaufbau zu den Patientinnen und Patienten. Gut gelingt ihnen auch Paraphrasieren und Spiegeln sowie verschiedene Fragetechniken anwenden und aktiv Zuhören. Eher Mühe bereitet den Studierenden ein Gespräch zu strukturieren, der Umgang mit angespannten oder aggressiven Patienten oder Gespräche mit Angehörigen, Vorgesetzten und Ärzten und Ärztinnen.

Die Kommunikationstrainings werden weitgehend von allen Studierenden als gut bis sehr gut eingeschätzt. Die Studierenden sagen aus, dass vor allem das praktische Üben der Seminarinhalte im Training besonders lehrreich und das Feedback von den Schauspielern und Schauspielerinnen sowie der Beobachtenden sehr hilfreich für die Weiterentwicklung der kommunikativen Kompetenzen ist.

Die Studierenden erhielten am Schluss der Evaluation die Gelegenheit zu drei offenen Fragen ihre Meinung zu äussern. Die Ergebnisse werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Was gelingt Ihnen in der Kommunikation besonders gut?

Nach Aussage der Studierenden ist es für sie nicht nur wichtig, eine Beziehung mit den Patientinnen und Patienten aufzubauen, vielmehr soll diese Beziehung auch „professionell gestaltet werden und eine „pflegerische Beziehung“ sein. Dabei legen die Studierenden Wert darauf, dass eine Basis von Vertrauen und Wertschätzung geschaffen werden kann.

Einen wichtigen Aspekt im guten Gelingen der Kommunikation sehen die Studierenden im „adressatengerecht Kommunizieren“, dem „Stellen von

offenen Fragen“ und im „Anwenden gezielter Fragetechniken“. Als letzte gut gelingende Kompetenzen werden „nonverbale Signale lesen können“, „Stille aushalten“, „Patienten sprechen lassen“, „Patienten in ihrer Situation unterstützen“, „eine ruhige Atmosphäre schaffen“, „Interessen wecken“ und „offene Haltung haben“ genannt.

Was erleben Sie in der Kommunikation als besondere Herausforderung?

Die Antworten zu dieser Frage konnten zu einzelnen Kategorien zusammengefasst werden, die an dieser Stelle abgebildet werden.

Eine Kategorie bildet die Kommunikation mit Chefärzten, Ärzten, Vorgesetzten und die Kommunikation im Team. An dieser Stelle wird Unsicherheit im Umgang mit Ärzten und Vorgesetzten genannt und auch, dass diese Unsicherheit darauf beruht, dass sich die Studierenden noch zu jung und auch mit zu wenig Erfahrungen ausgestattet fühlen. Demgegenüber gibt es auch das Gefühl bei Studierenden in gewissen Situationen oder von Personen nicht richtig ernst genommen zu werden.

Nach Aussagen der Studierenden stellen Gespräche oder die Kommunikation mit Angehörigen eine Herausforderung im beruflichen Alltag dar. Herausfordernd erleben sie Meinungsverschiedenheiten unter den Beteiligten oder Meinungsverschiedenheiten zwischen Professionellen und Angehörigen. Kommunikative Barrieren werden auch in der Fremdsprachigkeit von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen gesehen. Als schwierig werden auch Gespräche mit Angehörigen erlebt, wenn Palliativsituationen eintreten oder der Patient oder die Patientin verstorben ist.

Aggressive oder verbal aggressive Patienten und aggressives Verhalten werden von den Studierenden als besondere Herausforderung genannt. Die Begriffe werden als Stichworte genannt, es zeigt sich jedoch, dass Grenzen setzen, heikle Themen Ansprechen und Gespräche mit Patientinnen und Patienten, die sich in einer Krise befinden, als besonders herausfordernd erlebt wird. Im Weiteren werden Konfliktsituationen und Meinungsverschiedenheiten sowie das Motivieren der Patienten als schwierig genannt.

Wo sehen Sie in Ihren kommunikativen Kompetenzen Entwicklungsbedarf?

Entwicklungsbedarf sehen die Studierenden in der interdisziplinären Kommunikation sowie in Gesprächen mit Angehörigen. Die Kommunikation mit Ärzten, mit Pflegenden und im Pflegeteam wird am meisten genannt. Die Aussage: *„Wenn ich meine Meinung vertreten möchte, habe ich manchmal Mühe, abzuwägen, wie sehr ich mich durchsetzen soll, vor allem wenn ich in der "Hierarchie" weiter unten bin. Es ist nicht das Problem, dass ich mich nicht getrauen würde, sondern vielmehr, dass ich als gleichrangige Kommunikationspartnerin geschätzt werden möchte. Manchmal gelingt dies nicht, gerade bei älteren Ärzten/ Pflegenden“*, zeigt diese Situation deutlich auf.

Weiteren Entwicklungsbedarf benennen die Studierenden ganz allgemein in den kommunikativen Kompetenzen wie die Strukturierung des Gesprächs, dem Spiegeln und Paraphrasieren, verschiedenen Fragetechniken, Argumentieren und die Gesprächsführung übernehmen, die eigene Meinung vertreten sowie Kritik und Feedback empfangen und geben. Die Aussage: *„Paraphrasieren, Spiegeln kann ich sicher verbessern. Etwas mehr Struktur in die Gespräche bringen, oft lasse ich es einfach laufen und schaue was geschieht“*, zeigt den Entwicklungsbedarf auf.

Einen Aspekt sehen die Studierenden auch in ihren persönlichen Fähigkeiten wenn es darum geht, diesen auch zu vertrauen: *„Vertrauen in eigene Fähigkeiten haben, nicht dauernd während dem Sprechen überlegen, wie man etwas am besten sagen könnte und an all die Theorien denken, sondern einfach auch nach Gefühl.“* Die Studierenden bringen jedoch auch zum Ausdruck, dass Erfahrungen gemacht werden müssen: *„Ich denke, dass ich bezüglich Kommunikation noch in allen Bereichen mehr Erfahrungen sammeln kann, um meine Kompetenzen weiter zu verbessern.“*

Schlussfolgerungen

Diese Evaluation stellt eine erste Auslegung der Einschätzung der Entwicklung der kommunikativen Kompetenzen der Studierenden aus den Studiengängen Pflege dar. Die Einschätzung der Studierenden zeigt deutlich auf, wie wichtig die Kommunikationsausbildung in den Studiengängen ist. Die vermittelten theoretischen Inhalte und Fertigkeiten in der Kombination mit den Kommunikationstrainings bewähren sich aus der Sicht des Autoren. Die Studierenden zeigen deutlich auf, dass Kommunikation zum einen vermittelt und gelehrt werden kann, sie weisen auch darauf hin, dass Kommunikation geübt und vortlaufend vertieft werden muss. Zum anderen brauchen Studieren in der Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen Zeit, um Erfahrungen zu sammeln, Gespräche zu reflektieren und ein Gegenüber, das ihnen auf Gesprächssituationen ein Feedback gibt.

Literatur

1. Elzer, M., & Sciborski. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege*. Bern: Huber.

10. Alkoholabhängigkeit im Alter: Experten der Sucht- und Altenhilfe im Gespräch

Hilke Bertelsmann, Doris Tacke

Einleitung

Durch die demographische Entwicklung erhält das Thema „Sucht im Alter“ eine zunehmende Bedeutung für unsere Gesellschaft. Sowohl in der Sucht- als auch in der Altenhilfe besitzen die Mitarbeitenden eine hohe Kompetenz im Umgang mit suchterkrankten alten Menschen. Ein Austausch zwischen den beiden Berufsgruppen findet bisher aber kaum statt. Ziel des hier vorgestellten Forschungsprojektes ist es, das Expertenwissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Altenhilfe in einem gemeinsamen Kommunikationsprozess zu formulieren und zu interdisziplinären Interventionsstrategien weiter zu entwickeln

Methode

Es wurden insgesamt 9 Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitenden der ambulanten und stationären Sucht- und Altenhilfe durchgeführt. Durchführung und Auswertung erfolgten Anlehnung an die Methode der Grounded Theory.

Ergebnisse

In den Fokusgruppeninterviews wurden insgesamt verschiedene Patientenfälle vorgestellt und gemeinsam interpretiert. Verlust, Einsamkeit und fehlende Aufgaben sind die Kategorien, die die Fachkräfte als Ursache für einen riskanten Alkoholkonsum im Alter ansehen. Die Betroffenen erleben ihr Suchtproblem als ein ständiges Auf und Ab von Hoffnung und Rückfällen. Diese sind häufig von Einrichtungswechseln und dem Abbruch von Beziehungen zu Fachkräften verbunden. Als hilfreich erleben die Fachkräfte die Positionierung der suchtkranken Person in einer geeigneten Einrichtung,

die Vereinbarung von Zielen und Plänen sowie „verwöhnende“ Pflegestrategien.

Mitarbeitende der Altenhilfe haben häufiger als Mitarbeitende der Suchthilfe Zugang zu älteren Menschen mit Alkoholproblemen. Häufig fehlen in den Einrichtungen aber Konzepte im Umgang mit dieser Patientengruppe. Mitarbeitende der Altenpflege entwickelten eher Pflege- und Begleitungsstrategien, die die Lebensqualität am aktuellen Ort der Betroffenen verbessern sollen, während die Mitarbeitenden der Suchthilfe stärker nach der besten Platzierung im Versorgungssystem suchten.

Fazit

Eine stärkere Vernetzung der Sucht- und Altenhilfe für die Grenzen der Versorgungssysteme hinaus erscheint dringend notwendig. Suchtkranke ältere Personen und ihre Angehörigen sollten von einer professionellen Fachkraft ihres Vertrauens durch die Hilfesysteme begleitet werden.

11. Trauer – Trost und Hoffnung in der psychiatrischen Behandlung - „Sie vergoss keine Träne. Aber in ihr weinte es, so traurig war sie.“ (Astrid Lindgren, Ronja Räubertochter)

Marie Boden, Doris Feldt, Vera Bierwirth, Elisabeth Schweika

Hintergrund

In der psychiatrischen Klinik Bethel moderieren wir, nach einem von uns entwickelten Konzept, seit 12 Jahren eine Stabilisierungsgruppe (Projektgruppe) und seit 3 Jahren eine weitere Stabilisierungsgruppe, unter Einbeziehung einer Moderatorin, die die Ex IN Ausbildung absolviert hat. Beide Gruppen richten sich an Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind oder sich in einer Krise befinden.

Inzwischen werden wir in beiden Gruppen von ambulanten Teilnehmern (Psychiatrieerfahrenen) und ExIn-Absolventen unterstützt.

Unser Manual wurde in der 4. Neuauflage 2012 umfangreich überarbeitet und erweitert.

Einleitung

Das Handbuch ist überwiegend DBT- gestützt und wurde gemeinsam mit den Teilnehmern entwickelt. Alle Arbeitsblätter, Übungen und Strategien sind mit den Teilnehmern praxiserprobt.

Das Manual wurde u.a. durch einen ausführlichen Teil über Trauer, Trost und Hoffnung erweitert. Gerade die Auseinandersetzung mit diesen Themen ist unabdingbar und trägt wesentlich zur Stabilisierung und Stressreduzierung bei.

Thema

Trauern ist ein tabuisierendes Thema im Klinikalltag, häufig wird der Trauerweg übersprungen, zu schnell richten die Profis möglicherweise den Focus auf positive Veränderung.

Von betroffenen Menschen wissen wir, dass es wichtig ist, „trauern zu dürfen“ und dass es Stress macht, sich immer sofort etwas Gutes tun zu müssen.

Es ist gut, die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen, deshalb moderieren wir diesen Workshop mit 2 ExIn-Absolventinnen.

Bei diesem Thema gilt es besonders auf allgemeingültige Konzepte zu verzichten und stattdessen, den Menschen da abzuholen, wo er gerade ist, ihn zu begleiten und an seiner Seite bleiben.

Ziele

Ziel ist es, Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Behandlung einen Raum für Trauer, Traurigkeit, für den Abschied verlorener Lebenskonzepte zu geben. Und sie zu unterstützen, sich ihre Trauer zu erlauben, um sie später loslassen zu können, damit über Trost und Hoffnung (ebenfalls vernachlässigte Themen in der Psychiatrie) Platz für Neues entstehen kann. In der Fachliteratur bezieht sich das Thema Trauer/Traurigkeit übrigens fast ausschließlich auf den Umgang mit dem Tod.

Ablauf des Workshops

Kurze Vorstellung der theoretischen Grundlagen (DBT), unser eigenes Konzept, Recovery & ExIn.

Einführung in das Thema: Trauer, Trost und Hoffnung.

Wir klären aus Sicht der Betroffenen und Profis, warum es so wichtig ist, sich mit seiner Traurigkeit zu befassen.

Gestaltung

Die Themen werden mit den Workshopteilnehmern über Achtsamkeitsübungen und Arbeitsblätter erarbeitet. Was wir Menschen in Krankheit und Krise anbieten, sollte selbst erprobt werden. Teilnehmerzahl: max. 25 Personen

Lernziele

- Einführung / Sensibilisierung in den Themenkomplex Trauer, Trost und Hoffnung aus unserem Handbuch.
- Auseinandersetzung in Form von praktischem Tun
- Mit betroffenen Menschen auf Augenhöhe arbeiten, d.h. kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Hilfsangeboten im Sinne einer Überprüfung: „Was würde mir selber in einer Krise helfen?“

12. Die Gezeitengruppen – Ein Kompass für Recovery orientierte Gruppenarbeit

Christian Burr, Gianfranco Zuaboni

Hintergrund

Recovery kann zweifelsohne als einen wichtigen Ansatz in der psychiatrischen Praxis bezeichnet werden und ist auch im deutschsprachigen Raum angekommen. Es bestehen schon verschiedene Publikationen, Tagungen und Projekte zum Thema [1]. Die Entwicklung und Implementierung von Recovery in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten geschieht hier meist dezentral und meist aus Initiativen der Basis, also eher „Bottom-Up“ im Gegensatz zu anderen Ländern [2]. Die Fragestellung, wie Recovery in der hiesigen Dienstleistungslandschaft umgesetzt werden kann und sollte gilt es noch zu bearbeiten.

Einleitung

Ein zentrales Thema im Recovery Ansatz ist die Fokussierung auf die individuellen Stärken. So sollten Menschen in einer psychischen Krise nicht nur über deren Symptome oder Probleme definiert werden sondern möglichst die Ressourcen oder gesunden Anteil in den Mittelpunkt zu stellen. Dies ist unserer Ansicht nach seit jeher eine wichtige Ausrichtung der psychiatrischen Pflege.

Das Gezeitenmodell [3], „the Tidal Model“, wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes in England entwickelt. Die Fragestellung dabei lautete: *„Wie passen wir die Pflege den spezifischen Bedürfnissen der Person und ihrer Geschichte sowie der gelebten Erfahrung an, sodass sie die Reise zur Genesung beginnen oder ein Stück weiterbringen kann?“* [4].

Wichtige Kerninterventionen im Gezeitenmodell sind die Einzelsitzungen mit den Nutzenden, in denen die Pflege und Betreuung zusammen mit den Nutzenden geplant und evaluiert wird. Des Weiteren werden drei verschiedene

Arten von Gruppen beschrieben. Gruppenangebote scheinen deshalb so wichtig, da der Austausch zwischen Nutzenden als eine sehr hilfreiche Intervention anzusehen ist. Im Folgenden werden das Gezeitenmodell und die Gruppenangebote kurz vorgestellt.

Vorstellen des Gezeitenmodells

Die zentrale Metapher

Die Flut und die Ebbe, eine stürmische See und Flauten, diese und weitere maritime Metaphern werden im Gezeitenmodell genutzt um Lebenssituationen und -erfahrungen zu beschreiben. Diese Metapher repräsentiert eine der wichtigsten Aussagen des Modells, dass der Wandel immerwährend ist. Dabei geht das Modell nicht von der Annahme eines Richtigen „Kurses“ aus sondern schaut mehr darauf, welche Form der Unterstützung den Menschen am besten unterstützt, um seinen eigenen (Recovery)-Weg zu gehen.

Die sechs philosophischen Annahmen

In den sechs philosophischen Annahmen sind Erkenntnisse aus verschiedenen therapeutisch-pflegerischen Konzepte berücksichtigt worden. Diese bilden das Fundament des Modells:

- Eine Überzeugung hinsichtlich des Wertes der *Neugierde*
- Die Erkenntnis der Kraft der Ressourcen
- Respekt vor den Wünschen eines Menschen
- Die Akzeptanz des Paradoxons der Krise als Chance
- Die Akzeptanz, dass die Ziele, die der betroffenen Person sein müssen
- Den Wert Eleganz anstreben

Die zehn Verpflichtungen und die dazugehörigen Befähigungen

Ausgehend von diesen sechs Annahmen wurden Werte formuliert, die Fachpersonen bei der praktischen Umsetzung unterstützen sollen. Zu jedem dieser zehn Werte („Verpflichtungen“) sind jeweils zwei Befähigungen zuge-

ordnet, die die Operationalisierung erleichtern sollen. Als Beispiel wird im Folgenden die Verpflichtungen 1 mit den zwei dazu gehörenden Befähigungen präsentiert.

- Verpflichtung 1: Die persönliche Stimme wertschätzen. Die Geschichte der Person über das Erleben psychischer Leiden oder damit zusammenhängender Probleme des Lebens ist der Anfangs- und Endpunkt der gesamten helfenden Begegnung. Sie umfasst nicht nur den Bericht der Person über ihre Nöte, sondern auch die Hoffnung auf deren Lösung.
- Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören.
- Befähigung 2: Der Praktiker zeigt Engagement, der Person zu helfen, als einen kontinuierlichen Aspekt des Pflegeprozesses ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten.

Der Mensch und die Schlüssel-domänen

Im Gezeitenmodell wird der Mensch in Bezug zu drei Domänen dargestellt und durch diese repräsentiert. Es ist die Domäne des Selbst, der Anderen und der Welt. Die gesamten, gelebten Erfahrungen einer Person (ihre Geschichte) werden in der Beziehung mit diesen drei Domänen erlebbar. Die Domäne der Anderen wird als Ort definiert, wo der Mensch im alltäglichen Leben mit anderen Menschen in Kontakt ist, zusammenlebt und Unterstützung erhält. In dieser Domäne ist die Organisation und Erbringung von professioneller Dienstleistung und andere Formen der Unterstützung angesiedelt. Dabei wird der Fokus auf folgende drei Gruppenangebote gelegt: die Informationsgruppe, die Lösungsgruppe und die Entdeckungsgruppe. Es wird die Wichtigkeit der aktiven Einbeziehung der Betroffenen betont. So wird den Betroffenen ermöglicht, Hilfe oder Information zu erhalten, aber auch eigene Erfahrungen oder eigenes Wissen weiter geben zu können.

Die drei Gruppenangebote im Gezeitenmodell

Barker & Buchanan-Barker [5] schreiben, dass die Absicht der Gezeiten-Gruppenarbeit darin besteht, soziale Settings zu gestalten, in denen Menschen ihre Probleme mit anderen teilen, Bewusstsein für ihren einzigartigen Wert entwickeln und ihre positive Identität als Person zurückfordern können.

Die Informationsgruppe

In dieser Gruppe geht es darum Informationen über Angebote und andere Unterstützungsmöglichkeiten die ausserhalb des aktuellen Versorgungssettings liegen zu vermitteln. Dies könnten z. B. folgende Themen sein: Medikation, Gesprächstherapien, Sozialeleistungen und Zuschüsse, Unterstützungen in der Gemeinde, Polizei und Justiz. Die Themen werden von den Nutzenden von Termin zu Termin festgelegt und es wird versucht zu den Themen Personen einzuladen die direkt im entsprechenden Themenbereich arbeiten oder ein spezifisches Wissen dazu haben. Dies können auch Nutzende selber sein.

Die Lösungsgruppe

In der Lösungsgruppe erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit mehr über sich selbst und ihre Probleme zu lernen und Zuversicht bezüglich ihrer Genesung zu entwickeln. Der Fokus richtet sich auf die Erkundung der kleinen Veränderungen die aktuell stattfinden. Dabei geht es darum diesbezügliche Gemeinsamkeiten unter den Teilnehmenden zu finden und zu hören was andere zu den thematisierten Problemen zu sagen haben. Die Leitung dieser Gruppe übernehmen Pflegefachpersonen, die auch sonst in der unmittelbaren Pflege von Personen beteiligt ist. Sie achtet darauf dass die Beteiligten immer das Gefühl haben, die Kontrolle über ihr Preisgegebenes bei sich zu behalten.

Die Entdeckungsgruppe

In dieser Gruppe bekommen Menschen die Gelegenheit sich mit anderen in einer unterstützenden Atmosphäre über sich selbst und Aspekte ihres Lebens zu sprechen mit dem Ziel eine Steigerung ihres Selbstwertgefühls zu erfahren. Die Fachpersonen fungieren als Moderatoren und Ermöglicher eines konstruktiven Austausches über sich selber. Als Hilfsmittel werden Fragekarten eingesetzt, mit welchen die Teilnehmenden aufgefordert werden jemanden ein Frage zustellen, um einen positiven Aspekt des Lebens des Gegenübers zu entdecken.

Mit dieser kurzen Zusammenfassung beabsichtigten wir, die uns als wichtig erschienenen Aspekte dieses Modells und der dazugehörigen Gruppen kurz zu beleuchten. Die umfassende Beschreibung des Modells ist ab sofort in Buchform auch in deutscher Sprache erhältlich. Sie wird in einer aktualisierten Fassung im Huber Verlag Bern publiziert [5].

Literatur

1. Burr, Ch., Zuaboni, G., Schulz, M. & Winter, A.(Hg.)(2012). *Recover in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
2. Repper, J.(2009). *Recovery, Psychiatrie und Pflege*. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 3, S. 1-11. ISSN 1662-503X
3. Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. A Guide for mental Health Professionals*. London: Routledge
4. Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2008). *Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery : Die 10 Tidal Verpflichtungen*. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 2(1), S. 12-22. ISSN 1662-503X
5. Barker, P. (2003). *Das Gezeitenmodell. Entwicklung eines personenzentrierten und bevollmächtigenden Ansatzes der psychiatrischen Pflege*. *PsychPfleger Heute*, 9, S. 160-167. Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2013). *Das Gezeitenmodell. Der Kompass für die recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (Hrsg.: G. Zuaboni, C. Burr & M. Schulz). Bern: Huber.

13. Hoffnung: Das ewige Paradigma psychiatrischer Pflege1

J. R. Cutcliffe

Die meisten Pflegenden kennen Pflegesituationen, in denen ein schwer kranker Patient sich in scheinbar auswegloser Lage wieder erholt, weil seine Hoffnung die Oberhand gewinnt. Speziell bei der Begleitung suizidaler Patienten wissen wir, dass „billiger Trost“ sich grundlegend von einer ehrlichen Auseinandersetzung mit dem Menschen unterscheidet, die seine Hoffnung befördern kann. Aber wie geht das? Darüber ist wenig bekannt. Der Autor des Artikels präsentiert phänomenologische Grundlagen und Fragestellungen, die weiter untersucht werden sollten, damit diese Wissenslücke geschlossen werden kann. Schon die Fragestellungen tragen zur eigenen Reflexion bei. Eine Übersetzung aus dem Englischen von Ulrike Villinger.

Einleitung

Ende der 1950er-Jahre behauptete Karl Menninger, unsere Regale seien, was Hoffnung angeht, leer; mit anderen Worten glänze Hoffnung in wissenschaftlichen Zeitschriften durch bemerkenswerte Abwesenheit. Dies wäre im Jahr 2009 kaum zu behaupten, wo schon eine flüchtige Prüfung der derzeitigen akademischen und populären Literatur sowie verschiedener anderer Medien Hoffnung als allgegenwärtig erscheinen lässt; sie ist überall. Hoffnung tritt in unseren theologischen Symbolen und Schriften zutage; sie zeigt sich in verschiedenen Kunstwerken und bildet eines ihrer Hauptthemen. Außerdem dient sie dem Marketing und dem Handel; sie spielt in unserer Geografie mit; sie zeigt sich in auffallender Regelmäßigkeit in unserem Gesundheitswesen und zunehmend jeden Tag; von ihr ist die Rede in unserer Politik und der damit verbundenen Rhetorik (siehe z. B. in den Unterlagen zu Präsident Barack Obamas Wahlkampf).

Was die psychiatrische Versorgung angeht, ist Hoffnung jetzt fest verwurzelt in die Debatte über Recovery und besitzt erfreulicherweise in internationalen (siehe z. B. WHO 2009), nationalen (siehe z.B. Kommission für seelische

Gesundheit Neuseeland 2001, Gesundheitsministerium England 2006, schottisches Regierungspräsidium 2006) und regionalen (siehe z. B. US Sozialministerium: Abteilung Sucht und seelische Gesundheit 2009) Erklärungen zur seelischen Gesundheit eine relativ ansehnliche Bedeutung. Diese Erklärungen verweisen alle direkt auf Recovery und darüber hinaus auf die Verbindungen zwischen Hoffnung und Recovery. Den Erklärungen zufolge ist es für die Erholung von seelischen Störungen wichtig, ein Gefühl von Hoffnung zu besitzen. Daher scheint es für psychiatrisch Pflegende, die sich mit Recovery befassen wollen, notwendig zu sein, auch über Hoffnung nachzudenken.

Diese Ausgangslage führt dazu, folgende Fragen zu beleuchten: Wo begann Hoffnung? Wie bekam Hoffnung einen solchen Stellenwert in der psychiatrischen Versorgung? Gibt es eindeutige Belege dafür, Hoffnung in offizielle Erklärungen einzuschließen? Ist es möglich, diese offiziellen Erklärungen mit der derzeitigen Praxis, Bildung und mit wissenschaftlichen Aktivitäten der psychiatrischen Pflege auf der ganzen Welt in Einklang zu bringen? Und sollten psychiatrisch Pflegende ihre eigene Hoffnung haben? Mit diesen Fragen befasst sich der Autor in diesem Artikel.

Die Anfänge von Hoffnung

Je nachdem, welcher Interpretation von Hesiods Schriften man Glauben schenkt, wurde Hoffnung entweder als einer der Teufel in der Büchse der Pandora beschrieben, der von den Göttern geschickt wurde, um die Menschheit zu bestrafen, oder als der eine gute Geist, der in der Büchse übrig blieb, nachdem Pandora sie geöffnet hatte – und dieser machte die menschliche Existenz erträglich. In der jüdisch-christlichen Religion erscheint Hoffnung als zentrales Thema. In der philosophischen Literatur schrieb Marcel 1944, 1948 ausführlich über die Philosophie der Hoffnung und ging so weit zu behaupten, sie sei vorrangig zum Leben erforderlich. Er erklärte, „Hoffnung ist für die Seele, was Atmen für den lebendigen Organismus ist; ohne Hoffnung bedeutet das Leben nichts (Marcel 1944, S. 10).“

Frankl (1959), der Holocaust-Überlebende, trat für sehr ähnliche Sichtweisen ein. Er stützte sich auf seine Erfahrung der Internierung in Auschwitz während des 2. Weltkrieges und behauptete, Hoffnung habe ihn und andere Gefangene bei Kräften gehalten. Frankl war davon überzeugt, ein Gefangener werde unvermeidlich sterben, wenn er oder sie die Hoffnung verloren hatte. Er stellte fest, dass „der Verlust von Hoffnung und Mut tödlich wirken kann (1959, S. 75).“

Frankl vertrat weiter, Hoffnung habe für diese Gefangenen eine Reserve bedeutet, auf die sie sich stützen konnten, sie lieferte, was immer gebraucht wurde, um ihre derzeitige Not zu ertragen. Im Ergebnis mussten die Gefangenen trotz ihrer gegenwärtigen Lebensumstände an ihrer Hoffnung festhalten. Ungeachtet der relativen Hoffnungslosigkeit ihres „Hier und Jetzt“ war es immer noch möglich, wenn nicht aktuell notwendig, für die Hoffnung auf ein besseres Morgen durchzuhalten. Dann hatte Hoffnung eine mächtige Kraft. Gleichzeitig musste Frankl einsehen, dass die intrapersonalen Hoffnungsreserven begrenzt waren; sie konnten sich erschöpfen und aufzehren.

Hoffnung findet ihren Weg in die Psychiatrie

Bald nach Marcells Schriften beginnt Hoffnung in manchen psychiatrischen Veröffentlichungen zu erscheinen, vor allem bei Menninger (1959, S. 491), der darauf bestand, Hoffnung sei ein wesentlicher Bestandteil der Psychiatrie im Speziellen, aber auch der Medizin im Allgemeinen. Menningers Sicht der Dinge ließ ihn erklären, „als Wissenschaftler sind wir an die Verpflichtung gebunden, uns für die Berechtigung von Hoffnung bei der menschlichen Entwicklung einzusetzen.“²

Menninger erklärte außerdem 1959, wir wüssten zu wenig über Hoffnung und sollten keine wissenschaftliche Analyse erwarten. Aber er bekräftigte eindringlich, junge Psychiater sollten für ihre Patienten „eine Kerze der Hoffnung“ darstellen.

Menninger war auf dieses Thema gestoßen, das, auch wenn es sich über die Jahre weiterentwickelt, heute genauso gewichtig bleibt. Vor allem die Idee,

die Mitarbeiter im Gesundheitswesen könnten selbst eine Quelle der Hoffnung für die Klienten darstellen, mit denen sie arbeiten, psychiatrische Pflegekräfte könnten die Hoffnung, die sie in sich tragen, als einen Weg nutzen, einem anderen Hoffnung einzuflößen. Man beginnt zu erkennen, dass Hoffnung von einer auf eine andere Person übertragbar ist.³ Menninger war so überzeugt davon, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen vonnöten sind, die ihrerseits hoffnungsvoll sind und ihre eigenen Hoffnungen haben, dass er davon sprach, die ganze Belegschaft mit Hoffnung zu impfen. Um sicherzustellen, dass alle, die mit Klienten zu tun hatten, das erforderliche Element Hoffnung besaßen.

Jahre, bevor die evidenz-basierte Praxis-Bewegung und das Ethos der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ankamen, sprach Menninger über die Vorteile, die sich daraus ergeben, bei Klienten die Hoffnung zu beleben. Hoffnungsvolle Klienten erholen sich schneller, werden schneller entlassen und ihre Behandlung kostet weniger. Um es deutlich zu sagen – Hoffnung könnte zur Ware werden (Eliot 2005).⁴

Hoffnung taucht in der Psychologie und der Pflege auf

Die Psychologie begann bald, ihren Teil zur Arbeit über Hoffnung beizusteuern; besonders Erikson (1964) lieferte einige Schlüsselgedanken. Aus seiner Sicht ist Hoffnung ein Teil der kindlichen Entwicklung; sofern die Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden, lernt es hoffen. Er vertrat den Standpunkt, Hoffnung sei ein Teil des psychosozialen Überlebensprozesses eines Menschen; sie sei in unserer entwicklungsgeschichtlichen Struktur kodiert und trage daher teilweise zum Überleben der Art bei. Erikson wies interessanterweise darauf hin, dass Hoffnung ohne dauernde soziale Bestätigung nicht bestehen bleibe. Interaktion mit anderen Menschen sei unentbehrlich, um Hoffnung aufrechtzuerhalten und sie wieder aufzufüllen. Für Erikson war Hoffnung daher im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich angesiedelt. Pflege folgte dem Beispiel der anderen Disziplinen und versuchte, mit eigenen Beiträgen zum wachsenden Wissen über Hoffnung beizusteuern. Vaillot (1970) war vielleicht die erste Pflegekraft, die zur Literatur beisteuerte, sie

entdeckte einige für Pflege sehr wichtige Themen. Sie pflichtete den anderen Autoren darin bei, Hoffnung sei lebensnotwendig, in allen Bindungen zwischen Menschen vorhanden und werde vom Handeln der anderen beeinflusst. Sie vertrat außerdem, es sei „die spezifische Aufgabe der Pflegekräfte, Hoffnung zu wecken“ und sie sollten fragen, „wie sie die bei ihren Patienten bewirken können.“ Für Vaillot (1970) war es mehr als eine moralische Verpflichtung, Hoffnung zu wecken, es war Praxis am Arbeitsplatz. Deshalb verlangte sie von Pflegekräften, mehr und besser umsetzbare Wege zu finden, Hoffnung zu wecken.

Es gibt einige vorrangige, jedoch selten erwähnte Fragen. Insbesondere wenn versäumt wird, Hoffnung zu wecken, kommt dies einem Versäumnis der Pflichterfüllung gleich; dadurch trägt man implizit zum Ende des Klienten bei.

Ein anderer wichtiger Beitrag von Pflegekräften zur Literatur über Hoffnung war der von Dufault und Martocchio 1985. Diese Autoren waren unter den ersten, die postulierten, Hoffnung sei eine multidimensionale Lebenskraft. Wenn man die Multidimensionalität von Hoffnung als gegeben annimmt, tauchen mehr und mehr Gelegenheiten auf, Hoffnung zu wecken, als Interventionen, die sich auf jede der Dimensionen richten oder in ihr stattfinden, und alle können sich unterscheiden. Nach Dufault und Martocchio (1985) erhöht dies die Genauigkeit unserer Assessments, da Multidimensionalität die Skala der Verhaltensweisen merklich vermehrt, die auf einen Bedarf hindeuten, Hoffnung zu fördern.

Eine momentane Diskrepanz?

Das führt uns zur Hoffnung in der psychiatrischen Pflege, und hier existiert so etwas wie eine Diskrepanz. Es wurde vertreten und weitgehend akzeptiert, Hoffnung sei im sozialen zwischenmenschlichen Raum angesiedelt, und es existiert umfangreiche Literatur, die vom Wecken von Hoffnung als einer interpersonalen Aktivität spricht (siehe Nekoliachuk 2005 mit einer ausgezeichneten neuen Übersicht, Cohen und Cutcliffe 2007, Cutcliffe und Cohen 2007). Der Autor wird nicht die offensichtlichen Parallelen von Hoff-

nung und psychiatrischer Pflege beackern. Um es anders auszudrücken: Die unübersehbare Verbindung von Hoffnung wecken und psychiatrischer Pflege sollte keine Überraschung sein, wenn man davon ausgeht, dass beide Prozesse zwangsläufig mit einer interpersonalen Beziehung verknüpft sind. Die offiziellen Papiere der Gesundheitspolitik, auf die zu Beginn dieses Artikels hingewiesen wurde, haben scheint's alles richtig beschrieben. Es kann aber dennoch nicht behauptet werden, wenn wir uns die derzeitige psychiatrische Pflege auf der ganzen Welt ansehen, sie habe in der Praxis, der Lehre und der Forschung der Hoffnung einen bedeutenden Platz eingeräumt. Der Autor ermutigt an dieser Stelle den Leser dringend, über die folgenden Fragen nachzudenken:

- Wie viel Aufmerksamkeit wurde in Ihrer psychiatrisch pflegerischen Ausbildung oder nachfolgenden Weiterbildung, die Sie absolviert haben, dem Thema Hoffnung gewidmet?
- Wie oft kommt Wecken von Hoffnung als Ziel in Ihren Pflegeplänen vor?
- Wie genau achten Sie darauf, Ihren Bestand an Hoffnung aufrecht zu erhalten?

Ihre Antworten auf diese Fragen könnten Sie anschließend im Licht der Ergebnisse betrachten, die im nächsten Abschnitt beschrieben werden.

Wie sieht die Zukunft von Hoffnung in der psychiatrischen Pflege aus?

Nachdem die Anfänge und die Entwicklung von Hoffnung in der psychiatrischen Versorgung geschildert und auf die herausragende Rolle von Recovery und Hoffnung in den offiziellen Verlautbarungen hingewiesen wurde, scheint es handfeste Argumente dafür zu geben, dass psychiatrische Pflegekräfte ‚Kerzen der Hoffnung‘ für ihre Klienten sein müssen; der Autor möchte Vaillot's Forderung ausweiten und vorschlagen, es ist die Pflicht psychiatrischer Pflegekräfte, Hoffnung zu wecken. Allerdings steht unser Wissen darüber, wie dies bewerkstelligt werden soll, wie psychiatrische Pflegekräfte bei verschiedenen Gruppen von Klienten Hoffnung wecken sollen, noch am

Anfang. Es beginnt klar zu werden, dass es wahrscheinlich einen formalen und gemeinsamen Prozess gibt, Hoffnung zu erzeugen, und zeitgleich dazu detaillierte und nuancierte Vorgehensweisen. Dies dürfte kaum überraschen, wenn man unterstellt, dass Hoffnung und psychiatrische Pflege beide sozial und interpersonal verankert sind.

Obwohl unsere Psychiatrie-Politik mit ihrer Literatur die Wichtigkeit der Hoffnung bei den Klienten auf dem Weg zu Recovery betont hat, scheint es so, dass unsere psychiatrisch pflegerische Praxis, Bildung und Forschung deren zentrale Bedeutung noch nicht widerspiegelt; dies erfordert unsere gemeinsame und dringende Aufmerksamkeit. Wenn überhaupt wird in unserer Literatur selten erforscht oder diskutiert, dass psychiatrische Pflegekräfte ihre eigene Hoffnung brauchen, und dass wir als Akademiker Wege finden müssen, bei den Pflegekräften selbst Hoffnung zu erhalten, zu hegen und zu wecken.

Zuletzt sollte man erkennen, wie unlogisch Hoffnungslosigkeit ist, sie hat überhaupt keinen Sinn. Niemand weiß, was die Zukunft bringen wird, sie ist ungewiss. Niemand garantiert, dass die gegenwärtigen Schwierigkeiten andauern werden. Wie kann dann irgendjemand wissen, dass seine Zukunft hoffnungslos sein wird. Die logische Folge davon besteht darin, dass es immer Grund zur Hoffnung gibt. In Bezug auf seelische Gesundheit und Recovery bedeutet dies, die Lebensumstände, der Funktionsgrad, die Lebensqualität, der Kampf mit der psychischen Störung einer Person im Hier und Jetzt – nichts davon bleibt ewig bestehen. Mit Hoffnung für ein besseres Morgen bleibt Recovery und mehr als das immer möglich.

Der Artikel wurde zuerst veröffentlicht im Journal for Psychiatric and Mental Health Nursing 2009, 16, S. 843 – 847 und erscheint mit freundlicher Genehmigung des Verlages Blackwell Publishing. Wir Danken dem Friedrich Verlag in Velber für die Genehmigung des in Heft 4 2011 in Deutsche veröffentlichten Beitrags.

Literatur

- Cohen, C. & Cutcliffe, J. R. (2007): *Hope and interpersonal mental health/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. Journal of Mental Health and Mental Health Nursing*, H. 14, 134–140.
- Cutcliffe, J. R. (2004): *The Inspiratin of Hope in Bereavement Counselling*. London: Jessica Kingsley.
- Cutcliffe, J. R.; Cohen, C. (2007): *Hope and interpersonal mental health/ mental health nursing: a systematic review of the literature – part two. Journal of Mental Health and Mental Health Nursing*, H. 14, S. 1401–1147.
- Department of Health (2006): *From values to action: The Chief Nursing Officer's review of mental health nursing*. London: HMSO.
- Dufault, K.; Martocchio, B. C. (Hrsg.) (1985): *Hope – its spheres and dimensions. Nursing Clinics of North America*, H. 20, S. 379–391.
- Elliot, J. (2005): *What have we done with hope? A brief history*. In Elliott, J. A. (Hrsg.): *Interdisciplinary Perspectives on Hope*, New York: Nova Science Publishers, S. 3–45.
- Encyclopedia Britannica (2009): *Definition of Popular Literature*. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/470242/popular-literature> (aufgerufen am 02. 03. 2011)
- Erikson, E.H. (1964): *Insight and Responsibility: Lectures on the Ethical Implications of Psychoanalytical Insight*. New York: W.W. Norton and Co.
- Frankl, V. (1959): *Man's Search for Meaning*. London: Hodder and Stoughton.
- Gamota, G. (2006): *Towards a science-based framework for developing science metrics*. <http://www.wren.network.net/events/2003>.
- Glaser, B. G. (2001): *The grounded Theory Perspective: Conceptualisation Contrasted with Description*, Mill Valley, CA.: Sociology Press.
- Marcel, G. G. (1944): *Homo Viator: Introduction to a Metaphysic of Hope (Translated in 1978 Craufurd, E.) Gloucester: Peter Smith Publishing*.
- Menninger, K. (1959): *The academic lecture: hope. The American Journal of Psychiatry*, H. 11, S. 481–491.

Nekoliachuk, C. (2005): *Diversity oder divisiveness? A critical analysis of hope*. In Cutcliffe, J. R. und McKenna, H. P. (Hrsg): *The Essential Concepts of Nursing*, London: Elsevier, S. 179 –212.

New Zealand Mental Health Commission (2001): *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington.

Scottish Executive (2006): *National Review of Mental Health in Scotland: Rights, Relationships and Recovery. The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland*. Edinburgh.

United States Department of Human Services Addictions and Mental Health Division (2009): *Resilience and Recovery Policy Statement*. www.oregon.gov/DHS/addiction/recovery/amh-resilience-recovery-polstate.pdf (aufgerufen am 02. 03. 2011)

Vaillot, M. (1970): *Hope: the restoration of being*. *American Journal of Nursing*, H. 70, S. 268 –273.

World Health Organisation (2009): *Mental Health Reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery*. www.who.int/bulletin/volumes/85/11/06-039156/en/ (aufgerufen am 02.03.2011)

¹ Der Artikel beruht auf einem Hauptvortrag, den der Autor bei der Horatio-Tagung für psychiatrische Pflege im November 2008 in Malta gehalten hat.

² Ob die Psychiatrie dieser Forderung gerecht geworden ist oder diese Pflicht während der letzten fünfzig Jahre eher vernachlässigt hat, ist eine Frage der Debatte. Jeder Leser mag selbst entscheiden und die Belege gewichten.

³ Siehe auch kürzlich erschienene Forschungsergebnisse, die diese Position stützen, Cutcliffe 2004

⁴ Dies soll heißen, dass Hoffnung für manche heute als Ware betrachtet werden könnte, als ein Phänomen mit ökonomischem Wert, das in Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen einkalkuliert werden könnte.

14. Recovery praktisch! – Die Bearbeitung der Schulungsunterlagen in einer interdisziplinären Lerngruppe

Bodil Eichmann

Hintergrund

Das Thema Recovery ist mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum Europas angekommen. [1] Es gibt bereits verschiedene Erfahrungen bei der Umsetzung in die Praxis und vereinzelt auch Literatur dazu. Mehrfach wurde untersucht, wie Fachpersonen in der Psychiatrie Nutzende in ihrem Recovery-Prozess am besten unterstützen können. Dabei zeigte sich, dass insbesondere die Art, wie Fachpersonen und Nutzende ihre Beziehung gestalten, ein zentrales Element recovery-orientierter Unterstützung ist. So erlebten Nutzende zum Beispiel den Faktor Mitmenschlichkeit als sehr bedeutsam für den Recovery-Prozess. Um Recovery zu fördern ist es deswegen nicht ausreichend, bestimmte Methoden anzuwenden, sondern Werte wie Mitmenschlichkeit müssen in die professionelle Haltung integriert werden. Dies kann ein grundsätzliches Umdenken von Fachpersonen bedingen. [2]

Das im vorliegenden Artikel beschriebene Praxisprojekt wurde auf der Station Lüthi, einer zum Bereich Psychose gehörenden Aufnahmestation der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern, durchgeführt. Auf dieser Station fand bereits 2009 ein Projekt im Pflorgeteam zur Entwicklung eines recovery-orientierten Stationskonzeptes statt. [3]

Problemstellung

Nach dem 2009 durchgeführten Projekt hatten viele Teammitglieder das Bedürfnis, in einem interdisziplinären Rahmen weiter am Thema Recovery zu arbeiten [3]. Eine Pflegefachfrau stiess bei einer privaten Internet-Recherche auf die Schulungsunterlagen „Recovery praktisch!“ und initiierte 2012 die Bildung einer interdisziplinären Lerngruppe zur Bearbeitung der Unterlagen. Alle Mitglieder des interdisziplinären Behandlungsteams der

Station Lüthi wurden per Mail über die Schulungsunterlagen informiert und zur Bildung einer Lerngruppe angefragt. Schliesslich meldeten sich drei Pflegefachpersonen, ein Sozialarbeiter, eine Ergotherapeutin sowie eine Betroffenenvertreterin zur Teilnahme.

Die Schulungsunterlagen

Eine Expertengruppe aus Fachpersonen und einer Betroffenenvertreterin übersetzte das 2008 vom britischen Gesundheitsdienst und vom schottischen Recovery-Netzwerk entwickelte Handbuch „Realising Recovery Learning Material“ und passte es dem deutschen Sprachraum an. Die Schulungsunterlagen sollen Fachpersonen zu einer recovery-orientierten Haltung und zu recovery-orientiertem Handeln befähigen. Sie sind in sechs Modulen aufgebaut und es wird empfohlen, diese in einer Lerngruppe zu bearbeiten.

[4]

Ziele

Das Ziel der Initiatorin der Lerngruppe war die Weiterführung der Recovery-Thematik in einem interdisziplinären Rahmen, um die Arbeitshaltung recovery-orientierter zu gestalten und Bottom-up Veränderungsprozesse zu fördern.

Vorgehen

Bevor mit der Bearbeitung der einzelnen Module gestartet wurde, legte die Lerngruppe beim ersten Treffen im Januar 2013 gemeinsam die Ziele und das methodische Vorgehen fest.

Lerngruppenziele

- Eine recovery-orientierte Haltung entwickeln.
- Ideen für die Praxis sammeln.
- Überprüfen, ob wir wirklich recovery-orientiert arbeiten.
- Gut argumentieren können, wenn es um Recovery geht.

Methodisches Vorgehen

Die Gruppe trifft sich 4-6 wöchentlich für eine Stunde zur Bearbeitung jeweils eines Moduls. Die Module werden von den Teilnehmenden zwischen den Treffen einzeln vorbereitet. Wichtige Gesprächsinhalte werden in einem Protokoll festgehalten. Jemand ist Ansprechperson für Organisatorisches, ansonsten arbeiten wir basisdemokratisch.

Erfahrungen

Als dieser Artikel geschrieben wurde, war die Bearbeitung der ersten drei Module abgeschlossen. Bei der Durchsicht der Gesprächsprotokolle fällt auf, dass einige übergeordnete Themen immer wieder zur Sprache kamen. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt.

Übergeordnete Themen

Eine neue Fachsprache entwickeln:

Psychiatrische Sprache ist oft sehr defizitorientiert und psychische Erkrankungen werden meist sehr einseitig als negativ wahrgenommen. Begriffe wie „realistische Ziele“, „Risiko- und Stressvermeidung“ implizieren, dass den Nutzenden eher wenig zugetraut wird. Um Recovery auch in unserer Sprache abzubilden, haben wir während unserer Treffen immer wieder nach neuen Begriffen geforscht, wie zum Beispiel „Nutzende/Klienten“ anstelle von „Patienten“, „psychische Erschütterung“ anstelle von „Krankheit“, „Zustandsbild“ anstelle von „Diagnose“, „Lebensthemen“ anstelle von „Symptomen“.

Auseinandersetzung mit eigenen Krisen:

Sind wir uns bewusst, dass wir ebenfalls „einen Rucksack mittragen“, gelingt eine Begegnung mit Nutzenden auf Augenhöhe leichter und die eigenen Recovery-Erfahrungen können hoffnungsfördernd wirken. Die Lerngruppe bot bisher auch eine Möglichkeit, eigene Erfahrungen mit psychischen Erschütterungen ohne Scham zu thematisieren.

Recovery leben in einem nicht recovery-orientierten System:

Wiederholt haben wir daran gezweifelt, mit unseren Bemühungen in einem noch sehr defizitorientierten System etwas bewirken zu können. Im Wissen darum, dass selbst kleine Veränderungen sich sehr positiv auswirken können [4], haben wir uns immer wieder gegenseitig ermutigt, zum Beispiel eine neue Fachsprache anzuwenden und uns damit auch im interdisziplinären Team zu exponieren.

Zwischenevaluation

Nach Abschluss des dritten Moduls wurde eine schriftliche Zwischenevaluation mit offenen Fragen gemacht und von allen Lerngruppen-Teilnehmenden ausgefüllt. Folgende Bereiche wurden erfragt: Motivation zur Lerngruppen-Teilnahme, Auswirkungen auf die eigene Haltung und das Handeln im Arbeitsalltag, Auswirkungen auf das Gesamtteam, Visionen/Ideen für das Gesamtteam, persönliche Definition von Recovery, Empfehlungen zur Bildung einer Lerngruppe, mögliche Schwierigkeiten bei der Durchführung einer Lerngruppe. Die Antworten wurden kategorisiert und werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Alle Teilnehmenden haben sich schon vorausgehend mit Recovery befasst. Von der Lerngruppe erhoffen sie sich, die eigene Grundhaltung recovery-orientierter zu gestalten und neue Ideen zu erhalten für die Umsetzung im Arbeitsalltag. Themen interdisziplinär bearbeiten zu können wird als wichtig und motivierend empfunden.

Die Lerngruppe führte bisher zu einer Bestärkung in bereits gelebten Werten. Einigen Teilnehmenden gelingt es, ressourcenorientierter zu arbeiten und die Nutzenden besser in ihrer Autonomie zu stärken. Ausserdem scheint sich der „Graben“ zwischen Fachpersonen und Nutzenden verkleinert zu haben und das Gefühl, dass wir in unseren Empfindungen nicht viel anders sind als die Nutzenden, erleichtert eine Begegnung auf Augenhöhe. Im Arbeitsalltag können neue „Instrumente“ aus den Schulungsunterlagen angewendet werden und insgesamt hat die Eigenreflexion der Teilnehmenden zugenommen. Einige Teilnehmende berichten über die Veränderung der

eigenen Fachsprache und manchmal scheint der Diskurs über Recovery einfacher zu gelingen.

Auswirkungen im Gesamtteam werden nicht von allen wahrgenommen, obwohl Recovery zu einem interdisziplinären Thema geworden ist und die Ziele von Nutzenden insgesamt höher gewichtet werden. Als Vision fürs Gesamtteam wird vor allem der konsequente Einbezug der Nutzenden in den gesamten Behandlungsprozess und eine regelmässige interdisziplinäre Auseinandersetzung mit Recovery genannt.

Die persönlichen Recovery-Definitionen der Teilnehmenden zeigen, dass Recovery sowohl als individueller Prozess der Nutzenden wie auch als Haltung von Fachpersonen gegenüber Nutzenden verstanden wird. In allen Definitionen werden wichtige Aspekte von Recovery genannt wie Sinnfindung, Hoffnung, Verwirklichung von Träumen und Selbstbestimmung.

Die Teilnehmenden empfehlen eine interdisziplinäre Gruppenzusammensetzung mit 4 bis 8 Personen und nicht mehr als ein Treffen monatlich. Nach Möglichkeit kennen sich die Teilnehmenden bereits, um einen offenen und vertrauensvollen Austausch zu erleichtern. Eine basisdemokratische Arbeitsweise und eine gemeinsame Zielfestlegung werden empfohlen. Mögliche Schwierigkeiten können der relativ hohe Zeitaufwand, das Finden gemeinsamer Termine und mangelndes persönliches Engagement sein.

Schlussfolgerungen

Die Schulungsunterlagen waren bisher ein gutes Mittel, um sich mit dem Thema Recovery auseinander zu setzen und neue Ideen für die Praxis zu entwickeln. Obwohl die Teilnehmenden in der eigenen Grundhaltung vielfältige Auswirkungen durch die Lerngruppe wahrgenommen haben, hat sich im Gesamtteam wenig bewegt. Wahrscheinlich sind Top-down Massnahmen notwendig, um eine Weiterentwicklung der Institution als System zu ermöglichen. Die Sensibilisierung bezüglich Recovery macht es für Fachpersonen nicht einfacher, in einem von „tradierten“ Konzepten geprägten psychiatrischen Betrieb zu arbeiten, da sie dadurch jeden Tag mit Aspekten konfron-

tiert werden, die nicht mehr ihrer Arbeitshaltung entsprechen oder welche für sie nicht recovery-orientiert sind. Es wird sich zeigen, in welcher Form Ideen, die in der Lerngruppe entwickelt wurden, auch umgesetzt werden können. Interdisziplinäre Recovery-Lerngruppen sollten jedoch vom Betrieb unbedingt gefördert und offiziell als Weiterbildung anerkannt werden.

Literatur

1. Burr, C., Schulz, M., Winter, A. & Zuaboni, G. (Hrsg.). (2013). *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln: Psychiatrie Verlag.
2. Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit* (5. Aufl.) (p. 324-333). Bonn: Psychiatrie Verlag.
3. Burr, C., Seidel, E. & Abderhalden, C. (2013). *Umsetzung eines recovery-orientierten Konzeptes auf der psychiatrischen Station Lüthi: Praxisbericht und Evaluation aus der Schweiz*. In C. Burr et al. (Hrsg.), *Recovery in der Praxis* (p. 141-157). Köln: Psychiatrie Verlag.
4. Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M. & Winter, A. (Hrsg.) (2012). *Recovery praktisch!: Schulungsunterlagen*. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste UPD.

15. „Ihr werde noch lange an mich denken!“ – Zur Psychopathologie von Schulamokläufern

Matthias Elzer

Fragestellung

Welche Faktoren spielen für das Phänomen von Schulamokläufen (School shootings) eine wesentliche Rolle?

Material

Ausgewertet wurden Presseberichte, Monographien und kriminologisch-forensische Forschungsberichte der letzten 10 Jahre.

Berücksichtigt wurden gesellschaftliche Faktoren (eMedien, PC-Spiele, Wafenzugang), biologische Hypothesen sowie entwicklungspsychologische und psychopathologische Aspekte.

Ergebnisse

Zwischen 1996 und 2012 ereigneten sich weltweit 56 Amokläufen an Schulen und Hochschulen, 4 davon Deutschland. Schulamokläufer sind männliche Jugendliche, Durchschnittsalter 16 Jahre. Im Gegensatz zu erwachsenen Amokläufern kommen die Täter durch ihre Tat zu Tode (1 Ausnahme).

Diskussion und Interpretation

Ebene Täter: Schulamokläufer begehen einen „erweiterten Suizid“. Es werden Interpretationen zur Psychopathologie angestellt: Aufgrund einer schweren narzisstischen Störung wehren sie ihre Depression und Autoaggression mit einer Alloaggression ab und inszenieren einen „heroischen Abgang“, durch den sie „unvergesslich“ werden.

Ebene Opfer: Gewalttaten haben eine hundertfache traumatisierende Wirkung auf Menschen in der sozialen Umgebung der Tat.

Schlussfolgerung

Das Verständnis des vielschichtigen Phänomens Schulamok hat Konsequenzen für die Prävention. Beispielsweise gingen 2009 in Hessen 235 Meldungen über drohende Amokläufe an Schulen ein, von denen 58 als gravierende eingeschätzt wurden [1]. Nach einer Clusterbildung wurden 11 Schüler als potentielle Amokläufer eingeschätzt und 8 von ihnen in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen.

Mitarbeiter/innen psychiatrischer Einrichtungen sind therapeutisch gelegentlich nicht nur mit potentiellen Gewalttätern konfrontiert, sondern auch mit der Welle von traumatisierten Menschen durch eine Tat. Im sozialpsychiatrischen Feld ergeben sich auch für psychiatrisch Pflegende Aufgaben in der Prävention.

Literatur

1. *Bannenberg, B. (2010): "Amokläufe" aus kriminologischer Sicht. Nervenheilkunde 7-8/2010, S. 423 - 429*

16. Pflegerischen Interventionen der APP bei Suizidalität

Udo Finklenburg

Einleitung

Präventive Massnahmen gegen Suizidalität finden auf den unterschiedlichsten Ebenen statt. Einerseits in der Information breiter Bevölkerungsschichten und der Sicherung gefährlicher Stellen als auch in der Betreuung suizidaler Patienten und nach einem Suizidversuch.

In der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) ist die Pflege häufig in Kontakt sowohl mit Risikogruppen, welche noch nicht als suizidal erfasst worden, aber auch über eine Basissuizidalität verfügen als auch mit suizidalen Klienten.

In dem Artikel „Suizid und Suizidprävention“ des Bundesamt für Gesundheit [1] fordert das Bundesamt auf Risikogruppen ausgerichtete Healthcare Massnahmen. Daraus ergibt sich für dieses Aufgabengebiet der Pflege die Verpflichtung, mit Evidenz basierten Mitteln auf Krisen zu reagieren respektive diese zu verhindern, Risiken zu erkennen und entsprechende präventive Massnahmen zu ergreifen, um so die Wirksamkeit zu.

Pflegerische Interventionen oder gar Standards beziehen sich in der Regel auf die klinische Situation [2, 3] und sind nur bedingt für die ambulante Situation übertragbar. Um dem oben erwähnten Anspruch genügen zu können, ist die APP wirksame und in der APP anwendbare Interventionen angewiesen.

Auf der Basis einer Zusammenfassung der zur Verfügung stehenden Literatur diskutierten Fachleute der APP über mögliche Intervention in der APP bei Suizidalität. Das Ergebnis war umfassend und praxisnah.

Fragestellung:

Welche pflegerischen Interventionen stehen bei Suizidalität in der APP zur Verfügung?

Grundlagen

Folgende theoretische Hintergründe bilden die Grundlage.

Risikogruppen [4]:

- Geschlecht
- Alter
- Psychische Gesundheit
- Frühere Versuche
- Ankündigungen
- Körperliche Gesundheit
- Soziale Merkmale
- Gefühle / inneres Erleben
- Situative Faktoren der psychiatrischen Behandlung

Stufen der suizidalen Entwicklung [4]:

- Erwägung
- Abwägung
- Entschluss

Pflegediagnosen:

- Suizidgefahr

Messinstrumente:

- NGASR (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)
- SSF II (Suicide Status Form-II German Vision II)

Zielformulierungen [4]:

- Verhindern des Suizidversuchs
- Distanzierung vom Suizidgedanken
- Konstante funktionierende Pflegebeziehung

Pflegerische Interventionen [5]:

- Screening (vorhanden sein von Suizidalität)
- Kontinuierliche Beurteilung
- Regelmässige Kontaktaufnahme
- Suizidalität direkt ansprechen
- Non Suizidverträge
- Therapeutische Allianz
- Angepasste Kontrolle
- Medikamente anpassen

Alle diese theoretischen Ansätze zur Suizidprävention gehen vom suizidalen Risikopatienten aus. Innerhalb der APP ist der Focus aber mehr auf die Risikogruppen allgemein mit Blick auf die Basissuizidalität. Gemäss A. Finzen [6] heisst Basissuizidalität aber nicht, dass der Klient suizidal ist, sondern nur potentiell gefährdet. Somit müsste überprüft werden, inwieweit die in der Literatur beschriebenen pflegerischen Interventionen in der ambulanten Situation nutzbar sind. Die zur Verfügung stehende Literatur erlaubte hierauf keine Rückschlüsse, was aber im Rahmen einer Fachdiskussion mit Berufskollegen aus der APP möglich wurde. Die Fachdiskussion basierte neben dem Fachwissen auf der persönlichen Berufserfahrung der Teilnehmer sowohl in Kliniken als auch im ambulanten Bereich.

Methoden

Die erste durchgeführte Literaturrecherche bot Material für einen ersten Überblick. Die Arbeiten von Wolfensberger, Abderhalden, Grieser und Hemkendreis gingen alle vom schon suizidalen Klienten aus. Diese Arbeiten bildeten den theoretischen Rahmen, aus dem Rückschlüsse auf die ambulante Arbeit gezogen wurden. Grössere Klarheit brachte die Fachdiskussion, welche durch in der APP erfahrene Pflegefachpersonen geführt wurde.

Die vorbereiteten Fragen konnten im allgemeinen Konsens beantwortet werden, alle Teilnehmer kamen letztlich auf die gleichen Schlussfolgerungen.

Abschliessend wurde eine weitere Literaturrecherche durchgeführt, um die Ergebnisse der Diskussion mit vergleichbaren Arbeiten hinterlegen zu können.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche war wenig aufschlussreich.

Die Primärprävention trifft das Thema nicht (Übergeordnete Massnahmen, Public Health Massnahmen, auf die breite Bevölkerung, nicht auf spezifische Risikogruppen gezielt), und im Rahmen der sekundären Prävention ist ausschliesslich der suizidale, nicht auch der Risikopatient gemeint.

Darüber hinaus wiederholen sich die Inhalte häufig. In der Auswahl wurde Wert gelegt auf Übersichtlichkeit [4] oder die Frage nach Evidenz [5]

Die Fachdiskussion brachte dann konkrete Antworten auf das Thema.

So kann davon ausgegangen werden, dass mindestens 1/3 der ambulanten Klienten (Vergleichsgruppe 34 von 77 Patienten) die Kriterien der Risikogruppen erfüllen, bei genauerem Hinsehen eher noch mehr.

Die Diskussion ergab eine Vielzahl verwertbarer Ergebnisse, die in 4 Gruppen zusammengefasst werden können.

Während die Ziele weitestgehend mit der Vorgabe aus der Literatur übereinstimmen, sind die Ergebnisse von Interventionen, Kompetenzen und Fähigkeiten erheblich umfassender.

Pflegerische Ziele

- Verhindern des Suizidversuchs
- Distanzierung vom Suizidgedanken
- Konstante funktionierende Pflegebeziehung

Pflegerische Interventionen

- Kontinuierliche Beziehung (in Kontakt bleiben, verbindlich, verlässlich, strukturiert, und 7/24)
- Tabuthemen ansprechen
- Kontinuierliche Einschätzung der Situation, ggfs. der Suizidalität und der Absprachefähigkeit
- Relativierende Reaktionen
- Sinngenebe Perspektiven erarbeiten
- Humor
- Bewusster Umgang mit Nähe und Distanz
- Einbezug der Angehörigen
- „Betreuen und Begleiten“ statt Überwachen
- Fördern der Selbstverantwortung und Eigenkompetenz
- Aufbau eines Sicherheitsnetzes
- Verantwortung übernehmen
- Weiterbetreuung organisieren
- Den Willen des Klienten wertschätzen

Der Non – Suizidvertrag stellt für die Gruppe keine Option dar.

Pflegerische Kompetenzen

- Systematische Suizidalitätseinschätzung (NGASR, SSF II)
- Theoretische Hintergründe zur APP
- Fachaustausch
- das Handeln fachlich begründen können

Fähigkeiten (Erfahrung)

- Konstanz (Geduld)
- Einschätzung der Intensität
- Fähigkeit zur intuitiven Wahrnehmung
- Angemessene Reaktionen auf Krisen
- Selbstreflektion, Selbsteinschätzung
- Die eigene Ohnmacht wahrnehmen und akzeptieren können
- Sich seiner Handlungsverantwortung bewusst sein und sie deklarieren können (z.B. ab einer gewissen Suizidalitätsintensität eine FU anstreben).

Mit diesem Repertoire an Zielen, Interventionen, Kompetenzen und Fähigkeiten ist die in der APP tätige Pflegefachperson gerüstet für den Umgang mit suizidalen Klienten und Risikoklienten. Sehr vieles davon ist Erfahrung, und so sind die Beginner in der APP angehalten, den regelmässigen Austausch mit dienstälteren zu suchen. Einige Interventionen wurden als Evidenz basiert identifiziert [5].

Die Fachgruppe war sich einig, dass oben beschriebenes Vorgehen auch zu einer generellen Verminderung der Symptomatik und somit zu tieferen Behandlungskosten führt, aber dies wäre wohl die Fragestellung für eine weitere Arbeit.

Diskussion

Für die Arbeit in der APP mit Suizidalität stehen wenige Studien und Artikel zur Verfügung. Die meisten beziehen sich auf die stationäre Arbeit und beschränken sich auf High-Risk Gruppen. Die Ergebnisse sind auf die APP übertragbar, decken das Themengebiet aber nicht ab.

In der Fachdiskussion wurde aber deutlich, dass gleichwohl sehr viel Erfahrung, Wissen und Handlungsstrategien existieren, mit denen wirksam die genannten Klientengruppen betreut werden können.

Schlussfolgerung

Mit den oben beschriebenen Kompetenzen und Interventionen können erfolgreich Suizidversuche und Suizidalität verhindert, das Risiko zur Suizidalität für die entsprechenden Gruppen reduziert werden. Doch dazu müssten die Pflegefachpersonen sensibilisiert und geschult werden, die vorgeschlagenen Interventionen genauer auf Evidenz geprüft werden.

Die genannten Interventionen entspringen den Erfahrungen einer kleinen Gruppe Pflegefachpersonen. Eine Schlussbemerkung aus der Diskussionsrunde war, dass die APP in allen Bereichen individuell ist, und somit sind es auch die Interventionen. Das Festlegen auf ein paar wenige wäre kontraproduktiv.

Literatur

1. *Bundesamt für Gesundheit Suizid und Suizidprävention – Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer, BAG 2005*
2. *Hemkendreis, B.: „Standard Suizidprophylaxe in der Pflege“, Psych. Pflege heute 2010, 16: 161-164*
3. *Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B., Seifritz, E., Rieder, P., „Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden?“ Psych. Pflege heute 2005, 11: 160-16*
4. *Abderhalden, C. & Kozel, B., S.1025-1038, Sauter, Dorothea et al (Hrsg.), Lehrbuch der Psychiatrischen Pflege, 3. Auflage Verlag Hans Huber, Bern*
5. *Grieser, M. et al, Vernetzen von Theorie und Praxis – Evidenzbasierte Pflegeinterventionen bei der Risikodiagnose „Suizidalität“, Psychiatrische Pflege vernetzt, Kongressband des 8. Dreiländerkongresses Pflege in der Psychiatrie*
6. *Finzen, A.: Suizidprohylaxe bei psychischen Störungen: Prävention – Behandlung – Bewältigung, Psychiatrie Verlag, Bonn, 1997*

17. Evidence-based pflegerisches Gruppen-Angebot auf einer Station für Depressionen und Angsterkrankungen: Praxis-Projekt

Barbara Frey, Edeltraud Kühner, Lucia Strehler

Im Strategieentwicklungsmodell der Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) werden verschiedene Einflussfaktoren aufgeführt wie z.B. Qualität, Forschung und Fachentwicklung. Diese finden sich wieder in Basiskonzepten der Institution, z.B. in den Leitsätzen und den Stellenbeschreibungen der Pflege. Zudem fordert die Schweizerische Gesundheitspolitik, dass Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Mit dem Ziel einer optimalen Nutzung gegebener Ressourcen, entschied sich die Spezialstation für Depressionen und Angsterkrankungen ihre pflegerischen Gruppenangebote zu prüfen.

Projektorganisation und Ziele

Die Evaluation wurde als Praxis-Projekt auf der Basis von evidence-based Practice (EBP) [1] unter der Leitung der Pflegeexpertin in enger Zusammenarbeit mit dem Pflgeteam der Station durchgeführt. Dabei galt es, die vier Bereiche von EBP (Bedarf, Erfahrung/Ressourcen der Pflege, Patientenbedürfnisse und Forschung) einzubeziehen. Das transparente und prozesshafte Projekt und dessen Umsetzung [2] unterstützten im Team einen identitätsstiftenden Lern- und Veränderungsprozess und bedeuteten eine wertvolle Erfahrung zum Thema Pflegequalitäts-Entwicklung.

Vorgehen und Ergebnisse

Der Bedarf wurde mittels Erhebung der Pflegediagnosen, medizinischen Diagnosen sowie soziodemografischen Daten ermittelt. Die häufigsten Pflegediagnosen (n=65) waren Erschöpfung, Angst sowie Suizidgefahr. Die häu-

figste medizinische Diagnose war depressive Störung/Episode (F31-34), wobei es sich mehrheitlich um Dual-Diagnosen handelte.

Die Erfahrungen und Ressourcen des Pflegepersonals (n=10) konnten in Form von Fokusgruppen erfasst und qualitativ inhaltsanalytisch nach Mayring [3] ausgewertet werden. Dabei bestätigte sich, dass das Pflorgeteam den bisherigen Gruppen sehr unterschiedlich gegenüber stand. Wichtige Themen waren die hohe Investition an Ressourcen ohne Gewissheit der Wirksamkeit des Angebotes, die anspruchsvolle Leitung und die Wahrnehmung persönlicher und struktureller Grenzen. Die stimmungsmässig oft schwere Atmosphäre auf der Station und die individuelle Einbindung der Patienten in die Gruppenangebote bargen ein grosses Spannungsfeld. Die Äusserungen der Pflegenden wiesen einen deutlichen Weg auf: Künftige Arbeitsaufgaben sollten persönliche Kompetenzen und Ressourcen berücksichtigen, wirksam und zu bewältigen sein.

Die Befragung der Patienten (n=24) erfolgte anhand vorgegebener Fragen im Rahmen des standardmässigen Austrittsgespräches während eines Zeitraums von vier Monaten. Die Patienten äusserten sich fast durchwegs positiv zu den bisherigen Gruppen und brachten selber keine konkreten Ideen zu gewünschten Gruppen ein.

Für den Bereich der Forschung wurde eine Literaturrecherche mehrheitlich im Medline/Pubmed durchgeführt. Die vorgenannten Resultate sowie Vorschläge aus der Fachliteratur wurden als Suchbegriffe aufgenommen. Bei den Treffern wurden eine hohe Evidenzstufe und aktuelle Untersuchungen angestrebt. In Bezug auf mögliche Gruppeninterventionen konnten über 100 Treffer ausgewertet werden.

Umsetzung in die Praxis

Die erarbeiteten Umsetzungsvorschläge wurden in Diskussionsrunden mit dem Pflgeteam der Station besprochen. Anschliessend beschloss das Projektteam, folgende pflegerischen Gruppen-Angebote auf der Station C1 umzusetzen: Bewegung, Achtsamkeit und Psychoedukation. Diese zukünftigen Gruppen wurden von der Projektleitung und vom leitenden Arzt gutgeheissen.

Das Projekt und die Umsetzung erforderten ein kontinuierliches Projektmarketing, d.h. zielgruppenspezifische Kommunikation und Information. Im Rahmen des Risikomanagements gab es zeitweise triftige Gründe, mit der Umsetzung auszusetzen, z.B. Einführung eines neuen Klinikinformationssystems oder Personalfuktuation.

Bewegung

Die Variante eines gemeinsamen täglichen Spazierganges wurde ausgewählt, weil für depressive Patienten der Schritt in ein bestehendes Sportangebot anfangs oft zu gross ist. Die Ziele dabei sind die Überwindung des Morgentiefs, Bewegung in der Natur, Tageslicht, Sinneseindrücke und gegenseitige Motivation innerhalb der Patientengruppe. Die Leitung der Gruppe übernimmt eine diplomierte Pflegefachperson (HF, FH) und kann situativ delegiert werden.

Achtsamkeit

Zu den Wirkungen von Achtsamkeit [4] zählen unter anderem der Zugang zu inneren Ressourcen, Kontrolle über sich selbst, sich Belastungen besser gewachsen zu fühlen - als Gegenteil zu grüblerischem Denken. Die Achtsamkeitsstunde basiert auf dem Konzept des MBSR (Mindfulness-based stress reduction) und findet einmal wöchentlich statt. Da die regelmässige Anwendung zentral ist, werden Übungen empfohlen, die im Lauf der Woche angewendet werden können. Der Ablauf der fünf Sequenzen enthält einen kur-

zen Theorieteil, Achtsamkeitsübungen sowie einen Austausch über die Praxiserfahrungen.

Die Voraussetzung für die Leitung der Gruppe ist eine MBSR-Weiterbildung oder entsprechende Kenntnisse.

Psychoedukation

Ist in Planung – die notwendige Fortbildung findet im Herbst 2013 statt.

Stand und Perspektive

Die Zielsetzung des Praxis-Projektes, die Implementierung eines evidenzbasierten pflegerischen Gruppenangebotes wurde erreicht. Das Projekt und die Umsetzung ermöglichten auf Stationsebene einen intensiven, gemeinsamen Lern- und Teamentwicklungsprozess. Die erlebte Einflussnahme und der Gestaltungsspielraum sind im weitesten Sinn auch ein Beitrag zur Burn-outprophylaxe [5, 6].

Die Patienten der Station C1 profitieren aktuell vom erarbeiteten Bewegungskonzept und einer Achtsamkeitsgruppe. Die Gruppen sind Teil des interdisziplinären Stationskonzeptes.

Momentan findet bereits die erste Evaluation der beiden eingeführten Gruppen statt. Dies wiederum auf den verschiedenen Ebenen mit Befragung der Patienten, der Pflegenden und der Erfassung der Umsetzung in der Praxis.

Die Inhalte der Psychoedukationsgruppe werden im Herbst 2013 entwickelt und eingeführt. Die dafür vorgesehenen Pflegefachpersonen besuchen eine entsprechende Weiterbildung. Ein weiterer potenzieller Schritt wäre z.B. die Durchführung einer stationsübergreifenden Gruppe.

Die Umsetzung des Projektes ist noch nicht abgeschlossen und erfordert laufend die Einschätzung personeller, zeitlicher und finanzieller Ressourcen sowie die Berücksichtigung des stationsexternen Projektumfeldes, z.B. übergeordnete Projekte. Dies setzt von der Institution und den Beteiligten ein hohes Mass an Engagement, Leistungs- und Investitionsbereitschaft voraus.

Dabei fließen die Personal-, Team-, Fachentwicklung sowie die Qualitätssicherung ineinander.

Literatur

1. Behrens, Johann & Langer, Gero (2010). *Evidence-based Nursing und Caring*. Bern: Huber.
2. Kuster et al. (2011). *Handbuch Projektmanagement (3. Auflage)*. Heidelberg: Springer.
3. Mayring, Philipp (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
4. Weiss, H., Harrer, M., Dietz, T. (2010). *Das Achtsamkeitsbuch (2. Aufl.)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
5. Grebner et al. (2012). *Arbeit und Psychische Gesundheit: Prävention, Rehabilitation, Integration: Was sind gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen?* PRO MENTE SANA AKTUELL, p. 6-8.
6. Kissling, D. (2011). *Zusammenhänge zwischen Burnout und Arbeitsplatz: Forderungen an Unternehmen und an die Führung*. PRO MENTE SANA AKTUELL, p. 19-21.

18. Ambulante Psychiatrische Pflege in der Schweiz vor fünf Jahren, heute und in der Zukunft.

Béatrice Gähler-Schwab

Hintergrund

Vor fünf Jahren war die ambulante psychiatrische Pflege (APP) in der Schweiz noch nicht bekannt. Zwar gab es bereits verschiedene einzelne ambulant tätige Pflegefachpersonen, die bei Klienten zu Hause arbeiteten. Jedoch waren sie im Alltag kaum spürbar. Die stationär arbeitenden Fachpersonen kannten dieses Angebot nicht. Dass Pflegefachpersonen alleine, ohne Team, arbeiteten, kannte man damals ausschliesslich im Zusammenhang mit der Geburtshilfe.

Der Gedanke, dass Pflegefachpersonen der psychiatrischen Pflege ein ähnliches Tätigkeitsfeld beanspruchten, konnte sich kaum jemand vorstellen. Allgemein galt die Regel, die Klienten verlassen das stationäre Setting und gehen wieder zurück in den bereits vorhandenen Alltag. Ambulante psychiatrische Pflegefachpersonen gab es zwar, doch waren sie allgemein wenig bekannt. Interdisziplinäre Strukturen waren zwar am Entstehen, mussten aber gepflegt und gefördert werden, um nicht in Vergessenheit zu geraten.

Rege wurde in den letzten 5 Jahren die Zusammenarbeit mit den Ärzten, Sozialarbeitern, Krankenkassen und den Pflegefachpersonen innerhalb und ausserhalb der Kliniken gefördert. So dass die ambulante psychiatrische Pflege zunehmend bekannter wurde und heute aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken ist.

Der Stand heute zeigt, dass die ambulante psychiatrische Pflege ein wichtiger Bestandteil im Pflegealltag ist.

Gemeinsames interdisziplinäres Arbeiten hat sich bewährt und wird immer noch rege gefördert.

Für die Klienten bedeutet dies Sicherheit und Stabilität im Alltag.

Aus der heutigen Sichtweise ist die ambulante psychiatrische Pflege in der Schweiz zwar sehr gut positioniert. Aber es werden zunehmend auch Schwächen sichtbar. Jede ambulant tätige Pflegefachperson ist in der Lage, selbständig und mit fundiertem Wissen zu arbeiten. Doch die wenigsten sind gewohnt, ihre Arbeit zu beschreiben oder gar gemäss festgelegten Qualitätskriterien auszuführen. Weil zurzeit diese Qualitätskriterien noch fehlen.

Dies sollte gerade ein Anspruch an die Zukunft sein. Qualitätskriterien müssen zwingend in der Zukunft erarbeitet und auf die Wirksamkeit überprüft werden.

Dies könnte gerade in der APP ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung sein. Und würde auch den ambulant tätigen Pflegefachpersonen mehr Sicherheit und Stabilität bieten.

Zielsetzung

Ein erstes Hinweisen auf das Fehlen von festgelegten Qualitätskriterien in der Ambulanten psychiatrischen Pflege in der Schweiz.

Vorgehen

Referat mit zusätzlichen Praxisbeispielen.

Schlussfolgerungen

Aufzeigen, wie wichtig in Zukunft festgelegte Qualitätskriterien in der ambulanten psychiatrischen Pflege sind. Und wie sie in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen eine wesentliche Rolle spielen.

19. Pflegewissenschaft – eine Gratwanderung? Eine von vielen Fragen, die Antwort sucht.

Cornelia Gianni

Bei und nach der Teilnahme an verschiedenen Pflegekongressen, in Gremien und im Austausch mit Pflegepraktikern begegnet mir immer wieder die Frage nach „pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen“, deren Umsetzung und der „Pflegewissenschaft“ im Allgemeinen. Im Austausch mit Pflegepraktikern die stationär arbeiten, zeigen sich Vorbehalte und Verständnisschwierigkeiten, die mit der Pflegewissenschaft verbunden sind.

Transfer Theorie-Praxis

Käppeli [1] bespricht 2003 mögliche Schwierigkeiten bei der Integrierung von der Theorie ins Erfahrungswissen. Dabei wird erwähnt, dass viele Praktiker nicht der Meinung sind, dass Theorie zur Praxisentwicklung nötig sei, was dazu führt, dass theoretische Erkenntnisse nicht genutzt werden. In einem Expertenworkshop [2], 2006 in Bielefeld, wurde der Wissenstransfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Pflege in die Praxis besprochen, auch hier mit dem Fazit, dass es schwierig ist, und nur schlecht angenommen wird. Wir schreiben nun das Jahr 2013, und ich habe den Eindruck, dass sich an diesem Zustand in der Pflege nur wenig verändert hat. Hier stellen sich mir viele Fragen, einige möchte ich besprechen.

Fragen die sich ergeben

Ich möchte hinterfragen ob mehr Wissenschaftlichkeit, die die Regeln der Wissenschaft beinhaltet, den Umstand mit sich bringt, dass Praktiker, die wissenschaftliche Erkenntnisse umsetzen sollten, genau diese Wissenschaft und deren Ergebnisse nicht verstehen. Pflegewissenschaft könnte man als „Gratwanderung“ sehen, die die Aufgabe hat, wissenschaftliche Erkenntnisse zu liefern, möglichst wissenschaftlich und genau, gleichzeitig aber verstanden werden sollte, da sie sonst keine Existenzberechtigung hat. Hier

stellt sich mir die Frage, ist die „Pflegerwissenschaft“ auf dem richtigen Weg? Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse umzusetzen bedeutet, Inhalte zu verstehen und z.B. die Qualität einer Studie und damit die Ergebnisse beurteilen zu können. Es wird von evidenzbasierter Pflege gesprochen, die Frage, die sich mir stellt ist, wer führt diese Pflege aus? Bestünde hier nicht Schulungsbedarf für die Mehrheit der Pflegenden? An vielen Fachhochschulen in Deutschland ist man gerade dabei Bachelor, z.B. im dualen Ausbildungsgang, auszubilden. Es wurde viel diskutiert, welches Wirkungsfeld die so ausgebildeten Pflegenden haben sollten, am Bett und im „Speziellen“ z.B. pflegewissenschaftlich fundierte Pflege auf der Grundlage von Fachwissen z.B. in psychiatrischer Pflege? Für das „Spezielle“ fehlt zunächst einmal Erfahrungswissen und Fachwissen (Bachelor nach Abschluss/Ausbildung), dieses Erfahrungs- /Fachwissen wird im stationären Einsatz erworben. Hier wirft sich die Frage auf, kann es eine Vorgabe geben, wie lange Pflegenden Erfahrungen [3] sammeln sollten um die Qualität zu besitzen spezielle Aufgaben wie z.B. die Umsetzung von Forschungsergebnissen in einem bestimmten Fachbereich zu beurteilen und andere in der Umsetzung anzuleiten. Hierbei ist nicht berücksichtigt, ob theoretische Erkenntnisse immer praktikabel sind, woran ich als „Pflegerwissenschaftler“ grundsätzlich Zweifel habe.

Diskussion

Bisher ist die Zahl der Bachelorabsolventen mit Berufserfahrung überschaubar, die Förderung eines Bachelor Studiums in der Pflege stellt sicherlich eine gute Zukunftsinvestition dar. Es stellt sich mir aber die Frage, wie bringe ich den Pflegenden, ohne Bachelorabschluss, die sich auch in den nächsten Jahren noch in der Überzahl befinden werden, Pflegewissenschaft näher. Wie sollte der Weg ausschauen, das Verständnis für Pflegewissenschaft zu fördern. Kann es genügen, dass wir darauf hoffen mit der Akademisierung in der Pflege in den nächsten 20 Jahren diese Probleme zu lösen, oder muss es Überlegungen geben, die jetzt anwendbar sind?

Schlussfolgerung

Der Vortrag sollte zum Nachdenken und zur Diskussion anregen, nur ein ständiger Austausch zwischen Theorie und Praxis kann zu Ergebnissen und Zufriedenheit in der Berufsgruppe der Pflege führen, und vielleicht Veränderungen herbeiführen, die sowohl Theoretiker als auch Praktiker zufrieden stellen könnten.

Literatur

1. *Käppeli, Silvia 2003 Theorie ins Erfahrungswissen integrieren. Managed Care 5.*
2. *Schaeffer, Doris (Hg.) 2006 Wissenschaftstransfer in der Praxis – Ergebnisse eines Expertenworkshops. Bielefeld.*
3. *Benner, Patricia 2. Aufl. 2012 Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert. Dtspr. Ausg. Hrsg. Von Diana Staudacher. Bern: Huber.*

20. Mitarbeiter entdecken was sie brauchen – Die aufgabenbezogene Qualifizierungsbedarfsanalyse

Wolfram Gießler

Qualifizierungsbedarfe zu ermitteln, kann als Abfrage von Fortbildungswünschen bei einzelnen Mitarbeitern durchgeführt werden oder ihnen werden als unternehmensstrategische Entscheidung Qualifizierungsangebote vorgegeben. Eine weitere Variante ist die individuelle Ermittlung im Rahmen von Personalbeurteilung und Mitarbeitergesprächen, die zu sehr präzisen individuellen Bedarfsfeststellungen führen können, jedoch die Ebene der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung nicht im Blick hat. Kernfrage in der Personalentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen ist jedoch, welche Qualifikationen und Kompetenzen werden im multiprofessionellen Team von wem, wann, wo und in welcher Ausprägung benötigt. In der alltäglichen Zusammenarbeit einer Abteilung, einer Station oder eines Teams muss nicht jeder alles gleich gut können, jedoch muss gewährleistet sein, dass die Aufgaben in einer Mindestanforderung erfüllt werden und die Qualifikationsunterschiede z.B. in einem Team transparent sind und kompensiert werden können.

Hier setzt die Methode der aufgabenbezogenen Qualifizierungsbedarfsanalyse an: Mitarbeiter ermitteln selbst, was sie an Lernangeboten und Unterstützung brauchen, um ihre Aufgaben gut erfüllen zu können. In einem geförderten Projekt zur Etablierung einer systematischen Personalentwicklung in psychiatrischen Kliniken wird folgende Form der QBA seit 2012 mit Teams praktiziert:

- Die wichtigsten Aufgaben des Arbeitsbereichs werden ausgewählt.
- Die Mitarbeiter/-innen schätzen sich persönlich nach einheitlich vorgegebenen Kriterien selbst ein, wie gut sie diese Aufgaben/Kompetenzen erfüllen.

- Das Team bewertet und interpretiert die Ergebnisse der Selbsteinschätzung.
- Stärken und Qualifizierungs- und Entwicklungsbedarfe des Teams werden ermittelt.

Die einzelnen Schritte der QBA werden durch einen Moderator begleitet und visualisiert, so dass dem Team eine Übersicht seiner Aufgaben mit der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter/-innen vorliegt. In den beteiligten Kliniken des Projekts sind Mitarbeiter/-innen als Moderatoren für die Durchführung der QBA qualifiziert worden, die in den Abteilungen mit den einzelnen Teams die QBA durchführen.

Die Ergebnisse der Selbsteinschätzung werden von den Mitgliedern eines Teams mit Hilfe der Moderation selbst bewertet: inwieweit sind wir als Team insgesamt in der Lage, die jeweilige Aufgabe zu erfüllen, welche Stärken haben wir als Team und welche Lern- und Veränderungsbedarfe gibt es bei einzelnen Aufgaben. Dann wird festgelegt, mit welchen teaminternen oder externen Fortbildungen, Anleitungen oder auch organisatorischen Veränderungen die festgestellten Bedarfe gedeckt werden sollen.

Durch diese Form der Selbstbewertung werden die Potentiale eines Teams sichtbar und Veränderungs- und Lernbedarf wird durch das Team selbst beschrieben. So können Fortbildungen und Lernangebote passgenau für diese Bedarfe geplant werden.

Durch die bisher im Projekt durchgeführten QBA wurde eine große Bandbreite unterschiedlicher Bedarfe ermittelt. Sie reicht vom Umgang mit dem Klinik-Handbuch, der Vereinfachung der Materialbeschaffung, über die Organisation der Therapieangebote bis zum Achtsamkeitstraining. Es gibt aber auch Bedarfe, die durch eine QBA sichtbar werden, für die eine Fortbildung nicht geeignet ist. So können mit der QBA auch Schwierigkeiten der Zusammenarbeit oder Zuständigkeit in einem Team sichtbar und besprechbar werden. In diesem Fall werden durch das Projekt in Absprache mit Leitung und Team beispielsweise moderierte Teamentwicklungstage angeboten.

Im Workshop haben die Teilnehmer/-innen Gelegenheit die Methode der QBA auszuprobieren. Es werden Beispiele aus den am Projekt beteiligten psychiatrischen Kliniken vorgestellt und Möglichkeiten aufgezeigt, wie die QBA systematischer Bestandteil der Personalentwicklung in der Psychiatrie werden kann.

21. Implementierung einer poststationären Übergangsbehandlung im Rahmen der Projekte zukunftsorientierte Psychiatrieentwicklung

Rebecca Gonzales

Hintergrund

Im Bereich Alterspsychiatrie der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurde eine aufsuchende Pflege bereits seit 2007 angeboten. Aufgrund der positiven Erfahrungen sollte dieses Angebot im Rahmen eines kantonalen Modellprojektes ab Mitte 2011 auf alle Bereiche der Klinik erweitert werden. Die Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB) soll eine integrierte Versorgung vom Eintritt bis über den Austritt hinaus mit einem nahtlosen Übergang vom stationären ins heimische/ambulante Setting gewährleisten, um dadurch Versorgungskontinuität und Versorgungsqualität zu verbessern.

Auftrag

Mit Hilfe der PSÜB sollen eine frühere Entlassung ermöglicht, stationäre Pflage tage reduziert und durch eine engmaschige Unterstützung in der sensiblen Phase nach der Entlassung kurzfristige Wiederaufnahmen vermieden werden.

Planung / Vorgehen

- Januar 2011: Die Projektgruppe PSÜB wird multiprofessionell besetzt.
- Februar 2011: Die Projektgruppe erarbeitet das Konzept der PSÜB.
- März 2011: Das Konzept wird von der Direktion verabschiedet.
- April-Juni 2011: Die personellen, infrastrukturellen und logistischen Rahmenbedingungen werden erstellt.

- Mai-August 2011: Die inhaltliche Arbeitsweise der PSÜB und ihre Kooperation mit internen und externen (Nach-) Behandlern wird geklärt.
- September 2011: Die PSÜB startet mit 400 Stellenprozenten.

Erste Ergebnisse

- Von den 73 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2011 von der PSÜB behandelt wurden, hatte über die Hälfte (54%) im Jahr 2012 keinen stationären Wiedereintritt.
- Im Jahr 2012 wurden 274 Patientinnen und Patienten nach ihrem stationären Austritt von der PSÜB intensiv aufsuchend behandelt.
- Die stationären Pflgetage der Klinik sind rückläufig und die Verweildauern verkürzt.
- Die PSÜB wird von den Stationen stark nachgefragt und entwickelte sich rasch zu einem integralen Bestandteil des Entlassungsmanagements der Stationen.
- Das Abfangen von Krisen im häuslichen Umfeld ist in vielen Fällen möglich.
- Der aktive Einbezug der Angehörigen stabilisiert das Gesamtsystem.
- PSÜB ist für viele Patientinnen und Patienten ein letzter Rettungsanker gegen Einsamkeit und Alleinsein. („Wenigstens kommen Sie vorbei.“) Aber was passiert, wenn die drei Monate um sind?
- Es fehlt an niederschweligen, ambulanten Tagesangeboten / Tagesstätten, die auf die individuellen Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen eingehen.

Probleme

- Anspruchsvoller Caseload birgt Burnout-Gefahr für das engagierte Team.
- Der konsequente Fallabschluss nach drei Monaten ist eine hohe Herausforderung.
- In der häuslichen Situation zeigen sich häufig noch weitere Problemfelder, die auf Station ausgeblendet waren.
- Selbst für die PSÜB Mitarbeitenden gestaltet sich die Kontaktaufnahme zu den Nachbehandlern manchmal schwierig.

Erfahrungen und Diskussion

Zu Beginn benötigten die Stationen eine gewisse Zeit, um sich an das neue Angebot, welches die stationäre Austrittsplanung verändert, zu gewöhnen. Die PSÜB-Pflegefachpersonen mussten anfänglich viel auf den Stationen selbst präsent sein, um für das neue Angebot zu werben. Mit steigendem Bekanntwerden der PSÜB wurde das Angebot von den Stationen sehr gerne genutzt. Gleichzeitig stellten die Mitarbeitenden der PSÜB fest, dass ein noch grösserer Bedarf an gemeindenahen, niederschweligen Angeboten besteht. Weitere hinzukommende Anfragen für die PSÜB von externen Fachstellen mussten aufgrund des („poststationären“) Projektauftrages abgelehnt werden.

22. Die habituellen Grundlagen von Jugendlichen beim Sterben eines Elternteils – Wie werden institutionelle Hilfen angeeignet?

Caroline Grosser Ummel

Hintergrund

Das laufende Forschungsprojekt steht im Kontext der aktuellen interdisziplinären Bemühungen um eine Verbesserung der institutionalisierten Begleitung von Sterbeprozessen in Einrichtungen und Diensten, die Palliativmedizin und -pflege anbieten (beispielsweise Hospize oder Allgemeinkrankenhäuser). Es fokussiert in diesem Zusammenhang nicht auf Sterbende, sondern auf Jugendliche als Angehörige von Sterbenden. Die Erfahrung, nächste Verwandte zu verlieren, ist ein soziales Phänomen, bei dem Interaktionen zwischen Sterbenden, Angehörigen und Professionellen eine wichtige Rolle spielen. Pflegewissenschaftliche Untersuchungen weisen beispielsweise auf die Bedeutsamkeit eines familienzentrierten Ansatzes in der Palliativpflege hin [1].

Generell ist die Frage, wie Kinder und Jugendliche das Lebensende eines Elternteils erleben und welche Folgerungen daraus für die Einrichtung entsprechender institutioneller Hilfen gezogen werden können, ein junges Forschungsthema. Es wird vor allem im angelsächsischen Raum aufgegriffen [2, 3]. In bestehenden Studien werden Jugendliche nach ihren Erfahrungen und allfälligen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Krankheit und dem bevorstehenden Tod eines Elternteils befragt, um so Zugang zu gewinnen nicht nur zu ihrer Perspektive auf das miterlebte Lebensende, sondern auch zu ihren tatsächlichen Bedürfnissen. In einem weiteren Schritt geht es dann oft im Hinblick auf Präventionsfragen um die Modellierung eines adäquaten Betreuungskonzeptes.

Vor allem im Rahmen der „Young carers“-Forschung finden sich Hinweise zu den einschlägigen Erfahrungen von Jugendlichen mit institutionellen Unter-

stützungsangeboten, anknüpfen lässt sich insbesondere an die Studien von Becker [4, 5]. In den Arbeiten wird jedoch die biographische Bedeutung institutioneller Hilfen für Jugendliche beim Sterben eines Elternteils fast gar nicht in den Blick genommen. Mit dem Projekt möchten wir diese Forschungslücke empirisch und theoretisch schliessen.

Fragestellung

Im Zentrum der Studie steht die Frage, wie Jugendliche das Sterben eines Elternteils biographisch verarbeitet haben, und welche Bedeutung dabei in Anspruch genommene Unterstützungen, vor allem institutioneller Art, für sie gehabt haben.

Die biographische Rahmung unserer Fragestellung ermöglicht es, den Prozess der Aneignung institutionalisierter Hilfen zugänglich zu machen, zu verstehen und theoretisch zu erklären. Erst auf dieser Basis lässt sich einschätzen, wie nachhaltig solche Unterstützungen für die weiteren Lebenszusammenhänge von jungen Menschen waren.

Methode und Material

Über erzählgenerierende Interviews von ca. 15-20 Menschen, die als Adoleszente einen Elternteil durch eine zum Tode führende Krankheit verloren haben, werden mit fallrekonstruktivem Zugang [6] die Prozesse einer lebensgeschichtlichen Aneignung institutioneller Hilfen untersucht. Die Interviews werden mit gesunden Personen geführt.

Wenn man davon ausgeht, dass institutionelle Hilfen auf einer habituellen Grundlage angeeignet werden müssen, lässt sich daraus ableiten, dass erst nach einer gewissen Zeit die Nachhaltigkeit dieser Unterstützungen der Beobachtung zugänglich wird. Aus diesem Grund werden Jugendliche und Erwachsene, deren Erfahrung mit dem Lebensende der Mutter oder des Vaters mindestens drei, aber nicht länger als fünfzehn Jahre zurückliegt, befragt.

Ergebnisse

Aus den Analysen der bisherigen zentralen Fälle zeigt sich, dass anlässlich des miterlebten Lebensendes insbesondere die familiären Bedingungen, auf die die Krankheit und das Sterben des Elternteils treffen, durch junge Erwachsene thematisiert werden. Exemplarisch dafür steht der Fall einer Familie, in der sich durch das Sterben der Mutter die zentrale Familienproblematik verschärft und beschleunigt: Nicht die sterbende Mutter rückt in den Fokus der Erzählung ihrer Tochter, sondern die Fraglichkeit der Familie als Ganzes bzw. als etwas Selbstverständliches. Diese Fraglichkeit ist ein wiederkehrendes Thema in der institutionellen Beratung, die die Interviewpartnerin als Hilfe deutet und die sie teilweise, z. B. in beruflicher Hinsicht, in ihre weiteren Lebenszusammenhänge integrieren kann.

Auf einer allgemeineren Ebene stellten wir darüber hinaus bei weiteren Fällen fest, dass institutionelle Hilfen im Vergleich zu Unterstützungen von Familienmitgliedern (z. B. Tanten), Paten, eigenen Partnern oder guten Freunden des verstorbenen Elternteils eine geringere biographische Bedeutung für junge Erwachsene haben.

Diskussion

Unter welchen spezifischen familiären und anderen Rahmenbedingungen Jugendliche das Sterben eines Elternteils erfahren, und inwiefern sie diese Bedingungen in ihrer Erzählung im Zusammenhang mit dem Verlust von Mutter oder Vater thematisieren, haben wir in der theoretischen Rahmung des Projekts anfangs zu wenig in den Blick genommen. Die bisherigen empirischen Erfahrungen bzw. das, was im Interviewmaterial anhand der Feinanalyse zum Ausdruck kommt, legen jedoch eine weitaus stärkere Einbeziehung dieser Dimension nahe. Insofern, so unsere Vermutung, lassen sich die Fälle untereinander noch präziser vergleichen.

Schlussfolgerung

Die Problematik rund um die Begleitung der Angehörigen von Sterbenden wird in palliativ orientierten Institutionen und in der Sozialpolitik in den nächsten Jahren an Dringlichkeit gewinnen. Das Projekt erarbeitet hierfür das nötige Grundlagenwissen, zudem sollen die Studienergebnisse in die Gestaltung von institutionellen Hilfen für betroffene Angehörige einfließen. Für eine angemessene Unterstützung von Jugendlichen beim Sterben eines Elternteils und danach ist es wichtig zu erkennen und zu verstehen, in welche jeweiligen Kontexte der Familie der Krankheits- und Sterbeprozess eingelagert ist und inwiefern es jungen Menschen möglich ist oder nicht, in Anspruch genommene institutionelle Hilfen in ihre weitere Biographie zu integrieren.

Literatur

1. Mehta, A., Cohen, S. R., Chan, L. S. (2009). *Palliative care: a need for a family systems approach. Palliative & supportive care, 7(2), 235-243.*
2. Lite Dehlin, L., Martensson Reg, L. (2009). *Adolescents' experiences of a parent's serious illness and death. Palliative and Supportive Care, 7(1), 13-25.*
3. Kristjanson, L. J., Chalmers, K. I., Woodgate, R. (2004). *Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. Oncology nursing forum, 31(1), 111-119.*
4. Becker, S. (1995). *Young carers in Europe: an exploratory cross-national study in Britain, France, Sweden and Germany: Loughborough University.*
5. Aldridge, J., Becker, S. (1993). *Children who care: inside the world of young carers: Loughborough University.*
6. Oevermann, U. (2000). *Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie in der klinischen und pädagogischen Praxis. In K. Kraimer (Ed.), Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Suhrkamp.*

23. Mit anderen Augen sehen – Psychiatrieerfahrene und Pflegende gestalten gemeinsam die Fotoausstellung „verrückte Bilder“

Caroline Gurtner, Beatrice Gehri, Silvia Grob, Karin Stutte

Hintergrund

Nationale Untersuchungen zeigen, dass auch in der Schweiz mittlerweile fast jede zweite Person im Verlaufe ihres Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen ist [1, 2]. Trotzdem werden Betroffene noch immer häufig von der Gesellschaft ausgegrenzt und stigmatisiert. Auch Fachpersonen, die in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung arbeiten kennen dieses Stigma. Experten fordern deshalb mehr Öffentlichkeitsarbeit, um die Bevölkerung zum Beispiel über Behandlungsangebote und -möglichkeiten von psychischen Erkrankungen zu informieren und dadurch Vorurteile abzubauen [3]. Als besonders wichtig werden dabei der Einbezug und die Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen beschrieben. Psychiatrieerfahrene können anhand ihrer eigenen Erfahrungen andere Betroffene ermutigen, ihren eigenen Weg der Genesung zu gehen und zeigen, dass es möglich ist, mit einer psychischen Erkrankung ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen. Diese Haltung unterstützen auch neue Konzepte in der Psychiatrie, wie „Recovery“.

Auftrag/ Ziel

Die Idee für eine Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie entstand im Rahmen des Moduls „Pflege an die Öffentlichkeit“ im Masterstudiengang „Pflegerwissenschaft“ an der Universität Basel, Schweiz. Die Studierenden erhielten den Auftrag, ein Medienprodukt zu einem selbst gewählten Thema im Bereich der Pflege zu entwickeln. Für die 4 Projektinitiantinnen war aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit von Anfang an klar, dass sie ihr Medien-

produkt im Bereich der psychiatrischen Pflege ansiedeln und dieses in enger Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen durchführen möchten.

Relativ rasch zeigte sich, dass mit einer Fotoausstellung eine breite Öffentlichkeit angesprochen werden kann und sich dieses Vorhaben zugleich mit Sponsorengeldern finanzieren lässt. Ziel der Ausstellung war es, den Alltag in einer psychiatrischen Klinik mit einzelnen typischen „Szenen“ zu zeigen und darauf aufmerksam zu machen, dass in Zukunft mehr spezialisierte Psychiatriepflegende benötigt werden um eine individuelle und ganzheitliche Pflege gewährleisten zu können. Die Besucher der Ausstellung sollen auf einem Rundgang durch die Ausstellung die verschiedenen Phasen eines Klinikaufenthaltes vom „Eintritt“, über die „Teilnahme an Gruppengesprächen“ und „Spaziergängen“ bis zum „Austritt“ und zugleich „Abschied von Vertrautem“, hautnah miterleben können.

Vorgehen

Um diesen Alltag in der Klinik sichtbar zu machen, liessen sich 6 Personen mit Psychiatrieerfahrung von einem professionellen Fotografen portraituren und zusammen mit den Projektinitiantinnen fotografieren. Die Bilder zeigen einzelne Szenen aus dem Klinikalltag und erzählen einen kleinen Ausschnitt aus der persönlichen Geschichte der Teilnehmenden. Ergänzt wird die Ausstellung mit Zitaten von Betroffenen. Sie beschreiben mit einprägsamen Worten, was für sie „gute Pflege“ bedeutet und welche Unterstützung von den Pflegenden während ihres Klinikaufenthaltes besonders hilfreich war.

Für die geplante Ausstellung konnte eine bekannte Kulturinstitution gewonnen werden. Dank dieser Zusage fanden sich weitere Sponsoren (Kliniken, Fachgruppen, Lehrbetriebe und Unternehmen), welche mit ihrer grosszügigen finanziellen Unterstützung dieses Projekt überhaupt ermöglicht haben.

Erlebnisse/ Erfahrungen

Die Projektinitiantinnen hatten lediglich vier Monate Zeit, um ihre Projektidee umzusetzen, Sponsoren zu gewinnen und schlussendlich eine Ausstellung mit Vernissage zu organisieren. Es mussten Räume für die Ausstellung und für die Fotoaufnahmen gesucht und Psychiatrieerfahrene gefunden werden, die bereit waren, sich einer grossen Öffentlichkeit zu zeigen. Ein weiterer Meilenstein war die Suche nach einem Fotografen, der die Szenen aus dem Klinikalltag und die Portraits der Psychiatrieerfahrenen mit farbigen ausdrucksstarken Bildern eingefangen hat. Für die Projektgruppe war es eine grosse Herausforderung, in dieser kurzen Zeit ein Projekt von der Finanzierung bis zur Umsetzung durchzuführen und es gab „Hochs“ und „Tiefs“ während diesen Monaten.

Zur ersten Ausstellung Anfang dieses Jahres kamen zahlreiche interessierte Besucher und es wurde in einer Radiosendung und Tageszeitung darüber berichtet. Die Vernissage stellte sich als wahrer Besuchermagnet dar. Das Publikum war bunt gemischt und die Stimmung ausgelassen und fröhlich. Neben Personen, die im Gesundheitswesen oder der Lehre tätig sind, kamen auch viele Psychiatrieerfahrene und kulturell interessierte Besucher.

Diskussion

Spontane, wertschätzende Kommentare der Besucher zeigen, dass das Interesse der Öffentlichkeit am Thema „Psychiatrie“ und „Psychiatrische Pflege“ sehr gross ist. Die Offenheit der Psychiatrieerfahrenen, sich einem breiten Publikum zu zeigen, löste zudem grosse Bewunderung aus. Es war deshalb von Anfang an wichtig, dass die Psychiatrieerfahrenen nicht als Statisten beim Projekt mitwirken. Vielmehr konnten sie sich beim Entwickeln des Drehbuches für die Fotoszenen und auch beim Fotoshooting selber aktiv einbringen. Bedenken und Ängste, sich auf den Fotos „ausliefern“ zu müssen, konnten so überwunden werden.

Einige Besucher hatten zuvor ein anderes Bild vom Alltag auf einer psychiatrischen Abteilung und waren froh um diese veränderte Perspektive. „Das

gibt einen Einblick in die Psychiatrie, den man sonst nicht bekommt“ oder „es ist toll, dass jemand dieses Thema aufgreift und einmal von der positiven Seite her beleuchtet“, waren spontane Kommentare der Besucher. Es war für die Betrachtenden offenbar auch schwierig auf den Bildern zu erkennen, wer die Psychiatrieerfahrenen und wer die Pflegenden sind. Dies war natürlich ganz im Sinne des Projektteams und soll im positiven Sinne zur Entstigmatisierung beitragen.

Ausblick und Schlussfolgerung

Die Nachfrage nach den Bildern und Informationen zur Ausstellung ist sehr gross. Bereits konnte die Fotoausstellung an mehreren Standorten in der Schweiz gezeigt und an Vorträgen und in Zeitschriftenartikeln über das Projekt berichtet werden. Rückmeldungen von interessierten Fachpersonen und Besuchern zeigen, dass das Interesse an Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der psychiatrischen Pflege gross ist. Teilweise fehlt es an finanziellen Mitteln und konkreten Ideen zur Umsetzung. Eine gute Vernetzung der einzelnen Akteure und zukünftigen Initianten wäre daher sinnvoll, um weitere Projekte und Ideen zu planen und ein möglichst breites Publikum erreichen zu können. Die Zusammenarbeit mit den EX-In Absolventen wurde als sehr bereichernd erlebt und dank der Ausstellung findet bis heute ein regelmässiger Austausch statt.

Literatur

1. Wittchen, H.U., F. Jacobi, J. Rehm, A. Gustavsson, M. Svensson, B. Jönsson et al. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology*, 21: 655–679.
2. Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
3. Martino, H., & Rabenschlag, F. (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung - Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit.*, Online: (www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Enstigmatisierung_120815.pdf)

24. Psychische Erkrankungen, burnout und Arbeitsbelastungen – eine kritische Betrachtung

Tim Hagemann

Einleitung

Es ist inzwischen unbestritten, dass sich arbeitsbedingte Erkrankungen hinsichtlich der Schwere und der Dauer hin zu den psychischen Beeinträchtigungen verschieben. Als Beispiel sei das Phänomen des Burnouts genannt. Hier liegt eine Rückzugsreaktion aufgrund von chronisch-stressreichen Anforderungen am Arbeitsplatz vor. Auch wenn Burnout anfangs nur mit sozialen Berufen assoziiert wurde, ergaben in Folge unzählige Publikationen eine Betroffenheitsrate durch alle Berufsgruppen. Bemerkenswert ist allerdings die ungesicherte Datenlage. Da es sich um eine Zusatzdiagnose im ICD 10 (Z 73, Version 2009) handelt, gibt es zum Burnout keine belastbaren Zahlen. In den Medien zitierte Studienergebnisse, wie zum Beispiel, dass 10,5 % der Bevölkerung „ausgebrannt“ sei¹, beruhen meist auf einzelnen Fragen. Und trotz jahrelanger Forschung gibt es in der Fachwelt nach wie vor eine Diskussion, ob Burnout überhaupt als eigenständiges Krankheitsbild existiert. Es gibt dazu keinen kritischen Grenzwert bezüglich der Anzahl oder Qualität von Symptomen, noch eine Unterscheidung in milde, mittlere oder starke Formen und insbesondere die Abgrenzung zur Depression gestaltet sich schwierig.

Stress, Burnout und Depressionen

In Anlehnung an ein Positionspapier der DGPPN kann kontinuierlicher Arbeitsstress zu einer Erschöpfung führen, die man als Burnout bezeichnen kann [1]. Dieser Erschöpfungszustand löst sich durch Erholungsphasen wie-

¹ Repräsentative Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK Nürnberg) im Auftrag der Apothekenrundschaу, 2007

der auf. Erfolgt eine solche Rekreation nicht und besteht eine bedrohliche und missliche (Arbeits-) Situation fort, kann eine Depression entstehen. Somit könnte man das Phänomen Burnout irgendwo auf einem Kontinuum zwischen einfachen Stressreaktionen und schweren Depressionen einordnen. Die diagnostische Unschärfe deckt sich dabei mit der sprachlichen Unschärfe in der öffentlichen Diskussion. Es ist davon auszugehen, dass Menschen, die sich in klinische Behandlung begeben, vor allem unter depressiven Verstimmungen leiden. Die Diagnose Burnout dient dann dazu das Stigma der Schwäche, Kränklichkeit und Unfähigkeit, welches der Erkrankung der Depression anhaftet, zu umgehen [2].

Tatsächlicher Anstieg oder Artefakt?

Die Diskussionen um das Phänomen Burnout haben steigende Arbeitsbelastungen als mögliche Ursache in den Fokus gerückt. Auch werden neue technologische Medien- und Kommunikationsformen als Ursachen diskutiert. Kritiker bestreiten dies allerdings und argumentieren, dass nicht die Anzahl der psychischen Erkrankungen steigt, sondern nur die Anzahl der Diagnosen. Demnach wären Depressionen zuvor, vermutlich zugunsten ihrer begleitenden somatischen Symptome, zu niedrig in die Krankheitsstatistiken eingegangen. Und es gibt durchaus Befunde, die diese Hypothese stützen:

Der Anstieg der psychischen Erkrankungen – insbesondere von Burnout – wird häufig als direkte Folge hoher Arbeitsbelastungen gesehen. Ausufernde Arbeitszeiten und eine hohe Arbeitsdichte sind dabei genannte Ursachen. Bei näherer Betrachtung hält diese Hypothese kaum stand. Studien zeigen, dass z.B. bei Selbstständigen und Freischaffenden die Zufriedenheit mit zunehmender Arbeitszeit und Arbeitsdichte steigt [3]. Es scheint, dass der sogenannte workload kein zuverlässiger Prädiktor für Burnout ist. Auch ist „in Arbeit zu sein“ ein entscheidender Faktor für die psychische Gesundheit. Untersuchungen zeigen, dass die höchsten psychophysiologischen Stresswerte und depressive Verstimmungen bei arbeitslosen Menschen auftreten [4]. Als weiteren Punkt lässt sich anführen, dass es in der Arbeitswelt in den

letzten Jahrzehnten deutliche Belastungslinderungen bezüglich Lärm, Arbeitsplatzgestaltung, besserer Schichtmodelle usw. gegeben hat.

Noch gewichtiger ist das Argument, dass ein Anstieg der Depression mit einer erhöhten Suizidrate einhergehen müsste. Dies ist aber nicht der Fall. Tatsächlich hat sich die Anzahl der Suizide in Deutschland in den letzten 30 Jahren fast halbiert. Dies spricht dafür, dass Depressionen und andere psychische Erkrankungen heute besser diagnostiziert und behandelt werden [5].

Weiter ist zu kritisieren, dass viele Studien, die das Auftreten von psychischen Erkrankungen in einen Zusammenhang mit einer misslichen Arbeitssituation stellen, Querschnittstudien sind. Solche Korrelationsstudien lassen sich durchaus auch anders interpretieren. Denn Menschen mit depressiven Verstimmungen beurteilen ihre Situation und Umgebung kritischer und negativer als Gesunde. Dann wären nicht ungünstige Arbeitsbedingungen Ursache der Erkrankung, sondern diese Ursache für die kritischen Bewertungen.

Auch könnte die Attribuierung psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsbedingungen einer veränderten Aufmerksamkeitsfokussierung geschuldet sein. Wenn beispielsweise ein Mensch aufgrund eines Jobangebotes sein vertrautes soziales Umfeld verlässt und nach einiger Zeit wegen beruflicher Überanstrengung einen Burnout erleidet, kann dies bei näherer Betrachtung auch andere Ursachen haben. Das fehlende soziale Umfeld hat zu Mehrarbeit animiert und diese hat wiederum den Aufbau eines sozialen Netzes verhindert. Einsamkeit wäre dann eine ebenso plausible Erklärung für eine psychische Verstimmung.

Abschließend ist auch die Verbindung psychischer Erkrankungen mit dem „Informationsoverload“ unserer Zeit umstritten. Denn dieser Vorwurf begleitet den Fortschritt seit Erfindung von Telefon und Radio.

Aber es gibt auch Gründe, tatsächlich von einem Anstieg psychischer Erkrankungen wie der Depression auszugehen. Folgende Beobachtungen und Entwicklungen kann man in diesem Zusammenhang anführen:

In den 1960er Jahren begannen die strikten gesellschaftlichen Vorgaben aufzubrechen. Persönliche Freiheit und Selbstverwirklichung rückten in den Vordergrund. In Folge hat eine bis heute anhaltende tiefgreifende Individualisierung eingesetzt, mit einer enormen Pluralisierung. Aber wir sind nun auch, da scheinbar wenig von außen vorgegeben ist, zunehmend die uneingeschränkten Schmiede unseres eigenen Glücks.

In dieser neuen Freiheit muss man nun selbst, was früher von außen vorgegeben war, bestimmen und entscheiden. Hat man früher sein Telefon bei der Post angemeldet, muss man sich heute durch einen Wirrwarr von Anbietern und Tarifen kämpfen. War früher Heimat und Wohnort selbstverständlich, ist heute „Heimat“ eine bewusste Entscheidung in Abhängigkeit vom Lebensstil, Lebenspartner und Beruf. Und auch die richtigen beruflichen Entscheidungen werden heute zur besonderen individuellen Herausforderung. Wachsende Wünsche nach Selbstverwirklichung, Lebensqualität, Vereinbarkeit von Familie und Beruf kommen als komplexe Entscheidungskriterien hinzu. Dabei sind die Möglichkeiten zur beruflichen Entfaltung scheinbar unbegrenzt. Denn durch eine stetige Differenzierung und Globalisierung wachsen die beruflichen Möglichkeiten und Arbeitsorte ins Unermessliche. Wir leben in einer Welt der scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten, man muss nur die richtigen Entscheidungen treffen und sich selbst die richtigen Weichen stellen.

Konnte man früher für ein Scheitern widrige Umweltbedingungen verantwortlich machen, fällt nun jeder Misserfolg auf die eigene Person zurück. Damit hat die berufliche Wahl eine neue gesellschaftliche Dimension erreicht: sie ist die persönliche Entscheidung geworden, die nach außen die Wahrnehmung einer Person bestimmt. Denn mit jeder Entscheidung, die man trifft, hat man bewusst hunderte Alternativen nicht wahrgenommen.

Niedergeschlagenheit, Antriebschwäche, Angst und die Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, können also als eine Folge und Kehrseite unserer gesellschaftlichen Entwicklung gesehen werden [6].

Fazit

Bei kritischer Betrachtung lassen sich viele Argumente für einen Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und den Veränderungen in unseren Arbeits- und Lebensbedingungen finden. Allerdings sind auch die Gegenargumente, die auf eine bessere Diagnostik, anstatt eines tatsächlichen Anstieges verweisen, nicht von der Hand zu weisen. Es liegt wohl nahe, die Wahrheit in der Mitte zu suchen. Auf jeden Fall sind wir mit dramatisch steigenden Fallzahlen konfrontiert. Zunehmende Entgrenzungseffekte zwischen Arbeitswelt und Privaten lassen die sprachlich unglückliche Unterscheidung von Arbeits- und Lebenswelt als therapeutisch unbrauchbar erscheinen. Ein Burnout-Syndrom, welches nur auf die Arbeitsbelastungen schielt, greift als Erklärungsmodell zu kurz.

Literatur

1. DGPPN (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout*
2. Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2011). *Depression und Suizidalität: Die neun häufigsten Fehlannahmen, Missverständnisse und Irrtümer. Pressemitteilung vom 17.08.2012*
3. Steiner, L. & Schneider, L. (2012). *The happy artist? An empirical application of the work-preference model. SOEP -The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin, 430.*
4. Kastner, M., Hagemann, T. & Kliesch, G. (Hrsg.) (2005). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Arbeitsmarktintegrierte Gesundheitsförderung. Pabst Science Publishers. Lengerich.*
5. Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2011). *Fünf Gründe gegen das Modewort Burnout. Pressemitteilung vom 2.11.2011*
6. Ehrenberg, E. (2008). *Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Suhrkamp-Verlag.*

25. Milieuthherapie im stationären Bereich der Psychiatrie - Eine Literaturarbeit im Rahmen meines CAS an der Berner Fachhochschule

Michaela Hans, Manuela Grieser

Hintergrund

„Milieuthherapie“ – eine so populäre Begrifflichkeit, „...dass wenige Krankenhäuser zugeben werden, kein therapeutisches Milieu geschaffen zu haben...“. So beschreiben Cumming und Cumming bereits 1962 den Umgang mit dem Konzept. Auch heute, nahezu 51 Jahre später, hat selbige Aussage immer noch bestand. Neun qualitative Studien von 2002 bis 2009 untersuchten die Umsetzung der Milieuthherapie im Pflegealltag in der Psychiatrie und erkundeten die Wahrnehmung der Patienten und ihre wesentlichen Erfahrungen damit.

Begriffsklärung

Milieuthherapie findet nicht in einem bestimmten Raum, zu einer bestimmten Zeit für eine spezifische Dauer statt, sondern ist während des gesamten klinischen Aufenthaltes in einer spezifischen Weise beeinflussend. Der Fokus dieser Intervention liegt auf der Gestaltung eines Umfeldes, in welchem sich ein Individuum befindet. Dieses strukturierte Umfeld muss einen definierten therapeutischen Effekt erzielen wollen. Weitere Begriffe wie Stationsatmosphäre, auch Stationskultur oder Stationsklima (Kahn et al. 1992, Cumming & Cumming 1962, Moss und Schwartz 1972, zitiert in Baumeister, 2007) haben sich aus den therapeutischen Ansätzen der Milieuthherapie entwickelt.

Problemstellung/ Fragestellung

Die Antwort auf die Frage „Was ist dem Patienten am therapeutischen Milieu wichtig?“, soll Aufschluss darüber geben, wie das milieutherapeutische

Konzept auf Stationen im psychiatrischen Bereich interpretiert und gelebt wird, ob es mit den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten einhergeht und darüber hinaus für ihren Recovery Prozess hilfreich ist.

Methodik: Literatursuche

Es wurden neue Studien zum Thema Milieuthherapie gesucht. Es wurde Wert darauf gelegt, dass die ausgewählten Studien möglichst viele Facetten des Themas erfassen. Es wurde qualitativen Studien der Vorzug gegeben, um eine detaillierte Beschreibung und Analyse subjektiver Phänomene, komplexer sozialer Handlungszusammenhänge und Gruppenprozesse, einschließlich organisatorischer Entscheidungsprozesse, durchführen zu können.

- PubMed, "Milieu Therapy"[Mesh], Limits Activated: only items with abstracts, English, German, published in the last 5 years, 100 Treffer, 6 Studien ausgewählt
- Web of Knowledge, Milieu Therapy [topic] AND „psychiatric hospital“ [topic] 2005-2011, English, German, 30 Treffer, 3 Studien ausgewählt

Ergebnisse

Wie wird ein Klinikaufenthalt von Patienten empfunden?

- Patienten in schweren Krisen mit Selbst- und Fremdgefährdung finden die Umgebung der Klinik als Schutz empfunden, im Gegensatz zur chaotischen Aussenwelt [1, 8].
- Als eine sehr schmerzhaft Erfahrung wird beschrieben, dass man seine Selbstbestimmung weitgehend abgibt und abhängig von Ideen und Vorstellungen anderer wird [8].
- Patienten, die bereits an sich therapeutisch arbeiten können, beschreiben ein intensiveres Zeiterleben in der Klinik, als im ambulanten Bereich [1].

Zeit und Sein

- Klinikeintritte sind für Klienten mit einem anderen Zeiterleben verbunden [1], es besteht Hoffnung auf Besserung. eine Differenzierung verschiedener Lebensqualitäten wird bewusst. Im Zeiterleben werden stark geregelte Zeiten mit Sicherheit verbunden, Zeiten ohne zielgerichtete Aktivitäten werden gelassen hingenommen, Leerläufen werden als unerträgliche Wartezeit empfunden[2]. Wird dieses Problem vom Pflegepersonal nicht erkannt beschreiben Klienten längerfristig den Klinikaufenthalt negativ.
- Empfundene Machtgefälle lösen negative Aspekte des Seins und Stigmatisierungsgefühle aus, dies tritt besonders in Übergangszeiten (Abend, Wochenende) auf. Personal und Klient erleben Unzufriedenheit, wenn zu wenig Zeit für individuelle Gespräche vorhanden ist oder unter Zeitdruck gearbeitet werden muss [2].

Verschiedene Räume

- Im Raucherzimmer sehen Patienten einen wichtigen Rückzugsort, der einen grosser Freiheitsbereich darstellt, wo einer Vielzahl von informellen Aktivitäten unter den Patienten stattfinden kann und keine Gesprächsregeln herrschen [6].
- Verschiedene Treffpunkte (z. B. Cafeteria), wo Patienten unter sich sind, werden als wertvoll angesehen - „da ist man Mensch und nicht Patient“ [6].
- Der Rückzug in das eigene Zimmer wird in der akuten Phase des Aufenthaltes stark genutzt. Als ein positives Kriterium wird genannt, wenn das Personal dafür Verständnis zeigt. In einer späteren Phase der Stabilisierung schildern Patienten es als diskriminierend, wenn das Personal sie ins Zimmer schickt oder sogar dies anordnet [7].
- Im Isolierzimmer werden die Patienten ruhiger, das Personal interpretiert dies als positiv, die Patienten jedoch meinen sie seien aus Frustration verstummt [7].

- Das Personalzimmer wird als spezifische Barriere für Begegnung, als Symbol der sozialen Trennung und als Machtgefälle zwischen Patienten und Personal beschrieben [7].

Zentrale Aspekte des Milieus

Beziehungen werden als als zentralen Aspekt der Stationsatmosphäre empfunden. Als gutes Pflegepersonal wird angesehen: Ernsthaft das Problem herausfinden wollen, von Anfang an dabei sein, ein wachsames Auge behalten wenn es einem schlecht geht, genügend Zeit für persönliche Bedürfnisse einräumen, gut und ausreichend informieren, Bereitschaft Dienstleistungen gut auszuführen, Regeln flexibel handhaben, durch einen bestätigenden Blick oder ein Wort wahrgenommen werden, wenn Begegnung auch in Räumen stattfinden wo sich sonst nur Patienten aufhalten, wenn das Personal bei einfache Tätigkeiten dabei ist z.B. Fernsehen, nur bei einander sitzen und nichts reden, einfache Gespräche führen [4].

Patienten charakterisieren eine Beziehung als positiv, wenn sie Wärme, Vertrauen, Gleichheit, Akzeptanz, Empathie, Verständnis spüren und wenn sie das Gefühl haben nicht bei jedem Gespräch therapiert zu werden [9].

Milieutheraeutische Praktiken

Das Pflgeteam beurteilt den Zustand eines Patienten, nach Beobachtungen aus denen sich Ziele ergeben, die in Behadlungspläne festgehalten werden. Dies führt oft zu Auseinandersetzung zwischen Patienten und Personal, die je nach dem Konsequenzen nach sich ziehen [3].

Patienten wollen eine Bezugsperson, die ihnen beratend und führend zur Seite steht. Oft wissen Patienten nicht, wer ihre Bezugsperson ist oder kann deren Namen nicht nennen [6].

Konzepte und Hausordnung verhindern die Autonomie des Einzelnen und deren individuellen Recoveryprozess [6].

Die Beteiligung des Patienten wird zur grossen Herausforderung, wenn die Mitarbeiter versuchen Beziehungen, die auf Gleichheit beruhen sollen, auf-

zubauen und gleichzeitig Ziele der Resozialisierung und Normalisierung anstreben.

Patientenzufriedenheit

Eine Änderung in der Zufriedenheit der Patienten hängt stark mit der vom Patienten wahrgenommenen Stationsatmosphäre zusammen [5].

Wo Patientenbeteiligung betont wird, wird eine bessere Versorgung, ein besseres Behandlungsergebnis und eine höhere Patientenzufriedenheit erzielt [4].

Positive Faktoren für die Zufriedenheit sind Engagement, Praxisbezug, Betreuung, Ordnung und Organisation [2].

Diskussion

Milieuthérapie wird als Haupttätigkeit des Pflegepersonals in der Behandlung von psychiatrischen Patienten angesehen und gefordert. Die Patienten sehen die Beziehung als zentralen Aspekt der Stationsatmosphäre und wünschen, dass das Personal ihnen auf gleicher Augenhöhe begegnet. Sie sehen Peer to Peer Beratungen und einfach gelebte, aber ehrliche Beziehungen als hilfreicher an, als gut durchdachte professionelle Begegnungen, in denen wenig Autonomie, Involvement und Validation stattfindet. Es wurde festgestellt, dass das Milieu keine beiläufige Kulisse ist, sondern ein wichtiger Bestandteil zur Genesung darstellt. Die Wahrnehmungen der Patienten zeigen auf, dass die Umsetzung der Milieuthérapie das Pflegepersonal vor grossen Herausforderungen stellt, da die biomedizinisch hierarchischen Klinikstrukturen eine oft unüberbrückbare Diskrepanz zu milieuthérapeutischen Grundsätzen darstellen.

Literatur

1. *Borge, L., & Fagermoen, M. S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. Journal of Mental Health, 17(2), 193-205.*

2. Jorgensen, K. N., Romma, V., & Rundmo, T. (2009). Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(2), 113-120.
3. Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009a). Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues Ment Health Nurs*, 30(3), 151-158.
4. Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009b). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nurs Inq*, 16(4), 287-296.
5. Rossberg, J. I., Melle, I., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: A 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. *Nord J Psychiatry*, 60(2), 176-180.
6. Skorpen, A., Anderssen, N., Oeye, C., & Bjelland, A. K. (2009). Treatment regimes in a psychiatric hospital and apparent contradictions: report from field work in a lock-up ward illustrated with a constructed case. *Int J Ment Health Nurs*, 18(6), 409-416.
7. Thibeault, C. A., Trudeau, K., d'Entremont, M., & Brown, T. (2010). Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of psychiatric nursing*, 24(4), 216-226
8. Thomas, S. P., Shattell, M., & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Arch Psychiatr Nurs*, 16(3), 99-107.
9. Vatne, S., & Hoem, E. (2008). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *J Adv Nurs*, 61(6), 690-698.

26. Auswirkungen der EX-IN Weiterbildung auf die Studierenden und ihre berufliche Situation

Anna Hegedüs, Regine Steinauer

Hintergrund

Internationale und nationale Strategie-Papiere zur Psychischen Gesundheit und zur Psychiatrischen Versorgung enthalten die Forderung nach Förderung der Selbsthilfe und Selbsthilfekapazitäten sowie nach aktiver Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens [1-3].

Durch diese Partizipation und eine vermehrte Berücksichtigung der Anliegen der Betroffenen kann die Qualität von psychosozialen Angeboten verbessert und zu einem Abbau der gesellschaftlichen Stigmatisierung beigetragen werden [4]. Peers können durch ihre Partizipation in der psychiatrischen Versorgung PatientInnen als Vorbilder dienen, Hoffnung vermitteln sowie Ängste und Selbst-Stigma reduzieren [5].

Erfahrungen aus dem europäischen Ausland zeigen, dass es sinnvoll ist, wenn sich Betroffene für die Tätigkeit als „Experte/Expertin durch Erfahrung“ systematisch vorbereiten können. Aus diesem Grund wurde 2010 der Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement (EX-IN) das erste Mal in der Schweiz an der Berner Fachhochschule Gesundheit angeboten. Ziel dieser Weiterbildung ist, Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung auszubilden und zu befähigen, dass sie als „Experten durch Erfahrung“ in psychiatrischen Institutionen arbeiten können.

Fragen

- Verändern sich die Lebensqualität, der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden, die Hoffnung und Selbstwirksamkeit während der Teilnahme und nach Abschluss des Weiterbildungsstudiengangs?
- Wie erleben Studierende und Professionelle den Einsatz von Betroffenen in der Praxis?
- Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten die Studierenden während dem Studiengang?

Methode

Der Weiterbildungsstudiengang EX-IN wurde begleitend evaluiert. Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden. Die schriftlichen Befragungen fanden vor Beginn der Weiterbildung (t1), bei Abschluss (t2) und ein Jahr später (t3) statt. Diese wurden ergänzt mit 2 leitfadengestützten Gruppeninterviews mit den Teilnehmenden und einer Praktikumsevaluation.

Zu den schriftlichen Fragebögen gehörten das Berliner Lebensqualitätsprofil BELP-KF zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität, das SF-12 ein Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand, der WHO-5 Fragebogen zur Erhebung des Wohlbefindens und der FERUS zur Erfassung von Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung.

Die quantitativen Daten der Fragebögen haben wir mittels Excel und SPSS 17 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Die Textantworten sowie die Fokusgruppengespräche wurden qualitativ mittels eines kategorisierenden Verfahrens durch 3 Mitarbeitende der Abteilung F&E der UPD Bern ausgewertet und ihre Gültigkeit durch kommunikative Validierung mit den Studierenden überprüft.

Ergebnisse

Insgesamt hatten 18 Personen den EX-IN Studiengang begonnen. 3 Personen (17%) brachen die Weiterbildung ab. Der Rücklauf der Fragebögen lag zu allen Zeitpunkten zwischen 80 und 89%.

Lebensqualität, Gesundheitszustand, Wohlbefinden, Hoffnung und Selbstwirksamkeit

Bei der Beurteilung der Lebensqualität liess sich kaum eine Veränderung feststellen. Zwischen dem Beginn und dem Abschluss des DAS nahm die Zufriedenheit der Teilnehmenden in den Bereichen Arbeit/Beschäftigung und Anzahl/Qualität der Freundschaften leicht ab (statistisch nicht signifikant). Sie erhöhte sich aber in beiden Bereichen erheblich 1 Jahr nach Abschluss (signifikanter Unterschied t_2-t_3 im Bereich Anzahl/Qualität der Freundschaften). Auch die Zufriedenheiten mit der finanziellen und der familiären Situation veränderten sich positiv, waren aber nicht statistisch signifikant.

Die durchschnittliche körperliche Gesundheit der Befragten veränderte sich nicht. Ihre psychische Gesundheit beurteilten die Studierenden jedoch nach Abschluss des Weiterbildungskurses durchschnittlich etwas schlechter. Ein Jahr danach verbesserte sich die psychische Gesundheit wieder etwas (statistisch nicht signifikant).

Das allgemeine Wohlbefinden (Well-Being) der Studierenden nahm etwas ab. Die Einschätzung der Hoffnung veränderte sich leicht positiv. Statistisch signifikant verbesserte sich die Selbstwirksamkeit bei den Studierenden während des Studiengangs (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Mittelwertvergleiche der Fragebögen WHO Well-Being und FERUS

	besten mögl. Wert	MW t1 (n=13)	MW t2 (n=13)	MW t3 (n=12)	p- Wert (t1- t2)	p- Wert (t2- t3)	p- Wert (t1- t3)
Well-Being	25	15.8	14.1	15.3	0.42	0.55	0.31
Selbstbeobachtung	35	27.9	27.9	29.7	0.93	0.1	0.34
Selbstwirksamkeit	45	30.7	33.2	34.3	0.03	0.56	0.93
Hoffnung	50	37.9	41.5	40.4	0.06	0.38	0.37

Praxiseinsatz

Der Einsatz in der Praxis wurde von den Studierenden und den Institutionen überwiegend positiv erlebt. Die Studierenden wurden als „offen“, „interessiert“, „engagiert“, „motiviert“ und „vorbereitet“ beschrieben. Einzelne negative Kommentare gab es sowohl bei den Studierenden („eher frustrierend“, „lange Arbeitstage“) als auch bei den Praktikumsbegleitenden („kurze intensive Arbeitstage“, „grosses Mitteilungsbedürfnis“). Als hauptsächliche Aufgaben beschrieben die Studierenden ihre Rolle als BeobachterIn oder TeilnehmerIn am Geschehen auf der Abteilung. Einzelne gaben auch gezieltes Feedback zum Umgang mit PatientInnen oder zu Abteilungskonzepten und führten kurze Weiterbildungen zu Themen wie Recovery oder EX-IN durch. Unklarheiten wurden betreffend der Funktion von Peers im psychiatrischen Institutionsalltag beschrieben.

Berufliche Perspektiven

Im Vergleich zum Beginn des EX-IN Studiengangs hatte, 1 Jahr nach Abschluss, eine höhere Anzahl (75%) der Studierenden eine Anstellung. Weniger Personen gaben an selbstständig erwerbend, Hausfrau/Hausmann, arbeitslos zu sein, Gelegenheits-/Freiwilligenarbeit oder in einer geschützten Einrichtung tätig zu sein. Ihrer Tätigkeit gingen die Studierenden in einem Pensum von durchschnittlich knapp 30% nach (5-60%, Median 20%).

Einkommen bezogen die Befragten zu dem Zeitpunkt vor allem durch ihre Peerarbeit (5 Personen) und von der IV Rente (7 Personen). Andere erhielten Lohn aus einer anderen (nicht Peer-) Anstellung (2 Personen), oder vom Unterhalt von Ehepartnern (1 Person).

11 der 12 befragten Personen waren 1 Jahr nach Abschluss von EX-IN sehr zufrieden bis zufrieden mit ihrer beruflichen Situation. Eine Person gab an eher unzufrieden mit der Situation zu sein.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die verbesserte Selbstwirksamkeit deutet darauf hin, dass die Studierenden durch die Inhalte des Studiengangs und die Erfahrungen gelernt haben, ihre Fähigkeiten besser zu erkennen und wertzuschätzen und somit einen weiteren Schritt in ihrem Recoveryprozess unternommen haben. Die verbesserte Selbstwirksamkeit und Hoffnung sind gute Voraussetzungen für eine zukünftige Arbeit als ausgebildete Experten durch Erfahrung.

Die Rolle von Peers im psychiatrischen Institutionsalltag muss noch weiter geklärt bzw. definiert werden. Eine Funktionsbeschreibung für EX-IN Studierende und Praktikumsbegleitende kann zur Klärung der Rolle und zur klaren Unterscheidung zu sonstigen Praktikanten/Vorpraktikanten/Auszubildenden beitragen.

Ein Praktikum trägt dazu bei, dass Institutionen die Rolle eines Experten durch Erfahrung kennenlernen und, bei beidseitigem positivem Erleben, eine weitere Zusammenarbeit nach dem Praktikum möglich gemacht wird.

Erfahrungen aus EX-IN Studiengängen in Deutschland zeigen, dass etwa 50% der AbsolventInnen eine bezahlte regelmässige Beschäftigung gefunden haben [6]. Ein Jahr nach Abschluss des Studiengangs in der Schweiz gaben dreiviertel (75%) der Befragten an, angestellt zu sein (wenn auch nicht mit grossem Pensum). Und dies häufig auch in der Rolle eines Experten/einer Expertin durch Erfahrung.

Literatur

1. *Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz., B.f. Gesundheit, Editor 2004: Bern.*
2. *World Health Organization, Improving health systems and services of mental health, 2009.*
3. *World Health Organization, Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group, 2010.*
4. *Crawford, M.J., et al., Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. BMJ, 2002. 325(7375): p. 1263.*
5. *McLean, J., et al., Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme 2009: Scottish Government Social Research.*
6. *Utschakowski, J., Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN., in Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern., J. Utschakowski, G. Sielaff, and T. Bock, Editors. 2009, Psychiatrie-Verlag: Bonn.*

27. Die Basale Expositionstherapie (BET): Therapeutische Strategien zur Reduzierung von suizidalem Verhalten, Medikamentengebrauch und Zwangsbehandlung bei Patienten mit niedrigem psychosozialen Funktionsniveau

Didrik Heggdal, Jan Hammer, Arne Lillelien

Hintergrund

Das Gesundheitswesen konzentriert sich meist wenig darauf, wie sich Patienten selbst als menschliche Wesen in der Welt wahrnehmen. Es legt viel Wert auf die Regulation und Kontrolle von Symptomen und nicht ausreichend Wert auf die Beteiligung von Patienten in ihren eigenen Behandlungsprozess. Eine spezielle Herausforderung stellt die Behandlung von marginalisierten Patienten mit niedrigem psychosozialen Funktionsniveau (GAF <30) dar, deren klinisches Bild durch selbstverletzendes Verhalten und Selbstmordversuche dominiert wird. Symptome wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Dissoziation können ebenfalls manifestiert sein und variieren in ihrer Intensität je nach Grad von subjektiv wahrgenommenem Stress. Verankert in einem biomedizinischen Modell verläuft die Behandlung dieser Patienten grösstenteils auf psychiatrischen Stationen und basierend auf regulierenden Maßnahmen, ohne dass eine sichtbare Besserung ihres Funktionsniveaus beobachtet werden kann.

Problemstellung

Die primäre Aufgabe Leben zu sichern, führt oftmals dazu, dass das Gesundheitswesen einen Großteil der Verantwortung für das Leben der hier beschriebenen Patienten übernimmt. Eine Behandlung welche primär auf der Regulation von Symptomen durch das Gesundheitswesen aufbaut, raubt jedoch dem Patienten die Möglichkeit, selbst Ressourcen zu mobilisieren und Eigenverantwortung zu übernehmen. Dies gilt speziell für marginalisierte Patienten, welche stationär behandelt werden. "Marginalisierung" wird

hier als Prozess verstanden, bei dem der Patient und das Gesundheitswesen zusammen einen ökologischen Krisenzustand entwickeln [1]. Der Patient versucht in seinem Alltag den psychischen Schmerz durch Vermeidung zu entfernen. Das Fachpersonal hat oftmals das gleiche Ziel: durch Regulation und medikamentöse Behandlung Schmerzen zu lindern oder zu entfernen. Kurzzeitige Linderung und der Mangel an alternativen Strategien führen jedoch dazu, dass sich die Verhaltensweisen beider Seiten gegenseitig verstärken (z.B. mehr selbstverletzendes Verhalten führt zu mehr Regulation). Das kann letztendlich zu einer eskalierenden Spirale von Reaktionen und Gegenreaktionen führen [1]. Der "marginalisierte Patient" hat einen wachsenden Bedarf an externaler Regulation als Folge einer dysfunktionalen Interaktion mit dem Fachpersonal. Eine der größten Herausforderungen in der therapeutischen Arbeit mit marginalisierten Patienten ist somit die Dosierung von externaler Regulation dahingehend, dass sie den therapeutischen Fortschritt fördert [1].

Ziele

Ziel der BET ist es, dem Patienten zu ermöglichen, ein stabiles Leben außerhalb der Psychiatrie führen zu können [2]. Dies beinhaltet die Abhängigkeit von externaler Regulation zu verringern und gleichzeitig die Fähigkeit des Patienten zu fördern, Affekt und Verhalten selbst zu regulieren.

Vorgehen

Die BET wurde als stationäre Behandlungsform für die hier beschriebene Patientengruppe entwickelt. In der BET wird das Problem des Patienten nicht als psychiatrische Krankheit angesehen, sondern als existenzielles Phänomen [3]. Es ist das Vermeidungsverhalten des Patienten, welches er zur Bewältigung von existenzieller Katastrophenangst einsetzt, das den Kern der Probleme ausmacht [4]. Die existenzielle Bedrohung erscheint als „ein aufdrängendes Gefühl und die Angst davor, in Stücke zu zerfallen, sich aufzulösen oder in ewiger Qual und Leere festzusitzen“ [4, s. 6]. Die BET dreht sich um eine strukturierte Vorbereitung und Durchführung der Expositi-

tion des Patienten gegenüber existentieller Katastrophenangst. Durch wiederholte Exposition erkennt der Patient, dass die erwartete Katastrophe nicht eintritt. Es sind diese Erfahrungen, die zukünftige funktionale Selbstregulierung ermöglicht, und dem Patienten beibringen, mit seiner existenziellen Unsicherheit zu leben. Dramatische und destruktive Handlungen werden überflüssig. Der Verlauf der BET- Behandlung ist in 5 Phasen unterteilt [4]. Die Einteilung in Phasen bietet dem Patienten und dem Kliniker einen guten Überblick und bewirkt einen Sinn für Kohärenz während des gesamten Behandlungsverlaufes. In der ersten Phase (Komplementäre externale Regulation als sichere Basis) erschafft das Fachpersonal Vorhersehbarkeit für den Patienten. Der Unruhe und Unsicherheit, die der Patient erlebt, werden mit einer validierenden Grundhaltung begegnet. Gleichzeitig werden die Patienten während des gesamten Behandlungsverlaufes durch die therapeutische Strategie *komplementäre externale Regulation* dazu herausgefordert, Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen [1, 4]. Dies bedeutet, dass das Fachpersonal die mangelnde Selbstregulation des Patienten entweder nicht kompensiert (Unterregulation) oder verstärkt kompensiert (Überregulation). Während der Unterregulation wird der Patient mit weitgehender Freiheit und Verantwortung konfrontiert. Das Fachpersonal unterlässt es, dem Patienten "nachzulaufen" oder ihn zu kontrollieren. Wird der Patient überreguliert, wird er in einen Zustand der inneren Starre und Langeweile versetzt. Überregulation gibt dem Patienten die Erfahrung, dass er keine Sekundärgewinne durch das Überlassen der Verantwortung an das Fachpersonal bekommt. So setzen sowohl die Unterregulation als auch die Überregulation Druck auf den Patienten aus, ein dynamisches Gleichgewicht mit eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu finden. Die komplementäre externale Regulation wird als wichtiges Element angesehen, um destruktive Verhaltensstörungen in relativ kurzer Zeit zu eliminieren [1, 4]. In der nächsten Phase (Arbeitsallianz) [5] bekommt der Patient ausführliche Informationen darüber, wie man in der BET- Behandlung denkt. Grundlage für eine Arbeitsallianz ist eine Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen dem Patienten und dem Fachpersonal. Dadurch, dass der Patient ein theoretisch

sches Verständnis für die Behandlung entwickelt, bekommt er die reelle Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen und mitverantwortlich für den Verlauf der Behandlung zu sein. In der dritten Phase (Fokus auf Vermeidungsverhalten) werden typische dysfunktionale Vermeidungsmuster identifiziert. Vermeidung kann sowohl bewusst als auch unbewusst sein. Durch das Bewusstmachen von Vermeidungsstrategien, bekommt der Patient die Chance, selbständig zu entscheiden, ob er mit dem Vermeidungsverhalten fortsetzen will oder nicht. Die vierte Phase (Exposition / Konfrontation) erfolgt in einer sicheren Umgebung (stationär). Durch eine Reihe von Sitzungen mit Exposition entwickelt der Patient letztendlich eine zunehmende Akzeptanz und Toleranz für die eigenen Emotionen. In der letzten Phase (Lösungsfokussierte Konsolidierung) konzentriert sich die Behandlung darauf, was sich am Verhalten des Patienten verändert hat und wie dies einen Unterschied macht. Wo anfangs der Schwerpunkt auf dem Verhalten lag, welches das Problem aufrechterhielt, fällt jetzt der Fokus auf das Verhalten, welches das Problem löst. Wenn der Patient schließlich selbst mühelos und intuitiv exponierendes Verhalten statt Vermeidung als Bewältigungsstrategie wählt, hat er eine grundlegende Reifung und Veränderung in der Persönlichkeit durchlaufen. Der Patient ist jetzt in der Lage, die Erfahrung, welche er in der Behandlung gemacht hat auch ohne Hilfe von anderen umzusetzen.

Erfahrungen

Die BET ist ein junges Verfahren. Bis heute haben 15 Patienten die Behandlung durchlaufen. Anhand von Datenerfassung kann eine signifikante Reduktion mehrerer Variablen aufgezeigt werden, so z.B. die Reduktion vom Einsatz mechanischer Zwangsmittel, die Reduktion vom Gebrauch medikamentöser Behandlung, die Reduktion von Selbstmordversuchen und selbstverletzendem Verhalten [6, 7, 8]. Gleichzeitig kann eine deutliche Erhöhung des psychosozialen Funktionsniveau (GAF) dieser Patienten beobachtet werden [8].

Diskussion

Behandlungsregime, die primär auf regulierende Maßnahmen setzen, können im Laufe der Zeit zu Regression und Marginalisierung führen. Wenn der Patient zunehmend dramatischere und dysfunktionale Vermeidungsstrategien (z.B. Selbstmordversuch, Dissoziation, Psychose, Essensverweigerung) verwendet, greift das Gesundheitswesen regulierend ein. Das Gesundheitswesen erklärt das Problem mit "Krankheit" und nicht mit fehlgeschlagener Behandlung. Es glaubt, alles versucht zu haben und beschreibt den Patienten als behandlungsresistent. Alternativ zur traditionellen Behandlung versteht man in der BET die Probleme des Patienten als ein existentielles Phänomen und ermöglicht ihm, sich mit existentiellen Ängsten zu konfrontieren. Durch wiederholte Exposition merkt der Patient, wie eine zunehmende Akzeptanz und Toleranz für die eigenen Emotionen ermöglichen, ein Leben zu leben, ohne ständig flüchten zu müssen.

Schlussfolgerungen

Dem Gesundheitswesen scheinen Strategien zu fehlen, die Patienten mit häufigem suizidalem Verhalten und niedrigem psychosozialen Funktionsniveau helfen, Ressourcen zu mobilisieren, um autonom ein würdiges Leben außerhalb des Krankenhauses zu leben. Ein geeigneter erster Schritt in Richtung dieses Zieles, könnte es sein, Behandlungsansätze welche dem Patienten die Verantwortung für ihr Leben und ihre Handlungen wiedergeben, organisiert zu implementieren. Für die am stärksten marginalisierten Patienten kann die BET eine Alternative sein.

Literatur

1. Heggdal, D. (2010). *Basal Exposure Therapy. The BET Model's Theoretical foundation – Part 1 Cybernetics as a basis for understanding and intervention.* (Vestre Viken HF, Division of Mental Health – intern PDF)
2. Hammer J, Heggdal D (2012). *Fürchtet sich die Psychiatrie vor Gefühlen? Psych. Pflege Heute.* 18 (6): 313-317
3. Heggdal, D, Hammer, J. *Basal Exposure Therapy. The BET Model's Theoretical foundation – Part 2 Existentialism.* (Vestre Viken HF, Division of Mental Health – Manual in Arbeit)

4. Heggdal, D. (2008). *Basal Exposure Therapy. Basic guidelines and principles.* (Vestre Viken HF, Division of Mental Health – intern PDF)
5. Heggdal, D: *Basal Exposure Therapy. BET Sequence 2: Working Alliance – guidelines with inclusion and exclusion criteria.* (Vestre Viken HF, Division of Mental Health – intern PDF)
6. Heggdal, D.; Hammer, J., Fosse, R., Alsos, T.H. & Solfjell Malin, I. (2013). *Basal eksponeringsterapi for marginaliserte døgnpasienter: Ansvarliggjøring og reduksjon av selvmordsatferd* (Artikkel ist eingesendet)
7. Lyngstad, Å, Heggdal, D & Fosse, R. *Komplementær ytre regulering som strategi for å redusere bruk av tvang i Psykisk Helsevern* (Arbeitstitel – Artikel ist in Arbeit)
8. Heggdal, D., Fosse, R. *Marginalized, low-functioning in-patients: effects of Basal exposure therapy* (Arbeitstitel – Artikel ist in Arbeit)

28. Praxisempfehlung Intensivbetreuung

Bruno Hemkendreis, André Nienaber, Michael Schulz, Michael Löhr

Hintergrund

Patienten in extremen psychischen Ausnahmesituationen mit einer Gefahr der Schädigung der eigenen Person und/oder anderer Patienten oder Mitarbeitenden benötigen unter Umständen intensive Betreuungsmaßnahmen. Wie in anderen Ländern auch finden sich in der Praxis in Deutschland unterschiedliche Bezeichnungen für die Intervention, z. B. 1:1 Betreuung, Einzelbegleitung oder Sichtkontrolle (i. d. R. mit Angabe eines zeitlichen Intervalls) oder auch der Begriff der „Sitzwache“. Allerdings sollte dieser Begriff in der Praxis keine weitere Verwendung finden, da er vor allem juristisch geprägt ist und ein passives und kustodiales Verständnis der Tätigkeit prägt. Im internationalen Kontext haben sich mittlerweile die Begriffe „observation with engagement“ [1] oder „supportive observation“ [2] etabliert, die besonders den aktiven und unterstützenden Teil der Intervention betonen. Vor diesem Hintergrund beschreibt der Begriff „Intensivbetreuung“ die Tätigkeit aus Sicht der Autoren besser [3].

Ein Verweis auf die Notwendigkeit der Intensivierung des Kontaktes bei suizidalen Patienten [4] findet sich z. B. in der S3-Leitlinie Unipolare Depression [5]. Auch die S2-Praxisleitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie [6] empfiehlt eine „intensivere Beobachtung und Begleitung“, wenn „besondere Risiken wie Suizidalität, Gefahr der Selbstverletzung oder Gefahr der Gewalttätigkeit gegenüber anderen“ vermutet werden. In der Regel wird die Intervention von Pflegenden durchgeführt, die eine doppelte und oft konflikthafte Rolle innehaben [7]. Im Hinblick auf den Anspruch an die Fachlichkeit der durchführenden Person sind diese Situationen durchaus vergleichbar mit einer Versorgung in der Intensivpflege im Bereich der somatischen Medizin. Eine wissenschaftlich begründete Empfehlung, was in diesen Situationen hilfreich

und notwendig ist bzw. wie diese Interventionen im Sinne einer best practice durchzuführen sind, findet sich im deutschsprachigen Raum bisher allerdings nicht. Zudem liegen für den deutschsprachigen Raum bisher keine verlässlichen Zahlen und Daten zur Häufigkeit, Dauer oder Art der Durchführung vor. Vielmehr scheint es so, dass Art, Dauer und auslösende Faktoren weniger durch den Zustand des Patienten als vielmehr durch die jeweilige Kultur der Klinik und auch der Station beeinflusst werden [3].

Problemstellung

Ein wissenschaftlicher Nachweis über die Wirksamkeit der Intervention fehlt [8]. Dennoch findet sich die Intensivbetreuung auch in internationalen Lehr- und Fachbüchern zur psychiatrischen Pflege und Versorgung wieder [9-10]. Für Deutschland lässt sich festhalten, dass Empfehlungen und Vorgaben der entsprechenden Fachgesellschaften oder eine nationale Richtlinie zur Durchführung von intensiven Betreuungen in der stationären psychiatrischen Versorgung nicht vorliegen. Darüber hinaus gibt es keine Forschungserkenntnisse aus dem deutschsprachigen Raum zum Thema.

Ziele

Ziel des Projektes „Praxisempfehlung Intensivbetreuung“ [11] ist es, eine auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Empfehlung für die Durchführung von Intensivbetreuungen in der stationären psychiatrischen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Sie soll sicherstellen, dass Patienten psychiatrischer Einrichtungen die bestmögliche Versorgung erhalten. Denn auch in dieser schwierigen Situation muss ihre Menschenwürde geachtet und ihre Sicherheit gewährleistet sein. Gleichzeitig sollen diese Empfehlungen psychiatrisch Pflegende in ihrem beruflichen Selbstverständnis unterstützen.

Vorgehen

Die Praxisempfehlung wurde auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche zum Thema der intensiven Überwachung und der Sichtung

und Auswertung vorhandener internationaler Richtlinien erarbeitet. Insgesamt lagen den Autoren vier über das Internet verfügbare internationale Richtlinien vor: die Guideline „Violence – The short term management of disturbed/violent behaviour“ des National Institute for Health and Care Excellence (NICE), das „Good Practice Statement“ „Engaging People – Observation of people with acute mental health problems“ der Clinical Research and Audit Group (CRAG) im schottischen Gesundheitswesen, die Richtlinie des North East London Trust “Safe, supportive Observation and Engagement of Service Users at risk” und die “Safe and supportive observation of patients at risk“-Guideline des Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee.

Ergebnisse

Die Praxisempfehlung folgt den von Donabedian [12] beschriebenen Qualitätsdimensionen und enthält Aussagen zu den Bereichen Struktur, Prozess und Ergebnis. Die Autoren sehen Intensivbetreuungen weniger als eigenständige Intervention, sondern mehr als Interventionsrahmen. In diesem Rahmen können, beziehungsweise müssen verschiedene individuelle und situationsangepasste Interventionen stattfinden. Drei Stufen der Intensivbetreuung werden unterschieden [11]. Zum einen die „konstante Einzelbetreuung“, die definiert ist als ein kontinuierlicher persönlicher Kontakt im gleichen Raum. Zum zweiten die „periodische Kontaktaufnahme“ als aktive und direkte Kontaktaufnahme zum Patienten in fest definierten zeitlichen Abständen. Und zum dritten die „indirekte Betreuung“, als Ausnahme, wenn z. B. ein direkter Kontakt vom Patienten abgelehnt wird oder aus therapeutischer Sicht kontraindiziert ist. Anhand der Kriterien Struktur, Prozess und Ergebnis formuliert die Praxisempfehlung Intensivbetreuung in 13 Punkten, wie Institutionen diesen Interventionsrahmen gestalten können. Vorrangiges Ziel einer Intensivbetreuung ist es, eine Möglichkeit zu bieten, in einer unterstützenden Weise mit dem Patienten in Kontakt zu kommen, aus diesem Grund sollte sie vertrauensvoll und therapeutisch gestaltet werden [9].

Diskussion

Wenn eine Intensivbetreuung als notwendig erachtet wird, dann mit dem Ziel, eine therapeutische Beziehung zum Patienten aufzubauen. Im Sinne einer konsequenten Patientenorientierung sollten eine Entscheidung, ob eine Intensivbetreuung angewendet und wie sie individuell ausgestaltet wird unter Einbeziehung des Patienten gemeinsam von den beteiligten Berufsgruppen getroffen werden.

Schlussfolgerungen

Intensivbetreuungen können einen massiven Eingriff in die persönliche Freiheit des Patienten darstellen [3]. Aus diesem Grund muss ihre Anwendung und Durchführung restriktiv und nach klaren Vorgaben erfolgen. Die Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung ist wichtig. Für die Information der Patienten sollten schriftliche Informationen zur Verfügung gestellt werden. Die vorliegende Praxisempfehlung befindet sich in einem Prozess, der laufend fortgeschrieben werden muss.

Literatur

1. Kettles AM. & Byrt, R. (2007). *Observation with engagement in acute areas*. In: *National Forensic Research and Development Group (Edt.). Forensic Mental Health Nursing [249-263]*. London: Quay Books.
2. Lipsedge, M. (2005). *Risk management in psychiatry*. In: Vincent, C. (Edt.). *Clinical Risk Management – Enhancing patient safety*. [219-240]. London: BMJ Publishing Group.
3. Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013). *Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung - eine systematische Literaturübersicht*. *Psychiatr Prax*, 40(1), 14-2.
4. Lewitzka, U. (2012). *Hochakut suizidgefährdete Patienten – Eine besondere Herausforderung*. *PfD*, 13 (2), 8-14.
5. DGPPN (2012). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*. Unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2012-01.pdf [Stand:26.06.2013]
6. DGPPN (2010). *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-

022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf [Stand: 26.06.2013].

7. O'Brien, L. & Cole, R. (2004). *Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas*. *Int J Ment Health Nurs.*, 13, 89-99.
8. Muralidharan, S. & Fenton, M. (2006). *Containment strategies for people with serious mental illness*. *Cochrane Database Syst Rev*: CD002084
9. Jones, J. & Eales, S. (2009). *Practising safe and effective observation*. In: Callaghan, P.; Playle, J. & Cooper, L. (Eds.). *Mental Health Nursing Skills* [pp.173-181]. New York: Oxford University Press.
10. Whittington, R.; Baskind, E. & Paterson, B. (2006). *Coercive Measures in the Management of Imminent Violence: Restraint, Seclusion and Enhanced Observation*. In: Richter, D. & Whittington, R. (Eds.). *Violence in Mental Health Settings* [pp.145-172]. New York: Springer.
11. Hemkendreis, B.; Löhr, M.; Schulz, M. & Nienaber, A. (2013). *Praxisempfehlung Intensivbetreuungen - Ein erster Schritt in die richtige Richtung*. *Psych Pflege*, 19, 90-92.
12. Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.

29. „Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege bei riskanten oder abhängigen Konsummustern im Alter“

Michael Isfort, Tanja Hoff, Karsten Keller und Stefanie Monke

Auf dem Hintergrund der zukünftigen Anforderungen im Themenfeld „Sucht im Alter“ in der Pflege zielt das SILQUA-Projekt SANOPSA auf die Unterstützung der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen bei der Konzeptfindung bzw. -weiterentwicklung für die Zielgruppe Älterer mit Substanzkonsumproblemen. Hierzu werden auf Basis von qualitativen Experten- und Klienteninterviews, Fokusediskussionen sowie einer kriteriengeleiteten Analyse vorhandener Vorgehensweisen und Konzepte unter Einbeziehung sucht- und pflegewissenschaftlicher Expertise Pflegehandlungsempfehlungen (legale Substanzen) und ein manualisiertes Pflegekonzept (illegale Substanzen) entwickelt und in der Praxis erprobt. Zur Verbreitung umsetzungsfähiger Konzepte und Handlungsempfehlungen wird ein „Open-Access“-Modell entwickelt und evaluiert. Auf dieser Online-Plattform werden neben den expertengeleiteten Handlungsempfehlungen und dem manualisierten Pflegekonzept auch verschiedene, in der Praxis bereits vorhandene Vorgehensweisen, Pflege- und Handlungskonzepte und die damit verbundenen Erfahrungen dargestellt, diskutiert und weiterentwickelt. Die Plattform wird zunächst zum Wissenstransfer und zur Vernetzung der Projektbeteiligten eingesetzt. In einem weiteren Schritt wird sie als Wissensplattform auch für andere interessierte Personen und Institutionen geöffnet.

In diesem Beitrag werden die aktuellen qualitativen Ergebnisse sowie die Online-Plattform vorgestellt.

Literatur

1. *Kuhn, S. & Haasen, C. (2009). Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung an der Universitätsklinik Hamburg. Online verfügbar unter www.zishamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf. (zuletzt geprüft am 01.03.2013).*

30. Evaluation der Einführung von „Primary Nursing“ als Pflegesystem in einer Akutpsychiatrie

Wolfram Kämmer, Sabine Noelle

Hintergrund

Im Sommer 2010 wurde in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag und einer langen Bezugspflege­tradition das Pflegesystem Primary Nursing eingeführt.

Ziel war es, Arbeitsabläufe transparenter und effektiver zu gestalten und damit die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung zu erhöhen.

Von der Geschäftsführung wurden klare Rahmenbedingungen bezüglich Qualifikation, Berufserfahrung, Arbeitszeiten und Mindeststellenanteil der zukünftigen Primary Nurses vorgegeben. Mitarbeiter, die alle Voraussetzungen erfüllten, mussten sich für die begrenzte Zahl von PN-Stellen einem Bewerbungsverfahren unterziehen.

Nach einem Jahr wurde die Umsetzung in den Abteilungen durch die Pflegeentwickler/ANP in Zusammenarbeit mit dem Pflegewissenschaftler der Klinik evaluiert.

Fragestellung

- Welche Veränderungen erleben die Patienten durch die Einführung von Primary Nursing?
- Was hat sich für die Mitarbeiter der eigenen Berufsgruppe und in der multiprofessionellen Zusammenarbeit verändert?
- Findet sich Primary Nursing in der Dokumentation wieder?

Methode

Als Hauptinstrument der Evaluation dienten Fokusgruppen-Interviews mit Patienten, Primary Nurses, Associate Nurses, Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen. Zusätzlich wurde noch ein Patientenfragebogen erstellt und eine Kurvenauswertung durchgeführt.

Der Vortrag gibt einen Einblick in das Projekt und stellt die Ergebnisse der Evaluation dar.

31. „Wir tanzen wieder“ – Tanzen für Menschen mit und ohne Demenz in Tanzschulen

Stefan Kleinstück

Hintergrund

Demenz ist ein vielschichtiges Phänomen mit erheblichen Auswirkungen auf den Lebensalltag einer stetig wachsenden Anzahl von Menschen mit Demenz. Statistisch betrachtet sind derzeit bundesweit 1,3 Mio. Menschen betroffen. Bis zum Jahr 2050 wird sich die Anzahl in Deutschland mehr als verdoppeln. In NRW sind dies derzeit etwa 300.000 Bürgerinnen und Bürger. 70-80 % der Betroffenen werden in Familien oder/und von Freunden und Nachbarn versorgt. Es gibt kaum Angebote, insbesondere Freizeit-/Bewegungsangebote außerhalb institutioneller Versorgung.

Zielstellung und Zielsetzung

Die Initiative „Wir tanzen wieder“ (Start zum Welt-Alzheimerstag 2007) möchte einen Beitrag zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen leisten. Tanzen gehen ist ein Stück Normalität – neu ist, die Tanzschule als öffentlichen Ort für Menschen mit und ohne Demenz zu öffnen und Begegnung zu ermöglichen. Wir möchten mit unserem Tanzangebot Öffentlichkeit herstellen, das Leben für einige Augenblicke lebenswert gestalten und den Menschen mit Demenz, ihren Helferinnen und Helfern in Familie, im Freundeskreis und in der Nachbarschaft die Möglichkeit geben, aus der Isolation und Einsamkeit herauszukommen. Das Thema Demenz soll gesellschaftlich enttabuisiert werden.

Zielgruppen der Initiative:

- Menschen die zu Hause leben
- Angehörige, Freunde und Nachbarn
- Ehrenamtliche und professionelle Begleitpersonen

- Menschen die in institutionellen Einrichtungen leben
- Menschen die Spaß an Musik und Tanz haben

Unser Motto lautet: Begegnen, bewegen, berühren.

Vorgehensweise

Bei Walzer, Swing, Samba, ChaChaCha, Schlager- und Evergreenquiz, Rock´n´Roll, Steppkurs, Polonaise und HipHop, besuchen uns regelmäßig, monatlich zwischen 20-50 Tanzbegeisterte – von jung bis alt, von Alleinstehend bis hin zu Paaren. Das abgestimmte, eineinhalb stündige Programm wird von einem Tanzlehrer- oder lehrerin und einem professionell Tätigen aus dem psycho-sozialen Bereich angeleitet. Es geht nicht um klassischen Tanzunterricht. Das Angebot knüpft eher an die biographischen Begebenheiten der Menschen an und ist Teil aktiver Erinnerungsarbeit. Spass, Freude und Geselligkeit stehen dabei im Vordergrund. Höhepunkt im Tanzjahr ist der Ball von „Wir tanzen wieder“. Die Tanzschule ist feierlich geschmückt und die Gäste kommen selbstverständlich in festlicher Gaderobe. Einlass nur mit Einladungskarte. Sich als Mann und Frau fühlen bekommt hier wieder eine besondere Bedeutung.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Das große bundesweite und internationale Interesse an unserer Initiative hat zu dem Konzept einer Multiplikatorenschulung „Wir tanzen wieder“ in Tanzschulen geführt und wurde bereits mehrfach erfolgreich durchgeführt. Schulungsinhalte für eine professionelle Begleitung:

- Einleitung
- Von der Idee zum Projekt
- Wer braucht wen wofür?
- Tanzen als Kommunikation
- Das Krankheitsbild Demenz
- Demenz braucht Bewegung

- Demenz-Prophylaxe
- Historie zum Tanz
- Tanz als Ausdrucksmittel von Gefühlen
- Tanzschulen als Ort der Begegnung.

Auf vielen Kongressen, Tagungen, Veranstaltungen und Workshops konnten wir Angehörige, professionell und ehrenamtlich Tätige erreichen, für unser Konzept begeistern und zum Tanzen bewegen. Wir möchten, daß es in Deutschland in jeder Stadt ein Tanzangebot in Tanzschulen oder öffentlichen Räumen nach „Wir tanzen wieder“ gibt.

Der Kontakt zu dem Allgemeinen Deutschen Tanzlerverband (ADTV) besteht. Wir wünschen uns einen gemeinsamen regionalen und bundesweiten Ausbau.

Schlussfolgerungen

Die bundesweit einzigartige Initiative „Wir tanzen wieder“ ist eine Bewegung die bewegt! Das Herz wird nicht dement.

Die Erfolgsfaktoren hierfür sind:

- geeignete Tanzschulen und Tanzlehrer
- interessierte Kooperationspartner
- geeignete Betreuungs- und Begleitpersonen
- viel Öffentlichkeitsarbeit
- qualitätsgesicherte Tanzangebote

„Das Tanzen ist die Kunst, wo die Beine denken, sie seien der Kopf“ (Stanislaw Jerzy Lec).

Literatur

1. *Unter: www.wir-tanzen-wieder.de*
2. *Tanzkonzept: Hans-Georg Stallnig, ADTV Tanzschule Stallnig-Nierhaus, Köln*

32. Soziomilieugestaltung und -nutzung für Menschen mit Schizophrenie und Minussymptomatik - Grundlagen der Milieugestaltung und -nutzung nach dem 1. Personen-Ansatz

Harald Joachim Kolbe, Stephan Deimel, Ulrich Liebner

Hintergrund

Psychosen betreffen in etwa 1 % der Bevölkerung. Während Positivsymptome wie Wahn und Ich-Störungen oft im Fokus des öffentlichen und meist auch fachlichen Interesses stehen, gibt es doch auch Krankheitszeichen die viel nachhaltiger beeinflussen, obgleich sie kaum Berücksichtigung finden: die sogenannten Negativ- oder Minussymptome. Das sind zumeist keine spektakulären, sondern heimlich verunsichernde und vor allem nach außen diskriminierende Krankheitszeichen, die in einer Art Teufelskreis resigniert, deprimiert und hilflos machen.

Zu den häufigsten Symptomen der Schizophrenie mit Minussymptomatik gehören vor allem verminderte Aufmerksamkeit, Sprachverarmung, Gemütsverflachung, Interessenschwund, Mangel an Schwung, Energie und Ausdauer sowie die Unfähigkeit, Freude zu empfinden. Und vor allem eine schwindende, willentliche Entschlusskraft bis hin zur lähmenden Willenlosigkeit. Zusätzlich treten auch noch Kontaktstörungen bis hin zu Rückzugstendenzen auf. Diese Phänomene werden auch als die sogenannten A's bezeichnet:

- Adynamik/ Antriebslosigkeit
- Apathie / Teilnahmslosigkeit
- Aphatische Reduktion / Sprach- und Sprechstörungen
- Apraxie / Fertigungsstörung
- Assessmentstörungen / Abfolgestörungen

- Affektlabilität / rasch wechselnde Affekte
- A-Needismus / Bedürfnisreduktion bis hin zur reinen Bedürfnisorientierung
- Anhedonie / Freudlosigkeit
- Alogie / Unfähigkeit logisch zu denken
- Asozialität / sozialer Rückzug.

Thema

Da sich solche Symptome eher heimlich und ohne großes Aufsehen einzuschleichen pflegen, werden sie spät erkannt und nur selten konsequent behandelt. Ein als „healing environment“ verstandenes Milieu in einem Krankenhaus sollte nicht nur die Ressourcen fördern und die Teilhabe Betroffener am Gemeinwesen fördern. Das therapeutische Milieu sollte darüber hinaus auch Symptomverschlechterungen verhindern und zum positiven Behandlungsverlauf beitragen.

Der Ansatz des therapeutischen Milieus hebt die Trennung von Therapie und Pädagogik auf, indem Therapie nicht mehr separiert stattfindet, sondern im Alltag. Alltägliche Situationen und Handlungen dienen als Lernfeld, ohne dass sie dadurch verfremdet werden, da jede Tätigkeit zur Entwicklung, Anregung, Entfaltung, Förderung und Heilung beitragen kann“. Therapeutisches Milieu bedeutet keine Therapeutisierung des Alltags, sondern die Einbeziehungen von Krankheiten und Störungsbildern, Ressourcen des Patienten und der Beschäftigten, der Beziehungsdynamik usw. in die Wahrnehmung und Handlung des multiprofessionellen Behandlungsteams. Der Stationsalltag mit all seinen alltäglichen Begegnungen, Interaktionen und Handlungsvollzügen ist somit das sozio- und milieutherapeutische Wirkfeld professionellen Handelns.

Ziel und Gestaltung

Am Beispiel eines Praxisentwicklungsprojektes für Menschen mit Schizophrenie und Minussymptomatik im Maßregelvollzug sollen in 4 Schritten Theorie und Praxis miteinander verbunden werden, und zwar durch:

- die Definition der Konzepte Milieu und „healing environment“, (durch Ankerbeispiele)
- eine phänomenologische Psychopathologie der Schizophrenie als Grundlage für Milieu und „healing environment“ (=1. Personenansatz), (durch Simulationsübungen)
- die Vermittlung der Grundlagen der Milieugestaltung und -nutzung, (Einzelübungen) sowie
- die Verdeutlichung und Vertiefung anhand von Bildmaterial und Erfahrungsberichten.

Pädagogisch flankiert wird der Workshop durch Abfrage eines Stimmungsbarometers zu Beginn und Ende, sowie Methodenwechsel bei den 4 benannten Workshopinhalten.

Lernziele

Die Workshopteilnehmer erhalten die Möglichkeit, eine Einführung in die Grundlagen der Milieugestaltung und -nutzung zu erhalten. Zudem lernen sie die konsequente Orientierung an den Ressourcen und Wahrnehmungsstörungen Betroffener kennen.

33. „Am Ende zählt der Mensch“: Eine reflexive Grounded Theory zur Pflege unheilbar kranker und sterbender Patienten im Maßregelvollzug

Harald Joachim Kolbe

Hintergrund

Die Forensische Psychiatrie erfüllt zwei gleichwertige, miteinander gekoppelte Aufgaben: Den Schutz der Bevölkerung vor psychisch kranken Rechtsbrechern, sowie die Befähigung derselben zu einem straffreien, möglichst eigenständigen Leben innerhalb der Gesellschaft. Erst durch die unbefristete Unterbringung in einem speziell gesicherten psychiatrischen Krankenhaus können die Motivation zur Behandlung der psychischen Anlasserkrankung und die Deliktbearbeitung und somit eine Gefährlichkeitsreduktion erwirkt werden.

In Deutschland korrelieren steigende Unterbringungszahlen und Verweildauern im Maßregelvollzug mit einem höheren Lebensalter, Multimorbidität und steigender Mortalität der im Maßregelvollzug untergebrachten forensischen Patienten. Die Pflegenden werden durch diese Tatsachen vor zahlreiche Probleme gestellt, die nicht nur fachliche, sondern auch ethische sowie rechtliche Fragen betreffen. Obwohl viele Experten darin übereinstimmen, dass der Bedarf an spezialisierter medizinisch-pflegerischer Versorgung, die sich nicht auf Sicherung und psychiatrische Therapie bezieht, gestiegen sind und die Langzeitversorgung forensischer Patienten kein Sonderfall, sondern viel eher der Regelfall ist, existiert bis heute keine pflegewissenschaftliche Forschung, die der Frage nachgeht, wie die Pflegenden die Pflege forensischer Patienten am Lebensende erleben und gestalten.

Fragestellung

Ziel der Qualifikationsarbeit zum Doctor rerum medicarum war es deshalb, diese Forschungslücke zu schließen und das Erleben und Gestalten der Pflege am Lebensende im Maßregelvollzug aus Sicht der Pflegenden zu rekonstruieren.

Methode

Ursprünglich sollte eine Grounded Theory (GT) in Anlehnung an Glaser und Strauss durchgeführt werden. Doch bereits in den Initialinterviews wurde deutlich, dass der Forschungsgegenstand durch ein sehr stark vorstrukturiertes Feld bestimmt wird, das zuerst mittels einer ethnografischen Vorgehensweise erschlossen werden musste. Daher wurden die narrativ geführten 7 Initialinterviews um 11 weitere sowie 108 teilhabende Beobachtungen zu einer ethnografischen Lebensweltanalyse erweitert. 9 Domänen konnten herausgearbeitet werden, „die forensisches Denken und Handeln bestimmen“: Gelebte Sicherheit, Gefährlichkeit als Alltagsereignis, die Sphäre der öffentlichen Kritik, Forensische Pflege als fürsorglicher Zwang, das Balance-Modell forensisch-psychiatrischer Pflege, Faktor Zeit, VerOrtung als Intervention und Prinzip, Freiheitsgrade und Räume der Anerkennung.

Im Anschluss daran wurden 65 narrative und teilstrukturierte Interviews, sowie 734 teilhabende Beobachtungen und Memos dazu genutzt, um eine GT der Pflege unheilbar kranker und sterbender Patienten im Maßregelvollzug zu rekonstruieren. Die Grundlagen der GT, Theoretical sensitivity, Theoretical Sampling und Anwendung des Kodierparadigma wurden angewendet.

Das Forschungsvorhaben unterlag den allgemeinen rechtlichen und forschungsethischen Grundsätzen in der Pflegeforschung, wie Anonymität, Verschwiegenheit, Aufklärung, informierte Zustimmung sowie Vulnerabilitätsbestimmung. Ein Ethikantrag wurde bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft eingereicht und positiv bewertet.

Ergebnisse und Diskussion

Das Erleben und Gestalten der Pflege unheilbar kranker und sterbender Patienten im Maßregelvollzug stellt eine besondere Herausforderung für und Leistung der Pflegenden dar. Das professionelle Selbstverständnis Pflegenden bildende Konzepte (Ergebnisse der Ethnografie) werden am Lebensende ebenso in Frage gestellt, wie persönliche Haltungen. Im Konzept „Würde“ vereinen sich allerdings professionelles und persönliches Denken und Handeln. Angesichts des Lebensendes wird die Menschenwürde des psychisch kranken Rechtsbrechers realisiert und gleichzeitig die eigene Menschenwürde nicht unterschritten. So wird aus der totalen Institution „ein Humanismus des Anderen Menschen“.

34. Gemeinsam in die Zukunft schreiten: Ein Praxisentwicklungsprojekt für Menschen mit Schizophrenie im Maßregelvollzug

Harald Joachim Kolbe, Stephan Deimel, Ulrich Liebner

Hintergrund

Die Forensische Psychiatrie erfüllt zwei gleichwertige, miteinander gekoppelte Aufgaben: Den Schutz der Bevölkerung vor psychisch kranken Rechtsbrechern, sowie die Befähigung derselben zu einem straffreien, möglichst eigenständigen Leben innerhalb der Gesellschaft. Erst durch die unbefristete Unterbringung in einem speziell gesicherten psychiatrischen Krankenhaus können die Motivation zur Behandlung der psychischen Anlasserkrankung und die Deliktbearbeitung und somit eine Gefährlichkeitsreduktion erwirkt werden.

Patienten mit Schizophrenie und Minussymptomatik weisen in der Regel eine höhere Unterbringungsdauer als Patienten mit anderen Störungsbildern auf. Für diese Menschen wird die Forensik zu einem langfristigen Lebensort, und die forensisch-psychiatrische Pflege wird zu Langzeitpflege. Die Patienten sind in ihrer kognitiven psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit reduziert. Affektverflachung, Sprachverlangsamung, mangelnde Kontaktaufnahme, Teilnahmslosigkeit, Freud- und Willenlosigkeit, sowie Aufmerksamkeitsstörungen führen zu rein bedürfnisorientiertem Handeln. Dies wiederum wirkt sich auf die Behandlung und die Interaktion mit den Mitgliedern des multiprofessionellen Behandlungsteams aus.

Problemstellung

Ausgehend von der Frage, wie die Pflege von an einer Schizophrenie erkrankten Patienten mit Schizophrenie und Minussymptomatik in der Forensischen Psychiatrie optimiert werden kann, wurde in Anlehnung an das PA-

RIHS-Modell ein pflegewissenschaftlich begleitetes Praxisentwicklungsprojekt konzipiert und durchgeführt.

Ziele

Ziel war es, die Unterbringungssituation und die Pflege von Patienten mit Schizophrenie zu reflektieren und ein Setting sowie Klienten spezifisches Pflegekonzept zu erstellen. Praxistaugliche Verbesserungspotenziale sollten durch wissenschaftliche Erkenntnisse und aus dem Erfahrungswissen der Mitarbeitenden heraus entwickelt werden.

Vorgehen

Das Praxisentwicklungsprojekt umfasste in Anlehnung vier Phasen. Die Phasen 1-3 (1. Problemanalyse; 2. Interventionsentwicklung; 3. Implementierung) wurden nacheinander durchgeführt und bildeten in sich abgeschlossene Module. Die vierte Phase, die Formative Evaluation setzte bereits mit der Problemanalyse ein.

Im Rahmen der Problemanalyse wurde das Thema vom wissenschaftlichen Team zunächst auf Basis von Fachliteratur erschlossen. Neben der Literatürübersicht bildeten Narrative Interviews mit 23 Pflegenden und 6 Patienten, sowie teilnehmende Beobachtungen die Grundlage für eine subjektive Problemanalyse und die Identifikation von Verbesserungspotenzialen und Barrieren.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Als Ergebnis der Problemanalyse wurden die vier folgenden Interventionsfelder herausgearbeitet: Team, Konzept, Struktur und Milieu. Interventionen für jedes einzelne Feld wurden geplant.

Entsprechend den Grundsätzen der „Forensic Care Education“ wurde im zweiten Schritt eine berufsgruppenübergreifende und symptom-spezifische Basisqualifikation aller Beschäftigten durchgeführt. Basisqualifikation bedeutet, eine einen einheitlichen Sprachgebrauch und ein einheitliches Wissensniveau zu vermitteln, Aneignungsprozesse zum selbstgesteuerten Ler-

nen zu initiieren und Möglichkeiten aufzuzeigen, sich eigenständig Wissen anzueignen. Parallel dazu wurden umfangreiche Umbaumaßnahmen zur Soziumilieugestaltung durchgeführt. Flankiert werden diese Maßnahmen durch kollegiale Begleitung im Versorgungsalltag und Rückmeldungen durch Mitarbeiter des wissenschaftlichen Teams (=Shadowing).

Das Praxisentwicklungsprojekt hat die Bereitschaft der Beschäftigten zur aktiven Mitgestaltung von notwendigen Veränderungsprozessen initiiert. Durch die Mitarbeiterpartizipation im Hinblick auf die Ermittlung von Fortbildungsbedarfen und deren curricularer Ausgestaltung ist eine hohe Identifikation mit dem Projekt entstanden.

Viele Beschäftigte haben durch die teambezogene, multiprofessionelle Schulung nun den gleichen Kenntnisstand und sie sprechen die gleiche Sprache. Bisher weniger beachtete Kompetenzen einzelner Beschäftigter konnten aktiviert und so in den Behandlungsalltag eingebracht werden.

Das stumme, bisher gering konzeptualisierte Erfahrungswissen der Beschäftigten wurde systematisch erfasst, mit dem theoretischen Wissen abgeglichen und allen zugänglich gemacht.

Schlussfolgerung

Praxisentwicklung generiert Fortschritte, die stets setting- und personenspezifisch sind, aber auch von einrichtungsübergreifender Bedeutung sein können. Sie können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensituation, sowie zur Entwicklung der Pflege leisten.

35. Adherence Assessment- ein ambulanter Ansatz zur wirksamen Verbesserung der Lebensqualität psychisch Erkrankter

Tim Konhäuser

Hintergrund

Die psychiatrische Versorgung erlebt in den letzten Jahren eine deutliche Veränderung. Nicht nur die Verschiebung der Therapieansätze von einer „optimalen“ Versorgung aus medizinischer Sicht hin zu einer „individualisierten“ Versorgung, auch die steigende Anzahl an neuen Versorgungsformen und die Zunahme der Versorgung in der Häuslichkeit stellen an die Versorgenden neue Herausforderungen.

Problemstellung

Das Thema Adherence hat nicht zuletzt mit der Veröffentlichung von „Adherence to long – term therapies: Evidence for action“ durch die WHO (World Health Organisation) eine Basis bekommen auf deren Erkenntnisse weiter gearbeitet und geforscht werden muss um langfristig eine zufriedenstellende Versorgung zu gewährleisten.

Ziele

Die Ziele waren mithilfe des Adherence Assessments die aktuelle Adherence Problematik zu erfassen und in einem Prozess gemeinsam mit dem Klienten eine Verbesserung der Adherence zu bewirken. Als mittel- bis langfristige Ziele erwarteten wir eine bessere Lebensqualität und einen optimierten medizinischen Outcome der Klienten.

Vorgehen

In einem Pilotprojekt mit dem Ziel, mehr über die individuellen Adherence Probleme vor allem bei schizophren Erkrankten zu erfahren, wurden 147 Klienten über ein Jahr durch fünf Fachpflegekräfte im hohen Maße individuell versorgt. Als Ergebnis konnte ein spezialisiertes Adherence Assessment gewonnen werden.

Ergebnisse

Während der Pilotphase standen die „Take-home-messages“ aus der Veröffentlichung der WHO im Vordergrund und wurden für das spezifische Adherence Assessment regelmäßig überprüft. Die Arbeitsgruppe kam aus praktischen Gründen von den empfohlenen fünf Dimensionen der Adherence ab. Stattdessen wurden aus der Erfahrung sechs Dimensionen eingeführt, anhand derer eine situative Erfassung der Adherence Problematik gelingt. Die einzelnen Punkte lassen sich dann in Unterpunkte bis zum konkreten Problem herunter brechen und Lösungsansätze werden vorgeschlagen.

Die sechs Dimensionen:

- Kulturelle Faktoren
- Auf die Umgebung bezogene Faktoren
- Personenbezogene Faktoren
- Auf den Coach/Profi bezogene Faktoren
- Behandlungsbezogene Faktoren
- Krankheitsbezogene Faktoren

Das Adherence Assessment wird im Rahmen einer mittelfristigen Begleitung (über 24 Monate) erprobt und kontinuierlich sowohl beim Klienten weiterverfolgt als auch entsprechend weiterentwickelt. Durch das Bearbeiten einzelner Unterpunkte wurde strukturiert die Adherence verbessert und der Klient zum „Fachmann“ seiner Erkrankung gemacht. Dies ist die Grundlage für eine gleichberechtigt-partnerschaftliche Behandlung im Sinne einer guten Adherence.

Diskussion

Eine direkte Messung der Adherence beschränkt sich leider noch immer auf die Einnahme der Medikamente. Unsere Ansätze für eine wissenschaftliche Evaluierung erfasst sowohl die Medikamenteneinnahme als auch die Lebensqualität anhand eines strukturierten und evaluierten Fragebogens sowie einer Einschätzung des medizinischen Outcomes.

Schlussfolgerung

Das Adherence Assessment stellt im Rahmen einer ambulanten Begleitung eine wertvolle Unterstützung dar, um regelmäßig die situative Adherence zu erfassen und durch verschiedene Interventionsinstrumente zu verbessern. Dabei steht die Verbesserung der Lebensqualität der Klienten im Vordergrund. Eine Optimierung der medizinischen Behandlung erfolgte in fast allen Fällen.

36. Recovery – Paradigmenwechsel, Innovation oder doch nur neuer Wein in alten Schläuchen?

Bernd Kozel, Markus Weber, Gianfranco Zuaboni, Caroline Grosser-Ummel

Hintergrund

Der Recovery-Ansatz ist in Ländern wie den USA und Grossbritannien zu einem zentralen und politisch verankerten Konzept in der Gesundheitsversorgung geworden. In den letzten Jahren nahm die Beschäftigung mit dem Recovery-Konzept auch im deutschsprachigen Raum immer mehr zu.

Was genau ist das Recovery-Konzept und was ist es nicht? Welche Rolle sollte oder kann es für die Pflege in der Psychiatrie spielen? Dies ist das Thema unserer Debatte.

Gianfranco Zuaboni

Der personenzentrierte Recovery-Ansatz hat das Potential, ein Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung zu werden. Die konsequente Fokussierung auf die Bedürfnisse und Wünsche des einzelnen Menschen, des gesellschaftlichen Kontextes (soziale Inklusion), Partizipation auf den unterschiedlichsten Ebenen (User-involvement) und Empowerment sind einige Stichworte, die im Zusammenhang mit Recovery oft genannt werden.

Auf den Punkt gebracht, bedeutet Recovery für die psychiatrische Praxis, dass neben der Reduktion der Krankheitssymptome, es Angebote zu entwickeln gilt, die den betroffenen Menschen dabei helfen sollen, ein sinnerfülltes Leben führen zu können. Wie ein sinnerfülltes, „gutes“ Leben aussieht, kann nur die betroffene Person für sich selbst entscheiden. Die psychiatrischen Dienstleistungen sollen sich auf die Bedürfnissen und Wünsche der einzelnen Person einlassen und nicht, wie es gängige Praxis ist, sich die Person auf die psychiatrischen Angebote („Compliance vs Noncompliance“). Diese Forderung wird von Fachpersonen häufig missverstanden. Es bedeutet eben nicht, dass ich jeden Wunsch zu erfüllen habe, oder jede Entscheidung

kommentarlos akzeptieren muss. Meine fachliche Kompetenz und Erfahrung ist auch in einer recoveryorientierten Dienstleistung eine wichtige Ressource!

Markus Weber

Die Einführung der pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird zu einer stärkeren Ökonomisierung führen und die Defizitorientierung in der Entgeltung fortführen. Für die Praxis bedeutet dies, ressourcenorientiert mit der Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen zu arbeiten, obwohl der vorgegebene monetäre Handlungsrahmen den Blickwinkel auf die Schwächen richtet.

Die bereits angestoßenen Diskussionen zum Thema Recovery sind wichtig und notwendig für die Unternehmenskultur. Eine klare Handlungsorientierung lässt sich allerdings hierdurch nicht ableiten. Recovery nimmt zur Haltung und den Wertevorstellungen zur Pflege von psychisch kranken Menschen Bezug und ist somit Inhalt von Leitbildern. Um Recovery als Handlungsmodell verwenden zu können, ist zuvor eine Operationalisierung notwendig, um dann gezielt evidenzbasierte Interventionen anwenden zu können. Derzeit sind die recoveryorientierten Interventionen überschaubar und beziehen sich häufig auf etablierte Ansätze der klassischen Sozialpsychiatrie. Insgesamt bleibt es fragwürdig, inwieweit sich die psychiatrische Pflege für die Umsetzung von Recovery als Triebfeder einbringen kann.

- Zum einen ist die psychiatrische Arbeit inter- bzw. multidisziplinär. Ist es somit erfolgversprechend, Modelle zu etablieren, die an organisationsorganisatorische Grenzen stoßen, da eine berufsgruppenübergreifende Abstimmung nicht erfolgt? Zum anderen ist hier wiederum der monetäre Aspekt anzuführen, denn was bringt es den Betroffenen und Pflegenden, das große Bestrebungen bekundet werden, die in einer späteren Entgeltung jedoch nicht berücksichtigt werden und somit an der Nachhaltigkeit scheitern?

- Die Altersstruktur bei den Patienten wird sich deutlich erhöhen. Daher werden mehr Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Psychiatrie sein. Es herrscht Einigkeit darüber, dass eine kurative Behandlung der Demenzerkrankung derzeit nicht zur Verfügung steht [1]. Die breit geführte Diskussion zu Recovery geht somit an einer tatsächlichen gesellschaftlichen und pflegerischen Problemstellung vorbei. Es ist an der Zeit, dass sich Pflege und Pflegewissenschaft in der Psychiatrie dieser Herausforderung stellen, denn bei dieser Thematik kann die Pflege eine massgebende Schlüsselposition einnehmen [2].

Caroline Grosser-Ummel

Betroffenenpartizipation ist ein wichtiger Bestandteil des Recoverykonzepts. Psychiatrie-Erfahrene bieten beispielsweise als ausgebildete Genesungsbegleiter Gespräche für Patienten an oder vertreten die Anliegen von Betroffenen in entsprechenden Gremien [3].

Aus diesen institutionellen Arrangements ergeben sich notwendigerweise Probleme, deren Diskussion bislang in der professionellen Praxis und im wissenschaftlichen Diskurs vernachlässigt wird. Es stellen sich exemplarisch folgende Fragen:

- Wie gehen Peers mit der Regulierung von Nähe und Distanz in ihren Arbeitsbeziehungen mit Patienten um? Sich als ganzer Mensch von den Problemen der Patienten oder Klienten anrühren zu lassen und empathisch zu sein, ist einerseits eine Voraussetzung für professionelle Helfer. Andererseits müssen sie erkennen können, wenn sie beispielsweise im Sinne einer Übertragung als Freund oder als ein Elternteil angesprochen werden. Sie sollten sich dann behutsam davon distanzieren können und somit als Rollenträger handeln, ohne das Vertrauen des Hilfesuchenden zu verlieren [4]. Ähnliche Fähigkeiten brauchen Genesungsbegleiter. Für sie verschärft sich zusätzlich dieses Handlungsproblem, da ein angestellter Peer möglicherweise nur aufgrund seiner eigenen Krankheitserfahrung und somit als gleicher Partner oder Freund vom Gegenüber wahrgenommen wird. Kann es ihm dann in entsprechenden Gesprächs- und

Beratungssituationen wirklich gelingen, seine quasi-professionelle Rolle geltend zu machen?

- Was machen Genesungsbegleiter, wenn sie vertrauliche Informationen von Patienten bekommen? Sind sie dann gezwungen, solche Informationen an professionelle Bezugspersonen des Patienten weiterzugeben? Gibt es also institutionelle Regelungen dafür?
- Gewährleisten die vorhandenen institutionellen Strukturen eine sorgfältige professionelle Begleitung von angestellten Peers? Wie wird seitens des professionellen Helfersystems erkannt und verfahren, wenn ein Genesungsbegleiter aufgrund seiner Arbeit in eine erneute Krise gerät?

Die aufgeworfenen Fragen geben teilweise selbst Antworten darauf, welche Rahmenbedingungen es braucht, damit die Forderung des Peereinbezugs institutionell gelingend umgesetzt werden kann. Hinzu kommen meines Erachtens vor allem folgende weitere Punkte:

- Ein kontinuierliches, institutionell getragenes Beratungs- und Supervisionsangebot für Peers.
- Mehr Forschung, die über nicht-standardisierte Zugänge sowohl die subjektiven Erfahrungen von angestellten Peers als auch die strukturellen Handlungsprobleme, mit denen sie konfrontiert sind, erfassen und reflektieren kann.
- Und schließlich eine offenerere und kritischere Gesprächskultur in psychiatrischen Institutionen über die Chancen und Grenzen des praktizierten Einbezugs von Peers.

Bernd Kozel

Aus meiner Sicht gibt es verschiedene Strömungen innerhalb der Recovery Bewegung. Beispielsweise wird Recovery verstanden als:

- ein individueller Genesungsprozess: „Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen“ [5].

- ein theoretisches Modell: „Recovery ist eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt“ [6].
- eine Ideologie: „Recovery ist auch eine Gegenbewegung zum psychiatrischen Expertentum, denn Recovery setzt auf Gleichwertigkeit, auf Partizipation, auf Kommunikation in Augenhöhe und auf den Einsatz von Betroffenen für Betroffene“ [6].

Für eine professionelle Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist es von grosser Bedeutung, wie sich die Pflege in Bezug auf das Recovery Konzept positioniert. Es sollte nicht die Tendenz entstehen, das Thema „Recovery“ ausschliesslich an Peers „zu delegieren“, die in der Praxis, in Gremien oder in der Bildung tätig sind. Vielmehr ist es meines Erachtens notwendig, dass es eine recoveryorientierte Pflegepraxis gibt, dass insofern Recovery inhaltlicher Bestandteil des Pflegeprozesses ist.

Dazu sind Theorien, Modelle und Konzepte notwendig, um den individuellen Genesungsprozess gezielt und reflektiert beeinflussen zu können. Wenig hilfreich in der klinischen Praxis hingegen ist eine zum Dogma verkommene, unreflektierte „Recovery-Ideologie“, die es zu vermeiden gilt. Damit meine ich, dass Recovery nicht per se „positiv“ ist - auch der Einsatz von zentralen Recovery-Elementen muss in ein individuelles Fallverstehen eingebettet sein. So kann es durchaus sein, dass gerade eine nicht recoveryorientierte Handlung einen individuellen Genesungsprozess erst möglich macht.

Literatur

1. <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/article/295424/gezielte-antidementiva-therapie-jedem-krankheitsstadium-moeglich.html> Stand 27.06.13
2. Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (2008) *Qualität der Versorgung Demenzerkrankter: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. Pflege & Gesellschaft. 13: p. 293-305.*
3. Abderhalden, C., Prins, S. (2011) *Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und Unterstützung der Selbsthilfe. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Hans-Huber; 159-181.*
4. Welter-Ender, R., Hildenbrand, B. (1996): *Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Klett-Cotta.*
5. Anthony, W.A. (1993) *Recovery from Mental Illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychiatric Rehabilitation Journal. 16: p. 11-23.*
6. Rabenschlag, F., Needham, I. (2011) *Recovery. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Hans-Huber; 870-891.*

37. Non-Suizidverträge – Eine wirksame Intervention zur Suizidprävention?

Bernd Kozel

Hintergrund

Der sogenannte Non-Suizidvertrag wurde erstmals 1973 in der Literatur als Methode zur Suizidprävention und zur gleichzeitigen Einschätzung der Suizidgefährdung erwähnt [1]. Im Wesentlichen ist ein Non-Suizidvertrag eine Vereinbarung zwischen einer Bezugsperson (Pflegefachperson, Ärztin, Psychologin, usw.) und einem suizidgefährdeten Menschen. Der suizidgefährdete Mensch verspricht dabei, sich in einem festgelegten Zeitraum nicht selbst zu verletzen oder Suizid zu begehen. Bestandteil des Vertrages kann auch das Versprechen sein, sich bei auftretenden Suizidgedanken bei einer bestimmten Person oder Institution zu melden. In der Regel werden Non-Suizidverträge mündlich, schriftlich oder in einer Kombination aus beidem abgeschlossen. Der Non-Suizidvertrag wird in der Pflegefachliteratur als Intervention zur Suizidprävention bei akut suizidalen Patienten empfohlen [2]. In der klinischen Praxis werden Non-Suizidverträge relativ häufig von Pflegepersonen eingesetzt [3, 4]. Experten diskutieren die Verwendung von Non-Suizidverträgen zum Teil sehr kontrovers. Beispielsweise ist nicht klar, wie wirksam Non-Suizidverträge zur Suizidprävention wirklich sind.

Fragestellung

Wie wirksam sind Non-Suizidverträge zur Prävention von Suiziden?

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine systematische Literatürübersicht erstellt. Dazu wurde in verschiedenen Datenbanken (Medline, Embase, Cochrane, CINAHL, PsycINFO, PSYINDEX) eine systematische Literatursuche durchgeführt. In einem zweiten Schritt wurden weitere Datenquel-

len (Zitationsindexe, World Wide Web, Literaturverzeichnisse gefundener Artikel, Handsuche in Zeitschriften) zur Identifikation relevanter Artikel herangezogen. Es wurden alle Artikel eingeschlossen, bei denen a) die Wirksamkeit von Non-Suizidverträgen in irgendeiner Form untersucht wurde und/oder b) die eine Empfehlung zur konkreten Anwendung von Non-Suizidverträgen geben. Ausgeschlossen wurden alle Artikel, die nicht in deutsch oder englisch verfasst waren und die vor dem Jahr 2005 publiziert wurden. Für den Begriff Non-Suizidvertrag wurden in der Suchstrategie eine Reihe synonyme englischer Begriffe verwendet (beispielsweise no-harm agreement, anti-suicide promise, suicide prevention contract, usw.).

Ergebnisse

Durch die systematische Literaturrecherche in Datenbanken konnten zunächst 269 Artikel identifiziert werden, die hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft wurden. Nach erfolgter sekundärer Suche in weiteren Datenquellen (Literaturverzeichnisse, WWW, Handsuche in Zeitschriften, usw.) konnten 6 Artikel in die Literaturübersicht eingeschlossen werden. Darunter sind vier unsystematische (narrative) Literaturübersichten [5, 6, 7, 8] und zwei Querschnittserhebungen [9, 10] (siehe Abbildung 1).

Wie wirksam sind Non-Suizidverträge zur Prävention von Suiziden?

Alle vier Literaturübersichten und ein Fachartikel kommen zu dem Ergebnis, dass es gegenwärtig keine ausreichenden empirischen Nachweise für eine suizidpräventive Wirkung von Non-Suizidverträgen gibt. In zwei Querschnittsuntersuchungen wurden Therapeuten (Medizin, Psychologie, Pflege, usw.) aus der Psychiatrie in Bezug auf Ihre Erfahrungen mit Non-Suizidverträgen befragt. In 31% [10] und in 44% [9] der Antworten wurde angegeben, dass ein Suizidversuch oder Suizid trotz bestehendem Vertrag durchgeführt wurde (siehe Abbildung 1).

Autor	Design	Hauptergebnisse
Puskar 2011 [5]	Literaturübersicht	Mangel an externer Evidenz für Non-Suizidverträge zur Suizidprävention
McMyler 2008 [6]	Literaturübersicht	Mangel an externer Evidenz für Non-Suizidverträge zur Suizidprävention
McConnel Lewis 2007[7]	Literaturübersicht	Mangel an externer Evidenz für Non-Suizidverträge zur Suizidprävention
Rudd 2006 [8]	Literaturübersicht	Mangel an externer Evidenz für Non-Suizidverträge zur Suizidprävention
Edwards 2010 [9]	Querschnittsstudie	420 Therapeuten (u.a. Medizin, Psychologie, Pflege) wurden befragt. 44% Suizidversuche oder Suizide bei bestehendem Vertrag
Page 2008 [10]	Querschnittsstudie	312 Therapeuten (u.a. Medizin, Psychologie, Pflege) wurden befragt. 31% Suizidversuche oder Suizide bei bestehendem Vertrag

Abbildung 1: Eingeschlossene Artikel mit Hauptergebnissen

Diskussion

Die aktuell bestehende externe Evidenz [11] zum Non-Suizid Vertrag als Intervention zur Prävention von Suiziden ist sehr limitiert. Die gefundenen vier Literaturübersichten sind narrative, unsystematische Literaturübersichten, die nicht dem Qualitätsstandard einer systematischen Literaturübersicht [12] entsprechen. Dies liegt vor allem daran, dass es kaum hochwertige Studien gibt, die empirische Daten zu einer möglichen suizidpräventiven Wirkung von Non-Suizidverträgen liefern. In den meisten Fällen bestehen die Studiendesigns aus einer Umfrage, aus Interviews (Fachpersonen, Betroffene) oder einer retrospektiven Analyse der Patientendokumentation [6]. Hinzu kommt, dass die meisten dieser Studien relativ alt sind und vor

2005 publiziert wurden. Es konnten nur zwei Studien gefunden werden, die nach 2005 publiziert wurden [9, 10].

An sich besteht ein grosser Konsens darüber, dass Non-Suizidverträge zur Suizidprävention nicht empfohlen werden können [5, 6, 7, 8, 13, 14]. Trotzdem werden sie in der klinischen Praxis häufig angewendet [3, 4, 9, 10]. Dabei wird immer wieder betont, dass unbedingt eine therapeutische Beziehung als Grundlage bestehen sollte, falls Non-Suizidverträgen doch angewendet werden [14]. Ein weiterer wichtiger ethischer und rechtlicher Aspekt ist der Hinweis, dass ein Non-Suizidvertrag niemals eine ausführliche und vertiefte Einschätzung der Suizidgefährdung ersetzen sollte [13].

Eine Alternative für Non-Suizidverträge in der klinischen Praxis kann darin bestehen, Non-Suizidverträge grundsätzlich nur dann abzuschliessen, wenn sie mit Bewältigungsstrategien verknüpft werden, die gemeinsam mit dem Betroffenen entwickelt und trainiert wurden [7,15]. Rudd [8] schlägt eine Vereinbarung zwischen der Fachperson und dem Betroffenen vor, in der: 1. die Rollen, Verpflichtungen und Erwartungen der beiden geklärt werden 2. über alle Bereiche der Behandlung und über Suizid offen und ehrlich gesprochen wird 3. auf festgelegte Sicherheitsmassnahmen zurückgegriffen wird, wenn die Vereinbarung vom Betroffenen nicht mehr eingehalten werden kann. Sicherheitsmassnahmen können beispielsweise aus einem hierarchisch gegliederten Sicherheitsplan bestehen, in dem Copingstrategien und Kontaktmöglichkeiten schriftlich fixiert werden [16].

Schlussfolgerung

- Non-Suizidverträge können nicht zur Prävention von Suiziden empfohlen werden.
- Weitere Studien (quantitative und qualitative) sind notwendig, um mehr über die Wirkung von Non-Suizidverträgen zu erfahren.
- In der Literatur werden unterschiedliche Alternativen zu Non-Suizidverträgen diskutiert.

Literatur

1. Drye, R.C., Goulding, R.L., Goulding, M.E. (1973) No-suicide decisions: patient monitoring of suicidal risk. *American Journal of Psychiatry*. 130: p. 171-174.
2. McCloskey Dochterman, J., Bulechek, G.M. (2004) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis: Mosby.
3. Narr, X., Koziel, B., Abderhalden, C. (2010) Der Einsatz von Non-Suizidverträgen in der psychiatrischen Pflege. In: Hahn, S., Schulz, M., Schoppmann, S., Abderhalden, C., Stefan, H., Needham, I. (Hrsg.) „Depressivität und Suizidalität“. Prävention – Früherkennung. Pflegeintervention – Selbsthilfe. Vorträge und Posterpräsentationen 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. In: Interstendorf: IBICURA; 204-2010.
4. Drew, B.L. (2001) Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives in Psychiatric Nursing*. 15: p. 99-106.
5. Puskar, K., Bridget, U. (2011) Examining the efficacy of no-suicide contracts in inpatient settings: implication for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*. 32: p. 785-788.
6. McMyler, C., Prymachuk, S. (2008) Do `no-suicide contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15: p. 512-522.
7. McConnell Lewis, L. (2007) No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 37: p. 50-57.
8. Rudd, M.D., Mandrusiak, M., Joiner Jr., T.E. (2006) The case against no suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*. 62: p. 243-251.
9. Edwards, S.J., Sachmann, D. (2010) No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances. A study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis*. 31: p. 290-302.
10. Page, S.A., King, M.C. (2008) No-suicide agreements: current practices and opinions in a canadian urban health region. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 53: p. 169-175.
11. Behrens, J., Langer, G. (2004) *Evidence-based nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft*. Bern: Hans-Huber.
12. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 339: p. 332-336.
13. Garvey, K.A., Penn, J.V., Campbell, A.L., Esposito-Smythers, C, Spirito, A. (2009) Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *Journal of American Academic Psychiatry Law*. 37: p. 363-370.

14. *Lee, J.B. (2005) Suicide prevention: critical elements for managing suicidal clients and counselor liability without the use of a no-suicide contract. Death Studies. 29: p. 847-865.*
15. *Grieser, M., Löhr, M., Kozel, B. (2013) Hilfe beim Weg zurück ins Leben. Die Schwester Der Pfleger. 52: p. 562-567*
16. *Stanley, B., Brown, G.K. (2012) Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. Cognitive and Behavioral Practice. 19: p. 256-264.*

38. Certified Peer Specialist in Massachusetts – Ausbildung und praktische Tätigkeitsfelder

Regine Kuck

Hintergrund

Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung oder seelischen Krise berichten immer wieder, wie wertvoll und wichtig für sie der Austausch mit Peers, sprich mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, ist. Es ermöglicht den Austausch über die Erfahrungen in der gleichen Sprache [1] und von den Erfahrungen des Gegenübers zu lernen. In Europa existiert seit einigen Jahren als Pilotprojekt die Ausbildung „Experienced Involvement“ (kurz: Ex-In), in der sich Menschen mit Erfahrungen in psychischen Krisen zum Genesungsbegleiter weiterbilden lassen können. Auch im außereuropäischen Ausland existiert eine äquivalente Ausbildung. Im Rahmen einer vierwöchigen Hospitation, die vom Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit der Robert Bosch Stiftung gefördert wurde und im Mai 2013 in Boston (MA, USA) stattfand, konnte ein Einblick in die dortige Ausbildung und den Einsatz von „Certified Peer Specialists“ gewonnen werden.

Fragestellung

Um von den Erfahrungen anderer Programme profitieren zu können und zukünftig weitere Argumentationsgrundlagen für die zwingend notwendige Integration von Peers in die psychiatrische Arbeit zu haben, wurde der Fragestellung nachgegangen, wie die dortige Ausbildung zum Certified Peer Specialist gestaltet ist und welche Parallelen und Unterschiede es zum europäischen Ausbildungsgang gibt. Des Weiteren wurde das Augenmerk auf die Tätigkeitsfelder der Peer Specialists gelegt.

Methode und Material

Methodisch wurde zur Informationsgewinnung eine Literaturrecherche durchgeführt. Die US-amerikanischen Daten stammen aus zur Verfügung gestellten Unterlagen des Transformation Centers, das für die Ausbildung in Massachusetts verantwortlich ist. Zusätzlich fanden Gespräche mit den zuständigen Mitarbeitern des Transformation Centers und ausgebildeten Peer Specialists statt.

Ergebnisse

In den USA gibt es unterschiedliche Peer-Unterstützer mit unterschiedlichen Berufsbezeichnungen. Nicht jeder hat eine zertifizierte Ausbildung oder erwirbt diese erst im Laufe seiner Tätigkeit. „Generell ist ein Peer-Unterstützer ein Individuum, das persönliche Erfahrungen mit seiner oder ihrer eigenen Recovery gemacht hat, Recovery über einen Zeitspanne aufrecht erhalten hat, ein spezielles Training, um mit anderen zu arbeiten absolviert hat, und bereit ist, das, was er oder sie über Recovery gelernt hat mit anderen in einer inspirierenden Weise zu teilen“ [Übers. Verf.] [2]. Das erste Ausbildungsprogramm entstand bereits 1990 in Georgia. Seit 2000 werden die Peers durch die medicaid-Versicherungen und das Department of Mental Health vergütet. Im Jahre 2006 entstand das erste Training, dessen Curriculum unabhängig vom Einfluss professioneller Helfer entwickelt wurde und seither durchgeführt wird [3]. Im Dezember 2012 konnte festgehalten werden, dass bis zu diesem Zeitpunkt insgesamt 783 Menschen die Ausbildung erfolgreich absolviert haben [4]. In den Jahren 2005 bis 2007 wurde das hiesige Pilotprojekt Ex-in unter Mitwirkung mehrerer europäischer Länder entwickelt. Die Genesungsbegleiter „haben gelernt, mit Ausgrenzung und Krisen umzugehen, haben ihre Erfahrungen reflektiert und haben sich zusätzlich Haltungen, Fähigkeiten und Wissen angeeignet. Sie sind in der Lage, ihr Erfahrungswissen zu Krisen- und Ausgrenzungsprozessen in den verschiedenen psycho-sozialen Bereichen professionell einzu-

bringen, um angemessene Unterstützung zu bieten und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen.“[5]

Die Curricula der beiden Ausbildungsgänge haben viele Schnittmengen. Unterschiede bestehen bezüglich der Dauer der Ausbildung und dem Bewerbungsprocedere. Zugangsvoraussetzung zur CPS-Ausbildung ist, dass man mindestens 18 Jahre alt ist und die Diagnose einer psychischen Störung bekommen hat. Zudem sollten die Bewerber mindestens einen Bachelorabschluss haben [3]. Um die Ex-In-Ausbildung absolvieren zu können, sollten die Teilnehmer ein ausreichendes Maß an Selbstbestimmung haben, sich mindestens 1,5 Jahre aktiv in der Selbsthilfe, in Trialogseminaren oder NutzerInnengruppen einbringen und fähig sein eigene Erfahrungen zu reflektieren und zu teilen [6]. Beiden Ausbildungen gemein ist die Zugangsvoraussetzung, sich nicht in einer akuten Krankheitsphase zu befinden, sondern weitgehend stabil zu sein [3,6]. Die Bewerbung beinhaltet in beiden Ausbildungen einen Bewerbungsbogen und ein Auswahlgespräch. Das Bewerbungsprocedere zum CPS erfordert zusätzlich einen Selbstassessmentbogen, mit dem die Interessenten prüfen können, ob sie bereit sind die Ausbildung absolvieren zu können. Zudem ist es notwendig, zwei schriftliche Referenzen einzureichen.

Die Ausbildung zum CPS beinhaltet neun Module, dauert neun Trainingstage und endet mit einem mündlichen und schriftlichen Examen. Eine regelmäßige Weiterbildung ist erwünscht, und entsprechende Module werden angeboten [7]. Das europäische Ex-In-Programm dauert ein Jahr, ist unterteilt in ein Basis- und ein Aufbaumodul mit insgesamt 11 Einheiten und ein abschließendes Portfolio, um das Einbringen der eigenen Erfahrungen zu trainieren. Zudem sind zwei Praktika vorgesehen [8].

Die Tätigkeitsfelder sind breitgefächert und zielen darauf ab, andere Menschen auf ihrer Recoveryreise zu unterstützen. „Certified Peer Specialists“ arbeiten beispielsweise in “Recovery Learning Communities” (RLC). RLC sind peer-geleitete Netzwerke, die Peerunterstützung, Information, Edukation, Anwaltschaften und Übungsmöglichkeiten anbieten. Zudem arbeiten CPS in

Rehabilitationszentren, wie dem Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation der Universität Boston und übernehmen dort Aufgaben im Bereich Forschung, Administration und Ausbildung. Des Weiteren sind CPS auch in psychiatrischen Krankenhäusern beschäftigt. Die Ex-IngeneusungsbegleiterInnen sind im ambulanten und stationär betreuten Wohnen, in Begegnungsstätten, in der Krisenberatung und Kliniken beschäftigt. In England und Holland arbeiten sie zudem in sozialpsychiatrischen Teams [8]. Weitere Genesungsbegleiter sind in der Forschung und Lehre, der Selbsthilfe, im Qualitätsmanagement, in der Rehabilitation oder der Aus- und Weiterbildung tätig [9]. Mehr als fünfzig Prozent der Absolventen sind in einem regelmäßigen bezahlten Beschäftigungsverhältnis [10].

Diskussion

Die Notwendigkeit des Einsatzes von Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Krise sollte mittlerweile nicht mehr Gegenstand der Diskussionen sein. Vielmehr sollte im deutschsprachigen Raum vermehrt dazu übergegangen werden, mit den hiesigen Ex-In-Mitarbeitern zu überlegen, wie man sie im Sinne der Menschen, die sich in seelischen Krisen befinden, bestmöglich und zu angemessenen Konditionen in der psychiatrischen Praxis einsetzen kann. In vielen psychiatrischen Einrichtungen und Kliniken arbeiten bereits erfolgreich Peers und es wurden gute Erfahrungen gesammelt. Diese und die Erfahrungen aus dem Ausland sollten als Anlass genommen werden, um diese Ressource im Sinne der Betroffenen flächendeckender zu nutzen und politische, betriebliche und gesellschaftliche Diskussionen darüber vermehrt anzustoßen.

Schlussfolgerungen

Abschließend lässt sich sagen, dass es viele Parallelen zwischen den beiden Ausbildungen gibt. Betroffene in den USA und Deutschland nehmen den Einsatz von Peers Specialists als wertvoll wahr und profitieren vom Austausch über die gemeinsamen Erfahrungen. In Massachusetts ist dies eine gut etablierte anerkannte Berufsgruppe. Im deutschsprachigen Raum ist es

erforderlich die Ressource dieser Berufsgruppe vermehrt zu erkennen und diese zu nutzen.

Literatur

1. Utschakowski, J. (2009). *Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen*. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock, *Vom Erfahrenen zum Experten* (S. 14-21). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
2. International Association of Peer Supporters. (o.J.). *Definition - Peer Supporter*. Abgerufen am 19. Juni 2013 von <http://na4ps.wordpress.com/definition-peer-specialist>
3. The Transformation Center & Appalacian Group, L. G. (04. April 2012). *CPS 2010-2011 Curriculum; History of Movement Module . The Shoulders Upon Which We Stand*. unbekannt: unbekannt.
4. Georgia Certified Peer Specialist Project. (14.Dezember 2012). *Georgia Certified Peer Specialist Project - Continuing Education*. Abgerufen am 09.Juli 2013 von http://www.gacps.org/countinuing_education.html
5. *Expierenced-Involvement*. (o.J.). *Genesungsbegleiter - Experten durch Erfahrung*. Abgerufen am 04. Juli 2013 von <http://www.ex-in.net/node/119>
6. *experienced-involvement (ex-in)*. (o.J.). *Bewerbungsbogen*. Abgerufen am 04. Juli 2013 von <http://www.ex-in-nrw.info/>
7. The Transformation Center. (o.J.). *Certified Peer Specialists*. Von http://transformation-center.org/?page_id=394 abgerufen
8. Filius, A. (2012). Abgerufen am 04. Juli 2013 von <http://www.lwl-klinik-herten.de/wissenswertes/publikationen/publikationen-pflegedienst/pflegefachtagung-2012/ag1-fillus-wennnichts-mehrgeht1>
9. Jahnke, B. (2012). *Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit Ex-In zum Genesungsbegleiter*. Neumünster: Paranus Verlag.
10. Utschkowski, J. (2012). *Ex-In: Ausbildung und Perspektiven*. In J. Utschkowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (3. überarbeitete Auflage, S. 82-115). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

39. Evaluation des Sozialen Kompetenz Trainings bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung anhand des Fragebogens zur Kompetenz-und Kontrollüberzeugungen

Iris Lauterbach

Hintergrund

Die fachspezifische Arbeit auf der Psychotherapiestation wurde für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Anlehnung an die Dialektisch- Behaviorale Therapie angepasst und um das Soziale Kompetenz Training (SKT) erweitert.

Das SKT ermöglicht ein Erlernen von angemessenem Sozialverhalten und dient speziell der Verbesserung des Selbstkonzeptes, der sozialen Wahrnehmung sowie des Rollenverhaltens [1]. Dieses Training wurde auf der Basis des gängigen Trainingsverfahrens „Gruppentraining Sozialer Kompetenz, GSK von Hinsch & Pfingsten“ entwickelt und besteht aus sechs Trainingseinheiten à 90 Minuten. Wichtige Themen sind: Recht einfordern, Sozial kompetente Problemlösung, Sozial kompetentes Ablehnen von Bitten, um Sympathie werben und Situationen richtig einschätzen.

Die Begriffe der Kompetenz und der Kontrolle spielen im Kontext des komplexen Problemlösens und Handelns hinsichtlich selbstwertsichernder und selbstregulativer Maßnahmen innerhalb des Selbstmanagements als Anforderung an den Handelnden eine bedeutsame Rolle. In sozialen Situationen wirken sich generalisierte oder situationspezifische Erwartungen in Abhängigkeit von der Situationswahrnehmung verhaltensbestimmend aus [2].

Fragestellung

Welches Kompetenz- und Kontrollüberzeugungsmuster bei Borderline-Patienten vorliegt und welche Veränderungen das SKT bewirken kann wurde anhand folgender Hypothesen überprüft:

- Selbstkonzept eigener Fähigkeiten
- Durch den Einsatz des SKT werden sich die Patienten in neuartigen Situationen aufgrund der gelernten Handlungsalternativen sicherer verhalten.
- Internalität
- Den Patienten gelingt es besser angemessene Ausdrucksformen in emotionalen und sozialen Kontakten zu finden.
- Soziale Externalität
- Durch das SKT begründen die Patienten Erfolge stärker mit den eigenen Fähigkeiten und Verhalten
- Fatalistische Externalität
- Die Patienten werden sich rationaler verhalten, hoffnungsvoller und weniger misstrauisch sein, ihr Verhalten wird beständiger sein.
- Selbstwirksamkeit
- Das Selbstbewusstsein, die Sicherheit in der Handlungsplanung- und realisierung, Flexibilität und die Anpassungsfähigkeit in neuen bzw. ambigen Situationen werden nach erfolgtem Training besser gelingen.
- Externalität
- Das Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, Fatalismus, Hilflosigkeit, Abhängigkeit von mächtigen Anderen und als soziale Abhängigkeit werden nach dem SKT geringer ausgeprägt sein.

Methode und Material

Es fand eine Anwendungsbeobachtung des durch 21 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung absolvierten Sozialen Kompetenz Trainings auf einer Psychotherapiestation statt. Inwieweit die Ziele des Trainings erreicht werden konnten, wurde anhand des Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen nach Krampen über die vier Primärskalen mit jeweils acht Items untersucht [3].

Die durch die Ethikkommission genehmigte Anwendungsbeobachtung fand auf der Grundlage des Fragebogens zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (t1=zu Beginn Therapie, t2= Tag vor Trainingsbeginn, t3= Tag nach Training) durch die Selbstbeurteilung der Patienten statt. In die Auswertung wurden u.a. soziodemographische Merkmale, Hauptbehandlungsziele und Komorbiditäten der Patienten einbezogen. Außerdem erfolgte ein Vergleich der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Probanden zu gesunden Erwachsenen. Die Patienten nahmen freiwillig, inklusive Erteilung einer Einwilligungserklärung, an der Studie teil. Die statistische Auswertung erfolgte in pseudonymisierter Form mittels nichtparametrischer Testverfahren.

Ergebnisse

Die Drop-out-Quote lag bei 33%. Das Alter der Patienten lag zwischen 20 und 42 Jahren. 71,4% der Patienten waren weiblich, 64,2% waren ledig und 50% nahmen Medikamente ein. Als Nebendiagnose hatten 92,9% der Patienten eine Depression und 21,4% hatten Suizidversuche hinter sich.

Beim Selbstkonzept eigener Fähigkeiten zeigten sich bei den Patienten keine Normabweichungen, jedoch Zusammenhänge zur Depression. Es stellten sich keine signifikanten Änderungen im Vergleich t2 und t3 heraus.

Die Teststatistik ergab bei der Internalität signifikant niedrigere Werte zur Normierungsstichprobe und keine signifikanten Unterschiede zwischen t1 und t2. Sehr signifikante Unterschiede wurden nach dem absolvierten SKT gemessen.

Bei der Sozialen Externalität wurden signifikant höhere Werte zur Normierungsstichprobe und durch das SKT keine signifikanten Unterschiede ermittelt.

Sehr signifikante Abweichung von der Norm wurde bei der Fatalistische Externalität ermittelt. Das SKT verursachte keine signifikanten Veränderungen.

Bei der Selbstwirksamkeit ergaben sich signifikante Abweichungen zur Normierungsstichprobe und kein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t2. Jedoch sehr signifikante Veränderung von t2 zu t3.

Bei der Externalität bestand keine Abweichung zur Norm und es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede nach allen Testsequenzen.

Diskussion

Eine mögliche Ursache für die ungleiche Geschlechterverteilung der Patienten begründet sich wohl darin, dass 70% der sich in psychotherapeutischer Behandlung begebenden Patienten weiblich sind, obwohl bei der Erkrankung selbst eine Gleichverteilung vorliegt. Da 64,2% der Patienten ledig waren liegt ein Zusammenhang mit dem Symptom-Muster nahe. Ergebnisse einer 6-Jahres-Follow-up-Studie beschreiben eine medikamentöse Behandlung bei 70% der Patienten. Die Therapie in Anlehnung an das DBT-Konzept könnte es ermöglichen mit weniger Medikamenten, hier 50% der Patienten, behandeln zu müssen.

Aus der Literatur ist eine 70%-Rate an Suizidversuchen bei Borderline-Patienten zu entnehmen. In der Studie gaben 21,4% an, Suizidversuche unternommen zu haben. Die Angaben, der an der Untersuchung teilnehmenden Patienten, decken sich nicht mit denen in der Literatur beschriebenen 70%-Rate an Suizidversuchen bei Borderline-Patienten[4]. Ein möglicher Grund könnte ein bei Behandlungsbeginn noch nicht aufgebautes Vertrauensverhältnis sein.

Da sich beim Selbstkonzept eigener Fähigkeiten keine Veränderungen auf ein normales Niveau ergaben wird hier von dem Konstrukt „Idealisierung des Selbst“ ausgegangen.

Das SKT bewirkte bei der Kontrollüberzeugung Internalität signifikant höhere Werte. Diese sprechen für eine verbesserte Interessenvertretung gegenüber Anderen und einer gesteigerten Regulation von Affekten in sozialen Interaktionen.

Da bei der sozialen Externalität sich signifikante Unterschiede zur Normierungsstichprobe und im Testverlauf keine Veränderung zeigten ist anzunehmen, dass die Patienten die Bewältigung einer Situation nicht in Abhängigkeit von äußeren Faktoren gesehen und nicht als durch äußere Kräfte kontrolliertes Geschehen aufgefasst haben.

Bei der fatalistischen Externalität ergaben sich signifikante Unterschiede zur Normierungsstichprobe und keinerlei Veränderungen zwischen t1 und t2 sowie zwischen t2 und t3. Die Patienten vertrauten weiterhin darauf, dass ohne eigenes Zutun positiv bewertete Ereignisse auftreten bzw. negativ bewertete Ereignisse verhindert werden. Das Verhalten blieb weiterhin wenig rational und die Patienten waren gegenwärtig hoffnungslos.

Die Abweichung von der Normierungsstichprobe bei der Selbstwirksamkeit spricht für ein niedriges Selbstbewusstsein der Patienten, wenig Sicherheit in der Handlungsplanung und geringe handlungsorientierte Reaktionsweisen vor dem SKT. Nach dem SKT wurde eine Verbesserung auf ein gesundes Niveau erreicht.

Es resultierten durch das SKT bei der Externalität keine Verbesserungen in Bezug auf das gering ausgeprägte Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, von mächtigen Anderen und der sozialen Abhängigkeit.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse deuten auf eine Verbesserung in der sozialen Interaktionsfähigkeit und Selbstsicherheit für die an der Untersuchung teilnehmenden Borderline- Patienten hin. Die Patienten waren nach dem Training davon

überzeugt, selbst über wichtige Ereignisse im Leben bestimmen und das Gewünschte erreichen zu können. Sie sahen Erfolge als abhängig von eigener Anstrengung und persönlichem Einsatz, konnten soziale Interaktionen regulieren und eigene Handlung als wirksam und effektiv erleben.

Durch das SKT konnten angemessene Ausdrucksformen in emotionalen und sozialen Kontakten gefunden werden. Außerdem erlangten die Patienten ein höheres Selbstbewusstsein, mehr Sicherheit in der Handlungsplanung und Handlungsrealisation, sowie mehr Ideen in neuen und mehrdeutigen Situationen. Sie zeigten handlungsorientiertere Reaktionsweisen.

Einige wichtige Variablen wie subjektive Verstärkerwerte, vorliegende kognitive und behaviorale Kompetenzen, sowie Erfahrungen mit psychotherapeutischen Vorbehandlungen sollten bei zukünftigen Evaluationen hinzugezogen werden, da das Verhalten von Personen durch diese Variablen beeinflusst werden. Sicherlich ist es schwierig in einem Stationsalltag Störvariablen zu überblicken und sie zu vermeiden. Denn auch außerhalb der Therapien pflegen Patienten soziale Kontakte und steigern auch untereinander die soziale Interaktionsfähigkeit. Von Nutzen wäre eine abschließende Überprüfung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugung zum Therapieende und darüberhinaus um die Nachhaltigkeit der erlangten Kompetenzen zu überprüfen.

Literatur

1. *Hinsch, Rüdiger; Pfingsten, Ulrich (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. 5. Auflage. p. 239*
2. *Richter, Peter; Hacker, Winfried (2008). Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. 2. Aufl. p 46-47*
3. *Krampen, Günter (1991): Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). p. 13 ff.*
4. *Dulz, Birger; Schneider, Angela (1997): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 2. Auflage. p. 55*

40. Herausfordernde Verhaltensweisen von Patienten mit einer Demenz im Kontext der stationären Demenz- und Delirbehandlung“ - Ausrichtung der stationären Versorgung als Folge der Entwicklung im Gesundheitswesen

Michael Lehmann

Hintergrund

Mit der höheren Lebenserwartung steigt auch im Thurgau die Zahl demenzkranker Menschen. In der Schweiz leben schätzungsweise 107.000 bis 125.000 an Demenz erkrankte Menschen, ca. 3000 im Kanton Thurgau. Jährlich gibt es Schweiz weit ca. 26'000 Neuerkrankungen. Ein grosser Teil der Betroffenen wird im häuslichen Umfeld gepflegt, jedoch ist bei starker Pflegebedürftigkeit ein Übertritt in eine Institution meistens unvermeidlich. Die Heimlandschaft im Kanton ist bemüht, diesen durch die demographische Entwicklung entstehenden Bedürfnissen Rechnung zu tragen und etabliert neue Versorgungsstrukturen. Diese Entwicklung hat auch massgeblichen Einfluss auf die psychiatrische Versorgung im Kanton und im Besonderen auf die stationäre Demenz- und Delirbehandlung.

Problem

Mit der Zunahme der an Demenz erkrankten Menschen steigt auch der Anteil der Erkrankung an einer Frontotemporaldemenz, die durch z.T. gravierende Verhaltensstörungen gekennzeichnet ist und welche Heime in der Versorgung dieser Personengruppe überfordert. In der Folge werden diese Patientinnen und Patienten auf die einzige im Kanton etablierte stationäre Versorgungseinheit zur Behandlung von Demenz überwiesen, was zu einer Kumulation dieser Personengruppe innerhalb dieser Station führt.

Ziel

Ausgehend von der aktuellen Situation wird aufgezeigt, wie das Team der Station den Alltag mit den Patientinnen und Patienten bewältigt und mit welchen Massnahmen und Strategien auf übergeordneter Ebene den genannten Entwicklungen Rechnung getragen werden sollte.

Vorgehen

Praxisnahe Erläuterungen der spezifischen Herausforderungen die im Kontext von strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen durch die Heterogenität der Patientengruppe entstehen. Vorstellung der Eckpunkte des Stationskonzeptes, Massnahmen und Strategien um eine qualitativ gute Versorgung einer von der Menge und Komplexität weiter zunehmende Patientengruppe zu gewährleisten.

Ergebnisse/Erfahrungen

Es zeigt sich, dass mit klaren Vorstellungen bezüglich der Personalrekrutierung, einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit, der Integration von Modellen wie STI, NDB, einem Fort- und Weiterbildungskonzept sowie zusätzlichen infrastrukturellen Massnahmen eine gute Versorgungsqualität für die beschriebene Patientengruppe erreichen lässt.

Diskussion

Im Vortrag wird das Spannungsfeld zwischen ökonomischen Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit in die alterspsychiatrische Versorgung zu investieren deutlich gemacht.

Schlussfolgerungen

Nachdem traditionell über viele Jahre die Bereiche der Gerontopsychiatrie in der Entwicklung hinter den anderen psychiatrischen Fachbereichen standen, zwingt uns nun die demographische Situation vor allem den Bereich der Demenzerkrankungen in den Fokus zu rücken. Wir haben den Anspruch,

auch hier eine Behandlungsqualität zu etablieren, die für andere Fachgebiete schon lange selbstverständlich ist. Das ist nicht lukrativ und kann unter Umständen zur Verlagerung von Ressourcen führen. Vorrusschauende Strategien, die über klassische stationäre Versorgungsstrukturen hinausgehen, werden in Zukunft etabliert werden müssen. Im stationären Bereich werden Themen wie Skill und Grade Mix, Einbindung von Angehörigen und fachliche Qualifikationen weiter an Bedeutung gewinnen.

41. Deutsche Übersetzung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC)

Michael Löhr, Michael Schulz, Bruno Hemkendreis, André Nienaber

Hintergrund

Die Pflege von Patientinnen und Patienten mit akuter Suizidalität ist eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe und stellt für die Behandlung eine „besondere Herausforderung“ [1] dar. Eine in der Praxis und der Literatur immer wieder zu findende Empfehlung in der Begleitung von akut suizidalen Patienten ist die „Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Beziehung“ [2] bzw. eine hohe pflegerische und therapeutische Betreuungsichte [1] oder Intensivbetreuung. Im Rahmen der Intervention steht ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Verfügung, um eine unterstützende Beziehung in der intensiven Betreuungssituation herzustellen. Allerdings fehlen in der Praxis Instrumente für eine systematische Erfassung und Unterstützung einer strukturierten Kommunikation der Intensivbetreuung [3].

Problemstellung

Björkdahl et al. [3] haben als Unterstützung für die Durchführung und Dokumentation einer Intensivbetreuung bei Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung mit akuter Suizidalität im Rahmen einer Delphibefragung die Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) entwickelt, die bisher in schwedischer und englischer Sprache vorliegt. Die SPOC kann Björkdahl et al. [3] zufolge dazu dienen, den Einbezug der Patientin bzw. des Patienten in seine Pflege und Behandlung zu fördern und zu unterstützen, in dem die dokumentierten Punkte als Grundlage einer gemeinsamen Besprechung und Auswertung herangezogen werden.

Ziele

Ziel des Praxisprojektes ist es, die am Karolinska Institut in Schweden entwickelte Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) durch einen wissenschaftlichen Übersetzungsprozess in die deutsche Sprache zu übersetzen und sie somit auch für den deutschen Sprachraum zur Verfügung zu stellen [4].

Vorgehen

Nach Kontaktaufnahme mit der erstgenannten Autorin, Anna Björkdahl und der Zustimmung des Autorenteams zum geplanten Vorhaben der Übersetzung der SPOC in die deutsche Sprache, wurde der Übersetzungsprozess begonnen.

Die Durchführung der Übersetzung der SPOC wurde anhand der in der Literatur vorhandenen Strukturvorgaben vorgenommen [3]. Die Arbeit orientierte sich an dem fünf Stufenmodell nach Beaton et al. [4]. Die reine Übersetzung erfolgte in vier Schritten. In Anschluss daran wurde eine Inhaltsvalidierung des Instrumentes durchgeführt.

Ergebnisse

Durch das Projekt ist eine deutschsprachige Version der SPOC entstanden. Diese Version kann zum einen in der Praxis bei der Durchführung von Intensivbetreuungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutversorgung von Patientinnen und Patienten mit akuter Suizidalität und zum anderen für Projekte aus dem Bereich der Pflegeforschung angewendet werden. Das gemeinsame Projekt der Übersetzung sorgt für eine Verknüpfung von Praxis (Klinischer Bereich), Wissenschaft (Fachhochschule) und Fachgesellschaft (DFPP). Darüber hinaus sind durch das Projekt sowohl ein internationaler Austausch zum Thema der Intensivbetreuung als auch eine Vernetzung mit den schwedischen Autoren der Originalversion entstanden.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Mit der deutschen Version der SPOC liegt ein systematisches Dokumentationsinstrument für die stationäre Intensivbetreuung von Menschen in suizidalen Krisen vor. Mit diesem Hilfsmittel besteht nun die Möglichkeit, Beobachtungen zu den Punkten Verhalten, Antrieb, Stimmungslagen und Äußerungen des Patienten systematisch zu erfassen. Die Informationen können einerseits zu einer besseren Interventionsplanung in der Pflege und andererseits zum multidisziplinären Austausch und zur Behandlungsplanung beitragen und genutzt werden. Limitationen des Instruments sind zum einen darin zu sehen, dass, wie von Björkdahl et al. [3] beschrieben, die Identifizierung der einzelnen Items auf der subjektiven Meinung von für die Delphi-Befragung ausgewählten Teilnehmern stammen. Zum anderen liegen keine Daten im Hinblick auf Validität oder Reliabilität des Instrumentes vor. Der Einsatz sollte deshalb umsichtig erfolgen [3].

Literatur

1. Lewitzka, U. (2012). Hochakut suizidgefährdete Patienten – Eine besondere Herausforderung. *Pflege, 13* (2), 8-14.
2. DGPPN (2012). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*. Unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_s3_Unipolare_Depression_2012-01.pdf [Stand:26.06.2013]
3. Björkdahl A, Nyberg U, Runeson B. & Omerov P. The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011;18:558- 561
4. Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A. & Nienaber, A. *Deutsche Übersetzung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) – ein Instrument für die Praxis. Pflege (accepted)*.
5. Martin, J. S., Vincenzi, C. & Spirig, R. Principles and methods of good practice for the translation process for instruments of nursing research and nursing practice. *Pflege*. 2007, 20(3), S. 157-163.
6. Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. Recommendations for the Cross-Cultural Adaption of Health Status Measures. [Online] 2007. [Zitat vom: 23. 10.2012.] <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>. [Stand: 15.04.2013]

42. Leistungsdokumentation der Therapieeinheiten bei stationär behandelten Menschen mit dementieller Erkrankung – erlauben sie tatsächlich Rückschlüsse auf das nichtmedikamentöse Therapiegeschehen?

Michael Löhr, Michael Schulz, Johann Behrens

Hintergrund

Menschen mit Demenz bedürfen einer speziellen Pflege und Therapie. Durch ihre kognitiven Einschränkungen sind sie in einem ablaforientierten Gesundheitssystem darauf angewiesen, dass ihnen Zeit, Hilfe zur Orientierung, Empathie und Verständnis entgegengebracht werden. Sollten nun Menschen mit Demenz infolge ihrer Erkrankungen Symptome entwickeln, die eine stationäre Behandlung notwendig machen, tritt eine besondere Situation ein, da neben der zu behandelnden Symptomatik und den damit verbundenen Auswirkungen auf das Alltagsleben zusätzlich noch ein Wechsel in eine fremde Umgebung ansteht. In der deutschen S3-Leitlinie „Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz“ [1] sowie der englischen NICE-Guideline „Supporting people with dementia and their carers“ [2] werden zahlreiche evidenzbasierte Interventionen zur Behandlung von Menschen mit Demenz vorgeschlagen. Auch der HTA(Health Technology Assessment)-Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation (DIMDI) „Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen“ prüfte im Jahr 2009 die durchgeführten Interventionen auf ihren Evidenzgrad [3]. So stehen neben den pharmakologischen Behandlungsoptionen vielfältige psychosoziale Interventionen zur Verfügung. Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik sind alle Berufsgruppen angehalten, ein Leistungsgeschehen über mehr als 25 Minuten in Form einer Therapieeinheit (TE) festzuhalten. Die Therapieeinheiten lassen zwar keine Aussagen über den Inhalt der Intervention zu, geben aber einen quantitativen Überblick über das therapeutische Leistungsgeschehen.

Sie werden kodiert und einmal jährlich an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. In der vorliegenden Arbeit möchte ich über die genannten Sekundärdaten einen Einblick in das quantitative Leistungsgeschehen bei Menschen mit Demenz im psychiatrischen Krankenhaus geben.

Fragestellung

Wie viel Prozent der Menschen mit Demenz wurden in den Jahren 2010 und 2011 durch die Berufsgruppen bzw. Berufsgruppencluster in den unterschiedlichen ICD-10-Hauptdiagnosegruppen (F01, F03 und G30) mit einer Therapieeinheit erreicht?

Methode und Material

Im Jahr 2011 hat die DGPPN ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, um Versorgungsindikatoren für die Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP) zu identifizieren. Das Projekt VIPP hat das Ziel, auf der Grundlage von Routinedaten psychiatrischer Abteilungen und Krankenhäuser einen Datenpool aufzubauen, um den Diskurs im Hinblick auf Versorgungsfragen mit empirischen Daten zu untermauern. In diesen Datensatz werden auf der Basis des § 21 KHEntG Daten von Fachkliniken, Universitätskliniken und psychiatrischen Abteilungen aus der gesamten Bundesrepublik eingespeist. In einem ersten Schritt haben die genannten Einrichtungen ihre Daten aus den Jahren 2010 und 2011 übermittelt. Die Forschungsgruppe hofft, dass die teilnehmenden Abteilungen und Kliniken auch in den nächsten Jahren ihre Daten zur Verfügung stellen werden. Die Stichprobe bezieht sich auf die §21-KHEntG-Daten von 35 teilnehmenden Einrichtungen, Stand: Oktober 2012.

In der weiteren Auswertung wurde auf eine Analyse der endständigen Diagnosegruppe auf Ebene des vierstelligen ICD-10-Diagnosekodes verzichtet, um kleine Analysegruppen zu vermeiden. Die analysierten Fälle kamen im Jahr 2010 aus 31 und im Jahr 2011 aus 32 Einrichtungen. Insgesamt wurden 5.111 Fälle aus 18 Monaten analysiert. Die statistische Auswertung wurde mittels QlikView, Excel 2007 und SPSS 21 durchgeführt.

Ergebnisse

Die Erreichungsgrade wurden deskriptiv analysiert. Es wird deutlich, dass keine Berufsgruppe einen 100%igen Deckungsgrad mindestens einer dokumentierten TE erzielen konnte. Zudem zeigt sich, dass je nach Berufsgruppe nur wenige Patienten mit einer TE erreicht werden konnten, im geringsten Maße durch den psychologischen Dienst. Auffällig ist, dass in der Diagnosegruppe F03 der Anteil an erbrachten psychologischen TEs steigt. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann von einer flächendeckenden Erreichung der Patienten mit TEs nicht ausgegangen werden. Über die drei analysierten HD-Gruppen hinweg konnten die Berufsgruppen in Gänze nur Zweidrittel (77,65 %) der Patienten im Analysezeitraum Juli bis Dezember 2010 mit einer TE erreicht werden. Innerhalb der verschiedenen Diagnosegruppen sind kaum Schwankungen der einzelnen Erreichungsgrade der Berufsgruppen zu erkennen. Ab dem Jahr 2011 wurden die Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen sowie der Pflege und Spezialtherapeuten im OPS-Katalog zusammengefasst. Aus diesem Grund können die Auswertungen ab dem Jahre 2011 nur noch in den beschriebenen Berufsgruppenclustern erfolgen. Durch das Zusammenfassen der Berufsgruppen wird im Bereich der Pflege und Spezialtherapeuten deutlich, dass der Erreichungsgrad höher ist als im Analysezeitraum 2010. Dieses Ergebnis ist über die deskriptiven Daten für die Ärzte und Psychologen nicht zu finden. Bezogen auf alle Berufsgruppen konnte ein leichter Anstieg des Erreichungsgrads in den einzelnen Diagnosegruppen gefunden werden (G30 = 71,76 % 2010 zu 83,24 % 2011; F03 = 77,65 % 2010 zu 83,36 % 2011; F01 = 72,51 % 2010 zu 82,41 % 2011).

Diskussion

Bei der berufsgruppenübergreifenden Betrachtung zeigt sich, dass ca. Zweidrittel der Patienten mit einer TE durch eine oder mehrere der genannten Berufsgruppen erreicht wurden (G30 = 71,76 %; F01 = 72,51 %; F03 = 77,62 %). Zudem wird deutlich, dass die einzelnen Berufsgruppen im Analysezeit-

raum Juli bis Dezember 2010 nicht alle Patienten in Form einer TE erreichen konnten. Patienten, die nicht mit einer TE erreicht wurden, hatten wahrscheinlich keine (therapeutische) Leistung von mindestens 25 Minuten Dauer außerhalb des Residuums (z. B. Visiten, Körperpflege). Andererseits könnte aber auch die Dokumentations- bzw. Kodierqualität unzureichend gewesen sein. Da die TE-Dokumentation erst seit 2010 verpflichtend ist, sollte die Möglichkeit einer defizitären Dokumentation durchaus in Betracht gezogen werden. Das Jahr 2010 wurde aus diesem Grund auch erst ab dem 2. Halbjahr analysiert. Lerneffekte sind schon jetzt zu erkennen, da der Erreichungsgrad der TEs im Jahr 2011 in allen Hauptdiagnosegruppen (Gesamtbeurteilung) ca. 10 % höher war. Die Behandlung von Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen dürfte nur in geringem Maße über diese Form der Leistungsdokumentation abbildbar sein. Art und Aufwand der Behandlung sind bei Menschen mit Demenz komplex [1, 4]. So ist neben der Behandlung der Syndrom- und Symptomlage durch pharmakologische und psychosoziale Interventionen auch das soziale Umfeld der Patienten in den Kontext der Behandlung zu integrieren [2]. Im Analysezeitraum 2011 wird die Einzeldarstellung der Berufsgruppen von der Aufteilung in zwei Berufsgruppencluster (Ärzte/Psychologen und Pflege/Spezialtherapeuten) abgelöst. Durch die Zusammenführung und vermutlich auch einen Lerneffekt in der Dokumentation und Kodierung von TEs konnte kein TE-Erreichungsgrad von 100 % erreicht werden, weder im Berufsgruppencluster Ärzte/Psychologen (36,82 % (G30) bis 42,62 % (F01)) noch bei Pflege/Spezialtherapeuten (79,33 % (F03) bis 80,47 % (F01)). In der Gesamtbeurteilung gibt es bei allen Berufsgruppen von 2010 auf 2011 einen Anstieg des TE-Erreichungsgrads von ca. 5–10 %. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten können nur wenige Aussagen zu den genauen Gründen der geringen Erreichungsgrade getroffen werden.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind aufgrund der Limitationen konservativ zu interpretieren. Jedoch lassen sie bedingt erste Einblicke in das therapeutische Geschehen bei Menschen mit Demenz im psychiatrischen Krankenhaus zu. Da nicht alle Patienten eine dokumentierte TE bekommen haben oder diese nicht als solche kodiert wurde – so dass der Erreichungsgrad in der Folge nicht annähernd bei 100 % liegt –, können keine abschließenden Aussagen über das Leistungsgeschehen im Kontext von TEs getroffen werden.

Literatur

1. DGPPN; DGN (2009): *Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz*. Online verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3_Demenzen_lang_11-2009_11-2011.pdf. Zuletzt geprüft am 10.03.2013.
2. NICE (2006): *Dementia. Supporting people with dementia and their carers*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
3. Rieckmann N; Schwarzbach C; Nocon M; Roll S; Vauth C; Willich SN; Greiner W (2009): *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demzenerkrankungen*. Hg. v. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln (Schriftenreihe Health Technology Assessment, 80). Online verfügbar unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf. Zuletzt geprüft am 10.03.2013.
4. Wallesch CW (2010): *Stellungnahme zur S3-Leitlinie Demenzen der DGPPN und der DGN aus neurologischer Sicht*. *Fortschr Neurol Psychiatr* (78):504–508.

43. „Offene Tür auf einer Akutstation – das ist doch unrealistisch! Oder?“. Ein Blick zurück soll ermutigen um zuversichtlich nach vorne zu gehen!

Werner Mayr

Hintergrund

Innerhalb eines Klinikums mit 15 anderen Fachdisziplinen wurden im Rahmen der Etablierung einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 1994 / 1995 eine psych. Tagesklinik und drei Stationen mit je 26 Betten eröffnet. Im praktischen Alltag an bundesdeutschen Kliniken wurden damals nahezu alle akutpsychiatrischen Stationen geschlossen geführt.

Setting und Problemstellung

Die psychiatrische Vollversorgung für einen Landkreis mit ca. 131.000 Einwohnern ist zu gewährleisten. Zwei allgemeinpsychiatrische Akutstationen mit je 26 Betten sind alters-, geschlechter- und diagnosendurchmischt belegt, die dritte Station hat den Schwerpunkt Sucht, PT und Psychosomatik.

Entsprechend der Krankheitsverläufe werden auch suizidale, fremd- oder eigengefährdende Patienten (PA) behandelt, ebenso Patienten mit Weglauf- oder Fluchtgefahr, und / oder PA, die nach BGB oder UBG untergebracht sind.

Ziel (vom Tag der Kliniköffnung bis heute)

Entsprechend der Vision wurde im Leitungsteam die Entscheidung für das Konzept der offenen Tür getroffen: Unabhängig von der Belegung sollen die Stationen täglich mindestens von 8.00 h – 20.00 h offen geführt werden.

Vorgehen auf der allgemeinspsychiatrischen Akutstation Station 41

Im Sinne von Pionierarbeit waren die Mitarbeiter (MA) (deren Stellenschlüssel sich an der Psych PV orientiert) aufgefordert, an der Verwirklichung dieser großartigen sozialpsychiatrischen Idee auf allen Ebenen mitzuwirken.

Die verantwortlichen Kräfte waren gefragt, ein auf Vertrauen basierendes, zielorientiertes, von gegenseitigem Respekt getragenes Miteinander als Grundlage für die weitere Arbeit einzubringen.

Nach theoretischem, praxisrelevantem Input und Austausch konnte die praktische Arbeit beginnen. Dienstzeiten orientierten sich am Gesamtkonzept.

Förderung und Begleitung des Prozesses der Teamfindung und –bildung, waren von hoher Relevanz, um letztlich patientenorientierte Pflege bieten zu können. Nicht zu unterschätzen ist der Aufwand parallel geleisteten Überzeugungsarbeit bei allen Teammitgliedern, dass das Offenhalten der Tür auf einer Akutstation machbar ist. Es begann ein Prozess der mit den Worten „sich abstimmen, ausprobieren, rückmelden, neue Ideen sammeln und optimieren“ umschrieben werden kann.

Erfreulicherweise ist es frühzeitig geglückt, einen ansprechenden und therapeutisch sinnvollen Wochenplan zu etablieren und die Angebote sowohl von therapeutischer als auch von pflegerischer Seite aus konstant durchzuführen und mit den Alltagsaufgaben zu verzahnen. Der sich stetig weiterentwickelnde Wochenplan mit seinen therapeutischen und pflegerischen Gruppenangeboten ist vielseitig und auf die Bedürfnisse der PA abgestimmt. Hier zeigt sich das Team flexibel und bereit, immer wieder neue Angebote zu machen.

Ein wichtiger Faktor innerhalb des Gesamtkonzeptes ist eine angemessene, individuelle Ausgangsregelung für die Patienten. Diese muss in transparenter Weise mit den Betroffenen ausgehandelt bzw. besprochen werden. Das Konzept der „offenen Tür“ bedeutet schließlich nicht automatisch, dass alle PA eigenmächtig und eigenverantwortlich die Station verlassen dürfen.

Ein verlässlicher, verantwortungsvoller Präsenz- oder Türdienstes (bei günstigen baulichen Voraussetzungen) ist etabliert. Unverzichtbar hierbei ist jedoch enge berufsgruppenübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit.

Um Türen offen halten zu können, ist ein feines Gespür für notwendig werdende Intensivbetreuung entsprechender PA und die Bereitschaft, diese in angemessener Weise durchzuführen, sicherlich elementar. Daraus folgt, dass das Team in der Lage sein muss, anstehende Aufgaben zügig neu zu priorisieren, umzuverteilen und bedarfsgerecht durchzuführen.

Das Dokumentieren der Zeiten der Türöffnung (mindestens 98% in all den Jahren) ist als Qualitätsindikator zu sehen.

Beispiele für die Weiterentwicklung des Stationskonzeptes

Eltern-Kind-Behandlung

Im Rahmen einer sehr schwierigen Aufnahmesituation mit einer psychotischen Mutter wurde den damals diensthabenden Pflegekräften klar, dass die psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung ein sinnvolles Angebot darstellt. Auf Diskussionen innerhalb verschiedener Team- Ebenen folgte letztlich der Beginn der Eltern-Kind-Behandlung mit all ihren verschiedenen Facetten und ganz eigenen Herausforderungen.

Durch die Anwesenheit von Müttern mit Säuglingen bzw. Kleinkindern auf der Station entsteht eine besondere (familienähnliche) Gruppendynamik. Patienten erleben „Normalität“-Situation, die ihnen evtl. aus der eigenen Wohnortumgebung vertraut sind.

PIA – Arbeit über die Station hinaus

PA können auch nach dem stationären Aufenthalt (in der Regel im häuslichen Umfeld) von ihren Bezugspersonen weiter betreut werden. Dies bedeutet ein Fortsetzen der professionellen Beziehungsarbeit über den stationären Aufenthalt hinaus. Der sozialpsychiatrische Gedanke wird patientenorientiert entsprechend der wohnortnahen Versorgung umgesetzt. Daraus

ergibt sich eine tragfähige Beziehungskonstante zwischen PA und MA, durch die wiederkehrende Problemstellungen oftmals frühzeitig erkannt und mit geeigneten Maßnahmen begegnet werden können.

Recovery/Ex IN

Eine regelmäßige Sprechstunde „Betroffener berät Betroffene“ (für alle Interessierten der gesamten Klinik und deren Angehörige) sowie das Angebot „Rhythmische Einreibung“ (jeden Dienstag) werden von „Peers“ angeboten. Dadurch bringen Klinik und Station ihre Recovery-Orientierung zum Ausdruck. Beide Angebote sind im Wochenplan fest verankert und werden von PA gerne wahrgenommen. Ergänzend werden z. B. Selbsthilfegruppen vorgestellt. Das „offen sein“ der Tür wird vielen PA somit auf ganz andere Art bewusst.

Tiergestützte Therapie

Die Etablierung der tiergestützten Therapie unterstützt die Milieuarbeit und sekundär auch das Konzept der Offenen Tür. Zwei Hunde kommen je nach Dienstplan ihrer Bezugspersonen auf die Station und sorgen für freudige Blicke, neuen Gesprächsstoff und gute Stimmung. Gleichzeitig ist ein aggressions- und gewaltreduzierender Einfluss zu beobachten.

Snoezelenraum

Engagierte Pflegekräfte initiierten die Umgestaltung eines Stationsbadezimmers in einen Snoezelenraum, der für die therapeutische Arbeit genutzt wird und einen neuen Beitrag zur stationsinternen Milieuarbeit leistet.

Offener Dialog

Kernstück der bedürfnisangepassten Behandlung sind seit dem 01. 07. 2013 sogenannte Therapieversammlungen. Das soziale Umfeld der PA wird dabei grundsätzlich einbezogen. Grundsätzlich wird mit Patient und Angehörigen gesprochen und nicht über ihn bzw. sie. Vertreter andere Hilfssysteme (Be-

treuer, Suchtberater, Familienhilfe, Bewährungshelfer, etc.) sind ebenfalls eingeladen, an den Versammlungen teilzunehmen.

Erste Erfahrungen stimmen uns zuversichtlich.

Standardgruppe

Hervorzuheben ist noch die die ergänzende Arbeit der Standardgruppe.

Interessierte Gruppenmitglieder greifen Ideen aus dem Team auf und entwickeln daraus berufsgruppenübergreifend Standards wie z. B. Standards zum Medikamenten- oder Entlassungsmanagement. Dies sind geeignete Maßnahmen zum Theorie-Praxis-Transfer und zur Qualitätssicherung.

Die oben genannten Maßnahmen und Angebote tragen maßgeblich zu einem positiven Klima auf der Station bei. PA können sich in vielfältiger Weise selbstbestimmt am Stationsalltag und an der eigenen Therapie beteiligen. Der Gedanke „Ich muss sofort von Station!“ verliert an Bedeutung.

Besondere Herausforderungen

Neue Teammitglieder, besonders jene die nicht aus der Pflege kommen, müssen oftmals speziell für die Thematik sensibilisiert werden.

Trotz der offenen Tür soll es selbstverständlich nicht zu Entweichungen kommen. Also ist eine zuverlässige Durchführung aller Maßnahmen, die das Offenhalten der Tür erlaubt, von äußerster Wichtigkeit.

Im Laufe der Jahre ist es uns zum Glück gelungen auch andere Berufsgruppen für die Idee der „Offenen Tür“ zu gewinnen, so dass sie mittlerweile im Rahmen ihrer Möglichkeiten dazu beitragen.

Beispiele dafür:

- die Musiktherapeutin holt PA, die die Station nicht alleine verlassen dürfen, zur Therapieeinheit ab und bringt sie zurück
- die erfahrene Assistenzärztin hat einen Blick auf die offene Stationstüre, während sie im Büro Schreibarbeit erledigt

- die Bewegungstherapeutin fragt gezielt nach, welche PA Personalausgang haben und nimmt sie dann mit in ihre Gruppen.

Ziel ist es dass jeder MA für zunehmenden Druck auf die offene Station sensibilisiert ist und über geeignete Interventionsstrategien verfügt. Dies können z. B. zeitnahe Gesprächsangebote in anderen Bereichen der Station, ein gemeinsamer Aufenthalt im Garten oder die unmittelbare Einbindung in eine Therapiegruppe sein.

Unter den genannten Gegebenheiten kam es in 18 Jahren zu Entweichungszahlen zwischen 1-9 pro Jahr.

Schlussfolgerung/Fazit

Bei entsprechender Zielsetzung und beharrlicher Verfolgung desselben kann eine akutpsychiatrische Station offen geführt werden. Es ist ein engagiertes Team vonnöten, das aufgrund seiner sich stets erweiternden Qualifikationen und Kompetenzen in der Lage ist, ein gesundheitsförderndes Milieu zu gestalten.

Die Erfahrung zeigt, dass eine hohe Identifikation mit der Aufgabe, viel Flexibilität und Kreativität nötig sind, um das Ziel zu erreichen. Probleme können durch gute Führungs- und Teamarbeit überwunden werden.

Wenn durch die professionelle Arbeit der Teammitglieder der Aufenthalt auf einer offen geführten Station inmitten eines lebensbejahenden Milieus gelingt, können PA dem Ziel einer möglichst selbstbestimmten, ihren individuellen Möglichkeiten angepassten Lebensgestaltung oftmals eindrücklicher nahe gebracht werden. Ablehnung und aggressive Verhaltensweisen nehmen ab und Betroffene können selbst zum milieustärkenden Element werden.

Nicht selten tragen somit psychiatrisch Pflegende auch zur Entstigmatisierung und zur besseren Integration der Betroffenen in ihr soziales Umfeld bei.

44. Skill und Grademix in der Akutpsychiatrie eine Delphistudie

Aline Montandon, Stefan Knoth

Hintergrund

Die Arbeit wurde im Rahmen einer Bachelorthesis im 2010 geschrieben. Die Firma Curanovis aus Brugg führte ein Projekt zum Thema Skill- und Grademix in der Psychiatrie, unter der Leitung von Herr Stefan Knoth, durch. Die Autorin hat in diesem Projekt mitgearbeitet.

In den Abteilungen ist keine spezifische Kompetenzzuordnung ersichtlich. Nach der Einschätzung einer Patienten-Situation wird individuell delegiert.

Die Schwierigkeit der Teamzusammensetzung in der Psychiatrie besteht darin, dass in der psychiatrischen Pflege weniger manuell technische Arbeiten verrichtet werden als in einem Akutspital für somatische Krankheiten, somit besteht die Arbeit in der psychiatrischen Pflege vielmehr aus interpersonellen Aufgaben.

Fragestellung

Welche patientenbezogenen Kriterien ermöglichen eine Einschätzung von psychisch erkrankten Patienten hinsichtlich des Pflegeanspruches, um danach eine Zuteilung des minimalen Ausbildungsniveaus (minimal Grade) vornehmen zu können?

Es sollen Kriterien definiert werden, die einen Zustand oder ein Verhalten von Patienten auf der Akutpsychiatrie beschreiben.

Theoretischer Bezugsrahmen

Kernkompetenzen der psychiatrischen Krankenpflege

"Die Unklarheit über das, was pflegerische Kompetenz und psychiatrische Pflege ist, erschweren eine Beschreibung erforderlicher Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege." [1: S.87].

Folgende Fähigkeiten betrachtet Schindler [1] in der psychiatrischen Pflege als relevant: reflektierende, emotionale Kompetenzen und situativ beurteilende Fähigkeiten. Ein Auszug aus den Ergebnissen der Studie von Grieser et al. [2] zeigt, welche Kompetenzen eine Pflegefachperson in der psychiatrischen Krankenpflege aufweisen muss: Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und personale Kompetenz. Die meisten oben benannten Kompetenzen haben ihren Ursprung im interpersonalem Kompetenzbereich und sind nicht bei den technischen Kompetenzen angesiedelt.

Delegation

Verschiedene Autoren [3, 4] sind sich einig, dass vor allem die interpersonale Kompetenz in der psychiatrischen Pflege von hoher Bedeutung ist. Diese wird benötigt, um jeweils die Verhaltensweise des Patienten wahrzunehmen, einzuschätzen und mögliche Interventionen zu antizipieren. Die Verhaltensweise des Patienten stellt wiederum den Anspruch an die interpersonalen Kompetenzen. Bei der Delegation stellt sich die Frage, ob die Tätigkeit, die delegiert werden kann soll, vom Ausbildungsniveau abhängig ist oder nicht. Weiter sind sich die Autoren einig, dass jede Situation einzigartig ist und jedesmal neu beurteilt werden sollte. Das heisst, dass die Verhaltensweise des Patienten im „hier und jetzt“ für eine Delegation entscheidend ist.

Methoden

Die Hauptmethode der Arbeit war die Delphimethode. Vorab wurden eine Literaturrecherche und eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Mit

den Ergebnissen, wurde dann der erste Fragebogen für die Delphistudie entwickelt.

Delphimethode

Eine der vielen Definitionen stammt von Goodman [5: S.20]. Danach ist Delphi vor allem geeignet, um „Meinungen zu sammeln und um Diskussionen anzuregen und weniger dazu, um im Rahmen von Tiefenanalysen genutzt zu werden.“

Die Autorin führte die Methode im klassischen Design durch, welches sich in vier Schritten gliedern lässt [5].

Die Absicht war eine Meinungsbildung zu erhalten. Mit dem Ziel pflegerrelevante Kriterien zu definieren, die einen Zustand oder ein Verhalten beschreiben, um anschliessend zu prüfen, ob die Kriterien in Zusammenhang mit der Zuteilung des „minimal Grades“ gebracht werden können.

Beschreibung Sample und Umsetzung Delphi Methode

Das Sample wurde strukturiert ausgewählt. Im Sample waren elf Personen. Die Umsetzung erfolgte über einen Zeitraum von drei Monaten, in welchem drei Runden durchgeführt wurden. Es fand kein drop out statt.

Ergebnisse

Hauptaussagen der Ergebnissen aus allen drei Runden

- Die Experten äusserten sich, dass die Kompetenzen der FaGe (Fachangestellte Gesundheit) nicht deutlich genug sind und deshalb die Schwierigkeit hauptsächlich bei der Delegation von interpersonalen Tätigkeiten besteht.
- Weiter meinten die Experten, dass die Kriterien eine wichtige Rolle im pflegerischen Alltag spielen, aber subjektiv eingeschätzt werden, was zur Folge hat, dass die mögliche Delegation nicht einheitlich ist.

- Die Experten sind sich einig, dass immer zuerst eine Einschätzung des Verhaltens beim Patienten gemacht werden muss, um den Pflegeanspruch abzuwägen und zu delegieren.

Beantwortung der Fragestellung

- Delegation im Kontext der Psychiatrie verlangt nach anderen Kriterien als der Auswahl von Tätigkeiten.
- Interpersonale Aufgaben stehen im Zentrum der pflegerischen Aufgaben in der Psychiatrie.
- Verhaltensbezogene Kriterien sind in der Literatur beschrieben.
- Die Ergebnisse zeigen, dass diese Kriterien eine Einschätzung hinsichtlich des Pflegeanspruches ermöglichen. Die Kriterien kommen im Alltag auf einer psychiatrischen Akutstation vor und beschreiben einen Zustand oder ein Verhalten von Patienten.
- Nicht bei allen Kriterien ist eine bedingungslose Zuteilung des minimal Grades möglich. Die Ausprägung des Kriteriums als auch die Diagnose beeinflussen die Delegation und müssen stetig neu beurteilt werden.

Eine abschliessende Zuordnung ist anhand dieser Kriterien nicht möglich.

Diskussion

Verhaltensweise des Patienten und interpersonale Kompetenzen

Laut Experten wird je nach Situation und Ursachen für die Ausprägung des Kriteriums entschieden, ob die Tätigkeit delegiert werden kann oder nicht. Dieses Vorgehen deckt sich mit der Literatur von Schindler [1] und Grieser, et al. [2]. Schindler weist darauf hin, dass in der Psychiatrie die situativ beurteilende Kompetenz von zentraler Bedeutung ist, und Grieser erwähnt die Analysefähigkeit, um die Ursache eines Verhaltens zu erkennen. Beide Kompetenzen sind im interpersonalen Kompetenzbereich fundiert und mit diesen Kompetenzen ist es möglich, den aktuellen Zustand des Patienten zu erfassen und den Pflegeanspruch daraus zu erkennen. Wie wichtig die Klar-

heit über die Kompetenz wäre, benennen Sauter et al. [6], indem sie sagen, dass für eine Zusammenarbeit in der Pflege eine Kompetenzzuordnung zu den jeweiligen Berufen Voraussetzung ist.

Delegation auf der Akutpsychiatrie

Zu beachten ist, dass für eine Entscheidung der Delegation die Komplexität der Patientensituation und die Akutheit [7] entscheidend sind. Aus den Expertenrunden geht hervor, dass neben der Patientensituation auch die aktuelle Situation auf der Abteilung eine wichtige Rolle für eine Entscheidung für oder gegen eine Delegation spielt. Demzufolge ist neben der subjektiven Erhebung des Pflegeanspruches auch die Erfahrung der Pflegefachperson für eine Delegation mitbeeinflussend.

Auf Grund der Ergebnisse aus den Expertenrunden geht die Autorin davon aus, dass teilweise auf eine Delegation verzichtet wird, obschon es das Kriterium noch zulassen würde, die Pflegenden aufgrund der möglichen weiteren Entwicklung des Kriteriums sich aber dagegen entscheiden. Diese Hypothese wird durch die Aussage von Lucchese & Barros [4] gestützt. Sie sagen, dass eine Kernkompetenz im Erkennen von komplexen Situationen und deren möglichen Folgen besteht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Literatur und die Ergebnisse aus der Studie zeigen, dass Kriterien für eine Delegation auf der Akutpsychiatrie der wichtigste Faktor sind. Sie beeinflussen direkt die Delegation. Die interpersonalen Kompetenzen haben einen Einfluss, weil sich dadurch der Pflegeanspruch eruieren lässt. Die Entscheidung für oder gegen eine Delegation wird sowohl durch die aktuelle Situation als auch von der Erfahrung der Pflegefachperson beeinflusst und sieht immer wieder neu aus.

Empfehlungen für die Praxis

- Kompetenzen der FaGe's müssen für die Pflegenden auf den Stationen klarer werden.
- Die subjektive Einschätzung des Pflegeanspruches muss weitgehend objektiviert werden
- Die vorhandenen Kriterien sind auf die Sinnhaftigkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit in einem grösseren Rahmen nochmals zu überprüfen.
- Die interpersonalen Kompetenzen müssen benannt werden.
- Das Bewusstsein über die Wichtigkeit der interpersonalen Kompetenzen muss gefördert werden.
- Delegation erfolgt primär über die Verhaltensweise des Patienten und sekundär über die Tätigkeit.

Literatur

1. Schindler, C. (2007). *Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung. Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege: Strategien und Interventionen zur Personalentwicklung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychoamtk Freiburg*. Unterostendorf: IBICURA der Verlag für die Pflege
2. Grieser, M., Abderhalden, C., Crivelli, R., Knüppel, S., & Kunz, S. (2009). *Berufliche Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege. Leadership in der psychiatrischen Pflege*. Unterostendorf: IBICURA der Verlag für die Pflege
3. Kelly-Hedienthal, P., & Mathaler, M. T. (2008). *Pflege delegieren*. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG
4. Lucchese, R., & Barros, S. (2009). *The constitution of competences in mental health nursing education and practice*. Abgerufen am 20. Juli 2010 von <http://www.scielo.br>
5. Häder, M. (2009). *Delphi Befragungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
6. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2006). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber
7. *National Council of State Boards of Nursing*. (1995). <http://www.ncsbn.org>. Abgerufen am 19. Juli 2010 von <http://texasQualityMatters.org>

45. Welchen Stellenwert hat Angehörigenarbeit im Klinikalltag oder „Lassen wir Angehörige im Regen stehen“?

Marianne und Matthias Nagel, Wolfgang Pohlmann, Petra Klein

Hintergrund

Fragt man Psychose-erfahrene Menschen, was sie in akuten Krisen brauchen, oder im Nachhinein, was zur Genesung beigetragen hat, so sind scheinbar alltägliche Dinge wichtig: z.B. Angehörige und Freunde, die zu einem halten, Menschen, die einfach nur da sind. Hilfe sollte ganzheitlich sein, im gewohnten Lebensumfeld ansetzen, sich auf die vorhandenen Ressourcen beziehen und sich vor allem auf eine verlässliche, langfristige Begleitung stützen.

Thema

Dies ist ein Auszug aus der Einladung zur Angehörigengruppe, die wir seit einigen Jahren in unserer Klinik anbieten.

Aus einer ganzen Reihe von Themen, die in unseren Angehörigengruppen behandelt werden, möchten wir zwei Themen herausstreichen. Beim ersten Thema geht es uns darum, wann, wie und wo Angehörige in die Behandlung eingebunden sind, sein können, oder in irgendeiner Form begleitet werden. Diese Fragestellung ergibt sich aus Erlebnissen, die Angehörige in den Gruppen berichten und zur Diskussion stellen.

Einige Beispiele

Pflegepersonal hatte spontan angeboten, einen Arzt „anzupiepen“, um ein kurzes Elterngespräch zu führen. Arzt kam von anderer Station. Es war ein sehr gutes Gespräch, aus dem wir Zuversicht schöpfen konnten.

Wochenend-Besuch zu Hause war geplant. Beim Abholen des Patienten sagte die Stationschwester nur "Es geht jetzt gerade nicht, der Blutdruck liegt bei 230." Unsere Nachfrage nach einem Arzt wurde mit Schulterzucken

beantwortet: "Auf dieser Station ist heute kein diensthabender Arzt." Ich war wegen des immens hohen Blutdruckes sehr ängstlich bis verärgert und habe einen diensthabenden Arzt einer anderen Station herbeizitiert lassen. Kein vermittelndes oder tröstendes Wort vom Arzt oder durch das Klinikpersonal.

Pflege und ärztliche Versorgung sind aus unserer Sicht sehr gut. Aber im Zusammenhang mit bei Verlegung verschwundener Kleidung des Patienten zeigt sich schlechtes Management. So wird man plötzlich auch als Eltern zum Bittsteller...

Aus vielfältigen Gründen fühlen sich Angehörige immer irgendwie zuständig. Für zuständig erklärt werden Angehörige häufig erst, wenn nichts mehr geht, sich niemand anderes mehr zuständig fühlt. Oft sind wir Profis doch froh, wenn Patienten ins soziale Netz der Angehörigen zurück können, oder Angehörige dafür sorgen, dass eingegriffen wird. Natürlich kann es unschön sein, sich als Profi „auf die Finger schauen zu lassen“, oder sich rechtfertigen zu müssen, warum etwas getan, oder auch nicht getan wird. Im Sinne des Qualitätsanspruches könnte Kritik doch hilfreich sein.

Viele Angehörige leisten Unglaubliches, um ihr psychisch erkranktes Familienmitglied nicht im Stich zu lassen und zu unterstützen und geraten damit an ihre Grenzen.

Wir Profis können oft nicht ermessen, welches Ausmaß an Beeinflussung, in praktisch allen Bereichen des Lebens, z.B. Begleitung der „kranken Jahre“ zuhause haben kann.

Inhalte aus den Angehörigen Gruppen

Angehörige fühlen sich manches Mal sprachlos, stumm, oder fahren nach einem Besuch in der Klinik mit schlechtem Gewissen nach Haus. Schlaflose Nächte. Man ist besorgt, überfordert, allein gelassen, gereizt, hilflos. Man ist konfrontiert mit den Nebenwirkungen der Medikamente, Vorwürfen der Betroffenen an uns Eltern "Ihr habt mich hierher gebracht!".

Hinzu kommt oft Hilflosigkeit oder gar Ohnmacht der Angehörigen gegenüber Behörden, Psychiatern, Gutachtern, Medizinischem Dienst der RV und KK, Wohnungssuche, soziale Absicherung. Eine Behörde schiebt es auf die andere ab. Der Status der Krankenversicherung wird immer wieder nachgefragt. Das Arbeitsamt sagt, dass die Krankenkasse zahlen muss und umgekehrt. Arbeitslosengeld bekommt nur, wer dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht.

Gerade an dieser Stelle suchen Angehörige nach Erklärungen, Begleitung, Hilfe und Unterstützung.

Kritische Anmerkungen entstehen oft aus Unwissenheit, weil Angehörigen Erklärungen fehlen, sich Angehörige abgelehnt fühlen, oder weil Kritik einfach auch mal berechtigt ist.

Ergebnisse/Erfahrungen

Was Angehörige als hilfreich erlebt haben

Gestische Kontaktaufnahme durch Klinikpersonal, Blickkontakt, Körpersprache, Professionalität in der spontanen Begegnung. Hilfreich ist für uns Angehörige, wenn wir merken, dass Klinikpersonal einen "Blick fürs Ganze" hat, Sprechstunden für Angehörige.

Was positiv erlebt wurde

Aus unserer Sicht Behandlungskonferenzen mit dem Patienten, Angehörigen, Ärzten, Pflegepersonal. Hilfreich sind Informationen über Therapieplan und Medikation. Auch die Erwähnung von bekannten Nebenwirkungen und Risiken mancher Präparate trägt zum Verständnis bei. Wenn man in den Prozess mit eingebunden ist, kann man die Situation besser bewältigen.

Zweitens machen wir in der Angehörigengruppe die Erfahrung, dass es als hilfreich wahrgenommen wird, Angehörige zu ermutigen, über sich zu sprechen, an eigene Wünsche, Sorgen und auch Bedürfnisse zu denken. Gerade auch mal an sich zu denken, scheint für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen erst einmal undenkbar zu sein.

Eine Mischung aus Pflichtgefühl und oft schlechtem Gewissen macht es vielen Angehörigen schwer, sich eigene Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, geschweige denn diese einzufordern.

Welche Rolle spielen wir Profis dabei? Möglich ist vieles.

Es gibt da gute Beispiele:

Trialogische Arbeit

Angehörige, Patienten und Profis haben die Möglichkeit, voneinander zu hören, voneinander zu lernen, sich gemeinsam zu entwickeln, auch politische Entwicklungen zu beeinflussen.

Einführung von Behandlungskonferenzen

Diese haben zu einer weiteren positiven Entwicklung beigetragen. Angehörige werden häufiger zur Teilhabe an Entscheidungsprozessen eingeladen.

Angehörigensprechstunde

Diese ist in unserer Klinik seit vielen Jahren ein fester Termin und gibt Angehörigen die Möglichkeit, akute Belange zu besprechen.

Angehörigengruppen

Werden in unserer Klinik seit Jahren angeboten und entwickeln sich inhaltlich weiter. Nachdem es früher in den Angehörigengruppen viel um Informationen über Erkrankung, Diagnosen und Behandlungsmethoden des Erkrankten Angehörigen ging, versuchen wir heute mehr die Angehörigen selbst in den Mittelpunkt zu rücken.

Neben Informationen geht es viel um Gefühle, Erfahrungen, auch mit sich selber, unterschiedliche Blickwinkel, auch des eigenen Verhaltens, bis zu der Frage: Was muss ich eigentlich alles aushalten? Und natürlich: Wo möchten Angehörige Anteil, auch Einfluss nehmen, beteiligt werden? Oder, wo möchten, dürfen sich Angehörige, sinnvoll und besprochen, auch raushalten.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Einige Wünsche und weitere Themen aus den Angehörigengruppen

Neben fachlich guter Beratung, Austausch untereinander – raus aus der Isolation, professionelle Betroffenheit (Empathie), Möglichkeiten, das eigene Verhalten zu reflektieren, möglicher Einfluss auf Geschwister, Partnerschaft, Familie, Freunde.

Ach ja, da gibt es ja noch den Umgang mit der Schweigepflicht. Natürlich ist es wichtig, beim Thema Schweigepflicht den Wunsch des Patienten zu respektieren. Aber heißt das wirklich, dass niemand mit Angehörigen sprechen darf? Gibt es nicht Wege und Möglichkeiten den Patientenwunsch zu respektieren und Angehörige trotzdem zu begleiten?

Wenn uns die Arbeit mit Angehörigen am Herzen liegt, sollte es doch gelingen, zumindest einen wohlwollenden Umgang, auch mit der Schweigepflicht, zu finden.

46. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung

André Nienaber, Bruno Hemkendreis, Michael Löhr, Michael Schulz

Hintergrund

In der Praxis der stationären psychiatrischen Akutversorgung ist die intensive Überwachung von Patienten, bei denen eine Gefahr für sich selbst, z. B. in Form von Suizidalität [1], oder die Gefahr der Aggression oder Gewalt für andere besteht eine übliche Vorgehensweise. Es finden sich unterschiedliche Bezeichnungen für diese Intervention, z. B. 1:1 Betreuung, Einzelbegleitung, Sichtkontakte (i. d. R. mit Angabe eines zeitlichen Intervalls) aber auch der Begriff der „Sitzwache“. Dieser aus „sitzen“ und „wachen“ zusammengesetzte Begriff, der vor allem eine juristische Prägung aufweist, findet sich im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) in NRW [2] und auch (noch) in einzelnen Lehrbüchern [3] wieder. Der S2-Leitlinie zu Therapeutischen Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie zufolge, hat die Intervention einen Aspekt von Zwang und stellt einen Eingriff in die Intimsphäre des Patienten dar [4]. Auch Whittington, Baskind und Paterson [5] zählen Überwachungen zu den Zwangsmaßnahmen. Nationale Empfehlungen für die Durchführung der Intervention liegen nicht vor.

Fragestellung

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: Welche empirischen Erkenntnisse gibt es im Hinblick auf die Anwendung, die Wirksamkeit und die Qualität der Überwachung von Patienten in der stationären Akutpsychiatrie und welche Empfehlungen für Deutschland lassen sich daraus ableiten?

Methode und Material

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, CINAHL, PsycINFO und der CDSR durchgeführt. Außerdem erfolgte eine Handsuche in den Literaturverzeichnissen der Artikel.

Ergebnisse

In die Literaturrecherche wurden 33 Arbeiten eingeschlossen. Die Arbeiten sind von unterschiedlicher methodischer Qualität mit qualitativen oder quantitativen Forschungsansätzen. RCT der Evidenzstufe 1 liegen nicht vor. Der größte Teil stammt aus dem englischsprachigen Raum. Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum wurden nicht gefunden. Ein wissenschaftlicher Nachweis über die Wirksamkeit von Intensivbetreuungen existiert nicht [6].

Es gibt unterschiedliche Bezeichnungen für Überwachung. Die Durchführung unterscheidet sich zwischen den einzelnen Kliniken und den einzelnen Stationen im Hinblick auf Häufigkeit, Art der Überwachung und Durchführung.

Von betroffenen Patienten kann Überwachung als schwerer Eingriff in ihre Persönlichkeitsrechte erlebt werden [7-8]. Vor den ausführenden Personen, i. d. R. Pflegende, kann die Durchführung einer Überwachung ebenfalls als Belastung erlebt werden, besonders wenn Überwachungssituationen mehrere Tage andauern [9].

Es finden sich Hinweise darauf, dass die Anzahl steigt, wenn Hilfspersonal eingesetzt wird [10].

Die Auslösung von Überwachungssituationen erfolgt in der Regel durch Ärzte [11]. Pflegende fühlen sich nicht ausreichend in die Entscheidungsfindung einbezogen. Der Entscheidungsprozess ist zu sehr ärztlich dominiert. Aus ihrer Sicht werden Überwachungen auch öfter als notwendig angesetzt [12]. Überwachungssituationen werden durch Pflegende eigenmächtig in ihrer Intensität verändert. Eine Reduzierung oder Beendigung der Überwachungssituation ist untrennbar auch mit dem Thema Risikoübernahme verbunden. Eine besondere Situation besteht vor allem am Wochenende und in

der Nacht, wenn nicht alle Mitglieder des Behandlungsteams anwesend sind. Es kann dazu kommen, dass Überwachungen länger als notwendig beibehalten werden mit der Folge, dass die persönliche Freiheit des Patienten ungerechtfertigter Weise eingeschränkt bleibt [13-14].

Diskussion

Überwachung beschreibt nur einen Teil der Tätigkeit und legt den Schwerpunkt vor allem auf den sichernden Aspekt. Der Begriff „Sitzwache“, sollte nicht verwendet werden. Intensivbetreuung beschreibt die Tätigkeit besser [15]. Im Fokus steht die Begleitung von Menschen in akuten Krisen mit schweren Symptomen einer Erkrankung. Bei den Krisen handelt es sich um komplexe Situationen, die von den Mitarbeitenden eine hohe Kompetenz und Fachlichkeit erfordern. Intensivbetreuung bietet einen Handlungsrahmen, in dem weitere Interventionen wie z. B. Kommunikation, Ablenkung, Beruhigung oder die Gabe von Bedarfsmedikation zur Anwendung kommen [8]. Untersuchungen [16-17] zeigen, dass Intensivbetreuung von Patienten mit akuter Suizidalität als therapeutisch wahrgenommen wurde, wenn die Durchführenden ihnen gegenüber eine positive Einstellung hatten, sie Anerkennung erfuhren, Ablenkung gefördert wurde, sie emotionale Unterstützung erhielten und sie ein Gefühl des Geschütztseins wahrgenommen haben.

Schlussfolgerungen

Intensivbetreuung ist eine anspruchsvolle und aktive Tätigkeit. Ziel muss sein, eine therapeutische Beziehung zum Patienten aufzubauen, mit dem Fokus auf Einbeziehung in den Behandlungsprozess und Hoffnungsförderung. Fachliche Anforderungen sollten berufsgruppenübergreifend in Form einer Leitlinie von den zuständigen Fachgesellschaften entwickelt werden. Entscheidungen für die Anwendung, Veränderung oder Beendigung der Intervention sollten unter Einbeziehung des Patienten gemeinsam von den beteiligten Berufsgruppen getroffen werden. Schriftliche Informationen für die Patienten sind hilfreich. Im deutschsprachigen Raum ist das Feld bisher unzureichend untersucht.

Literatur

1. *Abderhalden, C. & Kozel, B. (2011). Suizidalität. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). Lehrbuch Psychiatrische Pflege [1025-1038]. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.*
2. *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dez. 1999 mit Stand vom 14. Juni 2013. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2128&bes_id=4853&aufgehoben=N&menu=1&sg=0 [Stand: 26.06.2013].*
3. *Grube, M. (2010). Psychiatrische Notfälle. In: Amberger, S. & Roll, SC. (Hrsg.). Psychiatriepflege und Psychotherapie [S.474-480]. Stuttgart, New York: Thieme*
4. *DGPPN (2010). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf [Stand: 26.06.2013].*
5. *Whittington, R.; Baskind, E. & Paterson, B. (2006). Coercive Measures in the management of Imminent Violence: Restraint, Seclusion and Enhanced Observation. In: Richter, D. & Whittington, R. (Eds.). Violence in Mental Health Settings [pp.145-172]. New York: Springer.*
6. *Muralidharan, S.& Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev: CD002084*
7. *Langenbach M, Junaid O, Hodgson-Nwaefulu CM, et al. Observation levels in acute psychiatric admissions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999;249:28-33*

8. Stewart D., Bowers L., & Ross J. *Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation.* *J Adv Nurs* 2012;68:1340-1348
9. Shugar G. & Rehaluk R. *Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation.* *Compr Psychiatry* 1990;31:48-55
10. Stewart D. & Bowers L. *Under the gaze of staff: special observation as surveillance.* *Perspect Psychiatr Care* 2012;48:2-9
11. Duffy D. *Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients.* *J Adv Nurs* 1995;21:944-950
12. Neilson P. & Brennan W. *The use of special observations: an audit within a psychiatric unit.* *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:147-155
13. Aidroos N. *Nurses' response to doctors' orders for close observation.* *Can J Psychiatry* 1986;31:831-833
14. Cleary M, Jordan R, Horsfall J, Mazoudier P, & Delaney J. *Suicidal patients and special observation.* *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999;6:461-467
15. Nienaber A., Schulz M., Hemkendreis B. & Löhr M. *Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung - eine systematische Literaturübersicht.* *Psychiatr Prax* 2013;40:14-20
16. Cardell R. & Pitula CR. *Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and non-therapeutic aspects of constant observation.* *Psychiatr Serv* 1999;50:1066-1070
17. Pitula CR & Cardell R. *Suicidal inpatients' experience of constant observation.* *Psychiatr Serv* 1996;47:649-651

47. Erfahrungen mit den Schulungsunterlagen „Recovery praktisch“ anhand erster durchgeführter Schulungen in zwei psychiatrischen Kliniken

Sabine Noelle

Hintergrund

Angestoßen durch den Recoverykongress im März 2012 in Bern und den Einsatz erster Psychiatricerfahrener in der Ausbildung zu Genesungsbegleitern in Klinikpraktika, entstand in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgung eine Arbeitsgruppe zum Thema Recovery. Diese hatte den Auftrag, in der Allgemeinpsychiatrie mit dem Schwerpunkt der Behandlung von Patienten in akuten psychotischen Krisen, das Thema Recovery präsenter zu machen und einen besonderen Fokus auf die Förderung einer hoffnungsfördernden Atmosphäre auf den Stationen zu legen. Die Abteilung bietet bereits einige recoveryorientierte Elemente an, wie z.B. Behandlungsvereinbarungen, Behandlungskonferenzen, Peer Councelling oder die Unterstützung durch Genesungsbegleiter in therapeutischen Gruppenangeboten.

Schulungsunterlagen „Recovery praktisch“

Die aus Schottland stammenden und 2012 von Ch. Abderhalden, M. Schulz, A. Winter und G. Zuaboni ins Deutsche übersetzten Schulungsunterlagen „Recovery praktisch“ wurden als ein Instrument zur Umsetzung des Auftrages ausgewählt. Den Mitarbeitern sollte eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema und der Frage ermöglicht werden, was wir als Pflegepersonen im klinischen Akutbereich tun können, um die Menschen, die zu uns kommen auf ihrem „Recovery“-Weg zu unterstützen und durch den Klinikaufenthalt zu begleiten.

Ziel der Schulungen ist es, die Teilnehmenden zu unterstützen, in der praktisch klinischen Arbeit recoveryorientiert vorzugehen.

Durchführung und erste Erfahrungen

Im Januar 2013 startete die erste Recoveryschulung mit Pflegemitarbeitern der fünf Stationen der Abteilung und zwei Genesungsbegleiterinnen als Teilnehmer. Gleichzeitig wurde diese Schulung in einer weiteren psychiatrischen Klinik durchgeführt, allerdings unter anderen Rahmenbedingungen. Hier wurden die Mitarbeiter einer Station mit dem Schwerpunkt Depressionsbehandlung komplett geschult und es befand sich eine Genesungsbegleiterin unter den Moderatorinnen.

Der Ablauf und die Erfahrungen während dieser beiden Schulungen mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen werden in dem Vortrag dargestellt. Abgestimmt auf die jeweilige Teilnehmergruppe wurden die 6 Module didaktisch aufgearbeitet, mit Methoden zur praktischen Anwendung ergänzt und kamen in den beiden Kliniken individuell zur Anwendung. Unter anderem kamen das Handbuch zur Planung der eigenen Recovery „Das Leben wieder in den Griff bekommen“ und Recoverygeschichten z.B. aus dem Buch „Seitenwechsel“ von Sibylle Prins zum Einsatz. Es wurde bei den Schulungen Wert darauf gelegt, genügend Raum für eigene Erfahrungen und das Besprechen von Fallbeispielen aus der Praxis einzuplanen, sowie jeweils konkrete Erfahrungen durch Aufträge für die Arbeit auf den Stationen mitzugeben.

Die Auseinandersetzung mit den Inhalten und dadurch auch mit der eigenen Haltung und Rolle wurde von den Teilnehmern durchweg als bereichernd bewertet. Die Sicht auf ihren praktischen Arbeitsalltag habe sich teilweise verändert.

In der Auswertung wurde deutlich, dass die Schulung dazu beitragen kann, das Thema Recovery zu vertiefen und im Alltag präsenter zu machen. Besonders der Austausch und das Zusammenarbeiten mit den Genesungsbegleiterinnen wurde als wichtig und wertvoll herausgestellt, sowie die Möglichkeit, sich dem Thema mit genügend inhaltlichem Freiraum und eigener Kreativität zu nähern.

Es bleibt die Frage, ob der Einsatz der Schulungsunterlagen „Recovery praktisch“ zu einer Veränderung der Haltung in der praktischen Arbeit führt. Dieser Frage widmet sich der nächste Beitrag dieses Symposiums.

Literatur

1. *Zuaboni, G., Abderhalden, Ch., Schulz, M., Winter, A., (2012) Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*
2. *Winter, A., Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern, 4. Auflage, (2012) Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery*
3. *Prins, S., (2010) Seitenwechsel*

48. Inklusion auf Station

Petra Ott- Ordelheide

Soziale Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Epilepsie.

Laut UN- Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen haben alle Menschen ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit. Menschen mit langfristigen psychischen Beeinträchtigungen können durch unterschiedliche Barrieren an der Teilhabe im Gesundheitssystem behindert werden.

Ziel des Symposiums ist es zu zeigen, welche Barrieren sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Epilepsie ergeben können und welche Möglichkeiten es in den derzeitigen Strukturen des Gesundheitssystems gibt, Barrieren bei der Teilhabe abzubauen.

Es wird dargestellt, wie Menschen mit psychischer Erkrankung und Epilepsie eine adäquate Versorgung ihrer Gesundheitsprobleme erhalten können.

Laut dem statistischen Bundesamt leben 7,3 Millionen schwerbehinderte Menschen in der Bundesrepublik. 11% dieser Menschen haben eine seelische oder geistige Behinderung [12]. Menschen mit Epilepsie haben ein signifikant erhöhtes Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. [11]. Die Begriffe Teilhabe und Inklusion werden auf dem Hintergrund einer Literaturanalyse in seinen Deutungshöfen für Menschen mit Epilepsie und psychischer Erkrankung dargestellt. Durch teilnehmende Beobachtung werden Barrieren des Gesundheitssystems für diese Patientengruppe beleuchtet. Im Rahmen der Epilepsiebehandlung werden Menschen mit einer Epilepsie und einer psychiatrischen Komorbidität alle Behandlungen ermöglicht. Aber auch für diese Gruppe ergeben sich Barrieren, dadurch dass sie sich nicht selbst um einen Aufnahmetermin kümmern können, nicht um besondere Behandlungsangebote wissen oder ihre Anliegen nicht mit Mitarbeitern im Gesundheitswesen kommunizieren können.

In der Diskussion werden die Entwicklungsfelder erläutert, die für Teams und Organisationseinheiten bestehen, damit Menschen mit psychischen Störungen ein Höchstmaß an Gesundheit in den Strukturen des Gesundheitswesens erreichen können.

Teilhabe/ Partizipation/ Inklusion

Inklusion im Gesundheitswesen ist die Vision, das Menschen mit psychischen Problemen, die gleichen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung erhalten, wie alle anderen Bürger eines Staates. Sie sollen die Möglichkeiten der Partizipation im Gesundheitswesen haben, ohne Angst vor Diskriminierung. Bei jeder Unterstützung oder Behandlung soll Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Höchstmaß an Gesundheit ermöglicht werden[2].

Auswertung der teilnehmenden Beobachtung

Es wurden 20 teilnehmende Beobachtungen von Situationen mit einer Dauer von 2-5 min durchgeführt. Die Situationen wurden retrospektiv aufgezeichnet und pflegewissenschaftlich ausgewertet, dabei ergaben sich folgende zentrale Themenkomplexe:

Für Menschen mit seelischen Behinderungen war es wichtig, dass sie eine eigene Autonomie in ihrem Handeln haben, dass sie pflegerischen Leistungen bewerten können und dürfen und dass mit ihnen klar und authentisch kommuniziert wird.

Inklusion: eine Vision für Stationen im Gesundheitswesen?

Nur wenn es gelingt, Inklusion auf jeder Ebene des Gesundheitswesens zu verankern, kann die Vision der Inklusion Realität werden.

Es wurde eine Checkliste erarbeitet, die Teams Impulse geben kann, Inklusion in ihrem Bereich umzusetzen, so dass auch Menschen mit seelischen Behinderungen ein Höchstmaß an Gesundheit erreichen können.

Eine Auswahl der Aspekte der Checkliste:

- Alle für die Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen notwendigen Hilfsmittel, bauliche Maßnahmen und Assistenzsysteme sind in der Organisation möglich.
- Es findet eine regelmäßige Evaluation/ Diskussion der Haltung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen zu Menschen mit Behinderungen statt.
- Menschen mit Behinderungen erhalten ausreichend Zeit, damit sie verstanden, ausgewählt, diagnostiziert und behandelt werden können.
- Menschen mit Behinderungen haben einen Begleiter, der ihnen zu verstehen hilft und Leistungen im Gesundheitswesen mit ihnen organisiert.

Menschen mit seelischen Behinderungen und Epilepsie

Menschen mit seelischen Behinderungen und Epilepsie benötigen Unterstützung und Unterstützer während eines stationären Aufenthaltes.

Eine Möglichkeit bilden Bezugspersonen, die während des stationären Aufenthaltes und darüber hinaus als Gesprächspartner zur Verfügung stehen.

Häufig übernehmen Angehörige diese Rolle des Unterstützers. Es gibt aber auch Situationen, in denen diese Begleitung durch enge Bezugspersonen nicht möglich oder nicht sinnvoll ist.

Ein spezielles Behandlungsmanagement, wie das der Epilepsy Nurses (Aufgabenbereiche: Koordination der Behandlung, Ansprechpartner für Patienten, Lotse in der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die Epilepsie) fördern Inklusion und Begleitung durch die epileptologische Behandlung.

Diskussion

Die Thematik der Inklusion und die Ergebnisse der teilnehmenden Fortbildung sollten in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung berücksichtigt werden.

Behandlungsmanagement oder andere Formen der persönlichen Unterstützung sollten diskutiert werden, um Menschen mit psychischen Erkrankungen und Epilepsie dabei zu unterstützen, ihren Weg der Behandlung finden zu können.

Teams und Organisationseinheiten im Gesundheitswesen sollten sich und ihre Arbeit im Hinblick auf Inklusion evaluieren. Die vorgestellte Checkliste kann dabei hilfreich sein.

Inklusion sollte Ziel psychiatrischer pflegerischer Arbeit werden und sollte sich an der Lebenswelt der Betroffenen orientieren.

Literatur

1. *Benett, N. et al (1993) Inclusion, Motivation and Good Faith. The morality of Coercion in Mental Hospital Admission. Mental Health (13) 2 S. 25-27*
2. *Clifton, A. et al (2012) Co- producing social inclusion: the structure/ agency conundrum. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
3. *Eikermann, B.; Zacharias- Eikermann, B.; Richter, D.; Reker, T. (2005) Integration psychisch Kranker. Ziel ist die Teilnahme am „wirklichen“ Leben. Deutsches Ärzteblatt (102) 16*
4. *BRK- ALLIANZ (Hrsg.) (2013) Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion!. Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Download am 5.4. www.brk-allianz.de*
5. *Deutscher Bundestag (2011) Von Ausgrenzung zur Gleichberechtigung. Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Download am 1.5.2013 <http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a11/dokumente/UN-Handbuch.pdf>*
6. *Deutsches Institut für Menschenrechte(2006) Behindertenrechtskonvention. Download am 1.5.2013 <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/behindertenrechtskonvention-crpd.html#c5140>*

7. Dörner, K. (1995) *Jeder Mensch will notwendig sein*. Gütersloh: Jakob van Hoddis Verlag
8. Institut für angewandte Sozialforschung: AGP Alter, Gesellschaft, Partizipation download am 13.4.2013 <http://agp-freiburg.de>
9. Alter Gesellschaft Partizipation Institut für angewandte Sozialwissenschaften (2012) *Scharf gestellt. Inklusion im Fokus* Download am 4.4.2013 <http://agp-freiburg.de>
10. Länge, G; Welte, W.; Niedermeier- Bleier, M. (1997) *Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker* Stuttgart: Kohlhammer
11. Lawton, G.; Baker, G.; Brown, R. (2008) *Comparison of two types of dissociation in epileptic an nonepileptic seizures*. *Epilepsy and Behavior* 13
12. Statistisches Bundesamt (2011) *7,3 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland*. Pressemitteilung vom 18.9.2012- 324/ 12 download am 5.4.2013 unter <http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilung>
13. Wienberg, G. (2012) *Von der sozialen Exklusion zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen- eine sozialhistorische Skizze*, unveröffentlicht

49. Teilhabe durch Selbsthilfe: ein Vergleich Epilepsie und Psychiatrie

NN, Petra Ott-Ordelheide

Hintergrund

Menschen mit epileptischen aber auch dissoziativen Anfällen können ähnlich wie Menschen mit psychischen Erkrankungen stigmatisiert sein. Diese „zweite Erkrankung“ [1] belastet Patienten in vielen Fällen genauso wie die ursprüngliche Erkrankung: Die Krankheitsverarbeitung ist erschwert, ein Rückzug aus den sozialen Beziehungen setzt ein, es treten vermehrte Konflikte in der Herkunftsfamilie, aber auch anderen sozialen Bezügen auf, Einschränkungen in der Partnersuche werden schmerzlich erlebt und Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Kollegen am Ausbildungsplatz oder gar Verlust des Arbeitsplatzes begleiten das Erleben der betroffenen Menschen - teils über viele Jahre. Das „natürliche“ soziale Netzwerk von Menschen mit chronischen Erkrankungen wird kleiner: Anstelle von 25 - 40 guten Bekannten und Freunden sinkt die Zahl der Menschen, auf die man vertraut auf 3-16 Personen [2] Wenn wir also über Selbsthilfe sprechen, dann gehört dazu auch ein Wissen über die sozialen Netzwerke der Menschen, die infolge Krankheit und Belastungen zum Teil erhebliche Veränderungen in ihren privaten Netzwerken erfahren haben. Die Entwicklung von individueller Selbsthilfe und von Selbsthilfeinitiativen ist daher auch stets oft ein logischer und notwendiger Schritt um sich aus dieser krankheitsbedingten Stigmatisierung und Isolation zu befreien.

Thema

In diesem Vortrag soll über die Selbsthilfeentwicklung in der Epileptologie vergleichend zur Psychiatrie berichtet werden. Also über:

- Selbsthilfegruppen, ihr Anspruch, ihre Bedeutung aber auch Grenzen.
- Internetforen, was spielt sich unter E-health ab?
- Situative Selbsthilfe, wie Mitpatienten bei einem Anfall eines Betroffenen reagieren.
- Die Möglichkeiten die sich aus dem Aspekt der Selbsthilfe auf der Station ergeben können.
- Informelle Selbsthilfe

Fragestellung

Können neue Teilhabe-Konzepte der Sozialpsychiatrie wie Trialog, Behandlungsvereinbarung, Empowerment etc. die „natürlichen“ familiären und freundschaftlichen Netzwerke unterstützen? Können sie auch ein Muster für die Epileptologie sein?

Ergebnisse/Erfahrungen

Auf die obigen Fragen wird versucht eine Antwort zu geben: Wie kann man aus professioneller Sicht die Selbsthilfe in der Psychiatrie und Epileptologie zur Teilhabe im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) stärken und welche Empfehlungen aus dem professionellen Alltag lassen sich für die Pflegenden und weiteren Mitarbeiter des interdisziplinären Teams ableiten?

Literatur

1. *Finzen, A. Psychose und Stigma, Bonn (Psychiatrie-Verlag) 2001*
2. *Klug G. Die Veränderung sozialer Netzwerke im Rahmen von Psychosen. Fortschr Neurol Psychiatr 2005; 73: 66-73*

50. „ Warum sollten wir heute die Station schließen?“ Par- adigmenwechsel in der Akutbehandlung von Patienten mit stoffgebundenen Süchten

Nicole Petri

Hintergrund

Die körperliche Entgiftung von einem oder mehreren Suchtstoffen ist ein Prozess, der von sehr viel Individualität gekennzeichnet ist.

Es wird von den Pflegenden ein hohes Maß an Empathie und das Eingehen auf die sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen der Patienten erwartet. Andererseits wird vorausgesetzt, dass sie den Patienten die Wichtigkeit von klaren Strukturen und Regeln vermitteln.

Dieser Spagat zwischen klaren Strukturen und Regeln und einer individuell auf den Patienten abgestimmten Behandlung, stellt hohe Anforderungen an die pflegerische Soziumilieugestaltung der Station.

Diese komplexen Anforderungen im psychiatrischen Arbeitsfeld einer Entgiftungsstation veranlassten mich, die verschiedenen Aspekte der aktuellen Suchtbehandlung zu beleuchten und die Notwendigkeit von Veränderungen aufzuzeigen. Die fakultative Öffnung der Stationstür steht dabei im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Ausgangslage

Wenn wir davon ausgehen, dass die Entstehung der Sucht von der Entwicklung eines Urvertrauens [1] beeinflusst wird, und ebenso davon ausgehen, dass aufgrund der von Aaron Antonovsky entwickelten Salutogenese [2] ein starkes Kohärenzgefühl in der Kindheit erworben wird oder zu einem späteren Zeitpunkt zu lernen bzw. zu erweitern ist, müssen wir unser Verhalten einer fürsorgenden Mutter angleichen.

Um ein starkes Kohärenzgefühl zu entwickeln braucht es drei Eckpfeiler [3].

- **Verstehbarkeit:** Diese Komponente drückt das Ausmaß aus, in welchem man Stimuli (auch unbekannte) als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen verarbeiten kann und sie nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich wahrnimmt.
- **Handhabbarkeit:** Handhabbarkeit beschreibt das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zu Verfügung hat, um Anforderungen, die von Stimuli ausgehen, zu begegnen. Vereinfacht ausgedrückt, ist damit die Überzeugung eines Menschen gemeint, dass Schwierigkeiten lösbar sind.
- **Bedeutsamkeit/ Sinnhaftigkeit:** Das Gefühl der Bedeutsamkeit repräsentiert das motivationale Element. Das eigene Leben und die gestellten Aufgaben als sinnvoll zu erleben. Aaron Antonovsky erachtet sie als die wichtigste Komponente.

Um diese drei Eckpfeiler zu unterstützen und zu fördern haben wir uns entschlossen, die Türe zu öffnen und nur noch fakultativ zu schließen.

Problemstellung

Die tradierte Art und Weise, Abhängigkeitserkrankte Menschen zu entziehen, gab Jahrzehnte lang allen Seiten Sicherheit.

Es galt nun die Traditionen aufzubrechen und gleichzeitig Sicherheit im Handeln zu vermitteln.

Es arbeiten verschiedene Mitarbeiter schon sehr lange im Suchtbereich, und sind durch die „alten“ Strukturen und Denkmuster („Die Patienten brauchen nur feste Regeln, enge Strukturen und Konsequenzen“) geprägt.

Dies verlieh lange Jahre Sicherheit im Handeln, welche durch die neuen Behandlungsansätze zunächst ins Wanken geriet.

Zu dem Zeitpunkt der Öffnung der Stationstür waren nicht alle Mitarbeiter in den speziellen Themen (Salutogenese, Resilienz...) geschult, so dass ich als Leitung äußerst sensibel und fürsorglich mit meinen Mitarbeitern umgehen musste.

Auch die Mitarbeiter mussten das Gefühl erfahren, sagen zu dürfen, wann sie mit einer Situation überfordert sind und Sicherheit brauchen.

Ebenso mussten die Mitarbeiter erfahren dürfen, wie sie Kraft ihrer eigenen Kompetenz (die jeder mitbringt) hilfeschende Menschen behandeln können, ohne auf den Schlüssel angewiesen zu sein.

Ausgesuchte Fort- und Weiterbildungen schlossen den Kreis der Veränderung.

Ziele

Das Ziel dieser Veränderung war, die Abhängigkeitserkrankten Menschen in ihren Behandlungsablauf einzubeziehen.

Es ging darum den Menschen Entscheidungsfreiheit zurückzugeben, und damit auch teilweise coabhängiges Verhalten der Mitarbeiter zu verändern.

Ebenso ging und geht es im Gesamten darum, den Patienten Verantwortung zurück zu geben und somit in Resilienz und Kohärenzgefühl zu stärken und um auf langfristige Sicht ein anderes Lebensgefühl zu geben, welches unter Umständen die Abstinenzentscheidung tragen kann.

Diese Haltung entlastet auch die Mitarbeiter sichtbar von Verantwortung, die wir nicht haben. Zum Beispiel durch den Anspruch der Patienten " Nun bin ich hier, macht mich gesund, ihr wisst doch was zu tun ist." Oder " Ihr helft mir ja nicht, bzw. ihr habt mir nicht genug geholfen, deshalb bin ich rückfällig geworden"

Ebenso erhoffen wir, uns auf Untersuchungen von anderen Kliniken stützend, dass die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter steigt, dadurch dass sie ihre eigenen Kompetenzen einbringen und kennenlernen können, ebenso durch ein Mehr an Verantwortungsübernahme.

Vorgehen

Nachdem mit allen Stellen (Abteilungsleitung, Chefarzt und Pflegedienstleitung) besprochen war, dass die Station Haus am Rennweg fakultativ geschlossen geführt werden soll, waren teamintern weitere Schritte zu unternehmen.

In einer Teamsitzung, die sich ausschließlich mit diesem Thema beschäftigte, waren die Rahmenbedingungen zum Öffnen der Tür zu klären.

Es wurde im gesamten multiprofessionellen Team eine Vereinbarung getroffen wie mit dem Öffnen der Station umzugehen ist.

Die Mitarbeiter haben sich schnell mit der neuen Situation angefreundet, und die positiven Veränderungen sofort gespürt.

Um diesen gesamten Prozess auch auf fachlich fundierte Füße zu stellen besprach ich mit der Pflegedienstleitung die Qualifizierung des gesamten Teams.

Es wurde uns ermöglicht als gesamtes (multiprofessionelles) Team den Zertifikatskurs " Teamqualifikation zur Behandlung Abhängigkeitserkrankter" in der Rhein-Mosel-Akademie in Andernach zu absolvieren.

In mehreren Gesprächen mit den Dozenten, dem Chefarzt, und der Pflegedienstleitung wurde festgelegt, welche Inhalte genau unterrichtet werden sollen, und was speziell für die Klientel der Station Haus am Rennweg wissenswert ist.

Die genauen Inhalte waren:

- Abhängigkeitsentwicklung(Diagnostik, Ursachenmodelle...)
- Substanzen(Wirkweisen und mögliche Folgeschäden)
- Doppeldiagnosen
- Beziehungsgestaltung
- Kommunikation und Gesprächsführung
- Behandlungskonzepte
- Krisenintervention

- Motivationsarbeit
- Individuelle Zielentwicklung
- Umgang mit Rückfällen
- Indikative Gruppen
- Psychoedukation
- Multiprofessionelle Fallarbeit
- Rollenanforderung und Psychohygiene
- Kooperation und Schnittstellenmanagement
- Reflexion und Bearbeitung des Behandlungskonzeptes

Eine besondere Herausforderung war die Versorgung der Patienten während den Abwesenheitszeiten zu gewährleisten. Die Fortbildung fand in mehreren Modulen a zwei Tagen statt, und erstreckte sich über 1,5 Jahre.

Ich bin mit den Kollegen der Bereichsübergreifenden Therapien in Kontakt getreten, ebenso mit einem Kollegen aus der PIA(psychiatrische Institut-sambulanz). All diese Kollegen haben jahrelang in der Suchtabteilung gearbeitet. Ich habe mit diesen Kollegen einen gesonderten Dienstplan erstellt, der die gesamte Fortbildungszeit abdeckte. Die Kollegen aus dem Team der Station Haus am Rennweg 1 arbeiteten dann nach der Fortbildung, oder davor, um die stationsfernen Kollegen nach Möglichkeiten zu unterstützen. Ebenso waren die Kollegen bereit an ihren freien Wochenenden zur Fortbildung zu kommen.

Aufgrund des erweiterten Wissens und der Bereitschaft, die eigene Arbeit zu reflektieren sind die Mitarbeiter nun sicher mit den Veränderungen umzugehen, und treiben diese auch voran durch das Entwickeln und Einbringen von neuen, eigenen Ideen.

Erfahrungen/ Ergebnis

Das Soziumillieu hat sich verändert

Das Klima bei offener Tür ist deutlich ruhiger.

Niemand muss alle 5 Minuten die Tür schließen, kaum einer ist genervt, weder vom dauernden „fragen müssen“ noch vom dauernden Schließen.

Es herrscht nicht das Gefühl von:

- „ Die trauen mir nicht, die schließen mich ein“, oder
- „Die trauen mir nichts zu“ oder
- „ Es ist gut mich einzuschließen, ich kann nichts alleine

Sondern es herrscht das Gefühl:

- „Ich kann selbst entscheiden“
- “Ich werde mit meinen Entscheidungen akzeptiert“
- “Man traut mir zu, dass ich mich an Regeln halte“ vor.

Die Resonanz, die wir alle (Patienten und Mitarbeiter) von „ außen „ bekommen, bestärkt uns ebenso positiv.

Eine Ausnahme bilden im Moment noch die Situationen in denen wir uns von „Rechts wegen“ verpflichtet sind die Tür zu schließen.

Hierbei handelt es sich um die Situationen, in denen wir Patienten auf Station haben, die per Gesetz eingewiesen sind, oder aber in denen Patienten suizidal sind, und aufgrund von niedriger Besetzung nicht 1:1 betreut werden können.

Dies alles zusammen auch vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Theorien lässt mich zu dem Schluss kommen, dass wir uns jeden Tag fragen sollten: *“Warum sollten wir heute die Türe schließen?“*

Diskussion

Diese radikale Veränderung in der Behandlung von akut intoxikierten und multimorbiden Menschen tritt neue Diskussionen los, und regt an sich Gedanken zu machen die Behandlung von Suchtkranken Menschen weiter zu verändern.

Was wäre zum Beispiel mit einer Tagesstätte für sehr schwache Suchtpatienten? Würden wir ambulant entgiften können? Was geschieht wenn wir die Stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung noch übergangsloser gestalten?

Schlussfolgerung

"Menschen mit einer neuen Idee gelten solange als Spinner bis sich die Idee durchgesetzt hat." (Mark Twain)

Literatur

1. *Entwicklungspsychologie von E. Erikson in Hampden -Turner Modelle des Menschen S.132 ,Belz 1996*
2. *A. Antonovsky in J.Bengel u. a. in BzGA ,Band 6, 1998*
3. http://www.pflegewiki.de/wiki/Sense_of_coherence

51. Tierisch Therapeutisch: „tiergestützte Arbeit mit Hund bei demenziell erkrankten Menschen in der Universitätsmedizin Mainz“

Regina Petri

Hintergrund

Dementielle Erkrankungen sind heute die häufigste und folgenreichste psychiatrische Diagnose im höheren Alter und sie sind Hauptursache für eine Pflegebedürftigkeit. Deutschlandweit leiden ca. 1,3 Millionen Menschen an einer Demenz, Tendenz steigend. Eine Herausforderung an alle im Gesundheitswesen arbeitende Menschen ist es, demenziell erkrankte Menschen in ihrer eigenen Welt zu erreichen und vorhandene Alltagsfähigkeiten und damit Selbstständigkeit und Lebensqualität möglichst lange zu erhalten.

Einleitung

Tiergestützte Therapie wird in deutschen Kliniken bisher sehr selten eingesetzt. Es ist ein Therapieverfahren das zum einen keine einheitlichen Ausbildungs- und Umsetzungsrichtlinien hat und welchem zum anderen durch die hygienischen Bedingungen in Kliniken Grenzen gesetzt sind. Ein dritter nicht unerheblicher Grund ist, dass die Effekte tiergestützter Therapie sehr wohl zu beobachten aber nicht ohne weiteres wissenschaftlich nachweisbar sind. In meinem Workshop möchte ich Ihnen die tiergestützte Arbeit am Beispiel meiner Ausbildung und der praktischen Arbeit mit Therapiehund aufzeigen.

Thema

Ist die tiergestützte Therapie ein geeignetes therapeutisches Angebot, das Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken beim Gesundwerden hilft?

Dazu werde ich einen Überblick über die aktuelle Situation der Ausbildung zum Hundetherapie team geben. Ein weiteres Thema wird mein Weg sein:

Welche Voraussetzungen musste meine Hündin erfüllen und welche ich, bevor wir als Therapieteam in der Universitätsmedizin Mainz arbeiten dürfen. Letzter Teil wird unser Arbeitsalltag sein. Wie sieht ein Arbeitstag mit Therapiehund aus? Wie wird eine Gruppen- bzw. Einzeltherapiestunde gestaltet und welche Effekte können wir mit der tiergestützten Therapie erreichen?

Ablauf / Gestaltung

Vortragsteil (mit Powerpointpräsentation und Praxisfilm):

- Theoretische Einführung in die tiergestützte Arbeit mit Hund.
- Wie wird man ein „Therapeutin-Hunde Team“ in einer Klinik, am Beispiel der Universitätsmedizin Mainz.
- Praxisteil (Therapiebeispiele mit Hund)
- Einsatzmöglichkeiten bezogen auf Aktivitäten des täglichen Lebens, Praxisbeispiele mit Hund

Ziele

Tiergestützte Therapie ist eine effektive Möglichkeit, dementiell erkrankte Menschen ganzheitlich, gesundheitsfördernd, Ressourcen- und Bedürfnisorientiert zu versorgen. Ich möchte in meinem Workshop die von mir beobachteten Effekte erläutern und Teile von Therapieeinheiten (gemeinsam mit meiner Therapiehündin) für die Teilnehmer/innen praktisch erfahrbar machen.

Weitere Ziele des Workshops sind, sowohl die positiven Effekte aber auch die Grenzen tiergestützter Arbeit aufzuzeigen und in der Gruppe weitere effektive Einsatzmöglichkeiten in der psychiatrischen Pflege zu diskutieren.

52. Die individuelle Wahrnehmung der Mitarbeitenden der Gerontopsychiatrie für das „Grundbrummen“ von Aggressionsformen und deren Ausprägungen

Klaus Pöschel, Sabine Rohde, Frithjof Jirsa, Markus Kandziora, Mareike Ennen, Andrea Staude, Maren Baumeister

Einleitung / Hintergrund

Seit vielen Jahren werden erlebte Aggressionen und Gewaltvorfälle im Untersuchungsfeld, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB), thematisiert, dokumentiert und ausgewertet [1, 2]. Über Notrufsysteme, Fixierübungen und Deeskalationstrainings [3] werden den Mitarbeitenden praxisorientierte Methoden angeboten. Damit liegen Erkenntnisse über den Umfang und die Belastung dokumentierter Aggressionsformen vor [4, 5, 6], aus denen sich Unterschiede zwischen den Abteilungen ergeben. Mitarbeitende der Abteilung Allgemeinpsychiatrie I wurden insgesamt 637 mal bedroht und 101 mal geschlagen, gekratzt, gekniffen oder getreten. In der Gerontopsychiatrischen Abteilung lag dieser Wert bei 1.249 Bedrohungen und 1.268 tätlichen Ereignissen [4].

Neben offensichtlichen Unterschieden der objektiven Daten wurde das Thema der Aggression und Gewalt in der Gerontopsychiatrie in den vergangenen Monaten zunehmend thematisiert. Im Februar 2013 hat sich die Arbeitsgruppe Aggression und Gewalt in der Gerontopsychiatrie gebildet. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, vorhandene Aggressionen und das Aggressionspotential zu erfassen, zu messen, auszuwerten und daraufhin Maßnahmen zur Prävention und Intervention zu entwickeln.

Anhand von Gesprächen und Diskussionen zeigt sich, dass einige Mitarbeitende bestimmte Ausprägungen von Gewalt nicht, oder nicht mehr als solche wahrnehmen. Deshalb ist davon auszugehen, dass nur ein Bruchteil dieser Aggressionserfahrungen dokumentiert werden. Als Bezeichnung für das dauerhafte Vorhandensein unterschiedlicher Ausprägungen von Aggres-

sion in der Gerontopsychiatrie wurde die Bezeichnung des „Grundbrummens“ gewählt.

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie war es, mehr zur subjektiven Wahrnehmung der Mitarbeitenden der an ihrem Arbeitsplatz vorhandenen und erlebten Aggression zu erfahren. Folgende Fragen stellten sich dazu:

- Wie viel der an ihrem Arbeitsplatz erfahrbaren Aggression nehmen die Mitarbeitenden in der Gerontopsychiatrie tatsächlich wahr?
- Ab wann nehmen die Mitarbeitenden diese erfahrbaren Aggressionen wahr?

Material und Methode

Als Methode der Untersuchung wurde eine schriftliche Befragung aller 110 Mitarbeitenden der Abteilung gewählt. Dazu wurde ein für eine Gefährdungsanalyse verwendeter Fragebogen [3, 4] deutlich überarbeitet und getestet. Der dreiwöchige Befragungszeitraum endete Mitte Mai 2013. Von den ausgegebenen Fragebogen wurden 42 ausgefüllt zurückgegeben, was einem Rücklauf von 46.2 % entspricht.

Befragungsergebnisse zur individuellen Aggressionswahrnehmung

Zur Kompaktheit der Darstellung werden im Folgenden die Einzelergebnisse auf Gesamtsummen und Mittelwerte reduziert. Für die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse wurde auf vorliegende Ergebnisse [4, 5] der eigenen Abteilung und der Gesamtklinik zurückgegriffen.

Anzahl wahrgenommener Aggressionseignisse

Für die Bereiche der nonverbalen (5.435), verbalen (4.570) und tätlichen Aggression (3.085) wurden für 27 unterschiedliche Items die erinnerte Anzahl der Vorkommnisse abgefragt. In der aktuellen Studie wurden für die Gerontopsychiatrie 13.090 Aggressionseignisse, mit durchschnittlich 312 Ereignissen je Befragten, für die vergangenen 12 Monate, angegeben.

Wahrnehmungsschwelle von Aggression

Die Befragten sollten festlegen, an welchem Punkt auf einer Skala von 0-10 bei ihnen die Wahrnehmung von Aggression beginnt. Im Ergebnis zeigt sich eine große Streuung zwischen den Bereichen und Berufsgruppen. Diese bewegt sich zwischen einem Skalenwert von 2,33 bis 5,33. Anhand der teilweise geringen Anzahl von Nennungen bilden die Einzelwerte jedoch keine repräsentativen Ergebnisse ab. Damit beläuft sich der Mittelwert, ab dem die Mitarbeitenden dieser Befragung Formen von Aggression wahrnehmen, auf 3,94.

Dokumentation aggressiven Verhaltens

Nach dem Schwellenwert befragt, ab dem die Mitarbeitenden aggressives Verhalten dokumentieren, ergab sich auf einer Analogskala, unabhängig von der Berufsgruppe, ein Mittelwert von 3,63. Im Vergleich dazu wurden auf den Gewalterfassungsbögen [6] autoaggressive Vorfälle ab einer subjektiv erlebten Stärke von 7,2 und fremdaggressive Vorfälle ab einer Stärke von 5,8 dokumentiert.

Angabe der erlebten Aggressionswerte in Zeitintervallen.

Die befragten Mitarbeitenden ordneten das subjektiv empfundene Aggressionsklima des eigenen Arbeitsbereichs unterschiedlichen Zeitintervallen zu. Im Mittelwert gaben sie an, dass sie das Aggressionsklima am Tag der Befragung mit 2,54 bewerteten. Retrospektiv gaben sie für die vergangenen vier Wochen einen Wert von 3,61, den letzten drei Monaten 4,32 und eine Stärke von 4,28 für vergangenen 12 Monate an.

Beschreibung der Aggressionsstufen von 0 bis 10

Die einzelnen Aggressionsstufen wurden in der Befragung mit einer Freitextangabe nachgefragt, systematisch ausgewertet und auf Schlagworte reduziert. Damit stehen diese Aussagen nun zur Beschreibung der abstrakten Stufen der verwendeten Analogskala zur Verfügung.

- 0= Passiv/ verbale, nonverbale Ausgeglichenheit
- 1= Passiv/ leichte verbale, nonverbale Unruhe und Anspannung
- 2= Passiv/ spürbare verbale, nonverbale Gereiztheit und Anspannung
- 3= Übergang von passiv zu aktiv – deutlicher spürbare Anspannung, Körperkontakt
- 4= Grenzen werden aktiv erreicht – nonverbal, verbal, eindeutiger negativer Körperkontakt²
- 5= Grenzen werden aktiv überschritten, erster Kontrollverlust, Situation beginnt zu kippen, Hilfe ist erforderlich
- 6= Aktiver Körperkontakt, Situation entgleitet
- 7= Aktiver und gezielter Körperkontakt mit bewusster Schädigung³
- 8= Grenzen sind weit überschritten, gezielte Gewalt, Eskalation, Fixiersituation oder Festhalten
- 9= Körperliche Auseinandersetzung und Körperverletzung
- 10= Unerträgliche Situation, Angriff, Übergriff, Lebensgefahr, Flucht, Fixierung

² 3,64 - 3,94 Wahrnehmungs- und Dokumentationsschwelle für aggressive Ereignisse!

³ 6,5 Mittelwert erlebter Schwere des Vorfalls auf dem Erfassungsbogen!

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der Studie wurden 13.090 Vorfälle nonverbaler-, verbaler- und tätlicher Aggression, mit einem Mittelwert von 312 Ereignissen je Befragten erfasst. Einfach hochgerechnet, ausgehend von 110 befragten Mitarbeitenden, multipliziert mit 312 Ereignissen, würde sich damit für die Abteilung eine Summe von 34.320 Ereignissen in 12 Monate ergeben. Trotz dieses scheinbar hohen Wertes kann davon ausgegangen werden, dass diese retrospektive und subjektive Einschätzung nur sehr verhalten vorgenommen wurde. Vermutlich liegen reale Werte noch deutlich höher und variieren, abhängig vom Schwerpunkt der betrachteten Station.

In der Jahresstatistik 2012 [5] wurden insgesamt 248 Aggressionsereignisse auf einem Erfassungsbogen für die Gerontopsychiatrie registriert. Das entspricht etwa 0,72% der oben angenommenen Ereignisse. Damit ist „die Spitze des Eisbergs“, die Grauzone, zwischen wahrgenommenen und registrierten Aggressionsereignissen, recht genau definiert. Unter der Annahme, dass etwa fünfmal mehr Vorkommnisse mit Eigen- oder Fremdaggressivem Inhalt in Patientenakten vermerkt werden (1.240 Ereignisse), würde der Dokumentationsgrad bei etwa 3,61% liegen.

Die Wahrnehmung von Aggression wurde mit einem Mittelwert von 3,94 angegeben. Der Schwellenwert zur Dokumentation von eigen- oder fremdaggressiven Verhalten der Patienten wurde mit einem Wert von 3,63 sogar noch etwas niedriger angegeben. Diese Nähe der beiden Werte kann dahingehend interpretiert werden, dass der Zeitpunkt der Wahrnehmung von Aggression und deren Dokumentation sehr nahe beieinander liegen. Jeder Wert der sich unter diesen Werten befindet kann mit dem Phänomen des Grundbrummens bezeichnet werden. Ob sich dieser hohe Wert aus Gewöhnung an Aggressionsformen durch die Mitarbeitenden ergibt oder ob es sich um einen Schutzmechanismus handelt, um arbeitsfähig zu bleiben, kann nur vermutet werden. Dies zu beantworten wäre das Ziel einer nachfolgenden Untersuchung. Diese Werte des Grundbrummens markieren jedoch den Beginn der Grauzone von der Wahrnehmung bis zur Dokumentation von

Aggression. Denn erst ab einem Wert von durchschnittlich 6,4 [5] werden Aggressionserlebnisse auf dem dafür vorgesehenen Erfassungsbogen dokumentiert.

Ausgehend von diesen Ergebnissen der Desensibilisierung der Mitarbeitenden für Aggressionsformen bis zur Stufe vier auf einer Analogskala, ergibt sich die Notwendigkeit die Präventionsbemühungen, auf die Aggressionswahrnehmung sensibilisierende Maßnahmen, auszuweiten. Welche Maßnahmen zur Prävention und Intervention geeignet sind und oder angewendet werden sollen wurde noch nicht entschieden.

Literatur

1. *Ketelsen, R. (2005). Prävalenz, Charakteristika und Prädiktoren fremdaggressiven Verhaltens bei hospitalisierten psychisch Kranken. (Dissertation)*
2. *Ketelsen, R., Schulz, M., & Zechert, C. (2004). Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrie-Verl.*
3. *Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement® (ProDeMa www.prodema-online.de)*
4. *Andrea Staude (2012) Deskalationsmanagement in der Psychiatrischen Klinik im EvKB, eine Gefährdungsanalyse, Power Point Vortrag*
5. *Jahresstatistik (2012) Gewaltvorfälle der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld - Bethel*
6. *Gewaltvorfälle und Anordnung von Zwangsmaßnahmen 2012, ein Überblick 2005 – 2012, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld – Bethel, Power Point Vortrag*

53. Die Risikopotentialanalyse als Unterstützung zur Steuerung des Pflegeprozesses

Klaus Pöschel

Der Pflegeprozess und seine Zielsetzung

Durch das Inkrafttreten der Novelle des aus dem Jahr 1985 stammenden Krankenpflegegesetzes [3] wurden Arbeitsgestaltung und Dokumentation der professionellen Pflege nach der Pflegeprozessmethode [1] verbindlich formuliert. Diese Forderung einer systematischen Pflegeplanung und -dokumentation [4] sowie Qualitätsanforderungen im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Pflegeeinrichtungen wurde 1995 im SGB XI verpflichtend aufgegriffen [5]. Die somit gültige paradigmatische Vorgabe zu einem transparenten und wirtschaftlichen Dienstleistungsprozess zwingt zu einer Vorgehensweise, die Individualität, Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander verbinden soll. Die nachvollziehbare Darstellung von Art, Umfang und Häufigkeit pflegerischer und betreuender Leistungen wird damit zunehmend wichtiger. Der Leistungsträger muss nämlich außer einer Sicherstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch eine Transparenz darüber sicherzustellen, dass er mit den Aufwendungen aus den Mitteln der Pflegeversicherung sinnvoll und ressourcenschonend umgeht.

Daher liegt es im Interesse des Leistungsanbieters, durch ausreichende Leistungstransparenz zu gewährleisten, dass die richtige Leistung zur richtigen Zeit in angemessener Qualität zur Verfügung gestellt wird. Das hat Auswirkungen, denn; „Die vielfältigen Qualitätssicherungsaktivitäten von Heimaufsicht und MDK provozieren in den Heimen eine Konzentration auf die erwarteten Anforderungen der Kontrolleure und vernachlässigen die Entwicklung eines eigenen Risikoverständnisses.“ [1]

Es gilt also, ein Risikoverständnis zu entwickeln, das sich nicht (nur) an den erwarteten Anforderungen der Kontrolleure [2] ausrichtet, sondern vor

allem ein eigenes Risikoverständnis der Mitarbeitenden fördert. Eine Möglichkeit besteht in der Konzentration auf definierte Pflegerisiken, um die Planung und Steuerung der unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsprozesse zu unterstützen.

Begriffsdefinition Risiko

Unter einem Risiko wird die Möglichkeit eines Schadens verstanden, der mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintritt. Damit lassen sich für die Bewertung jedweden Risikos zwei Variablen benennen, aus denen sich Hinweise für die Risikosteuerung oder das Risikomanagement ergeben [1].

- Die Wahrscheinlichkeit eines Risikoeintritts / Eintrittswahrscheinlichkeit
- Die Folgen eines Risikoeintritts auf die Ziele / Schadenshöhe

Als dritte Variable muss der Effekt einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung in Betracht gezogen werden, indem sich einzelne Risiken zu einer Art Treppeneffekt aufbauen, summieren oder multiplizieren könnten.

Pflegerisikomanagementprozess

Das Pflegerisikomanagement ist ein Prozess sich einander ergänzender Elemente, die der Identifizierung, Analyse, Quantifizierung, Beurteilung und Steuerung von Risiken dienen. Dieser Pflegerisikomanagementprozess kann als logischer Regelkreislauf verstanden werden, der, angelehnt an den PDCA-Zyklus, durch vier Prozessschritte [6] gekennzeichnet ist.

- Risikoidentifikation und Kategorisierung
- Risikobewertung mittels Risikoassessment zur Beurteilung und Quantifizierung des Handlungsbedarfs
- Maßnahmenentwicklung und Umsetzung zur Risikobewältigung
- Risikoüberwachung durch Steuerung und Evaluation

Die Elemente der Risikopotenzialanalyse

Die Kernstücke der Risikopotenzialanalyse[9] (RiP®) sind die Risikotabelle, das Risikoverzeichnis und die Steuerungshilfe. Diese Kernstücke fügen sich in die Steuerung des Pflegeprozesses ein und helfen, die Risiken zu erfassen, Risiken zu bewerten und die Risiken zu steuern. Zusätzlich werden diese zentralen Elemente durch weitere verbindlich geregelte Elemente, wie Zeitkorridore für Evaluationen und Einbindung in das Pflegecontrolling ergänzt. Der personenbezogene Pflegeprozess kann über den Einsatz von Plantafeln für die Mitarbeitenden einer Organisationseinheit, wie Wohnbereich oder Bezugspflegeteam, visualisiert werden, um die Transparenz und Kontinuität für die Pflege- und Betreuung zu unterstützen.

Risiken erfassen

Für die Erfassung der Risiken wird eine Risikotabelle verwendet. Auf dieser Tabelle sind die 28 einzuschätzenden Risikopotenziale benannt. Die Auswahl der Risikopotenziale hat sich durch Erfahrungen aus der Praxis und aufgrund der sich verändernden ordnungsrechtlichen [7] Anforderungen entwickelt. Sie sind nach den Kategorien – körperlicher und gerontopsychiatrischer Hilfebedarf – gegliedert. Jedes Risikopotenzial ist, insofern das Alten- und Pflegeheim den Pflegeprozess an die Systematik der 13 AEDL nach Monika Krohwinkel ausrichtet, verbindlich zugeordnet [8]. Des Weiteren ist eine zusätzliche Priorisierung über eine A-B-C Kategorisierung möglich.

- A-Risiken, durch Expertenstandards geregelt, hohe rechtliche Relevanz, hohe Gesundheitsgefährdung.
- B-Risiken, nicht durch Expertenstandards geregelt, betreffen aktuelle Prüfungsschwerpunkte, Gesundheitsgefährdung.
- C-Risiken, weniger prüfrelevant, dürfen jedoch nicht vernachlässigt werden, da sie für den Bewohner in seiner Lebensqualität bedeutsam sind [9].

Im Anschluss an das Risikoverzeichnis mit dem körperlichen und gerontopsychiatrischen Hilfebedarf folgt eine Liste mit 26 Einflussfaktoren auf die Gesundheit und/oder den Pflegeaufwand. Auch diese Einflussfaktoren sind mit einem AEDL-Bezug und einer A-B-C Kategorisierung versehen [8].

Risiken bewerten

Die Bewertung selbst folgt dem Grundsatz, Risiken systematisch abzuwenden oder, sind diese nicht systematisch abwendbar, sie angemessen zu bewältigen. Dazu wird in der RiP®-2012 nicht mehr, wie noch 2008, die Risikostufe bewertet, sondern der Hilfebedarf, der sich aus der Einschätzung des jeweiligen Risikopotenzials, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen, ergibt.

- Hilfebedarf Stufe 0: Es ist kein Risiko vorhanden.
- Hilfebedarf Stufe 1: Betroffene Person kann Hilfebedarf selbstständig oder selbstständig nach einmaliger Anleitung / Beratung ausgleichen.
- Hilfebedarf Stufe 2: Betroffene Person benötigt Unterstützung / wiederkehrende Anleitung oder Teilübernahme.
- Hilfebedarf Stufe 3: Betroffene Person benötigt kleinschrittige, minutiöse Anleitung oder volle Übernahme [8][9][10].

Die Einflussfaktoren hingegen werden mit einer absoluten Nennung [8][9], mit X (1) = vorhanden, und 0 = nicht vorhanden, bewertet. Eine qualitative Stufung ist nicht vorgesehen.

Risiken steuern

In der Steuerungshilfe werden, abgestimmt auf die Risiko- / Hilfebedarfsstufe, geeignete Maßnahmen vorgeschlagen. Die Steuerungshilfe hilft den Mitarbeitenden, die relevanten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen individuell zu erarbeiten. Sie eröffnet die Möglichkeit, die Handlungsempfehlungen individuell angepasst für die Pflegeprozessplanung des Bewohners zu verwenden. Dabei gilt, sofern die Handlungsempfehlungen für die Pflegeprozessplanung von den vorgeschlagenen Maßnahmen stark abweichen,

dass auch hauseigene Regelungen oder Standards zu berücksichtigen sind [8, 9].

Einbindung der Risikopotenzialanalyse in den Pflegeprozess

Damit die Risikopotenzialanalyse sich sinnvoll in den Pflegerisikomanagementprozess einfügt, fehlen noch weitere verbindliche Absprachen und Elemente bezüglich der Steuerung und des Controllings.

Für die regelmäßigen administrativen Aufgaben im Pflegeprozess – wie einem Check up anhand der Risikopotenziale oder der Evaluation der Pflegeprozessplanung mit gründlicher Überarbeitung – sind schon in der Dienstplangestaltung feste Zeitkorridore zu berücksichtigen. Zu diesen Zeiten muss eine möglichst ungestörte und intensive Arbeit ermöglicht werden. Hier wird in der Praxis auch gern von „Dokuzeiten“ oder „Dokutagen“ gesprochen. Hinzu kommen noch die ungeplanten Zeiten, die sich nicht im Voraus planen lassen [8, 9].

Schlussfolgerung

Als Ergebnis einer 18 monatigen Evaluationsstudie [11] kann unter anderem festgestellt werden, dass sich Risikopotenzialanalyse durch ihren Aufbau und ihre Struktur für die Anwendung im Pflegeprozess unterstützend auswirkt. Für Mitarbeitenden hat sich die RiP® als geeignetes Analyse- und Unterstützungsinstrument für die Pflege- und Betreuungsplanung herausgestellt. Sie profitieren von der klar vorgegebenen Struktur, an der sie sich orientieren können. Das gibt ihnen Sicherheit, aber auch Klarheit für die Beschreibung und Planung der erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Die täglichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen werden nun transparenter und strukturierter geplant als vor der Intervention.

Ohne die Wirksamkeit der Risikopotenzialanalyse zu schmälern, darf jedoch einschränkend nicht unerwähnt bleiben, dass jede Intervention nicht nur Wirkung aufgrund eines neu eingeführten Instruments zeigt, sondern dass durch die Intervention selbst die Möglichkeit ergriffen wird, genauer hinzuschauen und Bisheriges konsequenter zu überprüfen und zu hinterfragen.

Literatur

1. Klie, Thomas/Pfundstein, Thomas (2006): *Risiko-Management in der stationären Pflege: Ein Leitfaden zu Methodik und Praxis mit Pflegerisiken; Ergebnisse des Theorie-Praxis-Projekts Risiko-Management in der stationären Pflege, des Kuratoriums Wohnen im Alter und des Arbeitsschwerpunktes Gerontologie & Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg*. Köln: KDA.
2. Klie, Thomas, Stoffer, Franz J. (2012): *Moratorium Pflegenoten – Reitet die Branche ein totes Pferd? – »NEIN« zu Pflege-Noten – »JA« zu einer neuen Ordnung*. In: <http://www.moratorium-pflegenoten.de>. Stand 23.03.2012.
3. *Krankenpflegegesetz (1994): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 4. Juni 1985*. In: www.stockmar-pflege.de/downloads/kranpGes.pdf. Stand 02.01.2012.
4. *SGB XI (2012): Bundesministerium der Justiz/Juris GmbH: Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S.1014), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist*. In: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/. Stand 03.03.2012.
5. *MDS (Hrsg.) (2009b): (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.) Qualitätsprüfungs-Richtlinien – MDK-Anleitung – Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*. In: [http://www.mds-ev.org/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer\(1\).pdf](http://www.mds-ev.org/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer(1).pdf). Stand 11.10.2011.
6. *Haubrock, Manfred (2009a): Ökonomisches Risikomanagement*. In: *Haubrock, Manfred/Schär, Walter (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft*. Bern: Hans Huber, p. 498-507.
7. *Hassler, Martina/Wolf-Ostermann, Karin (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. In: http://www.pflegenoten.de/upload/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u_WB_2010_07_21_6961.pdf Stand 10.1.2012.
8. *Sirsch Erika/Kämmer Karla (2008): Prozesssteuerung mit der Risikopotentialanalyse (RiP®)*. In: *Kämmer, Karla (Hrsg.) (2008): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*. Hannover: Schlüter, p. 148-157.
9. *Kämmer, Karla et al. (2009): RiP® Risikomanagement Version 2009 – Stationäre Altenhilfe*. Essen: Karla Kämmer Beratungsgesellschaft.
10. *Kelch Anne-Kristin (2011): RiP® Managementsystem 2012. Folienvortrag, gehalten am 18.11.2011 im Rahmen eines RiP®-Anwendertreffen in Herford*.
11. *Pöschel, Klaus (2013) Die Auswirkungen der Risikopotentialanalyse auf ein Alten- und Pflegeheim als Totale Institution. Noch nicht veröffentlichte Dissertati-*

*onsschrift, im Januar 2013 im Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität
Osnabrück zur Begutachtung eingereicht.*

54. Die Totale Institution Pflegeheim, ein Blick zurück nach vorn. Die Aktualität der Merkmale der Totalen Institution und die paradoxe Wirkung der ordnungsrechtlichen Rahmens im Jahr 2013

Klaus Pöschel

Totale Institutionen

Der amerikanische Soziologe Erving Goffman führte in den Jahren 1955 und 1956 eine Felduntersuchung in einer psychiatrischen Bundesanstalt durch und fasste seine Ergebnisse in dem Buch *Asyle* [1] zusammen. Vor allem sein Aufsatz, „Über die Merkmale totaler Institutionen“ [1] übt bis heute einen Einfluss auf die Bewertung und Weiterentwicklung von psychiatrischen Einrichtungen aus. In der Analyse und Auseinandersetzung mit den Strukturen, der Organisation und den Abläufen in Pflegeheimen fand sein Konzept der Totalen Institution nicht nur im englischsprachigen, sondern auch im deutschsprachigen Raum Eingang in die Diskussion [2, 3, 4].

Zentrale Merkmale totaler Institutionen

Goffman stellt seinen Ausführungen folgende Definition voran: „Soziale Einrichtungen – in der Alltagssprache Anstalten (Institutions) genannt – sind Räume, Wohnungen, Gebäude oder Betriebe, in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird“ [1]. Zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse „schläft, spielt und arbeitet“ [1] der Einzelne, mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan. Das zentrale Merkmal einer Totalen Institution geht dagegen davon aus, dass die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche, Schlafen-Spielen-Arbeiten, voneinander trennen, aufgehoben sind. Deshalb bezieht er seine weiteren Ausführungen auf die inneren Verhältnisse eben jener Institutionen, deren totaler Charakter durch die Absonderung

(der Insassen) von der Außenwelt in Form einer Beschränkung des sozialen Verkehrs sowie der Freizügigkeit gekennzeichnet sind.

Alten- und Pflegeheim als Totale Institution

Übertragen auf ein Alten- und Pflegeheim im Jahr 2013 kann festgestellt werden, dass sich Veränderungen in der Struktur, den baulichen Gegebenheiten und den Pflege- und Betreuungskonzepten bemerkbar machen. Dieser Weg, weg von einer funktionalen Gruppenversorgung, hin zu einer das Individuum in den Mittelpunkt stellenden Pflege und Betreuung von Bewohnern hat viele der negativen Auswirkungen und Ausprägungen einer Totalen Institution abgemildert oder verschleiert. Koch-Straube prägt in diesem Zusammenhang den Begriff der „gemäßigten totalen Institution“ [3]. Heinzelmann hält heutzutage die Bezeichnung als „Pseudo-Totale Institution“ [2] für angemessen, während Gebert und Kneubühler weiter an dem Begriff der „Totalen Institution Pflegeheim“ [4] festhalten.

Zentrale Merkmale der totalen Institution Pflegeheim

Der Betrieb eines stationären Alten- und Pflegeheims ist durch eine Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und Erlassen geregelt, die Einfluss auf den Betrieb und die Ausgestaltung einer solchen Einrichtung nehmen. Schon im Jahr 2003 waren über 50 Gesetze und Verordnungen mit etwa 980 relevanten Rechtsvorschriften für dessen Betrieb zu beachten [5]. Dieser alles überlagernde, nahezu omnipräsente ordnungsrechtliche Rahmen [6] übt damit einen außerordentlichen Einfluss auf das Leben und Arbeiten in einem Alten- und Pflegeheim als Totale Institution aus. Die zu erfüllenden Anforderungen und Vorgaben entwickeln sowohl eine diese Merkmale [1] gleichermaßen mildernde, verstärkende wie auch stabilisierende Wirkung. „Mildernd“ ist hier im Vergleich zu den von Goffman in den 1950er-Jahren beobachteten Merkmalen zu verstehen.

Als eine der positiven Auswirkungen des ordnungsrechtlichen Rahmens ist festzustellen, dass sich die auf den einzelnen Bewohner bezogenen Leistungsanforderungen an ein Alten- und Pflegeheim im Vergleich mit Goff-

mans Untersuchungsgegenstand positiv auswirken. Desgleichen führen auch organisatorische Vorgaben (z.B. zum Pflegeprozess und Pflegesystem) oder strukturelle Vorgaben (z.B. zur Hausarchitektur, Anzahl der Einzel- und Doppelzimmer) zu einer wesentlichen Abschwächung der von Goffman beschriebenen Merkmale einer Totalen Institution. Damit sind sie nicht gänzlich verschwunden, aber in ihren Auswirkungen deutlich gemildert.

- „Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteilwird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.“ [1]

Dieser ordnungsrechtliche Rahmen wirkt für die Bewohner eines Alten- und Pflegeheims jedoch in diesem Fall als Verstärker der Merkmale der Totalen Institution. Für diesen merkmalsverstärkenden Effekt spielt die steuernde Wirkung der Anwendung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs [6] mit seiner rechtswirksamen Feststellung über das Vorhandensein eines Pflegebedarfs die entscheidende Rolle: Hierüber wird der Zugang zu einem Pflegeheim und den hier erbrachten Leistungen geregelt, denn an die Feststellung eines Pflegebedarfs ist auch gleichzeitig ein wesentlicher Beitrag zur Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen geknüpft. Das ist für alle diejenigen Bewohner von Bedeutung, die ihre Pflegeheimkosten nicht komplett aus Eigenmitteln erbringen können. Dies aber ist die Mehrheit. Dieser Steuerungsmechanismus führt in der Folge zu einer verhältnismäßig homogenen Gruppe von Schicksalsgenossen (Bewohnern), für die ein – wenn auch graduell unterschiedlicher – Pflege- und Betreuungsbedarf festgestellt wurde. Als weiterer Faktor kommt zu diesem Steuerungsmechanismus hinzu, dass Menschen mit einem Pflege- und oder Betreuungsbedarf vorzugsweise so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben. Sie entscheiden sich erst spät für einen Umzug in ein Pflegeheim, nämlich zu dem Zeitpunkt, zu dem sich in ihrem Zuhause keine adäquate Versorgung mehr organisieren lässt oder vorgelagerte Wohnformen nicht mehr in Betracht kommen. Inzwischen entscheidet auch häufig das persönliche Umfeld darüber, wann

eine im häuslichen Bereich eskalierende Wohn- und Pflegesituation scheinbar keine andere Möglichkeit zulässt.

- „Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle unter ein und derselben Autorität statt.“ [1]

Faktisch erfahren die Bewohner keine Beschränkung darin, das Alten- und Pflegeheim nach eigenem Ermessen zu verlassen, um im Tagesverlauf individuellen Interessen nachzugehen. Tatsächlich, bedingt durch den eigenen Pflege- und Betreuungsbedarf, beschränken sie aber den Radius ihrer eigenen Aktivitäten überwiegend auf die Einrichtung oder sogar auf den jeweiligen Wohnbereich. Für bestimmte Bewohnergruppen schränkt sich die eigene Bewegungsfreiheit dadurch ein, dass sie sich, bedingt durch Orientierungsstörungen, in einem beschützenden Rahmen aufhalten, wie ihn ein Alten- und Pflegeheim bzw. spezialisierte Wohnbereiche bieten.

- „Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.“ [1]

Das führt dazu, auch aus organisatorischen Gründen, dass die Phasen und Aktivitäten des Tagesablaufs, bezogen auf eine jeweils größere oder kleinere Gruppe von Mitbewohnern, mehr oder weniger konform verlaufen. Die Pflege und Betreuung wird durch angestellte Mitarbeitende und „Funktionäre“ übernommen, auf welche, anders als für die Bewohner selbst, der Status einer Trennung zwischen ihrer Arbeit und der überwiegenden Selbstbestimmung des Privatlebens zutrifft. Diese Trennung führt schon formal zu einer eindeutigen Separation dieser beiden Gruppen.

- „Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“ [1]

Der Umfang der Leistungen, die Art und Weise der Durchführung oder die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeitenden werden z.B. in sogenannten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, § 80 SGB XI [6], vertraglich festge-

legt, um eine Gleichbehandlung für alle Bewohner sicherzustellen. Dort ist der § 113 [6] der Ausgangspunkt für die Verpflichtung, die Pflege und Betreuung der Bewohner in einem Alten- und Pflegeheim systematisch zu planen und zu dokumentieren. Das führt dazu, dass die zunächst individuell geplanten und durchzuführenden Pflege-, Betreuungs- und Versorgungstätigkeiten das Potenzial als umfassendes Steuerungsinstrument für einrichtungsinterne Prozesse entwickeln. So orientiert sich an diesen Bestimmungen z.B. die Standardisierung und Straffung von Arbeitsabläufen, die die in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung benannten Ziele der Institution sicherstellen sollen. Ungeachtet ihrer Sinnhaftigkeit bildet diese Vorgabe unausweichlich die Grundlage für eine bürokratisch ausgerichtete Organisationsform, die ein zentrales Faktum einer Totalen Institution darstellt.

Literatur

1. *Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. p. 7-23*
2. *Heinzelmann, Martin (2004): Das Altenheimzimmer noch eine »Totale Institution«? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Göttingen: Cuvillier.*
3. *Koch-Straube, Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim: eine ethnologische Studie. Bern/Göttingen/Toronto/ Seattle: Huber.*
4. *Gebert, Alfred J./Kneubühler, Hans-Ulrich (2001): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Bern/Göttingen u.a.: Huber.*
5. *Klie, Thomas (2003): Recht der Altenhilfe. Die wichtigsten Gesetze und Rechtsvorschriften. Hannover: Vincentz.*
6. *SGB XI (2012): Bundesministerium der Justiz/Juris GmbH: Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S.1014), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist. In: http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_11/. Stand 03.03.2012.*

55. Ergebnisse zur Wechselwirkung zwischen der Risikopotenzialanalyse als Instrument zur Prozessgestaltung in einem Alten- und Pflegeheim und dessen Merkmalen als Totale Institution.

Klaus Pöschel

Hintergrund

Mit der Einschätzung eines möglichen Ereignisses als Risiko wird eine Aussage über den Zusammenhang zwischen der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens in Relation zum potenziellen Schadensumfang getroffen.

Hinsichtlich des in einem Alten- und Pflegeheim angewendeten Pflegeprozesses liegt es nahe, die zu betrachtenden Risiken auf die dort erfahrungsgemäß am häufigsten vorkommenden Pflege- und Betreuungsbereiche zu begrenzen. Die so festgelegten Risikopotenziale können, bezogen auf den einzelnen Bewohner, in ihrer Ausprägung erfasst, analysiert und in Kennzahlen verdichtet werden.

An die Einführung einer Risikopotenzialanalyse [1] in einem Alten- und Pflegeheim sind berechtigte Erwartungen eines Betreibers geknüpft. Das vorhandene zentrale Planungsinstrument, die Pflegeprozessplanung, soll weiter systematisiert werden. Darüberhinaus soll damit ein transparenterer und wirtschaftlicherer Dienstleistungsprozess ermöglicht werden, der Individualität, Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander verbindet.

Damit stellt sich grundsätzlich die Frage, ob die Risikopotenzialanalyse ein taugliches Instrument für eine Systematisierung des Pflegeprozesses und damit der Pflegeprozessplanung ist. Diese prozessorientierte Fragestellung findet ihre Erweiterung in der Analyse, wie sich die Systematisierung der Pflegeprozessplanung auf Merkmale eines Alten- und Pflegeheims als Totale Institution [2] auswirkt.

Fragestellung

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen der Risikopotenzialanalyse als geeignetem Instrument zur Systematisierung der Prozessgestaltung in einem Alten- und Pflegeheim und dessen Merkmalen als Totale Institution? [3]

Methode und Material

Um der Komplexität des Forschungsfelds und der Begrenzung auf nur eine Einrichtung zu folgen, kamen in der hypothesenprüfenden Evaluationsstudie unterschiedliche Methoden der empirischen Sozialforschung zur Anwendung. Im Rahmen einer methodologischen Triangulation wurden Einzelinterviews mit Bewohnern und Mitarbeitenden geführt. Daran schloss sich ein Gruppeninterview zur Ergebnisvalidation an. Mittels einer empirischen Inhaltsanalyse wurden die Pflegeprozessplanungen, vor und 18 Monate nach der Intervention, ausgewertet.

Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis kann durch die Studie nachgewiesen werden, dass es eine Wechselwirkung zwischen der Risikopotenzialanalyse als Instrument zur Prozessgestaltung in einem Alten- und Pflegeheim und dessen Merkmalen als Totale Institution gibt. Diese Wechselwirkung begründet sich in einem allumfassenden ordnungsrechtlichen Rahmen, der durch seine Anforderungen und Vorgaben eine gleichermaßen abmildernde, verstärkende und nicht zuletzt stabilisierende Wirkung auf die Merkmale des Heims als Totale Institution entfaltet

Die Risikopotenzialanalyse unterstützt die Merkmale des Altenheims als Totale Institution.

Die Risikopotenzialanalyse (RIP) selbst wirkt sich durch ihren Aufbau und ihre Struktur für die Anwendung im Pflegeprozess unterstützend auf diese Merkmale aus. Für den einzelnen Bewohner lassen sich die täglichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen nun transparenter und strukturierter planen

als vorher. Die unterschiedlichen Pflege- und Betreuungspläne können für einen Bereich in einem einzigen rationalen Plan vereinigt werden, z.B. auf einer Planaufstellung. Andererseits wirkt sich die RIP positiv auf die Wahrnehmung des einzelnen Bewohners und die schriftliche Dokumentation aus. Wurde vor der Einführung (t1) die Qualität der Pflegeprozessplanungen mit einer Gesamtnote von 3,31 bewertet, so hob sich der Notendurchschnitt 18 Monate später (t2) auf 2,45.

Für die befragten Bewohner scheint unwichtig zu sein, ob die Risikoanalyse in strukturierter Weise durch ein Assessmentinstrument vollzogen wird oder sich auf die Berufserfahrung, das implizite Wissen der Mitarbeitenden gründet. Denn allein durch ihre Anwesenheit und Verfügbarkeit bilden sie für die Bewohner eine unschätzbare Ressource der Versorgungssicherheit.

Den Mitarbeitenden selbst dient die Planung des Pflege- und Betreuungsprozesses der Sicherstellung einer guten Pflege und Betreuung sowie der Erreichung der offiziellen Ziele der Institution. Im Fazit praktizieren sie eine zweigleisige Arbeitsweise, in der sie sich durch den bürokratischen Aufwand pseudoindividuell strukturieren und professionalisieren. Andererseits lassen sie sich, im Augenblick der Leistungserstellung, von ihrer impliziten Berufserfahrung, leiten, um dann tatsächlich individuell zu pflegen und zu betreuen.

Die Risikopotenzialanalyse ist ein geeignetes Steuerungsinstrument für eine transparente Leistungsplanung und Leistungsallokation.

Für Mitarbeitende hat sich die RIP als geeignetes Analyse- und Unterstützungsinstrument für die Pflege- und Betreuungsplanung herausgestellt. Sie profitieren von der klar vorgegebenen Struktur von RIP. Das gibt ihnen Sicherheit, aber auch Klarheit für die Beschreibung und Planung der erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Wurden zum Zeitpunkt t1 nur 17 der 32 möglichen Risikobereiche eingeschätzt, so waren es zu t2 im Durchschnitt 31. Diese deutliche Verbesserung zeigt sich auch in der Bewertung der Handlungsanleitung für die geplanten Maßnahmen, die von einer Bewertung von 3,35 auf einen Mittelwert von 2,32 anstieg.

Die Aussagen der befragten Bewohner ergeben keine direkten Hinweise dazu, ob sie die Risikopotenzialanalyse als geeignetes Steuerungsinstrument für eine transparente Leistungsplanung und Leistungsallokation erleben. Indirekt formulieren sie jedoch ihre Erwartungen an die Steuerung eines transparenten Leistungsprozesses. Dazu orientieren sie sich an ihrer intuitiven Selbsteinschätzung des eigenen Hilfebedarfs, im Zusammenhang mit den für sie erbrachten Pflegeleistungen. In ihrer Bewertung der Istsituation zeigen die Bewohner eine große Bereitschaft, die eigenen Erwartungen und Ansprüche an die ihnen verbliebenen Fähigkeiten und Ressourcen nach unten anzupassen (Downgrading).

Durch eine risikoorientierte Sichtweise wird die Wahrnehmung der Bewohnerinnen und Bewohner systematischer.

Die Bewohner profitieren indirekt davon, dass durch eine risikoorientierte Sichtweise des Personals deren Wahrnehmung systematischer und damit individueller geworden ist. Wurden anfänglich nur 53% der Risikopotenziale erfasst und eingeschätzt, stieg der Wert bei der zweiten Messung auf insgesamt 97% an. Wurden zu t1 durchschnittlich 2,27 Pflegesymptome mit 4,51 Ressourcen beschrieben, so stieg als Zeichen der individuelleren Wahrnehmung der Wert zu t2 im Durchschnitt auf 3,77 Pflegesymptome und 5,17 Ressourcen an.

Insgesamt ist mit der Bearbeitung der Pflegeprozessplanung für die Mitarbeitenden eine wesentlich komplexere Form der Wahrnehmung, Beobachtung, Auswertung und Bearbeitung von Pflege- und Betreuungsproblemen verbunden, als das in der unmittelbaren Analyse der Risikopotenziale der Fall ist. Gleichwohl kommen hier Vorgaben und Strukturen des RIP-Instrumentariums zum Tragen, z.B. die Steuerungshilfe [4].

Je systematischer die Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen werden, desto individueller kann der Pflegeprozess geplant werden und umso eher werden sie von Objekten zu Subjekten.

Für die Mitarbeitenden ist die systematische Wahrnehmung der Bewohner ein zentraler Aspekt ihrer Arbeit, der zur Förderung der eigenen Berufszufriedenheit beiträgt. Sie transportieren dabei ihre Wahrnehmung nicht ausschließlich durch die auf wenige Aussagen reduzierende schriftliche Form. Sie legen vielmehr Wert darauf, die schriftlichen Informationen sinnvoll durch verbale Kommunikation zu ergänzen.

Die Effekte einer Verbesserung der systematischen Wahrnehmung zeigen sich nachweislich in den überprüften Pflegeprozessplanungen. Wurden vor der Einführung der Risikopotenzialanalyse nur durchschnittlich 17 der 32 möglichen Hilfebereiche erfasst, so erhöhte sich dieser Wert nach der Einführung drastisch auf 31 von 32 möglichen Pflege- und Betreuungsbereichen. In der Gesamtbewertung der überprüften Problembeschreibung zeigt sich für die Dokumentation ein weiterer positiver Effekt, welcher mit einer systematischeren Wahrnehmung begründet werden kann. Diese Bewertung stieg von einem Mittelwert von 3,08 (befriedigend) auf einen Durchschnitt von 2,26 (gut) an.

Schlussfolgerung

Insgesamt hat sich die RIP für die Mitarbeitenden als geeignetes Analyse- und Unterstützungsinstrument für die Pflege- und Betreuungsplanung herausgestellt. Sie profitieren von dieser vorgegebenen Struktur. Dadurch systematisiert sich ihre Wahrnehmung. Das gibt Sicherheit, aber auch Klarheit für die Beschreibung der erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Damit fördert diese Systematisierung eine individuellere Wahrnehmung der Bewohner. Das nützt den Mitarbeitenden und den Bewohnern gleichermaßen, verstärkt jedoch paradoxer Weise auch Merkmale der Totalen Institution, durch die Unterstützung eines bürokratischen Organisationsansatzes.

Aber die Entscheidung, ob und welche Pflege- und Betreuungsmaßnahmen die Pflegekraft für den Pflegekontakt nutzt, fällt hingegen erst im situativen Erleben des Bewohners. Die Bewohner selbst nehmen die Bemühungen der Mitarbeitenden wahr und verlassen sich auf deren Expertise und Erfahrung. Das tun sie aus der Beobachtung heraus, dass das Personal auch dann individuell angemessene Entscheidungen für Pflege- und Betreuung trifft, wenn ein Mitbewohner dazu nicht mehr in der Lage ist.

Literatur

1. *Kämmer, Karla/Wipp, Michael (2005): Praxisorientiertes Risikomanagement – Wenig Aufwand – viel Sicherheit. In: Altenheim, Ausgabe 08/2005. p. 37-39.*
2. *Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. p. 7-23*
3. *Pöschel, Klaus (2013) Die Auswirkungen der Risikopotentialanalyse auf ein Alten- und Pflegeheim als Totale Institution. Noch nicht veröffentlichte Dissertationsschrift, im Januar 2013 im Fachbereich Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück zur Begutachtung eingereicht.*
4. *Kämmer, Karla et al. (2009): RiP® Risikomanagement Version 2009 – Stationäre Altenhilfe. Essen: Karla Kämmer Beratungsgesellschaft.*

56. Resilienzstrategien von psychiatrischen und somatischen Pflegenden – Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie

Dirk Richter, Birgit Heckemann

Hintergrund

Psychiatrisch und somatisch tätige Pflegende erleben zahlreiche und nach Setting verschiedene psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz. Mit dem Konzept der Resilienz steht seit einiger Zeit ein innovatives Konzept zur Verfügung, mit dessen Hilfe sowohl Bewältigungsstrategien untersucht werden als auch Massnahmen aktiv eingeleitet werden können, die Stressoren begegnen sollen. Der Beitrag berichtet über ein Forschungsprojekt, das Resilienzstrategien von psychiatrischen und somatischen Pflegenden analysiert hat.

Methode

Sechs Fokusgruppeninterviews wurden in einer somatischen und einer psychiatrischen Klinik in Nordrhein-Westfalen, Deutschland, durchgeführt. Inhaltsanalytische Verfahren wurden eingesetzt, um soziale, organisatorische und personale Resilienzstrategien zu identifizieren und zu vergleichen.

Ergebnisse

Pflegende in beiden Settings berichteten höchst individuelle Strategien für den Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz, die nicht immer leicht zu vergleichen waren. Personale Strategien wurden überwiegend bezüglich des Ausgleichs mittels körperlicher Betätigungen berichtet (Sport, Gartenarbeit etc.). Bezüglich der sozialen Ressourcen wurde in beiden Settings der Stellenwert eines guten Teams betont. Soziale Beziehungen ausserhalb des Klinikpersonals wurden nur teilweise als hilfreich beschrieben. Sowohl psychiatrische als auch somatische Pflegende hatten die Erfahrung gemacht, dass Aussenstehende die Bedingungen und Belastungen oftmals nicht nach-

vollziehen konnten. Bei den organisatorischen Ressourcen zeigte sich, dass Pflegende in der Psychiatrie über deutlich mehr Unterstützungsmassnahmen verfügten (Supervision, Deeskalationstraining, interdisziplinärer Austausch).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Psychiatrisch und somatisch Pflegende verfügen grösstenteils über ähnliche Resilienzstrategien. Soziale Ressourcen bestehen überwiegend innerhalb der Mitarbeiterschaft. Bei der organisatorischen Unterstützung zeigte sich ein deutlicher Vorteil für die Pflegenden in der Psychiatrie.

57. Zielorientierte psychiatrische Pflege (ORIENT) – eine Pilot-interventionsstudie

Dirk Richter, Thomas Schwarze, Gianfranco Zuaboni, Peter Wolfensberger, Sabine Hahn

Hintergrund

Die psychiatrische Pflege verfügt im deutschsprachigen Raum bis anhin nur über wenige eigenständige Pflegeinterventionen. Neuere Forschungsergebnisse und theoretische Entwicklungen erlauben nunmehr die Ausbildung und Anwendung spezifischer Pflege Techniken. Der Beitrag informiert über ein aktuell laufendes Projekt in zwei Deutschschweizer Kliniken.

Methode

Auf der Basis eines Theorieprojekts an der Berner Fachhochschule wurde eine prospektive Pilotinterventionsstudie mit Kontrollgruppendesign entwickelt. Ziel dieser Studie ist die Implementierung zielgerichteter Kommunikationstechniken für Pflegefachpersonen vor dem Hintergrund einer Recovery-Orientierung. Im Rahmen einer Schulung über vier Halbtage werden Pflegendende der Interventionsstationen bezüglich Recovery, Motivierende Gesprächsführung, gemeinsame Zielfindung mit PatientInnen sowie bezüglich der Implementierung in die Alltagspraxis (Dokumentation etc.) unterrichtet. Die Umsetzung der Schulungsinhalte in die Pflegepraxis wird mit einem Peer-Coaching unterstützt. Die Effekte dieser Interventionen werden mit quantitativen und qualitativen Methoden aus Sicht der PatientInnen sowie aus Sicht der Pflegenden untersucht. Eingesetzt werden standardisierte und weitgehend psychometrisch validierte Instrumente zur Recovery-Orientierung der Klinik, Recovery-Stadien der PatientInnen und Zielerreichung aus Sicht der PatientInnen und Pflegenden. Weitere Effekte sollen mit Hilfe von Fokusgruppen mit Pflegenden und PatientInnen erhoben werden.

Ergebnisse

Die Studie befindet sich aktuell in der Einführung. Es hat sich gezeigt, dass ein solches Vorhaben eine komplexe Logistik bei der Schulung und bei der Messung der Ergebnisse notwendig macht. Die Studiendetails sowie die zum Zeitpunkt des Kongresses vorliegenden Ergebnisse werden präsentiert.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Auf der Basis des Einführungsprozesses und der ersten Studienergebnisse werden vorläufige Schlussfolgerungen für potenzielle Nachfolgeprojekte sowie für die Pflegepraxis gezogen.

58. Evaluation der Bewohnerbetreuung in den LWL-Wohnverbänden

Dirk Richter

Hintergrund

Der Wohnbereich für psychisch kranke Menschen ist bis anhin erst selten systematisch wissenschaftlich untersucht worden. Angesichts der Bedeutung des Wohnbereichs für die gesamte psychiatrische Versorgung und angesichts der relativ grossen Ausgaben für diesen Bereich ist in der letzten Zeit ein zunehmendes Interesse zu verzeichnen. Der Beitrag stellt die zweite Welle der Evaluation in den Wohnverbänden des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Deutschland, vor.

Methode

Über sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnverbände (offenes und geschlossenes stationäres Wohnen, ambulant betreutes Wohnen, Familienpflege) wurden soziodemografische, behinderungsbezogene und versorgungsbezogene Daten durch die Bezugsbetreuenden erhoben. Die Schwere der Behinderung wurde mittels der Health of the Nation Outcome-Scale (HoNOS) ermittelt. Je nach Möglichkeit wurden Interviews geführt bzw. Fragebögen zur Lebenszufriedenheit und zur sozialen Inklusion durch die Bewohnerinnen und Bewohner ausgefüllt.

Ergebnisse

Es konnten Daten über 1829 Bewohnerinnen und Bewohnern gesammelt werden, von 1573 Bewohnern lagen Interviews bzw. Fragebögen zur Lebenszufriedenheit und zur Inklusion vor. Im Mittel waren die Bewohner 48 Jahre alt, 61 Prozent waren männlich. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 11 Jahre. Bei den Bildungs- und Berufsabschlüssen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Wohnbereichen, die ambulant betreu-

ten Bewohner (ABW) verfügtem im grösseren Masse über qualifizierende Abschlüsse. Im ABW war der Anteil von Bewohnern ohne irgendeine institutionelle Tagesstruktur besonders hoch. Die durchschnittlichen HoNOS-Werte unterschieden sich kaum zwischen den Wohnbereichen. Perspektivisch stand überwiegend der Erhalt psychosozialer Funktionen im Vordergrund des Betreuungsverhältnisses. Eine weitere Verselbständigung wurde lediglich für 15 Prozent der Bewohner angestrebt. Die Lebenszufriedenheit war allgemein sehr hoch. In mehreren Bereichen zeigte sich eine strukturelle Exklusion der Bewohner, allerdings waren die ABW-Bewohner teilweise stärker exkludiert als die stationär betreuten Personen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es handelt sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern mehrheitlich um chronisch psychisch kranke Menschen. Die Tendenz zur Verselbständigung ist nur gering ausgeprägt vorhanden. Es sollte geprüft werden, ob mit weiteren motivationalen und inkludieren Ansätzen der strukturellen Exklusion der Bewohner entgegengewirkt werden kann.

59. Welche Effekte haben verschiedene betreute Wohnsettings für psychisch kranke Menschen? Eine systematische Literaturübersicht

Dirk Richter, Caroline Gurtner, Holger Hoffmann

Hintergrund

Im Rahmen der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung der psychiatrischen Versorgung sind zahlreiche Plätze in Heimen und im ambulant betreuten/begleiteten Wohnen geschaffen worden. Bis anhin ist unklar, welche Auswirkungen diese Wohnformen für die in ihnen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner haben und ob es eine Evidenz für die Vorteilhaftigkeit einzelner Wohnsettings (z.B. Supported Housing) gibt.

Methode

Es wurde eine systematische Literatursuche für Artikel ab 1990 in folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed, PsychINFO, Google Scholar, CINAHL, sowie in vorliegenden (Review-)Artikeln. Eingeschlossen wurden empirische Studien, in denen mindestens zwei Wohnsettings für unter 65-jährige psychisch Kranke miteinander verglichen wurden.

Ergebnisse

Aus 201 Artikeln konnten 24 einzuschliessende Studien identifiziert werden, 3 davon mit randomisiertem Design und 2 mit einem ‚Matched Pair-Design‘. Diese Studien brachten nur wenige Unterschiede hervor. Die anderen Studien – meist naturalistische Querschnittsuntersuchungen – bestätigten die bisherige Praxis, dass mit zunehmender Schwere der Beeinträchtigung auch das Maß der Betreuung, der ‚Unmet Needs‘ und der Kosten zunimmt. Bezüglich der Inanspruchnahme stationärer und ambulanter medizinischer Leistungen, sozialer Kontakte sowie Lebensqualität und Zufriedenheit sind die Ergebnisse weniger eindeutig.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es existiert keine belastbare Evidenz für die Vorteilhaftigkeit einzelner Wohnformen. Die Gründe liegen vermutlich in den kaum vergleichbaren Versorgungssystemen der verschiedenen Länder, in der Komplexität der Interventionen und Auswirkungen sowie in der Methodik der Studien. Zudem gibt es noch zu wenig methodisch überzeugende Studien, die eine Vorteilhaftigkeit des Supported Housing belegen könnten, wie es beim Supported Employment in der Arbeitsrehabilitation der Fall ist.

60. Sekundäre Traumatisierung: Der Preis des Helfens?

Jacqueline Rixe

Hintergrund, Fragestellung und Methodik

Wie die tägliche Konfrontation mit Schmerz und Leid in unterschiedlichen pflegerischen Kontexten gehört auch das Hören von belastenden Geschichten zum pflegerischen Alltag. Pflegerische Aufgabe hierbei ist, den Patienten⁴ empathisch zu begegnen, sie professionell zu unterstützen und menschlich zu begleiten. Kann dies denn einfach spurlos an uns als Pflegenden vorbei gehen oder gibt es einen „Preis des Helfens“ („cost to caring“ [1:1]), den es zu zahlen gilt?

Auch psychiatrisch Pflegenden befinden sich bisweilen an der Grenze ihrer Belastbarkeit. Während der Begriff Burnout in diesem Kontext an Bedeutung gewinnt, scheint die Sekundäre Traumatisierung (ST) als Folge des pflegerischen Umgangs mit primär Traumatisierten weder in der Forschung noch in der Praxis sehr präsent zu sein.

Aber was genau verbirgt sich hinter diesem Begriff, welche Zusammenhänge gibt es mit ähnlichen Phänomenen und welche Relevanz hat das Phänomen ST für psychiatrisch Pflegenden? Handelt es sich dabei um einen unumgänglichen Preis des Helfens?

Dieser Beitrag stellt Ergebnisse einer Literaturrecherche nationaler und internationaler Publikationen vor, die diverser Bibliothekskatalogen und den Fachdatenbanken PsychInfo und Cinahl entnommen sind. Da nur wenige Fachartikel das Phänomen in der psychiatrischen Pflege beschreiben und ausschließlich eine Studie [2] Hinweise auf ST bei psychiatrisch Pflegenden liefert, werden auch Erkenntnisse anderer Berufsgruppen herangezogen und vorgestellt.

⁴ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Beitrag ausschließlich die männliche Schriftform verwendet, wenn sowohl Frauen als auch Männer gemeint sind.

Ergebnisse und Diskussion

Begriffskonfusion & Definition

Neben der Problematik der mangelnden ST-Ergebnisse stellt die Begriffskonfusion eine weitere Hürde dar, sich dem Thema berufsspezifisch zu nähern. Ein Buch von Lemke [3] erweist sich hierbei als Grundlage, einen Überblick über die thematisch zur ST zuzuordnenden Publikationen zu erhalten und die Begrifflichkeiten zu sortieren. Dort werden insgesamt 24 Begriffe aufgeführt, die von unterschiedlichen Autoren in unterschiedlichen Zeiten und Kontexten zur Beschreibung des Phänomens ST verwendet wurden. So lassen sich Begriffe wie "secondary traumatic stress (disorder)", "vicarious traumatization", "empathic traumatization" oder die Mitgeföhlerschöpfung ("Compassion Fatigue") [1] bei der Beschreibung des Phänomens finden. Ursprünglich 1992 für das Ausbrennen bei Krankenschwestern benutzt, verwendete C.R. Figley den Begriff der Mitgeföhlerschöpfung, um „eine natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ [Figley in 4: 41] zu beschreiben. Als ein vielfach zitierter Autor auf dem Gebiet ST rief er durch die Parallelen zum Burnout in der Fachwelt jedoch auch Verwirrung hervor. Der Begriff Burnout taucht in der ST-Forschung mehrfach auf, weil sich die Symptomatik mit der der ST überschneidet. Da es sich beim Burnout allerdings um ein berufsfeldübergreifendes Phänomen handelt, das im Gegensatz zur ST nicht an einen spezifischen Auslöser gekoppelt ist, können zur ST klare Grenzen gezogen werden.

Selbst für den Begriff ST liegen mehrere Definitionen vor. So sprechen einige Autoren davon, dass Ersthelfer wie Polizei, Feuerwehr und Rettungssanitäter an einer ST erkranken können [5]. Da dieses Phänomen jedoch nach ICD-10 Oder DSM-V ohne weiteres als PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) klassifizierbar wäre, wird hier auf eine Definition zurückgegriffen, die die Symptomatik auf helfende Professionen in der Behandlung von psy-

chisch traumatisierten Menschen (und Angehörige von Traumatisierten) zurückführt.

Dementsprechend definiert DANIELS die ST als „eine Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas, sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht“ [6:7].

Diese bildet weder im ICD-10 noch im DSM-V eine eigenständige Diagnose, ließe sich aber nach DSM-V ggf. zunächst als PTBS/PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) klassifizieren. Diesen Spielraum bietet der ICD-10 in diesem Maße jedoch nicht.

Symptome & Folgen

Neben den Parallelen hinsichtlich Diagnose und Ätiologie weisen auch die Symptome der ST große Überschneidungen zur PTBS auf. So lassen sich auch im Rahmen einer ST die drei Hauptsymptome Hyperarousal, Intrusion und Vermeidung vorfinden [7].

Unter Hyperarousal wird ein dauerhaft erhöhtes Erregungslevel verstanden, das zu Einschlaf-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen und/oder eingeschränkter Belastbarkeit führt.

Mit Intrusion ist wie bei der PTBS beschrieben „eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen“ [ICD-10:208] gemeint, die häufig mit einem plötzlichen, sich aufdrängenden Erinnern an das Ereignis (z.B. Flashbacks) einhergehen.

Unter Vermeidung lassen sich Verhaltensweisen zusammenfassen, die dazu dienen, traumaassoziierte Reize zu vermeiden. Auch eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (Interessenverlust/sozialer Rückzug/Entfremdung) gehört zu diesem Symptomcluster.

Neben diesen Symptomen können auch weitere auftreten. Hierzu zählen eine depressive Verarbeitung, ein pseudopsychotisches Bedrohungserleben, Substanzmissbrauch zur Regulation der Hyperarousalsymptomatik und eine Entgrenzung (Arbeit/Erholung).

Auch als längerfristige Folge kann sich eine ST –wie die PTBS – auf die Gefühlswelt und das Verhalten auswirken [5]. So kann sie die emotionale, die soziale und/oder die körperliche Ebene und/oder das Selbst- und Weltbild beeinflussen. In diesem Kontext lassen sich z.B. ein Verlust von Grundsicherheit und das Infragestellen innerer Werte beobachten. Während auf der körperlichen Ebene vor allem Stresssymptome festzustellen sind, lassen sich auf der sozialen Ebene Misstrauen und Rückzug beobachten. Emotional tritt neben Scham- und Schuldgefühlen und Leere auch (diffuse) Angst auf.

Ähnlich einer PTBS können die längerfristigen Folgen nicht ausschließlich negativer Natur sein, sondern im Sinne eines posttraumatischen Wachstums (Posttraumatic Growth, PTG) auch positiv sein [5]. Tedeschi & Calhoun [8], die dieses Phänomen schon zu Beginn der Traumaforschung bei primär Traumatisierten untersuchten, beschreiben einen Zuwachs von Lebensweisheit und -qualität, wenn ein erfolgreiches Coping mit dem Trauma erfolgt.

Epidemiologie & Relevanz

Laut Lemke [3] stellt die ST-Forschung einen relativ jungen Teilbereich der Traumaforschung dar, der sich erst in den neunziger Jahren fest etabliert hat. Die meisten Forschungsaktivitäten zur Prävalenz und Inzidenz beziehen sich dabei auf Psychotherapeuten.

Neben diesen werden aber auch (Bezugs-) Pflegende und weitere beraterische und komplementäre Berufsgruppen im psychiatrischen Kontext als Risikogruppen beschrieben [2].

Daniels veröffentlichte im deutschsprachigen Raum erstmals 2010 Forschungsergebnisse von ST bei Pflegenden [2]. In ihrer Online-Studie zeigte sich, dass mehr als ein Drittel der Befragten (Psychiatriepflegende/Sozialarbeiter/Ergotherapeuten) über ein Symptomausmaß mit deutlicher Belastung verfügt. Dadurch ist belegt, dass Pflegende und weitere soziale Berufsgruppen einem vergleichbar hohen ST-Risiko unterliegen wie Therapeuten, bei denen sich laut Daniels Studie von 2006 die Inzidenz auf 29,1% beläuft [9:228].

Im englischsprachigen Raum werden in einem Review [10] 7 Studien aufgeführt, die ST bei Pflegenden untersuchten, bei denen jedoch unklar ist, ob es sich um eine ST in Daniels Sinne handelt. Als signifikantes Ergebnis wird dort betont, dass im englischsprachigen Raum keine Studie zu ST im psychiatrischen Pflegekontext vorliegt.

Während einige Autoren Existenz und Evidenz der ST anzweifeln, misst u.a. Daniels der ST sowohl für Psychotherapeuten als auch für Pflegende "eine konkrete Relevanz" [2] bei und beschreibt sie als eine "relevante arbeitsbedingte Belastung", die aufgrund ihres hohen Chronifizierungsrisikos behandelt werden sollte [7].

Behandlung & Prävention

In der Fachliteratur wird klar konstatiert, dass Helfer mit einer ST Hilfe benötigen [11,12]. Wie diese allerdings konkret aussehen soll, ist – wie vieles rund um die ST – bislang noch nicht eindeutig geklärt. Derzeit werden in der Literatur lediglich Behandlungsempfehlungen ausgesprochen. So beschreibt z.B. Daniels auf ihrer Homepage [11], dass beim Auftreten von Symptomen mit Hilfe eines Supervisoren ein Debriefing durchgeführt werden sollte. Des Weiteren empfiehlt sie stabilisierende Imaginationsübungen und zur Durchbrechung des verstärkten Grübelns angenehme Tätigkeiten und Sport. Beim Auftreten von Intrusionen befürwortet sie imaginative Distanzierungsübungen (z.B. Tresorübung) und ggf. die Bearbeitung der betreffenden Traumainhalte mit einem Supervisor.

Während einige Autoren einer spezifischen Supervision eine große Bedeutung beimessen, empfehlen Williams & Sommer [in 4:224f.] 24 weitere (Verhaltens-) Maßnahmen, um einer ST kurativ und/oder präventiv zu begegnen. Bober & Regehr [13] befürworten eher strukturelle, nicht individuelle Präventions- und Behandlungsstrategien. Den Organisationen, in denen Menschen mit Traumata behandelt werden, empfehlen sie, die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter bzgl. Supervision gut im Blick zu haben und darauf abzustimmen.

Auch Smith Hatcher et al. [14] leiten von ihrer ST-Studie ab, dass die Mitarbeiter frühzeitig über die Existenz und Symptomatik der ST informiert werden sollten, um ein Bewusstsein für das Syndrom zu entwickeln und sich dementsprechend Hilfe einfordern zu können. Zum anderen empfehlen sie, dass auch Supervisoren hinsichtlich ST speziell geschult werden sollten.

Das einzige, ST-spezifische Konzept zur strukturellen Behandlung und Prävention stellt das Clinical Risk Management Team (CRMT) dar, das von Geller et al. in einem Fachartikel beschrieben wird [12].

Schlussfolgerung

Wie die Ausführungen zeigen, ist die ST nicht zwangsläufig der Preis des Helfens, den es zu zahlen gilt. Während andere Berufsgruppen im Rahmen ihrer Ausbildungen (z. B. Traumatherapeuten) sowohl Hintergrundwissen als auch Präventionsstrategien zum Thema ST vermittelt bekommen, scheint es in der Pflege mehr als überfällig zu sein, diesem Wissensdefizit im Rahmen von Aus-/Weiterbildung und/oder Einarbeitungskonzepten konstruktiv zu begegnen. Dies könnte eine Chance darstellen, einer ST nicht nur kurativ sondern auch präventiv entgegen zu wirken und die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv zu beeinflussen. Ob sich dies auch auf ein berufsbezogenes Ausbrennen auswirken könnte, ist zwar (noch) nicht geklärt, aber vorstellbar. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema erscheint sinnvoll, um die eigene Gesundheit aufrecht halten und weiterhin den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden zu können.

Literatur⁵

1. Figley, C. R. (Ed.) (1995). *Compassion fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Routledge.
2. Daniels, J. (2010). Sekundäre Traumatisierungen von Pflegerinnen und Pflegern. *Psych. Pflege Heute*, 6 (4), 202 – 205.
3. Lemke, J. (2010). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung* (3. Aufl.). Kröning: Asanger.
4. Hudnall Stamm, B. (Hrsg.) (2002). *Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Jungfermann..
5. Andreatta, M. P. & Unterluggauer, K. (2010). *Das Phänomen der sekundären Traumatisierung*. In: R. Wagner, R. (Hrsg.), *Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen*, S. 47 – 60. Bonn: bub.
6. Daniels, J. (2003). *Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie*. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
7. Daniels, J. (2008). *Sekundäre Traumatisierung; Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Psychotherapeuten*. *Psychotherapeut*, 53 (2), 100 - 107.
8. Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma & Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. London/New Deli: SAGE.
9. Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung- kritische Prüfung eines Konstruktes*. Dissertation. Universität Bielefeld.
10. Beck, C. T. (2011). *Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (1), 1 - 10.
11. Daniels, J. (2007). *Forschungsinstitut für Sekundärtraumatisierung*. Diplompsychologin Dr. J. Daniels (Hrsg.). Zugriff am 30.04.2013. <http://www.sekundaertraumatisierung.de/>
12. Geller, J.A. et al. (2004). *Secondary Trauma: A Team Approach*. *Clinical Social work Journal*, 32 (4), 415 - 430.
13. Bober, T. & Regehr, C. (2006). *Strategies for Reducing Secondary or 'Vicarious Trauma: Do they work? Brief Treatment and Crisis Intervention*. 6 (1), 1-9.
14. Smith Hatcher, S. et al. (2011). *An Assessment of Secondary Traumatic Stress in Juvenile Justice Education Workers*. *Journal of Correctional Health Care*, 17 (3), 208 – 217.

⁵ Zur Ergänzung und Vertiefung kann eine ausführlichere Literaturliste bei der Autorin angefordert werden.

61. Das Unmögliche möglich machen - Pflegerischer Alltag mit Betroffenen einer Zwangsstörung

Volker Röseler

Hintergrund

Zwangsstörungen gehören mit einer Prävalenz von 2-3% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit [1]. Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionstraining und Reaktionsmanagement bietet ein evidenz-gesichertes Therapieangebot, das bei bis zu 70% der Betroffenen anhalten-de Erfolge erzielt [2]. Allerdings dauert es im Durchschnitt sieben Jahre, bis die Betroffenen aufgrund einer korrekten Diagnose eine solche Therapie beginnen können. Dies liegt zum einen am ausgeprägten Schamgefühl der Betroffenen, die ihr teilweise skuriles Verhalten selbst als sinnlos und über-trieben erleben und es so lange wie möglich vor ihrer Umgebung verbergen und zum anderen am weiterhin noch nicht ausreichenden therapeutischen, störungsspezifischen Angebot, sowohl im stationären als auch im ambulan-ten Bereich. Böhm et al. fanden zudem heraus, dass bei 70% der KVT Ange-bote die notwendigen Elemente lege artis entweder nicht enthalten sind oder angewendet werden [3]. Daher erstaunt es wenig, dass der therapeuti-sche Umgang mit Zwangspatienten und ihre pflegerische Betreuung für viele Pflegefachpersonen noch immer ungewöhnliche und herausfordernde Situa-tionen sind.

Einleitung

Die Psychotherapiestation im Sanatorium Kilchberg hat sich seit mehreren Jahren auf die Behandlung von Zwangsstörungen spezialisiert und bietet KVT mit Expositionstraining und Reaktionsmanagement an. Die Pflegefach-personen übernehmen im Rahmen der Bezugspflege in Zusammenarbeit mit den fallführenden Psychologen zum einen die Planung, Durchführung und Evaluation der Expositionen im Einzelsetting. Zum anderen versucht das

ganze Team, im Stationsalltag eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung aufzubauen und gleichzeitig eine klare Abgrenzung zu den Zwangshandlungen zu bieten.

Thema

Die Behandlung von Menschen mit Zwangsstörungen bringt im Alltag auf der Station verschiedene Schwierigkeiten für Betroffene, Mitpatientinnen und Mitpatienten und Teammitglieder mit sich. Stundenlange Putz- und Duschroutinen im Zweibettzimmer, der Umgang mit permanenter Suche nach Rückversicherung der Zwangshandlungen oder der exzessive Gebrauch von Desinfektionsmitteln sind einige Beispiele dafür. Eine häufige Funktion der Zwangsstörung ist die Regulation unangenehmer Gefühle bzw. die Regulation – die Vermeidung – von Situationen oder Beziehungen, die zu unangenehmen Gefühlen führen könnten. „Das Zusammenleben mit zwangskranken Menschen ist oft eine leidvolle und anstrengende Angelegenheit“ [3]. Sich nicht auf die typischen Machtkämpfe mit dem Zwangsverhalten der Betroffenen einzulassen, erfordert von den Pflegefachpersonen ein hohes Maß an Fachwissen, das Empathie und Abgrenzung in einem therapeutisch wirksamen Gleichgewicht hält. Dieses Wissen an die Betroffenen weiterzugeben und sie zu Experten ihrer Erkrankung zu machen, Ressourcen zu aktivieren und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen, sind tägliche Herausforderungen im Stationsalltag.

Ziele

Im Rahmen des Workshops wird der aktuelle Wissensstand in Bezug auf Zwangsstörungen dargestellt und das Verständnis für die Betroffenen gefördert. Weiter werden konkrete Interventionen vermittelt, damit die Pflegefachpersonen an Sicherheit im Umgang mit Betroffenen von Zwangsstörungen gewinnen. Hieraus ergibt sich in der Folge eine höhere Zufriedenheit, sowohl der Patientinnen und Patienten als auch für die Pflegefachpersonen.

Gestaltung

Zu Beginn wird ein kurzer, theoretischer Input per Powerpoint Präsentation gegeben und die Psychotherapiestation vorgestellt. Dann wird anhand von Fallbeispielen die praktische, pflegerische Betreuung aufgezeigt und eigene Fallbeispiele können in einer offenen Diskussionsrunde besprochen werden.

Literatur

1. *Reinecker Hans: Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. Hogrefe, Göttingen (2009)*
2. *Althaus David, Niedermeier Nico, Niescken Svanja: Zwangsstörungen – Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird. C.H. Beck, München (2008)*
3. *Böhm Karsten et al: Versorgungsrealität bei Zwangsstörungen: Werden Expositionsverfahren eingesetzt? Verhaltenstherapie 18/01/08, Seite 18-24*

62. Als die Worte wecken lernten

Lars Ruppel

Weckworte entstehen

Der Ursprung des Deutschen Alzheimer Poesie Projekts „Weckworte“ liegt im Poetry Slam. Dabei treten Dichter mit ihren selbstgeschriebenen Gedichten in einem freundschaftlichen Wettbewerb gegeneinander an. Die Herausforderung für den Vortragenden liegt darin, das Publikum, das die Vorträge bewertet, innerhalb eines Zeitlimits von ungefähr fünf Minuten zu überzeugen.

Dadurch entstand bei vielen der sogenannten „Slam Poeten“ über viele Jahre eine eigene, sehr intensive Vortragskultur, die schließlich als Grundlage für „Weckworte“ dienen sollte.

„Jenes bedrängt, dieses erfrischt“ – Die richtige Textwahl

Das Weckworte Projekt setzt sich besonders dafür ein, den Betroffenen einen Zugang zu möglichst vielen verschiedenen Gedichten zu bieten. Häufig werden immer wieder jene Gedichte vorgetragen, die die Betroffenen wiedererkennen oder mitsprechen können.

Der kulturelle Anspruch der Pflege sollte jedoch sein, Menschen im hohen Alter neue, ihnen unbekannte Gedichte zu zeigen. Zwar sind die Reaktionen bei Gedichten im Allgemeinen und unbekanntem Gedichten im Besonderen oft nicht so lauthals wie bei Volksliedern, doch gehört zum Grundrecht eines Menschen, zu jeder Zeit des Lebens neue Erfahrungen im kulturellen Bereich machen zu dürfen.

Folglich kommt jedes Gedicht in Frage. Dem Vortragenden muss aber bewusst sein, dass er seine Zuhörer überfordern, langweilen oder gar frustrieren kann. Durch einige Modifikationen können jedoch auch scheinbar ungeeignete Texte zum Vortrag gebracht werden.

Länge

Die ausgewählten Texte sollten nicht zu lang oder zumindest kürzbar sein. „Herr von Ribbeck auf Ribbeck im Havelland“ von Theodor Fontane sorgt nach einem schönen Moment des Wiedererkennens in der ersten Strophe womöglich für Frustration, da die Konzentration meist nicht bis zum Ende gehalten werden kann. Der Vortrag sollte nach der ersten Strophe enden und durch eine gemeinsame Unterhaltung, zum Beispiel über die Obsternte oder das kindliche Stehlen von Früchten beim Nachbarn, abgeschlossen werden.

Reim

Einfache Reimschemen erleichtern Vortrag und Verständnis. Besonders ungeübte Vortragende sollten mit leichten Paarreimen und einer einfachen Metrik beginnen. Zum Beispiel ist „Die Kuh“ von Heinz Erhardt zum Einstieg viel leichter als „Der Handschuh“ von Friedrich Schiller.

Der Reim ermöglicht die Rhythmisierung des Vortrags und somit auch die Bewegung der Zuhörer durch Klatschen, Schunkeln oder Trampeln. Der Vortragende kann außerdem durch Auslassen der Reimwörter zum Mitsprechen anregen. Generell sollte der Vortragende den Mut haben, das Gedicht in Form und Inhalt zu variieren, um Partizipationsmöglichkeiten zu entdecken.

Emotion und Inhalt

Wenn mehrere Gedichte zum Vortrag kommen, sollte der Vortragende Gedichte mit unterschiedlicher emotionaler Wirkung vorbereiten. Der Vortragende kann somit, wenn ein melancholisches Gedicht besonders stark auf die Gruppe gewirkt hat, danach ein heiteres Gedicht vortragen.

„Von der Stirne heiß rinnen muss der Schweiß“ – Der Workshop

In einem zweistündigen Workshop lernen bis zu 15 Teilnehmer den Vortrag von klassischen Gedichten für Menschen mit dementiellen Veränderungen.

Im Vordergrund steht dabei das spielerische Erfahren der eigenen darstellerischen Möglichkeiten. Die im Lesen und Vortragen von Gedichten oftmals unerfahrenen Teilnehmer entdecken im Workshop, wie viel Freude das Lesen und Vortragen von Gedichten machen kann. Ohne diese Authentizität erzielt der Vortrag von Gedichten mit den Weckworte-Techniken nicht die gewünschte Wirkung auf die Zuhörer.

Die ganze Gruppe erarbeitet nun ein Vortragskonzept, das jeden Zuhörer, unabhängig von seinen Rezeptionsmöglichkeiten, von den Gedichten profitieren lässt. Aus diesem Grundsatz von Inklusion lässt sich die Motivation des Vortrags von Gedichten für Menschen mit dementiellen Veränderungen ableiten. Sowohl am Workshop als auch bei der Anwendung kann jeder Mensch teilnehmen, unabhängig von Gesundheitszustand, Sprachkenntnis, Ausbildung oder Alter.

Auf diesem Weg erarbeiten die Teilnehmer von selbst die Techniken des Weckworte-Projekts:

Bewegung

Bereits im Workshop haben die Teilnehmer gelernt, die Gedichte auf ihr Aktionspotential hin zu prüfen. Viele Gedichte enthalten bewegungsintensive Vorgänge, die sehr leicht im Vortrag dargestellt werden können. „Im Atemholen sind zweierlei Gnaden“ von Johann Wolfgang von Goethe lässt sich mit tiefen Atembewegungen vortragen, die von allen Zuhörern gemeinsam durchgeführt werden.

Call and Response

Der Vortragende bittet die Zuhörer, bestimmte Zeilen mitzusprechen. Oft kann der mitzusprechende Satz mit einer Bewegung verbunden werden, die ebenfalls gemeinsam ausgeführt wird. Dabei ist zu beobachten, dass die Zuhörer den Vortragenden in Betonung des Satzes und Intensität der Bewegung imitieren. Die Anwesenden motivieren sich in der Gruppe gegenseitig zu wohlthuender Bewegung und sind Teil eines kreativen Prozesses.

Darstellung

Wenn mehrere Vortragende zur Verfügung stehen, können manche Gedichte inszeniert werden. Das Gedicht „Die Loreley“ von Heinrich Heine wird Betroffenen in Pflegeeinrichtungen erfahrungsgemäß häufig vorgelesen oder gemeinsam mit ihnen gesungen. Um ihnen dieses Gedicht neu präsentieren zu können, braucht es lediglich die zwei Akteure des Gedichtes, die Loreley und den Schiffer, und einen Vortragenden. Die beiden „Schauspieler“ spielen das Geschehen im Gedicht optional unter Zuhilfenahme von Requisiten nach, während der Text vorgelesen wird.

Berührung

Viele Betroffene sind auf die Kommunikation über Berührungen angewiesen, da Hör-, Seh- oder Sprachvermögen eingeschränkt sind. Im Workshop lernen die Teilnehmer, wie sie auch mit einem Textblatt in der Hand Kontakt zu ihren Zuhörern aufnehmen können. Der Vortragende reicht den Betroffenen reihum möglichst oft die Hand, um dann eine Bewegung oder ein Gefühl, die im Gedicht beschrieben werden, übertragen zu können.

Wiederholung

Um allen Zuhörern die gleiche Zuwendung durch Berührung und gezielte Ansprache zukommen lassen zu können, muss der Vortragende manche Zeilen häufiger wiederholen. Dadurch kann jeder Betroffene mit einer individuell interpretierten Zeile bedacht werden. Besonders schöne oder wichtige Zeilen lohnen sowieso, wiederholt und/oder mitgesprochen zu werden. Das Wiederholen von Zeilen kommt Menschen ohne dementielle Veränderungen wie eine Störung im Vortragsfluss vor. Doch der Vortragende hat darauf zu achten, dass alle Zuhörer die gleiche Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen, um im Sinne der Inklusion niemanden auszuschließen.

Intensität

Wie bei der ausgewogenen Wahl der Gedichte, gehört auch eine harmonische Abfolge der angewandten Techniken zu einer gelungenen Vortragsgestaltung. Wenn die Zuhörer durch Bewegung, Call and Response, Darstellungen, Berührungen und Wiederholungen stark gefordert wurden, können ruhige, aber intensiv dargestellte Gedichte zur Entspannung vorgetragen werden.

Requisiten

Der Einsatz von sinnlich wahrnehmbaren Hilfsmitteln ist eine Ergänzung für manchen Gedichtvortrag. Bei „Der Schmetterling“ von Wilhelm Busch können schon während des Vortrags vom Vortragenden Blumen an die Zuhörer verteilt werden.

Gruppengedicht

Fortgeschrittene Gruppen mit darstellerischen und poetischen Vorerfahrungen können mit den Betroffenen ein Gedicht produzieren. Dabei werden die Reaktionen der Betroffenen auf einfache Fragen notiert und von einem Poeten zu einem Gedicht improvisiert. Diese Übung erfordert einen eigenen Workshop und ist nicht Teil des üblichen Weckworte-Workshops.

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“ – Die Anwendung

Direkt nach dem Workshop findet eine Anwendung für eine Gruppe von bis zu 15 Betroffenen in einer kooperierenden Einrichtung statt. Diese unmittelbare Anwendung ist obligatorisch, da die rein theoretische Auseinandersetzung keine nachhaltigen Lernerfolge für die Workshop-Teilnehmer hätte.

In dieser etwa einstündigen Anwendung können die Teilnehmer ihre vorbereiteten Texte vortragen und Erfahrungen sammeln, die sie dann später in die alltäglichen Pflegeabläufe integrieren können. Workshop und Anwendung sind gemeinsam mit der kooperierenden Pflegeeinrichtung so geplant, dass der gewohnte Tagesablauf der Betroffenen nicht beeinflusst wird.

Nachdem alle Anwesenden einen Platz gefunden haben, folgt eine erneute Begrüßung durch den Workshop-Leiter und die eigentliche Anwendung beginnt. Die Reihenfolge der Gedichte kann unter der Berücksichtigung der Ausgewogenheit in Gedichtauswahl und Vortragstechnik improvisiert werden. Eine klare Erzählstruktur erleichtert dem Zuhörer das Verständnis und dem Erzähler das Verknüpfen der einzelnen Gedichtvorträge. Durch einfache Assoziationsabfolgen entsteht eine in ihrem Ablauf variable Geschichte, in die die Gedichtvorträge passend eingebaut werden.

Am Ende der Anwendung kann ein Lied zum Abschied gesungen werden, um die Zuhörer mit einem positiven Gefühl zu verabschieden. Die „Ode an die Freude“ von Friedrich Schiller ist ein Lied, das noch lange nachklingt. Danach bringen die anwesenden Pflegekräfte gemeinsam mit den Teilnehmern des Workshops die Zuhörer an ihren Platz zum Kaffee oder Mittagessen. In der darauffolgenden Auswertung diskutiert die Gruppe gemeinsam über die Anwendung. Die Teilnehmer beschreiben, was sie während der Anwendung bei den Betroffenen beobachtet haben, wie die Wirkung der einzelnen Gedichte und Techniken war und wie sie in Zukunft Gedichte in ihren Arbeitsalltag integrieren werden.

63. „Lernendes System“ – Behandlungsmodule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Alexandra Schäfer, B. Durmann, U. Hamann, Bernhard Prankel

Problemstellung

Jennifer ist untergewichtig und erfährt plötzlich, dass sie Aufbaukost bekommt. Bei der Aufnahme war zunächst nur von der Beobachtung ihres Essverhaltens die Rede. Sie ist erschreckt und enttäuscht über diesen Widerspruch und beklagt sich bei ihrer Mutter.

Hintergrund

Klinisch tätige Mitarbeiter arbeiten multiprofessionell. Sie teilen sich zugleich ihre Verantwortlichkeiten, um ihre Ressourcen wirkungsvoll einzusetzen. Dieser kontinuierliche Prozess wird von förderlichen wie auch hinderlichen Bedingungen bestimmt. Vorfälle wie einleitend geschildert, d.h. unterschiedliche Botschaften an Patienten sind nichts Ungewöhnliches. Komplexere Organisationen wie Klinik, Schule oder Jugendamt arbeiten horizontal und vertikal arbeitsteilig und zudem mit unterschiedlichen Professionen. Zudem ändern sich professionelle Sehweisen mit der Zeit, teils patientenbedingt (die Symptomatik oder die Umgebungsbedingungen ändern sich), teils auch vonseiten der Klinik (Weiterentwicklung von Konzepten, unvermeidlicher Informationsverlust an Schnittstellen). Überdies ist der unterschiedliche Wissensstand im Team zu berücksichtigen. Diese Faktoren können zu unproduktiven Dynamiken führen, schlimmstenfalls zu Verunsicherung, Demotivation, Aktionismus und Stagnation bei Mitarbeitern. Darunter leidet unweigerlich auch die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit den Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Eltern.

Ziele

Nachweislich wirksame Behandlungskonzepte, die individuell auf den Klienten abgestimmt werden, versprechen einen besonders hohen Erfolg, soweit sie allen Mitarbeitern gut zugänglich gemacht werden. Wenn alle Beteiligten über diese Behandlungsmittel einvernehmlich informiert und beteiligt werden, dann entsteht eine produktive pädagogisch-therapeutische Allianz.

Ergebnisse und Erfahrungen

Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes arbeiteten zusammen mit den Therapeuten Behandlungsmodule zu neunzehn pädagogisch-pflegerisch-therapeutischen Aufgaben aus: Übergewicht, Essstörungen, Ernährungsberatung, Konzentration verbessern, Umgang mit Spannungen, Schulvermeidung, Ängste, Selbstverletzung, Einnässen, Lügen, Aggression, Straftaten, Entwicklung einer Ausbildungs- und Berufsperspektive, Kommunikation, übermäßiger Medienkonsum, sexualisiertes Verhalten, Sucht, Regeln und Grenzen einhalten, Alltagshygiene. Diese orientieren sich an den internationalen Leitlinien sowie den neuesten Publikationen über nachweislich erfolgreiche Behandlungsprogramme und beziehen auch das Rotenburger Entwicklungskonzept mit ein. Jedes der Behandlungsmodule führt die Abschnitte Diagnostik, Behandlungsplanung, Durchführung, Familienarbeit sowie Evaluation auf. Zudem liegen jeweils Formulare für die Diagnostik, die Behandlung und die Dokumentation in schriftlicher Form im Intranet der Klinik bereit.

Diskussion und Schlussfolgerung

Standardisierte Behandlungsmodule, die fortlaufend dem aktuellen Forschungsstand entsprechend weiter entwickelt werden und zudem auf den Einzelfall angepasst werden, bewirken einen gemeinsamen Wissensstand aller Beteiligten (Ressourcen), eine einvernehmliche, produktive Zusammenarbeit (Bindung) und schaffen ein Bewusstsein, wer mit welchen Mitteln an welchen Aufgaben arbeitet (Verantwortung). Dies fördert die pädagogisch-therapeutische Beziehung zu den Klienten und ihren Angehörigen, bewirkt eine kurze und wirksame Behandlung und fördert den Zusammenhalt im Team.

Literatur

1. *Kendall PC (2012) Child and Adolescent Therapy. New York: The Guilford Press.*
Prankel BH (2008) Rotenburger Handbuch zur seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Rotenburg: Eigenverlag, 4. Auflage.

64. Postoperatives Delirium bei älteren Menschen – Ergebnisse einer empirischen Studie

Eckehard Schlauß, Björn Kruse, Albert Diefenbacher, Torsten Kratz

Einleitung

Der Begriff des Delirs wurde schon im Altertum zur Beschreibung von psychischen Veränderungen bei körperlichen Erkrankungen, z. B. Fieber, angewendet. In der Vergangenheit wurde der Terminus sehr unterschiedlich verwandt. In der gängigen Literatur wird der Begriff des Delirs unverändert durch zahlreiche Synonyme ersetzt. Im deutschen Sprachraum ist der Terminus des Verwirrtheitszustandes besonders verbreitet. Bonhoeffer zählte bereits 1917 das Delir zu den akuten exogenen Reaktionstypen, die durch unterschiedliche zentralvenöse Störungen verursacht werden. Er verstand darunter charakteristische psychopathologische Symptomenkomplexe. Nach heutigem Stand der Medizin umfasst das Delir alle akuten psychischen Störungen, die eine organische Ursache haben und mit einer Bewusstseinsstörung und kognitiven Störungen einhergehen [vgl. DSM IV nach Saß et al 1996 und ICD 10 nach Dilling et al 1993]. Im Allgemeinkrankenhaus betrifft das Delir im Besonderen die Gruppe der älteren [70 Jahre und älter] Patienten. Nach entsprechenden Schätzungen entfallen ca. 50% aller Pflagetage im Krankenhaus auf Patienten mit Delir. Diese Patientengruppe weist eine deutlich erhöhte Mortalitätsrate [25 – 33%] auf, und das Delir ist die häufigste Komplikation älterer Menschen in der stationären Behandlung [14 – 56%]. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit und einer Heimeinweisung nehmen deutlich zu. Des Weiteren kommt es zu einer Zunahme der Verweildauer und der Kosten.

Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf Chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus. Das Delir bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt. Wir wollten wissen, ob die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt.

Ziel der Untersuchung war eine Verbesserung von Prävention, Therapie und Nachsorge bei Patienten mit deliranten Zuständen im Allgemeinkrankenhaus. Die Prävalenz postoperativer Delirien und die Anzahl delirbedingter Krankenhaustage sollten durch Früherkennung und frühe fachliche Intervention gesenkt, und die Nachsorge im ambulanten Bereich sollte mittels Pflegeübergabe verbessert werden. Wir postulieren, dass dies ein verbessertes Outcome und eine reduzierte Wiederaufnahmehäufigkeit nach sich zieht.

Ausgangslage

Das Delir bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt und nicht selten zu Spannungen zwischen unterschiedlichen Fachabteilungen führt, wobei Psychiatrische Abteilungen häufig gedrängt werden, „umtriebige alte Patienten mit „Weglauftendenz“ (besser: Umherlauftendenz) auf einer geschlossenen Station unterzubringen“ (so könnte eine entsprechende Konsilanforderung lauten [1, 2]).

Wir wollten speziell wissen, ob die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt und ob sich damit das Management dieser hochbetagten Patientengruppe innerhalb einer Chirurgischen Fachabteilung im KEH verbessern und Verlegungen in Psychiatrische Abteilungen verringern lassen.

Material und Methode

2-Jahres-Studie (2011-2012): einjährige Nicht-Interventions-Phase ("Prävalenz-Phase") in der wir die Häufigkeit des Delirs auf zwei Chirurgischen Stationen dokumentiert haben, gefolgt von einer einjährigen Interventions-Phase auf einer der beiden Chirurgischen Stationen. Die andere Chirurgische Station war Kontrollstation. Die Interventionen, die verwendet wurden, waren nicht-pharmakologische, wie z. B. beschrieben in Hospital Elder Life Program [3, 4].

Ergebnisse

Die Daten-Analyse zeigt eine Frequenz des Delirs auf beiden Chirurgischen Stationen von 20% in der „Prävalenzphase“. Während der „Interventionsphase“ blieb die Frequenz des Delirs auf der Kontrollstation bei 20%, während auf der Interventionsstation das Delir auf eine Frequenz von 6% sank [vgl. Abbildungen 1-4].

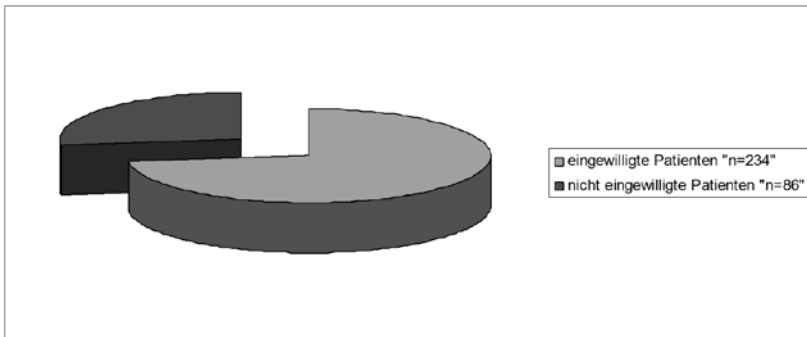


Abbildung 1: Gesamtfallzahl n=320

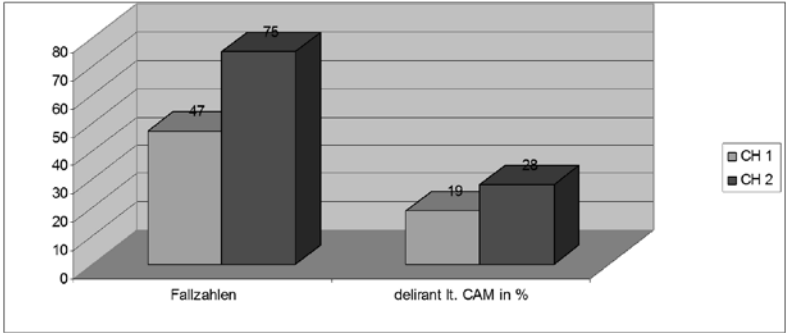


Abbildung 2: Ergebnisse – Prävalenzphase

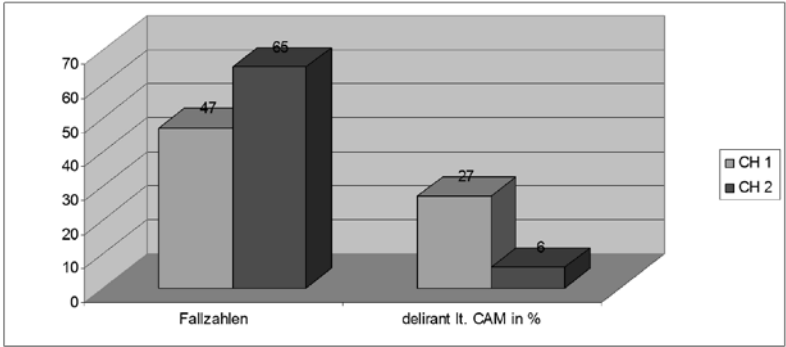


Abbildung 3: Ergebnisse – Interventionsphase

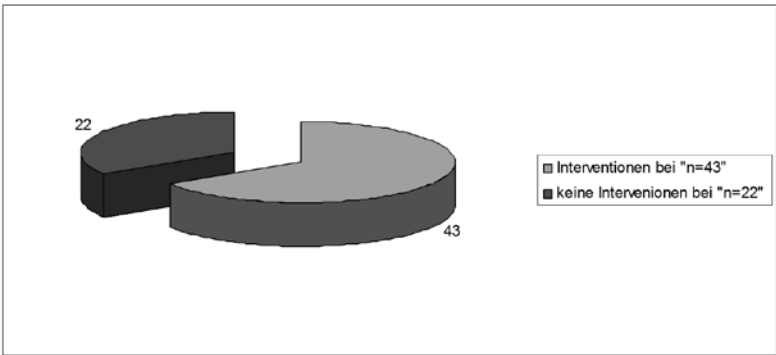


Abbildung 4: Gesamtfallzahl n=65 der Interventionen

An dieser Stelle ist eine wesentliche Nebenbemerkung notwendig: Bei neun nicht eingeschlossenen Patienten [Delir bei schwerer Demenz] wurde aus klinischer Notwendigkeit interveniert. Diese Patienten wurden nicht in die Studie aufgenommen.

Die qualitativen Daten aus unserer empirischen Untersuchung geben anhand von einem Fall Antworten auf folgende Fragestellungen:

- > Wer kann ein Delir von einer Demenz unterscheiden?
- > Wie kann es differenziert werden?
- > Wer beobachtet die klinischen Anzeichen?
- > Wer hat die Zeit, um diese Beobachtungen zu machen?
- > Haben Krankenschwestern die notwendige Kompetenz ...?

Diskussion der Kasuistik

Der Beginn der deliranten Symptomatik wurde durch das Pflegepersonal (Delirpfleger) festgestellt. Es konnte durch eine rasche und zielgerichtete Intervention der delirante Verlauf verkürzt und in seiner Intensität abgemildert werden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Unsere Daten zeigen, dass nicht-pharmakologische Interventionen zu einer signifikanten Reduktion der Inzidenz des Delirs führen. Der Einsatz von Delirspezialisten und die Implementierung von clinical pathways auf einer chirurgischen Station senkt das postoperative/stationäre Delirrisiko.

Es werden mögliche Interventionen beispielhaft diskutiert, die sowohl präventiv als auch therapeutisch durchgeführt werden können.

Die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) führt zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien.

Der Erfolg dieser intervenierenden Studie wurde durch das Chirurgische Pflegepersonal erkannt. Auch nach der Studie erfolgte eine Umsetzung einiger Strategien durch das Pflegepersonal der Interventionsstation.

Das Management dieser hochbetagten Patientengruppe innerhalb einer Chirurgischen Fachabteilung im KEH wurde verbessert, und Verlegungen in Psychiatrische Abteilungen verringert.

Die Ergebnisse der Studie führten zu einer entsprechenden Nachfrage, dass ein ähnliches Programm/Vorgehen entsprechend modifiziert auf den anderen somatischen Stationen des Krankenhauses implementiert wird.

Ausblick

Eine sehr intensive Betreuung, d.h. insbesondere durch eine frühestmögliche Mobilisation, Reorientierung und einen valorierenden Umgang, und damit einer weitgehenden Normalisierung – nach Möglichkeit ist der Lebensalltag wieder herzustellen – kann ein Delir verhindern bzw. dessen Verlauf signifikant beeinflussen.

Das Delir ist eine Herausforderung für das interdisziplinär-multiprofessionelle Team.

Literatur

1. *Nice Guidelines Delir:*
<http://guidance.nice.org.uk/CG103/NICEGuidance/pdf/English>
2. *letzter Zugriff am 29.05.2013 um 13.45 Uhr*
3. *2. M. Wolf, V. Arolt, R. Burian, A. Diefenbacher (2013) Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik – Ein Überblick. Nervenarzt 84(3): 639-647*
4. *3. Inouye SK: The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med 1994, 97(3):278-288*
5. *4. Inouye SK: A Practical Program for Preventing Delirium in Hospitalized Elderly Patients. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2004, 71(11): 890-896*

65. „... Gut, dass Sie bei mir geblieben sind.“ – Menschen mit psychischen Störungen bei OP und Intensivdiagnostik begleiten

Christiane Schulte-Döinghaus, Petra Ott- Ordelheide

Die Epilepsiechirurgie ist ein relativ junges operatives Fach. Seit Anfang der 90er Jahre gibt es in Deutschland die Möglichkeit, epilepsiechirurgische Eingriffe durchzuführen.

70% aller Patienten, die im epilepsiechirurgischen Bereich behandelt werden, sind Menschen mit Schläfenlappenepilepsien. Sie haben die höchste Wahrscheinlichkeit, durch einen operativen Eingriff anfallsfrei zu werden [1]. Diese Patientengruppe hat aber auch ein hohes Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu erkranken [2].

Vorraussetzung für einen epilepsiechirurgischen Eingriff ist, dass die Epilepsie einen fokalen Ursprung hat, bei dem Patienten eine medikamentöse Therapieresistenz vorliegt, und die Möglichkeit der Operation des epileptogenen Areals gegeben ist.

Im Rahmen der Epilepsiechirurgie kommen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz: Beispielsweise werden Resektionen des Schläfenlappens durchgeführt, so wie auch Vagusnervstimulatoren oder Plattenelktroden zur weiterführenden Diagnostik implantiert [1].

Die Erfolgsaussichten dieser Eingriffe sind gut, 2/3 der Patienten werden anfallsfrei oder erfahren eine signifikante Verbesserung ihrer Anfallssituation [1].

Methodik

Auf der Grundlage von Fallanalysen werden die Bedürfnisse von Menschen mit seelischen Behinderungen und Epilepsie analysiert.

Phasen der Präoperativen Diagnostik

Auf der Station für Epilepsiechirurgie und präoperative Intensivdiagnostik des Krankenhauses Mara gGmbH werden jährlich ca. 500 Patienten pro Jahr diagnostiziert. Die Behandlung gliedert sich in 5 Phasen: Diagnostik mit Oberflächen Elektroden, Präoperative Zusatzdiagnostik, Diagnostik mit invasiven Elektroden, Operation und Postoperative Untersuchungen nach 6, 12 und 24 Monaten. Es werden ca. 100 epilepsiechirurgische Operationen pro Jahr durchgeführt. Das Alter der Patienten variiert von 2 Monaten bis ca. 70 Jahre.

Anforderungen an Patienten

Die Anforderungen an Patienten sind vielfältig.

Der Patient muss sich ununterbrochen in einem Zimmer aufhalten, dabei wird er 24 Stunden Video und EEG überwacht.

Die Medikamente werden rasch ab- und aufdosiert, so dass Nebenwirkungen und Entzugserscheinungen auftreten. Häufig werden Schlafentzüge und andere Provokationsmaßnahmen eingesetzt, um Anfälle hervorzurufen.

Das Rauchen ist in der Zeit der Diagnostik nicht gestattet, ebenso muss der Patient engmaschige Begleitung und Beobachtung akzeptieren.

Des Weiteren müssen Patienten mit dem Erwartungsdruck umgehen können, dass Anfälle für die Diagnostik notwendig sind. Medizinische Technische Assistenten und Pflegende führen während eines Anfalls neurologische Testungen durch.

Bei operativen Diagnostiken sind die Anforderungen noch höher: 10 Tage Bettruhe, 2 neurochirurgische OPs, Stimulation von Hirnfunktionen und verschiedene medikamentöse Regimes müssen erduldet werden.

Alle Anforderungen sind für Menschen mit chronischen psychischen Problemen eine hohe Hürde.

Pflegerische Interventionen

Die Grundhaltung des pflegerischen Teams ist von hoher Bedeutung: Alle Patienten, die Diagnostik und Therapie im Rahmen der Epilepsiechirurgie benötigen, soll diese ermöglicht werden und die geeigneten Bedingungen dafür geschaffen werden.

Es wird vor jeder diagnostischen und operativen Phase eine Pflegeaufklärung durchgeführt, das bedeutet, das Patienten sehr ausführlich über die anstehenden Maßnahmen informiert werden. Patientenindividuell wird die Form der Abklärung auf seelische Behinderung abgestimmt: so wird mit Patienten mit Angststörungen vereinbart, wie Situationen mit großer Angst während der Diagnostik bewältigt werden können.

Trotz maximaler Bestimmung der Abläufe durch die Diagnostik soll den Patienten Selbstbestimmung ermöglicht werden.

Es werden Maßnahmen zum Wohlbefinden (z.B. Aromatherapeutische Intervention) und zur Beschäftigung angeboten.

Intensive Beziehungsarbeit und Kommunikation sind die Grundlage, um Komplikationen vorzubeugen.

Fallbeispiel

Herr L., 56 Jahre. Der Patient hatte in der Kindheit Fieberkrämpfe, aus denen sich eine Temporalappenepilepsie entwickelte. 1998 wurde eine Temporalapenteilresektion durchgeführt, bei der der Patient nicht anfallsfrei wurde. In der Adoleszenz entwickelte sich eine paranoide Psychose.

Aktuell werden vom Patienten psychische Auren beschrieben, dabei nimmt der Patient Glücksgefühle wahr, die mit einer sexuellen Wahrnehmung verbunden sein sollen. (Es ist unklar, ob es sich bei den Anfällen, um epileptische oder nicht- epileptische Anfälle handelt.)

Des Weiteren beschreibt er psychomotorische Anfälle, die häufig in der Nacht auftreten würden, sowie sekundär generalisiert tonisch-klonische Anfälle, die mit einem Zungenbiss kombiniert sein können. Der Patient be-

richtet, dass er keine Anfälle aus dem Wachzustand habe, ausgenommen der oben beschriebenen Auren.

Soziales

Der Patient hat eine gesetzliche Betreuung für finanzielle Angelegenheiten, er lebt allein, und wird von einem ambulanten Dienst betreut. Er ist seit 1998 berentet. Er hat früher im Bereich des Journalismus gearbeitet und hat großes Interesse an Kultur, Politik und zeitgeschichtlichen Themen. Er bezeichnet sich selbst als „unpraktischen Genussmenschen“, da er ca. 60 Zigaretten am Tag raucht und 2 Liter Kaffee konsumiert.

Schwierigkeiten während der Diagnostik :

Der Patient hatte große Probleme, den Anforderungen der Diagnostik zu entsprechen, so konnte er sich nicht an das Rauchverbot halten, verließ die Diagnostik für längere Spaziergänge, ohne sich abzumelden und rauchte trotz Nikotinpflaster.

Er fühlte sich allein gelassen und suchte Kontakt zu Mitarbeitern und Mitpatienten. Wenn er einen Gesprächspartner gefunden hatte, war in seinen Gesprächsthemen sehr verhaftet und berichtete jedem über intimste Dinge aus seinen Leben und suchte dabei Rat. Er war in den Gesprächen sehr charmant und führte diese auf einem intellektuell hohen Niveau.

Pflegerische Interventionen während der Diagnostik

Da der Patient ein hohes Gesprächsbedürfnis über seine Sexualität hatte, wurde mit ihm vereinbart, diese mit einem männlichen Bezugspfleger zu führen.

Es wurde mit ihm eine Lockerung des Rauchverbotes besprochen, so dass er die Anforderungen der Diagnostik akzeptieren konnte, dabei wurde er von Mitarbeitern der Station begleitet, um bei Anfällen intervenieren zu können.

An jedem Tag gab es Kurz-Kontakte und ein Gespräch mit dem Bezugspfleger, zusätzlich wurden kurze Spaziergänge außerhalb der Station mit ihm durchgeführt.

Dem Patienten wurde ein vielfältiges und seinen intellektuellen Bedürfnissen angepasstes Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten: Bücher, CDs, Tageszeitungen.

Dem Patienten wurde ermöglicht, dass er die Headboxen (Verbindung des EEGs zur Überwachungseinheit) selbst dekonnectieren kann. Ihm wurde damit die Möglichkeit gegeben, autonom entscheiden zu können, wann er eine Pause von den Anforderungen haben möchte.

Auf Wunsch des Patienten wurde ein Psychiater konsultiert.

Der Patient konnte die gesamte Diagnostik durchhalten, leider zeigten die Resultate, dass eine erneute OP bei ihm nicht möglich ist.

Diskussion

Menschen mit seelischen Behinderungen können auch komplexe operative Regimes bewältigen.

Dabei sind unterschiedliche Formen der Unterstützung wichtig: Internes und Externes Behandlungsmanagement aber auch Primary Nursing.

Für Menschen mit seelischer Behinderung sind individuell abgestimmte Aufklärungen und Informationen vor jeder diagnostischen Phase ein sehr wichtiger Aspekt.

Aus unserer Sicht lassen sich die Interventionen auch auf andere chirurgische oder somatische Bereiche übertragen. Ein wichtiger Aspekt der Inklusion ist, dass Patienten mit seelischen Behinderungen und Epilepsie alle Behandlungsformen erhalten und somit ein Höchstmaß an Gesundheit erreichen können.

Hinweis: Details des Fallbeispiels wurden verändert, um die Identität des Patienten zu schützen.

Literatur

1. *Hufnagel, A. (2008) Operative Epilepsiebehandlung. Informationsblatt Nr. 69. Informationszentrum für Epilepsie. Download am 5.3.2013 unter www.ize.de*
2. *Schmitz, B.; Trimble, M. (2005) Psychiatrische Epileptologie. Psychiatrie für Epileptologen- Epileptologie für Psychiater. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart*

66. „Das Fussballspielen lernt man nicht in der Kabine, man muss aufs Spielfeld“ - Haltungswechsel im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen

Philipp Sprenger

Hintergrund

Begriffe wie Empowerment sowie Recovery entstanden bereits in den 1930er Jahren durch Menschen mit sozialen und psychischen Problemen, welche sich durch Selbsthilfebewegungen zusammenschlossen. Die damaligen philosophischen Annahmen dieser Selbsthilfebewegungen unterscheiden sich nur kaum von der modernen Recovery- und Empowerment-Literatur [1]. Auch Selbsthilfebewegungen wie die Narcotics Anonymous sowie der Anonymen Alkoholiker schlossen sich gegen den Pessimismus der Psychiatrie zusammen und es folgten rasch professionelle Anhänger.

Also eine altbekannte Haltung, welche auch durch Betroffene aus dem Bereich der Abhängigkeitserkrankten entstand. Trotzdem ist der Gedanke von Selbstbestimmung, Hoffnung und Genesung wenig in der stationären Suchtbehandlung anzutreffen.

Problemstellung

Psychiatrische Einrichtungen waren und sind auch noch heute geprägt von Pessimismus [1]. Schutz der Betroffenen durch Ausgangssperren sowie geschlossene Stationstüren im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind gegenwärtig und aus alten Prinzipien übernommen.

Kontrollen, Überwachungen sowie strenge Regeln sind Teil des Alltags auf stationären Einrichtungen der Suchttherapie. Durch diese restriktiven Konzepte kann den Betroffenen die Möglichkeit der Eigenverantwortung genommen werden.

Aber wenn Selbstbestimmung, Respekt, und Empowerment wichtige Faktoren für den Genesungsprozess sind [3], stellt sich die Frage, wie ein an einer Sucht erkrankter Mensch genesen kann, wenn man ihm die Möglichkeit der Selbstbestimmung nimmt.

Durch Druck und Stress bei der Erreichung neuer Lebensstrategien wird der Weg zur Genesung durch viele Steine versperrt [3].

Doch die aktive Mitgestaltung der Behandlung, Selbstbestimmung sowie die Entwicklung von eigenen Zielen und Aktivitäten können fördernde Faktoren sein [3], den steinigen Weg der Genesung zu glätten und unnötige Steine zu entfernen.

Durch die restriktive Haltung der etablierten Suchtbehandlungskonzepte kann dies allerdings nicht erfolgen und Haltungswechsel sind unerlässlich.

Ziel

Präsentation des Stationskonzept und aufzeigen von Umsetzungsmöglichkeiten, wie man Individualität sowie Selbstbestimmung auf einer Station für Abhängigkeitserkrankungen anwenden kann.

Vorgehen

Vorstellung und Evaluation eines auf Selbstbestimmung orientiertem Stationskonzepts im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen anhand:

Wertschätzung und Hoffnung

Ohne Hoffnung geht es nicht! [1] Hoffnung ist ein wichtiger und zentraler Faktor der Recovery Bewegung, der darüber entscheidet, ob Gesundungsprozesse in Gang kommen oder nicht [2]. Hoffnung allein durch den Betroffenen reicht dabei aber meist nicht aus, Hoffnung der Angehörigen sowie des Fachpersonals spielen ebenfalls eine zentrale Rolle. Das bedeutet für die Praxis, dass Fachpersonal die Haltung haben muss, dass Gesundungsprozesse möglich sind und dies dem Betroffenen spiegeln sowie ihn unterstützen, dass seine Hoffnung aufrechterhalten bleibt oder sogar erst

entsteht. Helen Glover beschreibt, dass Professionelle die „Holders of Hope“ sein müssen [2].

Haltungswechsel von „Tun für“ in „Tun mit“[4]

Ein „Seite an Seite“-Gefühl, bedarf viel Beziehungsaufbau und ein Arbeiten auf Augenhöhe sowie starke Personenzentriertheit. Im Jahr 2007 führten Schinkel und Dorrer für das Scottish Recovery Network eine Studie bei Betroffenen durch, um "mögliche recovery-orientierte" Kompetenzen für Psychiatriefachleute zu identifizieren. Wünschenswerte Eigenschaften für Psychiatriefachpersonal von Betroffenen ausgehend sind [4]:

- Zuhören
- zwischenmenschliche Qualitäten
- den Glauben an Veränderung und zur Veränderung
- Ermutigen
- den Fokus auf die einzelne Person richten
- Einfühlungsvermögen
- Fachwissen über Krankheiten, Interventionen und Ressourcen
- die Stärken der Person hervorbringen können
- Lebenserfahrung
- keine wertende Haltung haben
- Sinn für Humor

Partizipation und Empowerment/ Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

Den Patienten ermöglichen, ihre Behandlung selbst mitsteuern zu können.

Mitverantwortung der Patienten durch aktive Mitgestaltung, z.B. durch Patiententeilnahme an Visiten und Besprechungen sowie Behandlungsvereinbarungen

„Nothing about us without us“

Ein Zitat, welches den Ursprung in der europäischen Behindertenbewegung hat und von der ENUSP (Europäisches Netzwerk von Psychatriebetroffenen) übernommen wurde, beschreibt deutlich die Wichtigkeit von Transparenz in der Behandlung und zeigt auf, dass Betroffene mit in ihre Behandlung einbezogen werden möchten.

Offene Stationstür, Alltagstraining und stärken basierend

Alltagstraining ist ein wichtiger Bestandteil einer Suchtherapie, die Betroffenen sollten am Wochenend- und Feiertagstagen sowie im Alltag nach dem Therapieprogramm die Möglichkeit haben sich wieder in ihrem „normalem“ Leben auszuprobieren. Das stationäre Setting kann anfangs einen sicheren und geschützten Rahmen bieten, doch spätestens nach Austritt ist der Betroffene wieder mit seinem alten Umfeld konfrontiert.

Peer-Arbeit

"Menschen, die mit besonderen Lebenslagen konfrontiert waren, sie durchlebt, durchlitten und bewältigt haben, bieten anderen Menschen in ähnlicher Situation hilfreiche Unterstützung. Diese Form der Unterstützung wird auch als Peer-Support bezeichnet, was zu Deutsch etwa, Unterstützung durch gleiche bedeutet" [4]

Durch Einbezug von Betroffenen als Peers in Stationen für Abhängigkeitserkrankungen können Hoffnung und Selbstvertrauen gestärkt und aufgebaut werden. Einbezug von Selbsthilfegruppen wie den Anonymen Narcotika oder Alkoholikern können Möglichkeiten sein Peer Support zu betreiben und den Betroffenen positive Wege aufzuzeigen. Aber auch die feste Integration in ein Pflorgeteam von ehemals Betroffenen kann Wirkung zeigen.

Ergebnisse/Erfahrungen

Erste Befragungen im Rahmen semi-strukturierter Interviews auf der Abteilung ergaben:

- 91.5% der Befragten fühlen sich ernst genommen
- für 94.5% der Befragten ist die Zusammenarbeit von gegenseitigem Respekt geprägt
- 93% fühlen sich respektiert und respektvoll behandelt

Weitere Ergebnisse werden aktuell Erhoben und beim Vortrag vorgestellt.

Diskussion

Im Vortrag werden die ersten Erfahrungen eines Haltungswechsels sowie Auswirkungen des Veränderungsprozesses auf einer stationären Abteilung für Drogenentzug – und Kurzzeittherapie vorgestellt und diskutiert.

Pat Deegan beschreibt [2] 1996, dass Voraussetzungen für eine grundlegende Veränderung in Richtung Selbstbestimmung sind, dass Psychiatriefachpersonen dafür sorgen:

- dass das radikale Ungleichgewicht von Macht zwischen den Leidenden und den Behandelnden ausgewogen ist
- dass die Beziehungen geprägt sind von echter Gemeinsamkeit
- dass die gewaltsamen Praktiken wie Zwangsbehandlungen und Isolierung aufhören
- dass die Basis einer gemeinsamen Menschlichkeit anerkannt wird und
- dass die negativen Auswirkungen der Entmenschlichung im Psychiatriesystem gestoppt werden.

Die Implementierung dieser Haltung beinhaltet eine Risikobereitschaft. Der Weggang der Kontrollfunktion ist dennoch zwingend, da sonst der Gedanke "am Steuer seines Lebens" [4] nicht zu Stande kommen kann. Es geht nicht

um Grenzen- Freiheit, natürlich müssen die Stationsspezifischen Anliegen eingehalten werden wie z.B. keine Gewalt oder dealen von Drogen auf der Station.

Der positive Umgang mit Risiken ist zentral. Der Betroffene muss lernen die Kontrolle über seine Risiken sowie die Kontrolle über sein Leben selber wiederzuerlangen. Die Übernahme von Selbstverantwortung ist ein wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene, der Auftrag von Psychiatriefachleuten muss hier sein diese zu fördern [4].

Schlussfolgerungen

Das Bewährte zu hinterfragen kann Ängste und Unsicherheit auslösen. Veränderungen einleiten und neue Wege anstreben sowie die Zunahme von Risikobereitschaft verlangt Mut. Die Verantwortung an die Betroffenen abzugeben kann Unsicherheiten von der psychiatrischen Pflege sowie den Betroffenen selbst auslösen und bedarf Übung.

„Das Eingehen von Risiken beinhaltet nicht einen nachlässigen Verzicht klinischer Verantwortung. Es geht darum, qualitativ gute klinische Entscheide zu treffen, um Vorgehensweisen zu fördern und zu unterstützen, die für die betroffene Person gewinnbringend sind [4: Morgan 2000 zit. in Recovery Praktisch]“.

Wir freuen uns dass wir auf unsere Station viel Begeisterung von Personal sowie Patient spüren dürfen und erste Rückmeldungen zeigen dass wir einen richtigen Weg eingeschlagen haben. Wir versuchen so zu arbeiten dass Recovery bei den Betroffenen ermöglicht wird.

Doch die plötzliche Übernahme von Eigenverantwortung kann für die Betroffenen ungewohnt sein und es müssen zunächst Selbstmanagement Kompetenzen entwickelt werden.

Trotz der Euphorie und Begeisterung müssen wir realistisch bleiben und Grenzen respektieren. Pat Deegan beschrieb dies 1996 passend in einer Definition bzgl. Recovery: „In dem man akzeptiert, was man nicht tun oder

sein kann, beginnt man zu entdecken, wer man sein und was man tun kann [2]“.

Literatur

1. 1: Knuf, A (2008): *Recovery: Wider dem demoralisierenden Pessimismus*, Artikel in *Kerbe* 2008
2. 2: Amering, M. / Schmolke M. (2012): *Recovery- Das Ende der Unheilbarkeit*, 5. Auflage 2012
3. 3: Scott A. / Wilson L. (2011): *Valued identities and deficit identities: wellness recovery action planning and self management in mental health*. *Nursing Inquiry* 18(1): 40-9
4. 4: Zuaboni, G./ Abderhalden C./ Schulz. M/ Winter A.(Herausgeber) (2012): *Recovery praktisch, Schulungsunterlagen*, Verlag UPD Bern

67. Ein Blick zurück nach vorn: Oder über die stationäre Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen.

Manuel Stadtmann

Problemstellung

Bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) wird für die Schweizer Population eine Prävalenz von 2 bis 4% angegeben [1]. Bei einer Bevölkerungszahl von 8'000'000 Schweizer würden demnach zwischen 160'000 und 320'000 Einwohner an einer PTSD leiden. Für die Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein [2]: Der Betroffene war einem belastenden Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt. Zum Beispiel, Folter, Missbrauch körperlicher oder seelischer Natur, eine Naturkatastrophe oder Unfälle. Es müssen anhaltende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, oder das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen vorhanden sein. Zwei der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein [3]: Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit.

Bezug / Relevanz zur Praxis

Die Betroffenen versuchen oft, durch exzessiven Alkoholkonsum oder selbstverletzendes Verhalten sich von belastenden Affekten abzulenken oder diese zu regulieren. In engem Bezug zur Problematik der Selbstschädigung aufgrund fehlender selbstregulatorischer Kompetenzen entsteht ein Problembereich, der unzureichende Selbstfürsorge in alltäglichen Belangen umfasst. Dies kann zum Beispiel zur Vernachlässigung von Ernährung und Körperpflege führen [2]. Häufig besteht ein ausgeprägtes Misstrauen oder eine Vermeidung jeglicher sozialer Kontakte aufgrund traumatischer Beziehungserfahrungen. Häufig berichten Patienten keine enge Freunde oder

Bezugspersonen zu haben [3]. Im Alltag können dissoziative Reaktionen zu massiven Probleme führen. Zum Beispiel wenn, bei Belastungen wie Zeitdruck oder einer Anforderungssituation, starke Depersonalisations- Derealisationserleben in Form von „neben sich stehen“, stuporöse Zustände oder dissoziatives Weglaufen (Fugue) auftreten [3]. Dissoziative Symptome sind wahrscheinlich neurobiologische Schutzsysteme, welche den Organismus vor überfordernde Belastungen bewahren [3].

Resultate

Die Symptome, die das klinische Bild der komplexen Traumafolgestörungen prägen, sind häufig die gleichen (siehe Abbildung 1.) [5, 8-13]. Während der traumaspezifischen Therapie ist die Psychoedukation von zentraler Bedeutung [11]. Mit dem Ziel der Vermittlung von all jenen Fakten, die das Leiden verständlicher machen. Häufig lösen unerklärliche Symptome wieder neue Symptome wie Schuld, Scham und Insuffizienzgefühle aus [8]. Die interdisziplinäre Verankerung wurde anhand Module, die sich als Wochenthemen durch die Pflege, Psychologie, Kunsttherapie und Bewegungstherapie ziehen, definiert. So wurden literaturgestützt sieben Themenkomplexe (Sicherheit / Unsicherheit, Nähe / Distanz, Selbstakzeptanz Wut / Aggression, Vermeidung, Selbstwirksamkeit, Zukunft / Zukunftsperspektiven) definiert, die sich bei den komplex Traumatisierten als Symptome und Probleme finden lassen [5, 8-15]. Während jeweils zwei Wochen werden in allen therapeutischen Angeboten diese abgebildet. Patienten durchlaufen so bei einer Aufenthaltszeit von etwa 14 Wochen alle Themenbereiche einmal.

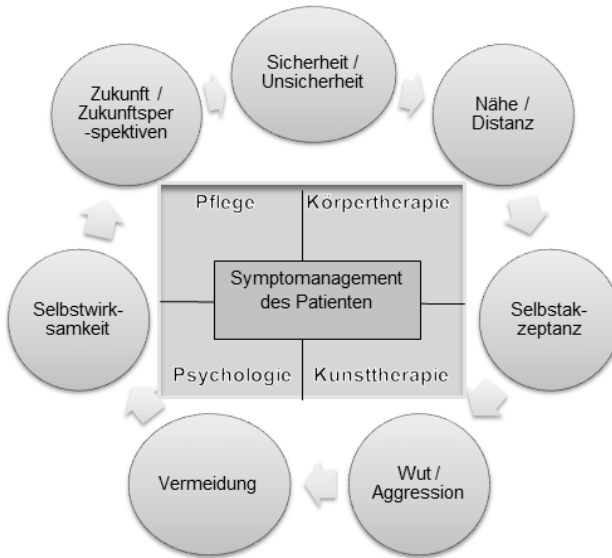


Abb. 1 Wochenthemen der Station für Traumafolgestörungen, SFT

Implikationen für die Praxis

Daraus ergaben sich die folgenden Strukturen: Die pflegerische Gruppe von Montag bis Freitag von 8:00 bis 8:20 wird die Verantwortung für die Einführung der Wochenthemen und die Verknüpfung zum praktischen Alltag der Patienten tragen. Hauptsächlich wird somit der behaviorale Aspekt in der Behandlung gedeckt [8, 12, 14-16]. Die Bewegungsgruppe montagnachmittags von 15:00 bis 16:00 wird für die Verknüpfung der Wochenthemen mit physiologischen, sensorischen Reaktionen und den Fokus auf Körperwahrnehmung verantwortlich sein [17-20]. Die Kunsttherapiegruppe mittwochnachmittags von 15:00 bis 16:00 wird die Verantwortung tragen, den Patienten mittels intermedialen Formen (z.B. Maltherapie, Ton, Musik) Ausdrucksmöglichkeiten im Zusammenhang mit den Wochenthemen anzubieten [16, 21, 22]. Die psychologische Gruppe freitagnachmittags wird mit den

Patienten, auf Basis psychoedukativer Interventionen, die Wochenthemen durch psychotherapeutischen und kognitiven Methoden behandeln [2, 3, 9, 11, 22-25]. Die Patienten werden somit auf verschiedenen Ebenen von den Wochenthemen profitieren können. Dies berücksichtigt die in der Therapie wichtige bilaterale neuronale Stimulation und die Nutzung verschiedener verbaler und non verbaler Zugangswege, so dass den Patienten ein verbessertes Symptommanagement ermöglicht werden kann. Aufgrund der grossen Rolle der Pflege im Zusammenhang mit den Wochenthemen und mit dem Symptommanagement im Alltag der Patienten wurden die Strukturen der Pflegegruppe weiter definiert. Am Montag und Dienstag, 1. + 2. Tag, erfolgt der theoretischer Hintergrund und die Erläuterungen aufgrund der Unterlagen (Siehe Anhang B) zum entsprechenden Wochenthema. Am Mittwoch, dem 3. Tag, wird die Theorie mit dem Bezug zu einer praktischen Aufgabe besprochen. Diese soll im Verlauf der Woche mit der pflegerischen Bezugsperson angegangen werden. Am Donnerstag, dem 4. Tag, findet ein Input aus der Bewegungstherapie mit der Pflege zusammen. Dieser Input findet in der Turnhalle statt und wird in Form von Körperübungen angeboten. Am Freitag, dem 5. Tag, können die Patienten Fragen um das Wochenthema stellen und miteinander diskutieren. Am Montag, dem 6. Tag, findet eine offene Runde für Fragen und Diskussionen statt. Am Dienstag, dem 7. Tag, wird die Evaluation der praktischen Wochenaufgabe innerhalb der Patientengruppe diskutiert. Mit der Grundidee, dass die Patienten voneinander lernen sollen. Zusätzlich sollen sie positive Erfahrungen im Umgang mit ihrer Symptomatik sammeln. Am Mittwoch, dem 8. Tag, findet eine offene Runde statt, um noch offene Fragen mit der praktischen Wochenaufgabe zu klären und darüber zu diskutieren. Am Donnerstag, dem 9. Tag, wird wieder in der Turnhalle ein Input der Bewegungstherapie zum Wochenthema angeboten. Dies wird mit der Pflege absolviert um den Patienten gegenüber die Interdisziplinarität aufzuzeigen. Am Freitag, dem 10. Tag, geschieht die Evaluation des Wochenthemas. Es wird mit den Patienten diskutiert was ihnen geholfen hat, was verbessert werden kann und ob die Wochenthemen verständlich erklärt wurden.

Literatur

1. Schnyder, U., et al., *Early psychological reactions to severe injuries. Crit Care Med*, 2000. 28: p. 86-92.
2. Schnyder, U., et al., *Incidence and Prediction of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Severely Injured Accident Victims. Journal of Psychiatry*, 2001. 2001(158): p. 594-599.
3. Maercker, A. and U. Ehler, *Psychotraumatologie (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 20)2001*, Göttingen: Hogrefe.
4. Sack, M., *Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt*, 2004. 75: p. 451-459.
5. Zoellner, L.A., E.B. Foa, and B.D. Brigidi, *Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. Journal Trauma Stress* 1999. 12: p. 689-700.
6. Krystal, J.H., et al., *Handbook of dissociation: Recent developments in the neurobiology of dissociation: implications for posttraumatic stress disorder*, ed. P. Press1996, New York: Plenum Press.
7. Kessler, R., et al., *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry*, 1995. 52: p. 1048-1060.
8. Fischer, G., et al., *Traumadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Psychotherapeut*, 2003. 48(3): p. 199-209.
9. Cloitre, M., et al., *Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. European journal of psychotraumatology*, 2013. 4.
10. Krammer, S., K. Simmen-Janevska, and A. Maercker, *[Towards' Complex PTSD': German Translation of the Trauma Symptom Inventory (TSI) for the Assessment of Complex Trauma Sequelae.]. Psychother Psychosom Med Psychol*, 2013.
11. Maercker, A. and A. Horn, *A Socio-interpersonal Perspective on PTSD: The Case for Environments and Interpersonal Processes. Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2012.
12. Reddemann, L., *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual2004*, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
13. Aragona, M., et al., *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. Ann Ist Super Sanita*, 2013. 49(2): p. 169-75.
14. Fischer, G., *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger*, 2000.
15. Huber, M., *Wege der Traumabehandlung2009*, Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung.

16. Gros, D.F., et al., *Behavioral Activation and Therapeutic Exposure An Investigation of Relative Symptom Changes in PTSD and Depression During the Course of Integrated Behavioral Activation, Situational Exposure, and Imaginal Exposure Techniques*. *Behavior modification*, 2012. 36(4): p. 580-599.
17. Shipherd, J.C., et al., *Treatment-related reductions in PTSD and changes in physical health symptoms in women*. *Journal of Behavioral Medicine*, 2013: p. 1-11.
18. De Assis, M., et al., *Evaluation of physical activity habits in patients with post-traumatic stress disorder*. *Clinics Sao Paulo*, 2008. 63(4): p. 473-478.
19. Pietrzak, R., et al., *Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study*. *Psychological Medicine*, 2013: p. 1-15.
20. Levin, A., et al., *The Effect of Attorneys' Work With Trauma-Exposed Clients on PTSD Symptoms, Depression, and Functional Impairment: A Cross-Lagged Longitudinal Study*. 2012.
21. Mevissen, L. and A. De Jongh, *PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature*. *Clinical Psychology Review*, 2010. 30(3): p. 308-316.
22. Pineles, S.L., et al., *Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship?* *Journal of abnormal psychology*, 2011. 120(1): p. 240.
23. Maercker, A., et al., *Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey*. *Comprehensive Psychiatry*, 2008. 2008(49)(2): p. 113-120.
24. Yuan, C., et al., *Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers*. *Psychiatry research*, 2011. 188(1): p. 45-50.
25. Maercker, A., et al., *Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners*. *Manuscript submitted for publication*, 2012.

68. Patientenergebnisse nach Konsultationen durch psychiatrische Fachpersonen in einem psychiatrischen Ambulatorium: Eine prospektive Beobachtungsstudie (PEKSA-Studie)

Manuel Stadtmann

Hintergrund

Nach der World Health Organization (WHO) werden psychische Störungen bis im Jahre 2020 weltweit 15% aller Krankheiten ausmachen [1]. In der Schweiz geben 4% der Bevölkerung an, sich stark psychisch belastet zu fühlen und 13% fühlen sich mittel-stark psychisch belastet [2]. Demzufolge ist bei ungefähr jedem sechsten Schweizer eine psychische Beeinträchtigung aus klinischer Sicht sehr wahrscheinlich. Weiter stellen Schuler and Burla [2] fest, dass die Anzahl der in psychiatrischen Ambulatorien behandelten Patienten in der Schweiz zwischen 2006 und 2010 um 18,4% gestiegen ist. Je nach Kanton wurden zwischen 11 und 65 Fälle pro 1000 Einwohner behandelt, wobei zum Beispiel in Genf die Anzahl der behandelten Fälle hoch und in der Zentralschweiz eher tief ist [2]. Diese Veränderungen haben auch ökonomische Auswirkungen. Schätzungen zufolge belaufen sich die gesellschaftlichen Kosten von psychischen Störungen in den EU-Ländern auf durchschnittlich 3-4% des Bruttoinlandprodukts [1]. Wird der 4%-Ansatz auf die Schweiz angewendet, dann hätten die psychischen Erkrankungen im Jahre 2010 Kosten von insgesamt über 22 Milliarden Franken zur Folge gehabt [2].

Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz wird bis ins Jahr 2030 mit einem Ungleichgewicht zwischen Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter psychiatrischer Dienstleistungen konfrontiert sein [5]. Falls die Anzahl der angebotenen Behandlungen gleich bleibt wie zwischen 2001 und 2006, dürften etwa 25% zu wenig Behandlungen angeboten werden. Nach See-

matter-Bagnoud, Junod [5] würden somit weniger als zwei Millionen Behandlungen im Jahre 2030 angeboten werden, was in der Psychiatrie einen Nachfrageüberhang von rund 700 000 Behandlungen im Jahr 2030 bedeuten würde. Verschärft wird die Situation durch den sich bis 2020 eindeutig abzeichnenden Mangel an Gesundheitsfachpersonal von schätzungsweise 13% [6]. Um den zunehmenden Herausforderungen gewachsen zu sein, braucht es innovative Versorgungsmodelle [7]. Im psychiatrischen Setting sind die Ergebnisse nach Konsultation durch eine spezialisierte psychiatrische Pflegefachperson international nicht genug erforscht [8-10]. Für den psychiatrischen Bereich in der Schweiz konnten bei der Literaturrecherche keine entsprechenden Studien gefunden werden. In der deutschsprachigen Schweiz werden im Rahmen des ambulanten psychiatrischen Versorgungsauftrags Konsultationen bei psychiatrischem Fachpersonal angeboten. Dieses Angebot wird innerhalb der integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) auch durch psychiatrische Pflegefachpersonen erbracht. Diese Leistungen sind bis heute weder systematisch untersucht, noch im Hinblick auf Patientenergebnisse erforscht. Demzufolge ist eine Beschreibung der Ergebnisse dieses Versorgungsauftrags zum Beispiel hinsichtlich der Anzahl Konsultationen, der verschriebenen Medikamente nach der Behandlung, der Anzahl Rehospitalisationen, der Behandlungskosten und der Patientenzufriedenheit notwendig. Diese Erfassung kann als Grundlage dienen, um über eine mögliche erweiterte Rolle der psychiatrischen Pflegefachpersonen in der Schweiz zu diskutieren.

Forschungsziele

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Beschreibung von Patientenergebnissen nach Konsultationen durch eine psychiatrische Pflegefachperson sowie durch Psychiater in einem ambulanten psychiatrischen Setting. Als Patientenergebnisse werden die soziodemographischen Angaben, die Anzahl an Konsultationen, die Art und Häufigkeiten verschriebener Medikamente nach Behandlungsabschluss, die Anzahl allfälliger Rehospitalisationen, die Kosten der gesamten ambulanten Behandlung, die Patientenzufrie-

denheit, die psychopathologische Symptombelastung, die zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die soziale Integration erfasst.

Methode

Die vorliegende Studie ist eine prospektive Beobachtungsstudie. Sie umfasst Daten, die im Zeitraum von 3. September 2013 bis 31. März 2014 im Rahmen der regulären ambulanten Konsultationen erhoben und in eine spitalinterne Datenbank gespiesen werden. Die Datenbasis für die vorliegende Studie umfasst zwei erhobene Messzeitpunkte: T1 = vor der ersten Konsultation beziehungsweise bei Einschluss in die Studie: Symptomwerte mittels Outcome Questionnaire 45.2® sowie die Eintrittsdaten und T2 = nach der letzten Konsultation beziehungsweise bei Abschluss der Studie: Symptomwerte mittels Outcome Questionnaire 45.2®, die Patientenzufriedenheit mit dem Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit ZUF-8® und die Austrittsdaten. Eine deskriptive Datenanalyse von prospektiv erhobenen Daten mit zwei Messzeitpunkten wird durchgeführt. Zusätzlich wird eine explorative Datenanalyse mittels logistischer und multipler Regressionsstatistik und mittels ANOVA, ANCOVA und MANOVA durchgeführt. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe von SPSS® 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

Forschungsumgebung

Die Untersuchung wird im Ambulatorium des gemeindepsychiatrischen Zentrums Winterthur (GEZ) der integrierten Psychiatrie Winterthur im Kanton Zürich in der Schweiz stattfinden. Im Ambulatorium werden Patienten zwischen 18 und 60 Jahren durch ein Team bestehend aus einem Oberarzt, zwei psychiatrischen Pflegefachpersonen und zwei Psychiatern konsultiert. Die psychiatrischen Pflegefachpersonen haben einen Abschluss der Höheren Fachschule (HF) und entsprechen somit der Standardausbildung einer diplomierten Pflegefachperson in der Schweiz. Der inhaltliche Schwerpunkt der Ausbildung der beiden Pflegefachpersonen war die psychiatrische Pflege. Die im Ambulatorium behandelten Diagnosen stammen aus dem schizo-

phrenen Formenkreis (z.B. Schizophrenie), den Persönlichkeitsstörungen (z.B. paranoide Persönlichkeitsstörung), den Verhaltensstörungen (z.B. nicht näher bezeichnete Verhaltensstörungen) und den affektiven Störungen (z.B. Depressionen).

Stichprobe

Einbezogen werden alle Patienten zwischen 18 und 60 Jahren, die sich zur Teilnahme bereit erklären und die im GEZ die psychiatrischen Konsultationen in Anspruch nehmen und die Einschlusskriterien erfüllen. Für diese Studie werden routinemässig erhobene Daten des Zeitraums vom 3. September 2013 bis zum 31. März 2014 verwendet. Aufgrund der Statistiken aus dem Jahre 2011 kann für den vorgesehenen Zeitraum von einer Stichprobengrösse von etwa 180 Patienten ausgegangen werden.

Literatur

1. *World Health Organization, Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*
2. *A report of the World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, WHO, Editor 2004 World Health Organization: Geneva, Switzerland.*
3. *Schuler, D. and L. Burla, Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52), 2012, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.*
4. *Schweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz, Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“, 2012, schweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz und BAG: Bern.*
5. *Jager, M. and W. Rossler, [Epidemiology of mental health care]. Nervenarzt, 2012. 83(3): p. 389-401; quiz 402.*
6. *Seematter-Bagnoud, L., et al., Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030, 2008, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Neuchâtel.*
7. *Jaccard Ruedin, H. and F. Weaver, Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020, (Originaltitel: Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives*

- jusqu'en 2020*). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2009. Arbeitsdokument 35.
8. Giger, M. and S. De Geest, *Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt*. Schweizerische Ärztezeitung 2008. 89(43): p. 1839-1843.
 9. Wand, T., et al., *Introducing a new model of emergency department-based mental health care*. Nurse Res, 2010. 18(1): p. 35-44.
 10. Yakimo, R., *Outcomes in psychiatric consultation-liaison nursing*. Perspect Psychiatr Care, 2006. 42(1): p. 59-62.
 11. Yakimo, R., L.H. Kurlowicz, and R.B. Murray, *Evaluation of outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing practice*. Arch Psychiatr Nurs, 2004. 18(6): p. 215-27.
 12. Mahrer-Imhof, R., et al., *Expertenbericht APN*. Verein für Pflegewissenschaft, 2012.
 13. Ketefian, S., et al., *The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community*. Int Nurs Rev, 2001. 48(3): p. 152-63.
 14. Imhof, L., et al., *Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): the development of an agenda for clinical nursing research in Switzerland*. Pflege, 2008. 21(6): p. 375-84.
 15. Abderhalden, C., et al., *Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie*. Pflege, 2008. 21(6): p. 453-477.

69. Riskanter Arzneimittelkonsum in der ambulanten und stationären Altenhilfe - Ergebnisse einer Studie zur Betreuung suchtkranker Menschen im Alter - gefördert durch das BMG

Doris Tacke

Ausgangssituation und Fragestellung

Die wachsende Zahl älterer Menschen und deren zunehmende Multimorbidität gelten als ursächlich für deren wachsenden Konsum an Schmerz- und Schlafmitteln sowie an Psychopharmaka u.a. Ziel des hier vorgestellten Forschungsprojektes ist es, das Expertenwissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Sucht- und Altenhilfe in einem gemeinsamen Kommunikationsprozess zu erheben und zu interdisziplinären Interventionsstrategien weiter zu entwickeln. Folgende Forschungsfragen wurden gestellt:

- Wie nehmen Mitarbeiter/innen der stationären Altenhilfe, der stationären Suchthilfe, der ambulanten Suchthilfe bzw. der ambulanten Altenpflege das Erleben älterer Menschen mit Suchtverhalten wahr?
- Was sind Ursachen für den Medikamentenkonsum im Alter?
- Welche Interventionen werden in den unterschiedlichen Settings eingeleitet und wie bewerten die Mitarbeiter/innen den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen?

Methode und Material

Eine empirische Studie in Anlehnung an die Grounded Theory wurde durchgeführt. Diese Herangehensweise ermöglicht die Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit älterer suchtkranker Menschen in den unterschiedlichen Settings ausgehend von den Interaktionen der professionellen Akteure im Kontakt mit dieser Klientel. Im Zeitraum von 2011 – 2012 wurde anhand von 9 jeweils vierstündigen Fokusgruppeninterviews mit professionellen Akteu-

ren (Pfleger, Sozialarbeiter, Ärzte) aus ambulanter und stationärer Altenhilfe und Suchthilfe die Situationen individuell betroffener Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum aus der Praxis der Gesprächsteilnehmer/innen (als sogenannte „Fälle“) analysiert. Die Aufnahmen der Interviews erfolgten per Audio und Video. Diese wurden vollständig transkribiert und in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet.

Ergebnisse

Der problematische Medikamentenkonsum entsteht oft schleichend aus jahrelangen und oft unkritisch verordneten Medikamenten zur Schmerzlinderung, zur Schlafförderung und zur Beruhigung älterer Menschen. Die Haltung der Professionellen zum Medikamentenkonsum stellt sich als ambivalent dar. Pfleger fühlen sich nicht befugt, in das Verschreibungsverhalten der Ärzte einzugreifen. Sie nehmen einerseits die Folgen des erhöhten Konsums wahr, die ihrem Bestreben nach aktivierender Pflege der Bewohner entgegen wirkt. Auf der anderen Seite ist ein Pflegealltag ohne Gaben von Psychopharmaka in vielen Einrichtungen der Altenhilfe aufgrund der begrenzten Ressourcen der Mitarbeitenden kaum zu realisieren. Neben den zu optimierenden Rahmenbedingungen ist eine verbesserte Abstimmung aller Beteiligten aus den unterschiedlichen Professionen ist als wesentlicher Teil für eine Lösung der Problematik anzusehen. Eine disziplin- und settingübergreifende Vernetzung der professionellen Akteure sowie eine Erweiterung der Kenntnisse zu den Themen des Medikamentenkonsums sowie zu haftungsrechtlichen Fragen können zu einer Verbesserung der Betreuungssituation in der Praxis beitragen.

Fazit

Eine stärkere Vernetzung der Sucht- und Altenhilfe sowie ein interdisziplinärer Austausch über die Grenzen der Versorgungssysteme hinaus erscheint dringend notwendig.

70. „Wie finde ich Hilfe in einer psychischen Krise?“ Eine qualitativ-deskriptive Erhebung der Suche nach formellen Hilfen zur psychischen Gesundheit aus der Perspektive von Betroffenen **Ergebnisse einer Master-Thesis**

Eva Tola, Claudia Mischke, Petra Metzenthin

Einleitung/Fragestellung

Menschen mit behandlungsbedürftigen, psychischen Problemen suchen oft nicht adäquate, formelle Hilfen auf [1, 2]. Einerseits ist diese mangelnde Inanspruchnahme auf gesellschaftliche Faktoren (z.B. Stigmatisierung) zurückzuführen, andererseits kann angenommen werden, dass die vorhandenen, spezifischen Ansprechstrukturen besser an die Bedürfnisse und an das Verhalten der (potentiellen) Patientinnen/Patienten angepasst werden sollten [3, 4, 5, 6]. Über die beschrittenen Wege zu formeller Hilfen der psychischen Gesundheit liegt aus der betroffenen Perspektive jedoch noch wenig Wissen vor. Dies führte zu folgender Forschungsfragen: Wie suchen Menschen während einer psychischen Krise nach formeller Unterstützung für ihre psychische Gesundheit und wie erleben sie diese Suche?

Methode

Anhand eines qualitativ-deskriptiven Designs wurden mit Patientinnen/Patienten einer Kriseninterventionsstelle, welche sich zum ersten Mal in Betreuung einer psychiatrischen Institution befanden, leitfadengestützte Experteninterviews nach Gläser und Laudel (2010) geführt [7]. Die Teilnehmenden wurden retrospektiv zu ihrer Suche nach formeller Hilfe befragt und die so erhobenen Daten durch offenes Kodieren nach Saldaña (2009) analysiert [8].

Ergebnisse

Es konnten elf Personen im Alter zwischen 24 und 58 Jahren (Median=43) interviewt werden. Sieben der Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Gespräches ambulant und drei stationär betreut. Alle Teilnehmenden standen während ihrer aktuellen Krise und vor ihrer Erstkonsultation der Kriseninterventionsstelle mit zahlreichen Fachstellen in Kontakt, beispielsweise Hausärztin/Hausarzt, Polizei, Erziehungsberatung.

Aus den erhobenen Daten wurden anhand der Forschungsfrage Kategorien generiert. Diese bilden Muster der gewählten Suchstrategien ab, wie das Angewiesen-Sein auf Andere (Angehörige/Fachpersonen), die Wichtigkeit den Hilfebedarf zu realisieren (selber, oder durch Andere) und den Einfluss von Vorannahmen und Einstellungen der Teilnehmenden gegenüber psychiatrischen Diensten auf das Suchverhalten (z.B. fehlendes Vertrauen in spezifische Dienste).

Diskussion/Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse dieser patienten-orientierten Studie stützen die von der WHO propagierte verbesserte Integration der Dienste zur psychischen Gesundheit in die allgemeine Primärversorgung und heben die Wichtigkeit von niederschweligen, spezifischen Ansprechstrukturen hervor. Zudem sprechen die Resultate für eine gezieltere Bewerbung der Dienste zur psychischen Gesundheit und eine transparente, auch für Laien verständliche Darlegung deren Angebotsinhalte. Auch bestärken sie die Vermutung, dass sich durch die Zusammenarbeit mit anderen Angeboten der Primärversorgung und der Angehörigen die Inanspruchnahme noch verbessern liesse [9, 10].

Literatur

1. *Lieberherr, R., Marquis, J.-F., Sotorni, M., & Wiedenmayer, G. (2010). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007 - Schweizerische Gesundheitsbefragung (Vol. Neuchâtel): Bundesamt für Statistik (BFS).*
2. *Schuler, D., & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.*
3. *Baer, N., Cahn, T., Brenner, D., & Felder, W. (2005). Psychische Gesundheit - Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de>*
4. *GEF. (2011). Vorsorgeplanung 2011-2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).*
5. *Martino, H., & Rabenschlag, F. (2012). Arbeitspapier Entstigmatisierung - Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit. Retrieved from http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Entstigmatisierung_Arbeitspapier_DEF.pdf*
6. *Lamp, J., Bowers, L., Rogers, A., Dowrick, C., & Gask, L. (2011). Access to mental health in primary care: A qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. *Health*, 16(1), 76-104.*
7. *Gläser, J., & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (Vol. 4). Wiesbaden: VS Verlag.*
8. *Saldaña, J. (2009). The Coding Manual for Qualitative Researchers. London: SAGE.*
9. *WHO. (2009). Improving health system and service for mental health. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf.*
10. *Amsler, F., Jäckel, D., & Wyler, R. (2010). Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte - Angebot, Lücken und Mängel: GEF.*

71. Reglementierung der ambulanten psychiatrischen Pflege – Ist die Gesundheitsökonomischen Entscheidung der Kostenträger aus ethischen Gründen haltbar? – Ein Plädoyer

Ingo Tschinke

Hintergrund

Die ambulante psychiatrische Pflege ist seit 2005 in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege bundesweit gemäß § 92 SGB V gültig [1]. Die Grundbedingung zur Erbringung der ambulanten psychiatrischen Pflege ist eine Zulassung gemäß § 132a SGB V für die Pflegedienste, die diese Leistungen erbringen möchten [2]. Diese Zulassung erfolgt durch die Landesverbände der AOK für die einzelnen Bundesländer. In einigen Bundesländern wird diese Zulassung allen Pflegediensten, die die Grundbedingungen erfüllen, erteilt [2]. In den meisten Bundesländern verweigern allerdings die gesetzlichen Krankenkassen einen Abschluss eines solchen Regelversorgungsvertrages. Damit wird den betroffenen Patienten in den entsprechenden Bundesländern der Zugang zur ambulanten psychiatrischen Versorgung nicht ermöglicht, was im Sinne der Gesundheitsökonomie einer scharfen und direkten Rationierung gleichkommt [3]. Damit wird gerade Menschen mit psychischer Behinderung eine Leistung verwehrt [4], die nachweislich in den vom GBA geprüften Studien eine bessere Teilhabe am Alltagsleben gewährleistet, als eine reine klinische Behandlung [5].

Problemstellung

Im Gesundheitswesen müssen immer wieder Allokationsentscheidungen darüber getroffen werden, wem welche Leistungen zur Verfügung gestellt werden [6]. Gemäß der Ziele der Sozialgesetzbuches V soll die Versorgung der Versicherten „bedarfsgerecht“, „gleichmäßig“, „dem allgemeinen Stand der med. Kenntnisse entsprechen“, „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirk-

sam“ und „human“ sein [2]. Es ist die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist zu beachten und die die Leistungserbringer sind angemessen zu vergüten [2]. Dabei sind auch ethische Gesichtspunkte zu beachten. Das deutsche Gesundheitswesen ist nach der deontologischen Ethik ausgerichtet, der sogenannten Pflichtethik, d.h. dem Guten Willen, dass Hilfe nicht zu versagen ist [3]. Im Gegensatz dazu wird in utilitaristischen Systemen gemäß der Nutzetik, die Ansprüche der Mehrheit im Vordergrund gesehen [6].

In dem deutschen Gesundheitswesen werden Allokationsentscheidungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) getroffen. Der GBA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Auf dieser politischer Ebene wurde durch den GBA wurde nach fünfjähriger Prüfung und der Analyse von 70 relevanten Quellen der Beschluss zu Festlegung der Richtlinie (Indikation, Dauer, Frequenz) gefasst, die den Zugang zur APP für die Patienten in der Regelversorgung ermöglicht [5]. Während alle Leistungen der Richtlinien für die Häusliche Krankenpflege durch somatische Pflegedienste bundesweit erbracht werden können, unterliegt nur die ambulante psychiatrische Pflege einer besonderen Zulassung gemäß § 132a SGB V. Diese Zulassung wird durch die Landesverbände der AOK festgelegt, d.h. schließt der AOK Landesverband eine Regelversorgungsvertrag ab, so folgen dann auch die Verbände der BKKs, des VdeK und die örtlichen IKKs. In Deutschland ergibt sich das Problem, dass die Landesverbände der AOK mit der Zulassung der ambulanten psychiatrischen Pflege sehr unterschiedlich verfahren [7]. Es lässt sich dahinter ein durchaus unterschiedliche Bewertung vermuten, in dem in einigen Bundesländern (z.B. Niedersachsen, Bremen, Hamburg und Berlin) die ambulante psychiatrischen Pflege eine Zulassung erteilen, während die Regelzulassung in anderen Bundesländern (z.B. Baden-Württemberg, Bayern, Hessen etc.) versagt wird [8]. Durch diese Entscheidung wird Menschen mit psychischen Erkrankungen die Leistung versagt, die durch den GBA einer rationalen Prüfung unterworfen wurde und seit 2005 einen Richtlinie für alle Krankenkasse darstellt.

Dies führt zu einer impliziten scharfen Rationierung die verdeckt und verweigernd Menschen eine ambulante Leistung verwehrt [9], die nur unzureichend durch die fachärztlichen Versorgungsstrukturen und Psychotherapeuten aufgefangen werden kann [8]. Das ist eine erstaunliche Tatsache, denn mit der häuslichen Krankenpflege kann man in der außerstationären Versorgung einiges bewirken, was ganz in der Zielsetzung der Gemeindepsychiatrie liegt [10]. Es wird häufig von ablehnenden Landesverbänden der AOK argumentiert, dass die ambulante psychiatrische Pflege einen weiteren Kostentreiber im Gesundheitswesen darstellen könnte und nur begrenzte Kosteneinsparungen zu erkennen sind. Dem lässt sich entgegenhalten, dass viele Studien aus den USA und Großbritannien belegen, dass durch eine flächendeckene ambulante psychiatrische Versorgungsstrukturen sehr effektiv und effizient Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Allerdings wird durch die Krankenkassen nicht die Bedingung geschaffen, so dass tatsächliche größere Patientenkontingente versorgt werden können, um nicht nur weitere Kosten zu verursachen sondern sogar Einsparungspotenziale ermöglichen [8]. Dies bleibt den Krankenkassen vorbehalten, die sich flächendeckend der Integrierten Versorgung bedienen, wie die TKK mit dem Netzwerk psychische Gesundheit [18]. Die AOK in Bayern ging sogar soweit, dass sie die Umsetzung der Regelversorgung nicht für notwendig erachten, da bisher keine Nachfrage danach besteht, wobei sich dann die Frage nach dem Huhn und dem Ei stellt, denn wo kein Angebot, da keine Nachfrage.

Diskussion

Es sollte in der Öffentlichkeit breit zur Diskussion gestellt werden, ob diese gesundheitsökonomische Entscheidung tatsächlich der formulierte Deckelung von Gesundheitskosten dient oder ob dadurch nicht eine zugelassene Leistung gerade denjenigen Menschen verwehrt wird, die in einem zunehmenden Maße einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen haben [3]. Dabei handelt es sich eher um eine utilitaristische Entscheidung zugunsten der Mehrheit (Gesundheitskosten der Versicherten) eine Minderheit

(psychischen kranken Menschen) verdeckt durch eine scharfe Rationierung eine Leistung zu verweigern [9]. Nach dem ethischen Entscheidungskriterium der Dunning-Kommission in den Niederlanden ließe sich die Frage sehr eindeutig beantworten, denn es sollte vier wichtige Kriterien erfüllt sein, um der Bevölkerung Leistungen zu ermöglichen [9]. Das erste Kriterium hebt dabei besonders die Nützlichkeit hervor, die eine aktive Partizipationsmöglichkeit in der Gesellschaft wiederherzustellen, was gerade auf Menschen mit psychischen Erkrankungen zutrifft. Das zweite zu erfüllende Kriterium befasst sich mit der Effektivität, welche durch den GBA bei der Überprüfung der Studien weitgehend belegt wurde. Das dritte Kriterium betrifft die Effizienz, die durch Kosten-Nutzen-Analysen in den Bundesländern, die flächendeckend versorgen belegt wurden [8]. Das vierte Kriterium soll all die Leistungen aussortieren die der persönlichen Verantwortung obliegen und durch hohe Kosten und geringe oder gar kein Outcome zu belegen sind [9]. Unter dieser ethischen Bewertung der Gewährung ambulanter psychiatrischer Pflege für die Betroffenen kann man von bewusster Diskriminierung durch scharfe Rationierung der betroffenen AOK Landesverbände ausgehen.

Literatur

1. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege* http://www.g-ba.de/downloads/62-492-495/HKP-RL_2010-10-21.pdf
2. *Sozialgesetzbuch V* <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv>
3. *Lauterbach, K.et al (2006) Gesundheitsökonomie – Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, Huber, Bern*
4. *Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderung; Erster Staatsbericht der Bundesrepublik Deutschland;* http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_state_report_germany_1_2011_de.pdf
5. *Tschinke, I. (2007) Analyse der Richtlinie zur ambulanten psychiatrischen Pflege in Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung, Ibicura, Unterostendorf*

6. *Stuart, G.; Laraia, M. (2005) Principels and pratice of psychaitric Nursing, 8th edition, Elsevier, Philadelpha*
7. *Dorn, T. (2012) Hilfe im Alltag für psychisch Kranke, Heilbronner Stimme vom 15.02.2012*
8. *Walle et al (2010) Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulanten gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems, Weingärtner, Berlin*
9. *Wallner, J. (2004) Ethik im Gesundheitssystem, Facultas, Wien*
10. *Dörner, K et al. (2012) Irren ist menschlich, Bonn*
11. *Jambunathan J., Van Dongen CJ (1995), Use of RN case management and costs and utilization of outpatient mental health services: a pilot study. Issues Mental Health Nursing; 16 [5]: 407-418*
12. *Jerell JM (1995) Toward managed care for persons with severe mental illness: implivcations from a cost-effectiveness study. Health Aff.(Milwood); 14 [3]: 197-207*
13. *Knapp M et al (1998) Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. British Journal of Psychiatry; 172; 506-512*
14. *Mangen SP et al (1983) Cost effectiveness of communitypsychiatric nurse or outpatient psychiatrist care of neurotic patient. Psychol. Med.; 13 [2]: 407-416*
15. *McCrone P et al (1994) Community psychiatric nurse teams: cost-effectivenessof intensive support versus generic care. British Journal of Psychiatry; 165 [2] 218-221*
16. *McCrone P et al (1998) Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study 5; British Journal of Psychiatry; 173 [6] 391-398*
17. *Rosenheck RA, Neale MS (1998) Cost effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. Arch Gen Psychiatry; 55 [5]: 459-466*
18. *Rubrecht TM (2010) "Patient-Centered Medical Home" und "Managed Care" in der Psychiatrie – Die integrierte Versorgung psychisch Kranker im TK-Netzwerk psychische Gesundheit, inFaulbaum-Decke/Zechert, Ambulant statt stationär, Psychiatrie Verlag, Bonn*

72. Ethisches Handeln in der Pflegepraxis in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

Hintergrund

Durch die Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention 2008 wurde die Inklusion und Teilhabe immer mehr ins Öffentliche Bewusstsein getragen [1]. Das Psychiatriesystem ist zum Teil noch immer sehr paternalistisch ausgerichtet und spricht Menschen mit psychischen Erkrankungen vielfach noch nicht die ihnen zustehende Autonomie zu, wie dies bereits seit langer Zeit gefordert wird [2]. Für den alltäglichen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen in der ambulanten psychiatrischen Pflege spielt eine klare Haltung durch den professionell Pflegenden eine wichtige Rolle [3]. Dazu wurde ein Entscheidungsleitfaden entwickelt, der sich an dem Koordinatenkreuz der ethischen Entscheidungen zwischen Autonomie und Paternalismus als auch der absoluten und der relativistischen Ethik ausrichtet [4], um psychiatrischen Pflegenden eine Richtschnur für ethisch tragbare Entscheidungen und eine ethisch eindeutige Grundhaltung in Zusammenarbeit mit dem Patienten geben kann [5].

Problemstellung

Im Umgang mit psychisch kranken Menschen sind Pflegenden immer wieder Entscheidungen konfrontiert, die ethische Fragestellungen aufwerfen [3]. Es werden heute noch häufig wohlmeinende paternalistische Entscheidungen für den Patienten getroffen, die den Patienten allerdings in ihrer Autonomie beschränken [6]. In der ambulanten psychiatrischen Pflege sind die Pflegenden mit solchen Fragestellungen vielfach alleine und müssen für sich und den Patienten eine tragbare Entscheidung finden. Der entwickelte Ethikleitfaden soll Pflegenden helfen solche Entscheidung gemeinsam mit den Patienten treffen zu können [3].

Dazu ist notwendig ein Blick auf das zu werfen, was wir als Ethik bezeichnen. Ethik ist eine angewandte Philosophie die nach Antworten auf Lebensfragen (Lebensgestaltung, Umgang der Menschen miteinander, Lebensziele) sucht und bei der Beurteilung des Handelns hilft [4]. Die Ethische Ausrichtung durchzieht alle gesellschaftlichen Prozesse in Deutschland, die Rechtsprechung (ausgerichtet nach der relativistischen Ethik), die Sozialgesetzgebung (ausgerichtet nach deontologischen Ethik) und auch der Umgang mit psychisch kranken Menschen (ausgerichtet nach der autonomen Ethik). Im Vergleich dazu, ist z.B. orientiert man sich in den USA different, so in der Rechtsprechung (ausgerichtet nach der absolutistischen Ethik), die Sozialgesetzgebung (ausgerichtet nach utilitaristischen Ethik) und auch der Umgang mit psychisch kranken Menschen (ausgerichtet nach der paternalistischen Ethik) [3,6].

Zusammengefasst ist Ethik die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit moralischen Angelegenheiten. Moral ist die praktische Anwendung von ethischen Angelegenheiten. Ethik handelt vom richtigen und falschen Handeln und versucht zwischen Gut und Böse zu unterscheiden [4].

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten der Entscheidung: die utilitaristische Entscheidung, die eher die Handlung und Motivation im Vordergrund sieht und die deontologisch motivierte Entscheidung, die sich eher nach dem Ergebnis ausrichtet.

Die Nutzetik des Utilitarismus erwartet einen größtmöglichen Nutzen einer moralischen Haltung für möglichst viele Menschen und zentral sind die Folgen einer moralischen Handlung und deshalb wird Utilitarismus auch als Konsequentialismus oder als teleologische Ethik (zielbezogen) bezeichnet [4]. Der Utilitarismus geht davon aus, dass der Mensch das Glück sucht und Schmerz meidet. Damit ist verständlich, dass z.B. Obama als Präsident große Probleme hat, eine gesetzliche Krankenversicherung durchzusetzen, den Nutzen der Mehrheit (70% der Versicherten) steht gegen den Nutzen der Minderheit (30% Nicht-Versicherte). Auch eine Lebenserhaltung von schwer

erkrankten Menschen zu beenden, ist nach dem Nutzen der Mehrheit ausgerichtet.

Dem entgegen steht die deontologische Ethik – die sogenannte Pflichtethik nach Kant. Nach Kant ist der »Gute Wille« und nicht die Glückseligkeit ist Sinn und Ziel des Lebens, so ist also nicht das Ziel des moralischen Handelns wichtig, sondern die Form und das Motiv des Handelns, nämlich der »Gute Wille«. Die Pflicht steht im Gegensatz zu menschlichen Neigungen wie Mitgefühl, Ehrlichkeit oder Liebe. Somit ist eine Handlung ist nur sittlich, wenn sie aus Pflicht und nicht aus Neigung entsteht [4].

Die ethischen Prinzipien beantworten allerdings nicht grundsätzlich die Fragen des richtigen Handelns in der psychiatrischen Praxis. Viele Probleme lassen sich auf einen Grundkonflikt reduzieren: Es geht um die Selbstbestimmung einerseits (vertreten durch den therapeutischen Liberalismus, verbunden mit einer gewissen Risikofreudigkeit) und der Fremdbestimmung andererseits (vertreten durch die therapeutische Grundhaltung des Paternalismus, verbunden mit dem Gefühl der Sicherheit) [4].

Aus den vier Grundhaltungen der Relativen Ethik, der absoluten Ethik, der Autonomie und des Paternalismus lässt sich ein „ethisches Koordinatensystem“ erstellen, das für die Erörterung ethischer Fragestellung nützlich sein kann [4] Abbildung 1.

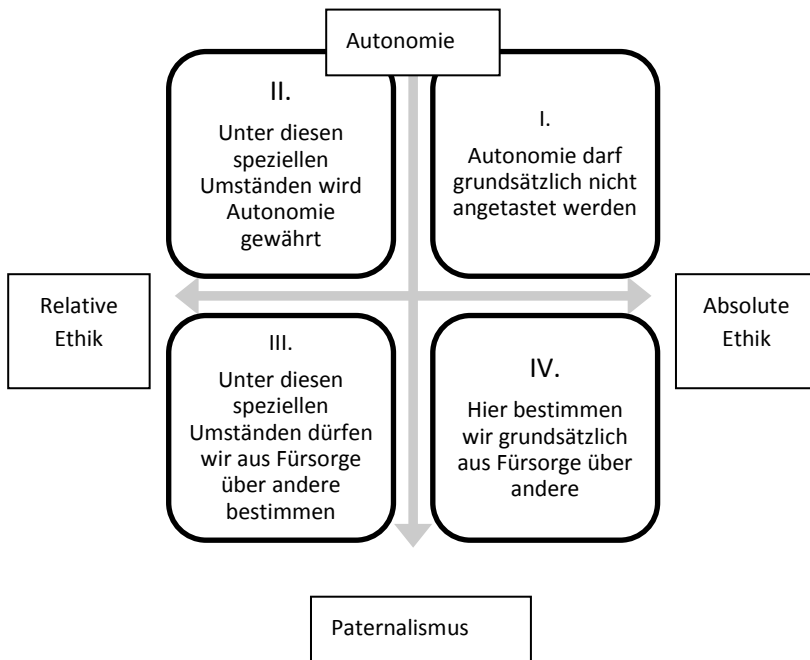


Abbildung 1: Ethisches Koordinatensystem

Die absolute Ethik nach Erich Fromm geht davon aus, dass man zur Bewältigung einer Lebensaufgabe grundsätzlich zwei Wege einschlagen kann – einen positiven und einen negativen. Ethisch sind demnach alle Handlungen, welche die Verwirklichung der intrinsischen Bedürfnisse des Menschen erlauben [4].

Die relative Ethik (Subjektivismus) ist ein System, welches kontextuell ausgerichtet ist, d.h. um eine Handlung und deren Absicht zu verstehen und zu bewerten, muss man den Gesamtzusammenhang kennen und verstehen [4].

Die Autonomie ist die Ethik des Widerstandes aus dem Kreise der Antipsychiatrie. Demnach ist Psychiatrie der Ort sozialer Kontrolle, wo Patienten unterdrückt werden und demzufolge sind psychiatrische Institutionen schädlich und daher ist Widerstand eine natürliche und gesunde Reaktion

auf die psychiatrische Unterdrückung. Es ist ethisch richtig sich gegen eine unterdrückende Institution wie die Psychiatrie zu wehren oder sich autonom zu verhalten [2, 4].

Wörtlich ist Paternalismus eine väterliche Bevormundung, die man alternativ als fürsorgliche Bestimmung bezeichnen kann. Der Paternalismus geht davon aus, dass es gut und richtig ist, über Menschen zu bestimmen, die nicht in der Lage sind, selbst vernünftige Entscheidungen zu treffen [4].

Durch die Verortung der eigenen Haltung und Sichtweise ist nicht zwingend möglich zwischen Gut und Böse zu unterscheiden, aber man die Haltung und damit auch die weitere Verhaltensweise ist dadurch für den professionell Pflegenden zu konkretisieren und festzulegen.

Ziele

In der täglichen Praxis der ambulanten psychiatrischen Pflege sind Pflegende immer wieder mit verschiedenen Fragestellungen ethischer Art konfrontiert, ohne dass ihnen dies bewusst ist. Durch die praktische Auseinandersetzung mit der alltägliche Handlung unter ethischen Gesichtspunkten soll der Blick der psychiatrischen Pflegenden geschärft werden, sich diesen Fragestellungen zu öffnen und die rationale Methode der Entscheidungsfindung mit Hilfe eines Leitfadens anzuwenden, so dass jeder psychiatrisch Pflegende durch den Leitfaden für sich und den Patienten tragfähige Entscheidungen treffen kann.

Vorgehen

Es wurden mehrere Schulungen zu Ethik (Deontologie und Utilitarismus, sowie der relativistischen versus der absolutistischen Ethik und Paternalismus versus Autonomie) durchgeführt, um die Praktiker mit den damit in Zusammenhang stehenden Fragestellungen vertraut zu machen. Danach wurde ein Leitfaden entwickelt, der es den Pflegenden ermöglichen soll sinnvolle Entscheidungen zu treffen, die für die Betroffenen und die Pflegenden eine Tragfähigkeit aufweist.

Zu Erstellung des Leitfadens wurde das Modell der ethischen Entscheidungsfindung nach Lange zugrunde gelegt, welches sich verkürzt wie folgt darstellt [7]:

- Analyse der Situation
- Prüfung der subjektiven Bedingungen
- Bestimmung des Dilemmas/Konflikte mit Wertanalyse
- Abwägen der Verhaltensalternativen (unter Einbeziehung des „ethischen Koordinatenkreuzes)
- Reflexion der Maßstäbe (Erhebung der relevanten konkreten Normen anhand des Kriteriums des Menschsein und der Menschenwürde)
- Güterabwägung (Bestimmung des relativ höchst erreichbaren Gutes bzw. des relativ kleinsten Übels)
- Entscheidung unter Berücksichtigung der Handlungsalternativen
- Überprüfung des Verhaltensentscheids

Ergebnisse und Erfahrungen

Durch den offenen Umgang mit ethischen Fragestellungen, wurde der ethisch sinnvolle Umgang mehr ins Bewusstsein in der alltäglichen Arbeit gehoben. Fragestellungen, die ansonsten verdeckt blieben, konnten dadurch offener thematisiert und im Team diskutiert werden. Im Weiteren wurde es mehr ins Bewusstsein gebracht, wie viele Bereiche von ethischen Fragestellungen berührt werden.

Durch die Auseinandersetzung mit dem, was Gut oder Böse ist, was auf Gesinnung und Moralität beruht und dem was richtiges oder falsches Handeln bedeutet, was ausgerichtet ist auf die Mittel und die Folgen, können sich die Pflegenden nun weitaus sicherer in Arbeit darstellen. „Denn Gut gemeint, ist noch lange nicht gut“ [8].

Schlussfolgerungen

Es hat sich für die psychiatrisch Pflegenden als sehr positiv erwiesen, sich mehr mit solchen Fragestellungen in der alltäglichen Arbeit auseinanderzusetzen. Dies führte zu einer erhöhten Behandlungszufriedenheit in der ambulanten psychiatrischen Pflege, in der sich vorher die Pflegenden meist überfordert und allein gelassen vorgekommen sind.

Literatur

1. *Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderung; Erster Staatsbericht der Bundesrepublik Deutschland;*
http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_state_report_germany_1_2011_de.pdf
2. *Goffmann, E. (1973) Asyle – Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, Frankfurt*
3. *Stuart, G.; Laraia, M. (2005) Principels and pratice of psychaitric Nursing, 8th edition, Elsevier, Philadelpha*
4. *Sauter, D. et al (2011)Ethik in Lehrbuch psychiatrische Pflege S. 125 – 141; Huber, Bern*
5. *Dörner, K.(2003) Der gute Arzt, Schattauer, Stuttgart*
6. *Dörner, K et al. (2012) Irren ist menschlich, Bonn*
7. *Körtner, U. (2004) Grundkurs Pflegeethik, Facultas,Wien*
8. *Wallner, J. (2004) Ethik im Gesundheitssystem, Facultas, Wien*

73. Adherenceförderung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung

Florian Walter

Hintergrund

„Da sind Medikamente dabei, die für den Kreislauf wahnsinnig wichtig sind, zum Beispiel. „...“ Dann bin ich, dann bin ich bei Fr. XY schon über Grenzen gegangen und die hatte die dann im Joghurt, ja.“

Diese Aussage einer jungen Pflegefachkraft zum Thema „Adherenceförderung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung“ steht stellvertretend für die Überforderung von Pflegepersonal, deren psychiatrische Patienten Medikamenteneinnahmen oder andere Pflegeleistungen in der Häuslichkeit ablehnen. Sie verdeutlicht einen Konflikt, der in dieser speziellen Versorgungsform auf Grund der strukturellen und personellen Gegebenheiten noch stärker als im stationären Setting zum Tragen zu kommen scheint.

Dass suboptimale Therapietreue durchaus ein Problem darstellt, wird deutlich, wenn man die dadurch entstehenden Kosten betrachtet. Jährlich entstehen unter anderem auf Grund von häufigen Wiederaufnahmen in stationäre Einrichtungen Kosten von zehn Milliarden Euro [1].

Es wird erwartet, dass psychiatrische Erkrankungen in Zukunft einen noch größeren Stellenwert einnehmen werden als bisher. 2006 lagen sie erstmalig auf Platz zwei in der Liste der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre [2].

Es ist erkennbar, dass der optimalen Versorgung psychiatrisch Erkrankter in Zukunft noch größere Aufmerksamkeit beigemessen werden muss, um nicht nur wirtschaftliche Schäden zu begrenzen, sondern auch um die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte zu reduzieren. Bisher jedoch wird in der pflegewissenschaftlichen Forschung der Versorgung in der Häuslichkeit in Bezug auf Adherence nur unzureichend Beachtung geschenkt.

Fragestellung

Ziel der durchgeführten Forschung war es, bei Pflegekräften in der ambulanten psychiatrischen Versorgung bereits bekannte Maßnahmen zur Adherenceförderung zu identifizieren. Weiterhin wurde untersucht, welche dieser Maßnahmen in der alltäglichen Arbeit tatsächlich angewandt werden.

Methodik

Zur Erschließung des Themas wurden vier halboffene, problemzentrierte Interviews in einem Berliner Pflegedienst durchgeführt, der sich u.a. auf die Versorgung von psychiatrischen Patienten spezialisiert hat. Es wurden vier Pflegekräfte befragt. Zu ihnen zählten zwei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, eine Pflegehilfskraft und eine Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung Psychiatrie. Alle Teilnehmer verfügten über mehrjährige Berufs- und Psychiatrie-erfahrung und wurden selektiv ausgewählt um verschiedene Alters- und Qualifikationsstufen zu berücksichtigen. Alle Teilnehmer wurden schriftlich und mündlich über den Gegenstand der Untersuchung aufgeklärt, informed consent lag vor. Um eine grobe Struktur einzuhalten, wurde ein Interviewleitfaden benutzt.

Die Auswertung erfolgte auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, um am Ende ein Kategoriensystem des Gesagten zu erhalten. Dazu wurden die Gespräche digital aufgezeichnet, transkribiert und in mehreren Abstraktionsschritten verallgemeinert.

Ergebnisse

Alle Teilnehmer der Interviews berichteten sehr offen über ihre Arbeit und zeigten ein sehr großes Reflektionsvermögen. In den Interviews wurde deutlich, dass für einige Pflegende die Durchführung der Pflegemaßnahmen und Medikamentengaben oberste Priorität hat, noch vor der Förderung der Selbstständigkeit ihrer Patienten. Aktive Entscheidungen des Patienten gegen eine Therapie oder Maßnahme werden oft als Non-Compliance gewertet, wobei dem Patienten eine fehlende Motivation zur Mitarbeit unterstellt

wird. Als Konsequenz versuchen Pflegende, den Patienten zur Kooperation zu bewegen, wobei der stationäre Aufenthalt oft als letzte Möglichkeit gesehen und auch als solche offen kommuniziert wird.

Es konnte festgestellt werden, dass keine bewussten Konzepte zur Adherenceförderung bei Pflegekräften ohne Fachweiterbildung bekannt sind. Zwar verfügen viele über Erfahrungswissen, allerdings scheint dieses eher unzureichend zu sein, was Pflegekräfte oft an ihre Grenzen bringt. Allerdings wurden Aspekte genannt, die Inhalten verschiedener adherencefördernder Konzepte ähneln. Dazu zählen beispielsweise das Schaffen von Vertrauen durch Psychoedukation, aber auch Dinge wie Wertschätzung und Offenheit und die Arbeit auf Augenhöhe [3].

Dennoch scheinen Pflegekräfte nicht immer in der Lage zu sein, den Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Arbeitsauftrag zu bewältigen, was unter Umständen in durchgeführten Zwangsmaßnahmen resultiert.

Es scheint daher notwendig zu sein, neben dem Erarbeiten und Vermitteln von adherencefördernden Maßnahmen, zuerst eine Debatte über die Aufgaben und Einstellungen der Pflegekräfte in der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu führen.

Schlussfolgerung und Diskussion

Auf Grund der beschränkten Anzahl von durchgeführten Interviews muss deutlich gemacht werden, dass die Ergebnisse keinesfalls auf die Gesamtheit der Pflegekräfte übertragen werden können. Vielmehr soll die Problematik in das Bewusstsein gebracht werden um eine Diskussion in Gang zu setzen, welche letztendlich Patienten sowie Pflegekräften nutzen wird. Dass dies, angesichts der Brisanz des Themas, anklagend klingen mag, darf nicht zu einem Verschließen gegenüber der Problematik führen. Vielmehr soll dieser Beitrag als Chance verstanden werden, das eigene Handeln kritisch zu hinterfragen und neue Möglichkeiten in die tägliche Praxis zu implementieren.

Pflegekräfte können vor allem durch Kommunikation und Interaktion mit den Patienten Entscheidungsfähigkeit und damit Adherence fördern. Das

Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten, das Zuhören und Motivieren kann solche Handlungen wie in dem anfangs geschilderten Beispiel durchaus verhindern. Bereits vor Inkrafttreten des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes existierten Möglichkeiten, Betreuungsleistungen direkt abzurechnen und Gespräche mit Patienten somit für ambulante Pflegedienste finanzierbar zu machen. Seit Beginn dieses Jahres ist die Möglichkeit zur Abrechnung nochmals erweitert worden, sodass einer verstärkten Patientenorientierung aus finanzieller Sicht wenig entgegensteht.

Doch noch bevor über die Implementierung und Durchführung adherencefördernder Maßnahmen diskutiert werden kann, ist das Führen einer ethischen Debatte unerlässlich. Nämlich darüber, in welcher Position sich die Pflege sieht. Wie sollen Pflegekräfte mit Patienten umgehen, die Pflegehandlungen ablehnen oder Angst haben, durch Medikamente vergiftet zu werden? Pflegekräfte sollten sich nicht vor die Entscheidung gestellt sehen, entweder auf der Seite der Ärzte oder auf der Seite der Patienten zu agieren. Vielmehr besteht die Aufgabe darin, den Therapieverlauf zusammen mit Patient und Arzt zu begleiten. Dabei stellt das Sicherstellen der Medikamenteneinnahme nur einen Aspekt dar. Ablehnung sollte nicht als Bedrohung angesehen werden, sondern als normaler und sogar wünschenswerter Teil der Selbstbestimmung des Patienten.

Pflegekräften steht eine ganze Reihe von Ansätzen zur Verfügung, fehlende Adherence zu analysieren und darauf einzugehen, um einen größtmöglichen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Dabei sollte nicht die planmäßige Durchführung der Verordnung im Vordergrund stehen, sondern vielmehr der Einbezug der Patienten in die Behandlung und Pflege. Dies wird auf lange Sicht indirekt zu einer verbesserten und aktiveren Kooperation zwischen Pflegekraft und Patient führen.

Literatur

1. *Seemann, Ute; Kissling, Werner (2008): Volkskrankheit „Noncompliance“ - Ursachen, Folgen, Therapiemöglichkeiten. In: psychoneuro 34 (09), S. 405-409.*
2. *Nöthen, Manuela; Böhm, Karin (2009): Krankheitskosten. Berlin: Robert-Koch-Institut.*
3. *Walter, Florian (2012): Adherenceförderung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Bachelorarbeit an der Ev. Hochschule Berlin.*

74. Vergangenheit verändert die Zukunft

Peter Wodička

Vor mehr als rund 35 Jahren hat ein renommiertes österreichisches Nachrichtenmagazin [1] einen Artikel über die Betreuung in der Wiener Psychiatrie gedruckt. Ein als Hilfspfleger eingeschleuster Journalist beobachtete, und beschrieb in Folge, die Behandlung der psychiatrischen PatientInnen im Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe in Wien, die laut dem Artikel menschenunwürdig und -verachtend war. Er erlebte während seines Hilfspflegerdaseins in einer der Abteilungen Zynismus der Betreuenden, Übergriffe von Einzelpersonen den PatientInnen gegenüber, ortete aber auch Fehler im System und Versäumnisse der Institution.

Dies passierte in einer Zeit, wo in Europa Reformen zur Betreuung psychisch kranker Menschen längst anstanden. Tatsächlich wurde zeitgleich auch in Wien die sogenannte Psychiatriereform angedacht, die eine Dezentralisierung von Behandlungsorten forderte, um unter anderem lange Aufenthalte in stigmatisierenden Einrichtungen zu verhindern.

30 Jahre später gibt es zwar psychosoziale Dienste, also extramurale Betreuung und die Psychiatrien haben die Bettenzahlen stark verringert, aber nach wie vor besteht das, nun neu benannte, Otto-Wagner-Spital am Rande der Stadt mit einem großen psychiatrischen Zentrum, das für den überwiegenden Teil der EinwohnerInnen in Wien und Umgebung den Versorgungsauftrag hat. Die angestrebte Verlagerung in mehrere städtische Großkrankenhäuser, und damit verbunden eine Gleichstellung psychiatrischer PatientInnen mit somatisch erkrankten Menschen, blieb vorerst aus, wird aber nun immer konkreter.

Die Aufgabe unseres Projektes in Form eines Workshops bestand nun darin, anhand des Artikels aus den späten Siebzigerjahren, den Blick zurück zu richten, abzuschätzen, wie die Verantwortlichkeiten gelagert waren, ob

Systemfehler vorlagen oder ob Einzeltäter ein Betätigungsfeld für ihre gewaltbesetzten Übergriffigkeiten vorfanden.

Wir wollten gemeinsam überlegen, ob es ähnliche Zustände noch immer gibt oder unter welchen Bedingungen diese wieder entstehen könnten, sowie deren Früherkennung bei uns und den KollegInnen unterstützen. Ziel war es auch das Bewusstsein für die außergewöhnliche und nicht selbstverständliche Rolle, die wir in der Psychiatrie Tätigen haben, zu schärfen und die Achtsamkeit dafür zu fördern und zu bewahren.

Der Workshop, der von einem Mediziner und einer Pflegeperson geleitet wurde, erzeugte reges Interesse, so dass aufgrund der limitierten Gruppengröße Folgeworkshops, nun auch abteilungsübergreifend, stattfanden. Das Teilnehmerspektrum reichte von Pflegehilfen bis hin zu Abteilungsführungen, etwaigen Zeitzeugen aber auch jungen MitarbeiterInnen. Alle TeilnehmerInnen bekamen den Artikel vorab zugesandt, um eine bessere Diskussionsgrundlage zu gewährleisten.

Die Workshops dauerten rund 100 Minuten, die nach den Rückmeldungen der TeilnehmerInnen verdoppelt werden soll, damit nach einer Einleitung mittels eines Impulsreferates ausreichend Zeit für den Gedankenaustausch zur Verfügung steht. In Kleingruppen, bspw. zu fünft, wurden verschiedene Fragestellungen bearbeitet und anschließend im Plenum vorgetragen und diskutiert. So gab es die Möglichkeit, Geschehenes zu reflektieren, aktuelle Prozesse zu betrachten und eigenes Verhalten neu zu bewerten.

Es wurden Details wie Behandlungsabläufe, die Anforderungen einer gesteigerten Hotelleistung, Fortbildungsangebote und deren Qualität sowie Quantität, Unterstützung der Betreuenden durch Elektrotechnik wie Videoüberwachung, Monitorisierung und Bewegungsmelder sowie die Präsenz von Sicherheitsdiensten genauso hinterfragt, wie Abteilungs- und Anstaltsvorgaben, aber auch politische Einflüsse diskutiert.

Es war somit eine Rückblende in die Vergangenheit, die uns eine Evaluierung beziehungsweise eine Bestandsaufnahme in unserem jetzigen Tätigkeitsbe-

reich ermöglichte, um reflektiert und kritisch eine Zukunftsprognose abgeben zu können.

Veranstaltungen, wie oben beschriebene Workshops, können für alle MitarbeiterInnen einer Abteilung oder Institution eine große Bereicherung sein, weil durch die Diskussion und Darlegung unterschiedlicher Perspektiven ein Gedankenaustausch stattfindet, der eine Bewusstseinschärfung und Sensibilisierung ermöglicht, die letztendlich den PatientInnen zu Gute kommt.

Mit diesem Fazit wurde an die Anstaltsleitung die Bitte herangetragen, diese Art Workshops in das Fortbildungsangebot des Krankenhauses aufzunehmen und somit den interessierten MitarbeiterInnen zeitliche Ressourcen und Räume für die Gespräche zur Verfügung zu stellen.

Literatur

1. *profil Das unabhängige Nachrichtenmagazin, Ausgabe Nr.50, 12.Dezember1978*

75. Gezeichnet fürs Leben – Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen

Gianfranco Zuaboni, Stephanie Ventling

Psychische Gesundheitsprobleme und Stigmata

Im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO ist die Zielsetzung formuliert, entschieden gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichbehandlung vorzugehen. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörige sollen gestützt und gestärkt und im Kampf gegen Stigma aktiv eingebunden werden. Als Grund für dieses Vorgehen wird die weite Verbreitung von Stigma angeführt, das Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen anhaftet [1].

Stigma gilt als Zeichen oder Merkmal der Schande, welche negative Einstellungen gegenüber dem Träger zur Folge haben [2].

Um das Phänomen Stigma besser zu verstehen und geeignete, gezielte Interventionen abzuleiten ist eine differenzierte Darlegung des Problems angezeigt. Thornicroft [3] beschreibt drei Kernprobleme, die im Zusammenhang mit Stigma zu sehen sind und entsprechende Massnahmen, um diesen gezielt zu begegnen:

Ignoranz

Es ist eine starke wissenschaftliche Evidenz darüber vorhanden, dass die meisten Menschen wenig Wissen über psychische Erkrankungen haben und viele der verbreiteten Informationen nicht korrekt sind. Es werden nützliche Auskünfte (z.B. Broschüren) benötigt, die über Merkmale von psychischen Erkrankungen und Hilfsangebote informieren.

Vorurteile

Furcht, Angst und Vermeidung sind verbreitete Reaktionen, sowohl für Menschen ohne psychische Erkrankungen (als Reaktion auf Menschen mit Erkrankungen), als auch für Menschen mit Erkrankungen, welche Reaktio-

nen und Diskriminierungen antizipieren und sich eine Form der „Selbststigmatisierung“ auferlegen.

Diskriminierung

Sowohl die wissenschaftliche Evidenz, als auch Berichte von Psychiatererfahrenen weisen deutlich darauf hin, dass Diskriminierung das Leben vieler Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen beeinträchtigt. So werden Beziehungen, Kindererziehung, Arbeit und alltägliches soziales Leben viel schwieriger. Massnahmen werden benötigt, die Soziale Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern.

Den Fachpersonen kommt im Zusammenhang mit Stigma eine zentrale Bedeutung zu. So sind sie einerseits selber vielfach Adressaten von Stigma [4] und andererseits berichten viele Betroffene von stigmatisierenden Erfahrungen mit Fachpersonen [5]. Darüber hinaus sind Fachpersonen wichtige Akteure bei der Wissensvermittlung von psychischen Gesundheitsproblemen [6].

Zur Bekämpfung von Stigma wurden bereits zahlreiche erfolgreiche Interventionen umgesetzt. Am Dreiländerkongress stellen wir zwei unterschiedliche Interventions-Ansätze vor, deren Zielgruppen einerseits Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und andererseits Fachpersonen sind.

In Würde zu sich stehen

„In Würde zu sich stehen“ nach dem amerikanischen Original “Coming Out Proud“ von P.W. Corrigan [7], ist ein Peer-geleitetes-Angebot zur Stärkung der eigenen Anti-Stigma Kompetenz. Belastungen und Chancen der Geheimhaltung vs. Offenlegung von psychischer Erkrankung werden im eigenen Umfeld unter Einbezug der eigenen sozialen Rollen analysiert. Es wird ermutigt, die individuell erlebte Diskriminierung zu konfrontieren und für soziale Akzeptanz und Inklusion einzustehen. Dabei wird die persönliche Vulnerabilität berücksichtigt. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde „In Würde zu sich stehen“ international erstmals in der Schweiz wissenschaftlich evalu-

iert. Das Sanatorium Kilchberg bietet seit August 2013 dieses Gruppenangebot an.

Anti-Stigma Kompetenzen

Auf der Basis des Manuals „Antistigma-Kompetenzen in der psychiatrischen-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis“ [8] können Fachpersonen weitergebildet werden. Die als Workshop konzipierte Schulung, basiert auf dem Motto „Gemeinsam gegen die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen“. Das wird auch bei den Dozierenden berücksichtigt, welche Fachpersonen und Experten, Expertinnen aus Erfahrung sind.

Literatur

1. WHO. (2005). *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit*. Helsinki.
2. Thornicroft, Graham, Rose, Diana, Kassam, A., & Sartorius, Norman. (2007). *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? British Journal of Psychiatry, 190, 192-193.*
3. Thornicroft, Graham. (2009). *Shunned: Discrimination against people with mental illness: Oxford University Press New York.*
4. Schomerus, G., & Angermeyer, M.C. (2013). *Psychiatrie – endlich entstigmatisiert? Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990-2011. Psychiatrische Praxis, 40, 59-61.*
5. Horsfall, Jan, Cleary, Michelle, & Hunt, Glenn E. (2010). *Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. Issues in Mental Health Nursing, 31(7), 450-455.*
6. Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009). *Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. Archives of Psychiatric Nursing, 23(1), 32-40.*
7. <http://www.stigmaandempowerment.org/resources#Coming%20Out%20Proud%20program>
8. Freimüller, Lena, Wölwer, Wolfgang, & Horn, Katharina. (2012). *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis das Trainingsmanual. Stuttgart: Schattauer.*

76. Entstehung eines einrichtungswerten Konzeptes am Beispiel der Aromapflege

Debora Zwick, Martin Holzke

Hintergrund

Komplementäre Pflegemethoden gewinnen in der psychiatrischen Versorgung vermehrt an Bedeutung. Diesbezüglich wurde im ZfP Südwürttemberg bereits im Jahr 2004 festgestellt, dass auf mehreren, unterschiedlichen Stationen mit ätherischen Ölen und anderen komplementären Pflegemethoden wie z. B. Wickel, Einreibungen oder Waschungen gearbeitet wird. In Folge dessen ist ein stationsübergreifendes Konzept für den Umgang mit komplementären Pflegemethoden entwickelt worden. Das Konzept wird in dieser Form, aufgrund der positiven Erfahrungen und Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten sowie Pflegenden, mittlerweile standortübergreifend in den Bereichen KPP und Arbeit und Wohnen umgesetzt.

Problemstellung

Die Ausgangssituation ist gekennzeichnet durch eine heterogene Verwendung von unterschiedlichen ätherischen Ölen und Anwendungsmethoden, unterschiedlichen Ansätzen, Wissensständen und fehlender Koordination der Angebote. Dies resultiert aus den unterschiedlichen individuellen Ansätzen einzelner Mitarbeiterinnen, die ihre persönliche Kompetenz nutzten, um das pflegerische Angebot der Stationen zu erweitern.

Ziele

Ziel war das vorhandene Wissen zu bündeln, ein einheitliches, nachhaltiges Konzept und Nachschlagewerk zu erstellen und eine ansprechende Präsentationsform zu finden, die einen hohen Grad an Praxisrelevanz und Praktikabilität aufweist.

Vorgehen

Um die Zielsetzung zu verwirklichen wurde eine Projektgruppe zur Konzepterstellung gebildet. Das erarbeitete Konzept wurde dann zunächst auf 7 Pilotstationen umgesetzt und evaluiert. Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde das Konzept im Folgenden anfangs an einem Standort und in den folgenden Jahren im gesamten Unternehmen in den Bereichen KPP und Arbeit und Wohnen umgesetzt. Zur Förderung der Nachhaltigkeit sind auf allen Stationen sogenannte „Kümmerer“ für die Umsetzung des Konzepts zuständig. Diese haben weiter die Aufgabe Basisschulungen für ihre Station durchzuführen. Es finden drei Mal jährlich „Kümmerer-Treffen“ statt, um den Austausch aktueller Informationen und die Möglichkeit fachlicher Diskussion zu gewährleisten.

Zentraler Bestandteil des Konzepts ist eine „Aromabox“, die unter anderem Wirkungsformen ätherischer Öle und deren Anwendungsmöglichkeiten beinhaltet. Es werden jährliche Fortbildungsveranstaltungen für die gesamte Einrichtung sowie die Möglichkeit einer stationsspezifischen Fortbildung angeboten.

Die Aufbauorganisation wurde durch die Gründung eines Qualitätszirkels zum Thema Aromapflege angepasst. Dieser stellt sicher, dass die qualitative Weiterentwicklung des Konzepts gewährleistet ist. Weiter wurde durch die Freistellung einer Aromaaexpertin die notwendige Struktur geschaffen, um für Pflegende, Ärzte und die Apotheke eine eindeutig definierte Ansprechperson festzulegen.

Ergebnisse/Erfahrungen

Durch die strukturellen Anpassungen und die Konzeptualisierung ist es gelungen, die vorhandenen unterschiedlichen Kompetenzen zum Thema Aromapflege zusammenzuführen und somit eine flächendeckende Einführung und Anwendung zu erreichen. Ein Indiz für die Nachhaltigkeit dieses Vorgehens ist die zunehmende Nachfrage nach Fortbildungen zum Thema Aromapflege, sodass in der Regel zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr statt-

finden müssen. Die positiven Effekte der Aromapflege konnten bereits in der Ausgangsuntersuchung nach der Einführung auf den Pilotstationen nachgewiesen werden [1].

Diskussion

Um Aromapflege als wichtiges Element der psychiatrischen Pflege aus einem Nischendasein und der häufigen Diskussion von Esoterik oder Evidenzbasierung zu führen, ist es notwendig auf Basis der bestehenden Erkenntnisse Konzepte zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Damit diese jedoch nicht auf stationsspezifische, lokale Initiativen begrenzt sind, muss auf Ebene der Aufbauorganisation die notwendige Struktur geschaffen werden, insbesondere, damit die Nachhaltigkeit und Qualitätsorientierung gesichert wird.

Schlussfolgerungen

Durch die flächendeckende Einführung von Aromapflege ist es gelungen, Elemente der komplementären Pflege auf breiter Basis in den Alltag der psychiatrischen Pflege und in den Pflegeprozess zu implementieren. Davon profitieren sowohl Patientinnen und Patienten als auch Pflegende, durch die Förderung ihrer Eigenständigkeit und der Ermöglichung von pflegerischen Handlungsalternativen.

Literatur

1. Zwick, D.; Wiegand, W. (2009) *Einführung und Umsetzung der Aromapflege in einer psychiatrischen Klinik: Das Wohlbefinden steigern. Pflegezeitschrift 2009, Jg. 62, Heft 7: S. 400-403.*

Posterpräsentationen

77. NANDA-I 2012-2014 - Was ist neu?

Anna Heinsch, Ulrich von dem Berge

Hintergrund

Die amerikanische Organisation NANDA International (NANDA-I) macht es sich seit rund 40 Jahren zur Aufgabe, eine standardisierte Taxonomie basierend auf Pflegediagnosen weltweit zur Verfügung zu stellen. Dieses Jahr ist im deutschsprachigen Raum die Version NANDA-I Definitionen und Klassifikationen 2012-2014 erschienen. Rund 25 Pflegeexperten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz haben diese Übersetzung abschließend validiert und zahlreiche Anregungen für die deutsche Ausgabe gegeben, mit dem Ziel die Akzeptanz der Sprachfassung und die praktische Anwendbarkeit der NANDA-I-Taxonomie im deutschen Sprachraum zu erhöhen[1].

Einleitung

Pflegediagnosen gelten als Schlüssel für evidenzbasierte, professionelle Pflege und sind ein effektives Werkzeug, um die Bedürfnisse der Patienten zu erfüllen sowie die Patientensicherheit sicherzustellen [1]. Die Entwicklung der NANDA-I-Pflegediagnosen ist ein fortwährender Prozess. Im Moment erscheint im Turnus von 3 Jahren eine neue, ergänzte und überarbeitete amerikanische Ausgabe. In der aktuellen Version 2012-2014 liegen 216 Pflegediagnosen inklusive Definition, bestimmende Merkmale, beeinflussende Faktoren bzw. Risikofaktoren vor[1].

NANDA-I 2012-2014

16 neue Pflegediagnosen wurden in die NANDA-I Taxonomie aufgenommen und 11 schon bestehende überarbeitet. Eine Pflegediagnose (Wahrnehmungstörung) ist aus der aktuellen Erscheinung ausgeschieden[1].

Fünf der Sechzehn neuen Pflegediagnosen sind für die psychiatrische Pflege besonders relevant.

- Gesundheitsdefizit einer Gemeinschaft (Gesundheitsförderung)
- Ineffektive Impulskontrolle (Wahrnehmung/Kognition)
- Gefahr einer gestörten persönlichen Identität (Selbstwahrnehmung)
- Gefahr eines chronisch geringen Selbstwertgefühls (Selbstwahrnehmung)
- Gefahr einer unwirksamen Aktivitätenplanung (Coping/Stresstoleranz)

Das spezielle an dieser Ausgabe ist, dass einige Pflegediagnosen umgruppiert wurden. Das stellt die Pflegenden vor die Herausforderung bislang benutzte Pflegediagnosen für bestimmte Pflegeprobleme nicht mehr in der Form wie bisher anwenden zu können. Konkret wird das am Beispiel der Pflegediagnose „Unwirksamer Selbstschutz“. Diese befand sich bislang in der Domäne „Sicherheit/Schutz“ und wurde häufig genutzt um Pflegeprobleme von intoxikierten Patienten oder Patienten mit einlaufender Entzugssymptomatik abzubilden. In der aktuellen NANDA-I 2012-2014 Version wurde diese Pflegediagnose in die Domäne „Gesundheitsförderung“ verschoben und kann für die Akuität der Problematik nicht mehr genutzt werden.

Die Pflegeexperten des ZfP Südwürttemberg haben sich aus diesem Grund dafür entschieden eine neue Pflegediagnose bei NANDA-I-Diagnosenentwicklungskomitee einzureichen um die Pflegeprobleme von intoxikierten Patienten wieder abbilden zu können. Die, mit Unterstützung der Deutschsprachigen NANDA-I Mitglieder Gruppe, erstellte Pflegediagnose trägt den Titel „Gefahr eines Entzugsdeliriums“.

Schlussfolgerung

Durch die fortlaufende Entwicklung der NANDA-I finden immer wieder Veränderungen der Pflegediagnosen statt. Neue werden hinzugefügt, andere überarbeitet oder gestrichen, da sie zu spezifisieren sind. Es gibt immer noch eine Reihe von Pflegeproblemen die nicht oder nicht eindeutig über NANDA-I abgebildet werden können. Die Nutzer der Pflegediagnosen werden vom NANDA-I-Diagnosenentwicklungskomitee aufgefordert und ermutigt neue Pflegediagnosen einzureichen. Wir möchte alle NANDA-Nutzer auffordern dies auch zu tun und unterstützen Sie dabei gerne.

Literatur

1. *NANDA International: Pflegediagnosen- Definitionen und Klassifikationen 2012-2014, Recom Verlag 2013*

78. Deutsche Übersetzung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) - Poster

Michael Löhr, Michael Schulz, Bruno Hemkendreis, André Nienaber

Hintergrund

Intensive Betreuungen von Patienten z. B. aufgrund der Gefahr einer Selbstschädigung oder bestehender akuter Suizidalität kommen in der Praxis der stationären psychiatrischen Versorgung immer wieder vor. In der Regel sind es Pflegende, die diese Interventionen durchführen und die Patienten in diesen besonderen Situationen begleiten.

Problemstellung

In der Praxis besteht allerdings die Gefahr, dass wichtige Informationen über den Prozess der Intensivbetreuung nicht systematisch erfasst und sowohl zwischen den Pflegenden als auch im multidisziplinären Team nicht kommuniziert oder weitergegeben werden. Vor diesem Hintergrund ist von Björkdahl, Nyberg, Runeson und Omerov [1] am Karolinska Institut in Schweden die Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) entwickelt worden.

Ziele

Das Ziel der SPOC ist es, als Instrument für die Praxis, den Prozess der systematischen Dokumentation von beobachtbarem Verhalten zum Thema Suizidalität im Rahmen einer Intensivbetreuung zu unterstützen. Darüber hinaus kann die SPOC die Kommunikation über die Intensivbetreuung sowohl im Team als auch direkt mit dem Patienten unterstützen.

Das Ziel der Übersetzung der SPOC ist es, das bisher in schwedischer und englischer Sprache vorliegende Instrument auch für die deutschsprachige Praxis zugänglich zu machen.

Vorgehen

Der Übersetzungsprozess erfolgte in vier Schritten anhand der von Martin, Vincenzi und Spirig [2] beschriebenen Prinzipien und Methoden für den Übersetzungsprozess für Instrumente der Pflegewissenschaft und –praxis. Im Anschluss an den Übersetzungsprozess erfolgte in einem fünften Schritt eine Inhaltsvalidierung des Instruments.

Ergebnisse

Als Ergebnis des Praxisprojektes liegt die SPOC nun in deutscher Sprache als systematisches Dokumentationsinstrument für die stationäre Intensivbetreuung von Menschen in suizidalen Krisen vor [3].

Diskussion

Beobachtungen zu den Punkten Verhalten, Antrieb, Stimmungslagen und Äußerungen des Patienten können systematisch mit Hilfe der SPOC erfasst werden. Die Informationen können sowohl zu einer Verbesserung in der Planung von Interventionen und als auch der Kommunikation im Behandlungsteam beitragen. Darüber hinaus kann die mithilfe der SPOC dokumentierte Stimmungslage oder wahrgenommene Problemlage in der direkten Kommunikation mit dem Patienten und zum Beziehungsaufbau genutzt werden. Der Einsatz sollte umsichtig erfolgen, da die einzelnen Items auf der subjektiven Meinung der für die Delphi-Befragung ausgewählten Teilnehmer stammen. Daten zur Validität und Reliabilität liegen nicht vor.

Schlussfolgerungen

Eine deutschsprachige Version der SPOC liegt vor. Die deutsche Version der SPOC und eine Anleitung zur Nutzung können auf der Internetseite der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (www.dfpp.de) heruntergeladen werden.

Literatur

3. Björkdahl, A., Nyberg, U., Runeson, B., & Omerov, P. (2011). *The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. J Psychiatr Ment Health Nurs, 18(6), 558-561.*
4. Martin, J. S., Vincenzi, C., & Spirig, R. (2007). *Prinzipien und Methoden einer wissenschaftlich akkuraten Übersetzungspraxis von Instrumenten für Forschung und direkte Pflege. Pflege, 20(3), 157-163.*
5. Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A. & Nienaber, A. *Deutsche Übersetzung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) – ein Instrument für die Praxis. Pflege (accepted).*

79. Ein Pflegerischer Ansatz für Patienten mit Delirium [Postoperatives Delirium bei älteren Menschen]

Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher, Björn Kruse, Torsten Kratz

Ziel der Studie/Fragestellung

Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf Chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus. Das Delirium bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt. Wir wollten wissen, ob die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt.

Methoden

2-Jahres-Studie (2011-2012) mit einer 1-Jahr-Nicht-Intervention-Phase: "Prävalenz-Phase", in der wir die Häufigkeit des Deliriums auf zwei Chirurgischen Stationen dokumentiert haben, gefolgt durch eine 1-Jahr-Intervention-Phase auf einer der beiden Chirurgischen Stationen. Die andere Chirurgische Station war Kontrollstation. Es wurden nicht-pharmakologische Interventionen verwendet, wie z. B. beschrieben in Hospital Elder Life Program (HELP).

Ergebnisse

Wir präsentieren qualitative Daten aus unserer empirischen Untersuchung:

An zwei Fällen geben wir Antworten auf folgende Fragestellungen:

- Wer kann ein Delirium von einer Demenz unterscheiden?
- Wie kann es differenziert werden? Wer beobachtet die klinischen Anzeichen?

- Wer hat die Zeit, um diese Beobachtungen zu machen – Haben Krankenschwestern die notwendige Kompetenz?

Im Fall 1:

Der Patient war am dritten Tag nach der Operation nicht mehr im Delirium. Eine Behandlung mit Neuroleptika war nicht erforderlich. Am zehnten Tag nach der Operation konnte er die Gehhilfe autonom verwenden: Der Patient wurde dann in eine Rehabilitationsklinik verlegt.

Im Fall 2:

Der Patient war am Nachmittag des Tages nach der Operation nicht mehr im Delirium. Es erfolgte eine kurzfristige (1 Woche) Behandlung mit Neuroleptika (Risperidon) in niedriger Dosierung zur Prävention. Der Patient konnte nach einer Woche zur geriatrischen Rehabilitation verlegt werden.

Diskussion

Wir diskutieren die nicht-pharmakologischen Interventionen in unserer Studie:

These: Das Pflegepersonal verfügt über eine Kernkompetenz sowohl beim Erkennen des Deliriums als auch bei der nicht-pharmakologischen Prävention und Behandlung des Delirs.

These: Eine patientenorientierte Prävention und Behandlung des Delirs setzt eine interprofessionelle Herangehensweise voraus.

These: Die nicht-pharmakologische Interventionen sind ein Multi-Compound-Ansatz. D.h. die Pflege kann hiermit einen Zusatznutzen für die Delirprävention und Delirbehandlung für die eigene Berufsgruppe verbuchen.

These: Spezielle Delirstationen sollten pflegerisch geleitet werden. Fachärzte sollten konsiliarisch hinzugezogen werden.

Schlussfolgerung

In beiden Fällen wurde der Beginn der Symptome/Symptomatik des Deliriums vom Pflegepersonal bemerkt. Ein sehr intensiver Kontakt des qualifizierten Pflegepersonals mit dem Patienten im Delirium war hierbei von besonderer Bedeutung.

Schnelle und zielgerichtete, nicht-pharmakologische Interventionen beeinflussen das Delirium. Dies gilt sowohl für die Dauer und Intensität als auch für Folgen des Deliriums.

Eine sehr intensive pflegerische/psychosoziale 1:1 Behandlung/Betreuung, frühe Mobilisierung, Wiederherstellung der Normalität (soweit als möglich), Neuausrichtung und Beruhigung des Patienten sind von herausragender Bedeutung.

Der Einsatz von Delirspezialisten und die Implementierung von clinical pathways auf einer chirurgischen Station senkt das postoperative/stationäre Delirrisiko.

80. Postoperatives Delirium bei älteren Menschen: Ergebnisse einer empirischen Studie

Eckehard Schlauß, Björn Kruse, Albert Diefenbacher, Torsten Kratz

Ziel der Studie/Fragestellung

Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf Chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus. Das Delirium bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt. Wir wollten wissen, ob die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt.

Methoden

2-Jahres-Studie (2011-2012) mit einer 1-Jahr-Nicht-Intervention-Phase: "Prävalenz-Phase", in der wir die Häufigkeit des Deliriums auf zwei Chirurgischen Stationen dokumentiert haben, gefolgt durch eine 1-Jahr-Intervention-Phase auf einer der beiden Chirurgischen Stationen. Die andere Chirurgische Station war Kontrollstation. Die Interventionen, die verwendet wurden, waren nicht-pharmakologische, wie z. B. beschrieben in Hospital Elder Life Program (HELP).

Ergebnisse

Die Daten-Analyse zeigt eine Frequenz des Delirs auf beiden Chirurgischen Stationen von 20% in der „Prävalenzphase“. Während der „Interventionsphase“ blieb die Frequenz des Delirs auf der Kontrollstation bei 20%, während auf der Interventionsstation das Delirium auf eine Frequenz von 6% sank.

Diskussion

Unsere Daten zeigen, dass nicht-pharmakologische Interventionen, die durch das Pflege- und Betreuungspersonal durchgeführt werden, zu einer signifikanten Reduktion der Inzidenz des Deliriums führen.

Der Erfolg dieser intervenierenden Studie wurde durch das Chirurgische Personal erkannt. D.h. auch nach der Studie, erfolgte eine Umsetzung einiger Strategien durch das Pflegepersonal der Interventionsstation.

Die Ergebnisse der Studie führten zu einer entsprechenden Nachfrage, dass ein ähnliches Programm/Vorgehen entsprechend modifiziert implementiert auf den anderen somatischen Stationen des Krankenhauses.

Es werden mögliche Interventionen beispielhaft diskutiert, die sowohl präventiv als auch therapeutisch durchgeführt werden können.

Schlussfolgerungen

Der Einsatz von Delirspezialisten und die Implementierung von clinical pathways auf einer chirurgischen Station senkt das postoperative/stationäre Delirrisiko.

Schnelle und zielgerichtete, nicht-pharmakologische Interventionen beeinflussen das Delirium. Die Beziehungsgestaltung, d.h. eine fachlich hochqualifizierte Pflege sollte in eine psychosoziale Betreuung integriert sein, ist von besonderer Bedeutung. Dies sollte inhaltlich diskutiert werden.

81. Wege zum „demenzfreundlichen Krankenhaus“ – Delirprävention im Evangelischen Königin Elisabeth Herzberge Krankenhaus

Echehard Schlauß, Albert Diefenbacher, Torsten Katz, Uwe Kropp

Zielsetzung

Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung von Delirien älterer Patienten auf Chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus, um Verlegungen in die Psychiatrie möglichst zu vermeiden. Dies soll durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) erfolgen.

Ausgangssituation

Das Delir bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt und nicht selten zu Spannungen zwischen unterschiedlichen Fachabteilungen führt, wobei Psychiatrische Abteilungen häufig gedrängt werden, „umtriebige alte Patienten mit „Weglaftendenz“ (besser: „Umherlaftendenz“) auf einer geschlossenen Station unterzubringen“ (so könnte eine entsprechende Konsilanforderung lauten [1, 2].

Wir wollten speziell wissen, ob die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt und ob sich damit das Management dieser hochbetagten Patientengruppe innerhalb einer Chirurgischen Fachabteilung im KEH verbessern und Verlegungen in Psychiatrische Abteilungen verringern lassen.

Methoden

2-Jahres-Studie (2011-2012): einjährige Nicht-Interventions-Phase ("Prävalenz-Phase") in der wir die Häufigkeit des Delirs auf zwei Chirurgischen Stationen im KEH dokumentiert haben, gefolgt von einer einjährigen Interventions-Phase auf einer der beiden Chirurgischen Stationen. Die andere Chirurgische Station war die Kontrollstation. Die Interventionen, die verwendet wurden, waren nicht-pharmakologische, wie zum Beispiel beschrieben im „Hospital Elder Life Program“ (HELP) [3, 4].

Quantitative Ergebnisse

Die Daten-Analyse zeigt eine Frequenz des Delirs auf beiden Chirurgischen Stationen von 20% in der „Prävalenzphase“. Während der „Interventionsphase“ blieb die Frequenz des Delirs auf der Kontrollstation bei 20%, während auf der Interventionsstation das Delir auf eine Frequenz von 6% sank.

Qualitative Ergebnisse

Die qualitativen Daten aus unserer empirischen Untersuchung geben anhand von einem Fall Antworten auf folgende Fragestellungen:

- Wer kann ein Delir von einer Demenz unterscheiden?
- Wie kann es differenziert werden? Wer beobachtet die klinischen Anzeichen?
- Wer hat die Zeit, um diese Beobachtungen zu machen? Haben Krankenschwestern die notwendige Kompetenz?

Diskussion der Kasuistik

Der Beginn der deliranten Symptomatik wurde durch das Pflegepersonal (Delirpfleger) festgestellt. Es konnte durch eine rasche und zielgerichtete Intervention der delirante Verlauf verkürzt und in seiner Intensität abgemildert werden.

Zusammenfassung

Die Anwendung nicht-pharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) führt zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien.

Das Management dieser hochbetagten Patientengruppe innerhalb einer Chirurgischen Fachabteilung im KEH wurde verbessert, und Verlegungen in Psychiatrische Abteilungen verringert.

Ausblick

Eine sehr intensive 1:1 Betreuung, d.h. insbesondere durch eine frühestmögliche Mobilisation, Reorientierung und einen valorierenden Umgang, und damit einer weitgehenden Normalisierung (nach Möglichkeit ist der Lebensalltag wieder herzustellen) kann ein Delir verhindern bzw. dessen Verlauf signifikant beeinflussen.

Das Delir ist eine Herausforderung für das interdisziplinär-multiprofessionelle Team.

Literatur

1. *Nice Guidelines Delir:*
<http://guidance.nice.org.uk/CG103/NICEGuidance/pdf/English>, letzter Zugriff am 29.05.2013 um 13.45 Uhr
2. M. Wolf, V. Arolt, R. Burian, A. Diefenbacher (2013) *Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik – Ein Überblick*. *Nervenarzt* 84(3): 639-647
3. Inouye SK: *The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients*. *Am J Med* 1994, 97(3):278-288
4. Inouye SK: *A Practical Program for Preventing Delirium in Hospitalized Elderly Patients*. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2004, 71(11): 890-896

82. „Lotta“ – Einsatz eines Therapiebegleithundes in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Sabine Urban, Björn Zillmer, Lorenz B. Dehn

Ausgangssituation

In vielen Bereichen der Humanmedizin liegen Daten vor, welche die gesundheitsfördernde Wirkung tiergestützter Intervention (TGI) aufzeigen [1]. Hinsichtlich des Einsatzes von Hunden in der stationären Psychiatrie deuten einzelne Studien an, dass TGI positive Effekte auf das Kommunikations- sowie Interaktionsverhalten der Patienten hat und Angstsymptome verringert [2, 3]. Zudem wirkt sich der Einsatz eines Therapiebegleithundes in der psychiatrischen Rehabilitation Suchtkranker positiv auf die Patient-Therapeut-Beziehung aus [4]. Systematische Studien über mögliche Effekte einer Intervention mit einem Therapiebegleithund auf psychische und krankheitsspezifische Aspekte bei substanzabhängigen Patienten während ihres stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Akutklinik sind bisher nicht bekannt.

Zielsetzung

Mit dem Projekt „Lotta“ wird empirisch untersucht, inwieweit die Anwendung von TGI mit einem Hund positive Wirkungen auf die emotionale Befindlichkeit, das aktuelle Suchtdruckempfinden (Craving) und subjektiv empfundene Beeinträchtigungen durch psychische und körperliche Symptome von substanzabhängigen Patienten in der stationären Akutbehandlung hat.

Methode

Mittels einer Fall-Kontrollgruppen-Studie im Cross-Over-(Überkreuzungs-) Design werden im Projekt „Lotta“ 20 Patienten mit einer ICD-10 Diagnose aus der Kategorie F1 im Alter von 18-65 Jahren untersucht. Die Patienten erklären sich freiwillig bereit, über zwei Wochen hinweg an insgesamt sechs

festgelegten Terminen für jeweils 30 Minuten einen durch einen Fachkrankenpfleger begleiteten Spaziergang mit Hund (Intervention) bzw. ohne Hund (Kontrollangebot) durchzuführen. Die Probanden werden hierfür randomisiert in zwei Gruppen aufgeteilt. Probanden der Gruppe A erhalten zuerst das Interventionsangebot und anschließend das Kontrollangebot. Bei den Probanden der Gruppe B wird genau umgekehrt verfahren. Vor, während und nach der Projektteilnahme werden von den Patienten Fragebögen ausgefüllt, wie u. a. SAM (Self Assessment Manikin, Erfassung der emotionalen Befindlichkeit, [5]) und BSI (Erfassung der psychischen Belastung, [6]), beides international anerkannte Verfahren mit zufriedenstellenden Gütekriterien. Zudem werden der empfundene Suchtdruck und eine abschließende Bewertung der Interventionsmaßnahme abgefragt. Die statistische Auswertung erfolgt nach standardmäßigen Crossover-Design-Analysen [7].

Erste Ergebnisse

- Signifikant positiver Effekt der TGI auf die Dominanz sowie tendenziell auf die Erregungskomponente des emotionalen Befindens (SAM)
- Auswirkungen auf die Suchtdruckveränderungen noch unklar
- Patienten bewerten direkte hundebezogene Interventionsaspekte (an der Leine führen, Streicheln) durchweg als hilfreich
- Positive Einschätzung der gesamten Interventionsmaßnahme

Diskussion

Sollten sich die bisherigen Ergebnisse bestätigen und nachgewiesen werden, dass der therapiebegleitende Einsatz eines Hundes positive Auswirkungen auf die Patienten hat, steht zur Diskussion, wie TGI regelhaft in das bisherige Therapieangebot zu implementieren ist. Die durch die Studie gewonnenen Informationen könnten als Grundlage für die Weiterentwicklung von TGI in anderen stationären, teilstationären und/oder ambulanten (psychiatrischen) Einrichtungen sowie weiterer Patientengruppen bzw. Störungsbilder dienen

und einen Argumentationsbeitrag zur Anerkennung von tiergestützter Therapie durch entsprechende Kostenträger darstellen.

Literatur

1. Wells, D. L. (2007). *Domestic dogs and human health: An overview*. *British Journal of Health Psychology*, 12, 145-156.
2. Corson, S. A. & O'Leary Corson, E. (1980). *Pet animals as nonverbal communication mediators in psychotherapy in institutional settings*. In: S. A. Corson, E. O'Leary Corson & J. A. Alexander (Eds), *Ethnology and non-verbal communication in mental health*, (pp. 83-110). Oxford: Pergamon Press.
3. Barker, S. B. & Dawson, K. S. (1998): *The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients*. In: *Psychiatric Services*, 49, 797-801.
4. Wesley, M. C., Minatrea, N. B., Watson, J. C. (2009). *Animal-Assisted Therapy in the Treatment of Substance Dependence*. *Anthrozoos*, 22(2), 137-148.
5. Lang, P. J. (1985). *The Cognitive Psychophysiology of Emotion: Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
6. Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version -*: Beltz Test.
7. Wellek, S. & Blettner, M. (2012). *Vom richtigen Umgang mit dem Crossover-Design in klinischen Studien*. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(15), 276-281.

83. Gesundheitsförderung „Nachtarbeit der Pflegenden“

Kerstin Will, Linda Diettelbach, Dominique Heine, Traute Lescow, Nicole Witte

Hintergrund

Aufgrund des Arbeitens in einem Dreischichtsystem, kam uns bei der praktischen Arbeit und des Ausscheidens der Kollegen aus dem Beruf, folgende Fragestellung:

Fragestellung

Welche belastenden Auswirkungen hat der Nachtdienst auf die Pflegenden im Krankenhaus und anderen stationären Einrichtungen und wie kann dem entgegengewirkt werden?

Vorgehen

Das unterschiedliche Schichtsystem stellt für den menschlichen Organismus eine erhöhte Belastung dar. Der Autor Michael Brehmer schreibt Folgendes in seiner Literatur: „Individuell und auf kurze Zeitphasen hin betrachtet wird die Arbeit in Schichtsystemen in sehr unterschiedlichem Maß als Belastung empfunden“ [1]. Was auch für „ältere Mitarbeiter“ [2], bezogen auf den „demographischen Wandel“ [3] eine erhöhte Belastung darstellt. Sie wechseln in den Tagdienst oder sind über einen längeren Zeitraum erkrankt. Andere sind der Meinung, dass sie aufgrund persönlicher Belange nicht längerfristig in den Nachtstunden arbeiten können.

Die Kolleginnen spielen mit dem Gedanken, der Pflege den Rücken zu kehren, da die Belastungen aufgrund reduzierten Personals und höherem Arbeitsaufwand sowie die Verantwortung zu groß ist. Die Angst, keine Arbeit mehr zu finden, hindert häufig daran, diesen Schritt zu gehen. Mit diesem Problem hat sich unter anderem die „europäische NEXT-Studie“ (Nurses early exit) [4] befasst.

In wie weit kann der Arbeitgeber präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen durchführen und anbieten? Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, Forderungen der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Gesundheit, die Ottawa Charta von 1986 sowie das Rahmenkonzept Gesundheit 21 geben eindeutige Anweisungen, wie Menschen mit ihrer Gesundheit und der Gesundheitsförderung verantwortungsvoll umgehen sollen. In diesem Zusammenhang werden Belastungen definiert und erklärt, warum diese das Pflegepersonal krank machen können.

Schlussfolgerung

Neben den Möglichkeiten und der Verantwortung des Arbeitgebers werden Maßnahmen des Pflegepersonals aufgeführt, die zum Aufbau und der Stärkung der eigenen Ressourcen und zum Schutz der Gesundheit beitragen. „Die Ressourcen können aus eigener Kraft, aber auch aus der sozialen Umwelt zur Verfügung gestellt werden, und nur mit ihrer Hilfe kann es gelingen, Belastungen zu bewältigen. Gemeinsam wirken die sozialen, psychischen und körperlichen Schutzfaktoren als eine Art „Immunsystem“ [5]. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung Schlaf und Bewegung werden unter diesem Punkt ebenso betrachtet, wie die psychischen Ressourcen, Selbstvertrauen, das Gefühl der Bewältigbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit.

Literatur

1. *Brehmer, M., (2003) Kostbare Zeiten. Arbeitszeit im Krankenhaus. S. 38.*
2. *Schneider, C., (2012) Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: Nebenwirkung Gesundheit. S. 122.*
3. *Schneider, C., (2012) Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: Nebenwirkung Gesundheit. S. 121*
4. *Büscher, A., Tackenberg, P. & Simon, M. (2007) Arbeitssituation und Ausstiegsabsicht in der Pflege- die europäische Perspektive der NEXT-Studie. In Zank, S. & Hedtke-Becker, A. (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel: Europäische Perspektiven. S. 165.*

5. *Jung, B., (2004) Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinn moderner Gesundheitswissenschaften unter besonderer Berücksichtigung von Klein- und Mittelunternehmen. Diplomarbeit. Universität, Wien. Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter equal-aeiou.at/upload/DiplomArbeit_Birgit_Jung.pdf.*

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 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.

84. Autorinnen und Autoren

***Ahrens Ruth**

Kontakt: RuthCAhrens@aol.com

***Anderl-Doliwa Brigitte**, BScN., M.A. Verbundleitung, Psychiatrieverbund Nordwestpfalz, Albert Schweitzer Straße 64, 67655 Kaiserslautern

b.anderl-doliwa@pfalzkrlinikum.de

***Arens Frank**, Gesundheits- und Krankenpfleger, Dipl. Pflegelehrer, Studium Lehramt an berufsbildenden Schulen/Fachrichtung Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück, Vorbereitungsdienst für das Lehramt an berufsbildenden Schulen; in Niedersachsen (D) unter anderem an einer berufsbildenden Schule in der Altenpflegeausbildung tätig.

Kontakt: fharens@web.de

***Auclair Yvonne**, Diplom-Pflegewissenschaftlerin, stellvertretende Pflegedirektorin der LWL Klink Herten

Kontakt: yvonne.auclair@wkp-lwl.org

***Autenrieth-Seiler Beatrix**, Kinderkrankenschwester für Psychiatrie, Fachwirtin für Organisation und Führung, Stv. Stationsleitung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

***Barschtipan Daniel**, ist seit Januar 2013 als Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie auf einer offenen Behandlungsstation für Depression und Persönlichkeitsstörungen beschäftigt. Zuvor war er im Akutbereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie tätig.

Kontakt: D.Barschtipan@GenderMentalHealth.de

Baumeister Maren, Studien und Projektkoordinatorin, Abteilung für Gerontopsychiatrie im EvKB

Kontakt: maren.baumeister@evkb.de

Behrens Johann, Prof. Dr. habil., stellvertretender Institutsdirektor: Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle / Wittenberg.

Kontakt: johann.behrens@medizin.uni-halle.de

***Berner Markus**, MAS „Mental Health“, Pflegeexperte HöFa II, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Dozent an der Berner Fachhochschule Gesundheit, Bachelorstudiengang Pflege.

Kontakt: markus.berner@bfh.ch

***Bertelsmann Hilke**, Professorin für Gesundheitswissenschaften und Pro-fessorin für Pflegewissenschaft, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld.

Kontakt: hilke.bertelsmann@fhdd.de

Bierwirth Vera, Dipl. Sozialpädagogin, Beraterin aus Erfahrung/ExIn, Ko-Moderatorin in der 2. Stabilisierungsgruppe

***Boden Marie**, DBT-Therapeutin für Sozial- und Pflegeberufe, Erzieherin, PN, Dipl. Fotodesignerin, freischaffende Künstlerin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) Klinik für Psychiatrie.

Kontakt: Marie.Boden@evkb.de

Brömmer Martin, Diplomkrankenschwester, Fallkoordinator Stadt Krankenhaus, Psychiatrieverbund Nordwestpfalz, Kerststraße 10, 67655 Kaiserslautern

***Christian Burr**, (RN, MNSc in Ausbildung) ist Bereichsleiter Pflege und Pädagogik des Schwerpunktes Psychose an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) in Bern.

Kontakt: christian.burr@gef.be.ch

***Cutcliffe J.R.**, hat die "David G. Braithwaite"-Professur für Pflege an der Universität Texas, USA; ist stellvertretender Dekan am Sternberg College in Vancouver, Kanada und verfügt über eine Gastprofessur an der Universität Ulster, Vereinigtes Königreich.

Dehn Lorenz, BSc., cand. psych., wissenschaftliche Hilfskraft in der Forschungsabteilung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Ev. Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: lorenz.dehn@evkb.de

Diefenbacher Albert, Prof. Dr. med. MBA, Chefarzt der Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik, KEH, Berlin

Diettelbach Linda, Studentin der Fachhochschule der Diakonie, Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

Durmann B., Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH

***Eichmann Bodil**, Pflegefachfrau HF und B.Sc. Pflegewissenschaft, seit 5 Jahren auf der Station Lüthi in der UPD Bern tätig.

Kontakt: bodil.eichmann@gef.be.ch

***Elzer Matthias**, Prof. Dr. med., Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit, Studiengangsleitung Psychiatrische Pflege.

Kontakt: matthias.elzer@pg.hs-fulda.de

Ennen Mareike, pflegerische Stationsleitung, St. F3 Abteilung für Gerontopsychiatrie im EvKB, z.Zt. Studium Psychische Gesundheit B.A.

Kontakt: mareike.ennenl@evkb.de

***Feldt Doris**, DBT-Therapeutin für Sozial- und Pflegeberufe, Dipl. Sozialarbeiterin, Sozial- und Milieupädagogin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB), Klinik für Psychiatrie.

Kontakt: Doris.Feldt@evkb.de

***Finklenburg Udo**, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie Er führt gemeinsam mit 4 weiteren Pflegefachleuten kollektiv den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst "just do it und ist Präsident des "Verein Ambulante Psychiatrische" Pflege.

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

***Frey Barbara**, Pflegeexpertin Höfa II, dipl. Pflegefachfrau HF Psychiatrie, arbeitet als Pflegeexpertin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Kontakt: barbara.frey@puk.zh.ch

***Gähler-Schwab Béatrice**, Just do it, Büren an der Aare, Schweiz

Kontakt: b.gaehler@just-do-it.ch

Gehri Beatrice, Bachelor of Science in Pflege, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Kontakt: beatrice.gehri@stud.unibas.ch

***Gianni Cornelia**, M.ScN (RbP) Fachschwester für Psychiatrie, Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft der Pflegedirektion des Klinikum München Ost, kbo Isar Amber Klinikum. Sie ist tätig in der Begleitforschung pflegerischer Projekte, in der Entwicklung und Bearbeitung von Pflegestandards- Pflegeleitlinien, als Administration eines Wundversorgernetzes sowie in Beratung der pflegerischen Mitarbeiter zu pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Zudem unterrichtet sie an der evangelischen Pflegeakademie München im Bereich der Psychiatrischen Pflege.

Kontakt: cornelia.gianni@kbo.de

***Gießler Wolfram**, Lehrer für Pflegeberufe, BBA, BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen. Projektkoordinator Kompetenznetz Psychiatrie (LWL Kliniken Dortmund, Warstein/Lippstadt, LWL Maßregelvollzug), gefördert über das ESF-Programm Initiative Weiterbilden.

Kontakt: wolfram.giessler@big-essen.de

Glavanovits Katharina, Maga, Absolventin des individuellen Studiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: Katharina.Glavanovits@gef.be.ch

***Gonzales Rebecca**

Kontakt: rebecca.gonzalez@stgag.ch

Grob Silvia, BSc, Spitalregion Fürstenland Toggenburg

Kontakt: silvia.grob@stud.unibas.ch

***Grosser-Ummel Caroline**, Dr. phil., Erziehungswissenschaftlerin, Co-Leiterin der Abteilung Forschung / Entwicklung, Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD)

Kontakt: caroline.grosser-ummel@gef.be.ch

Grieser Manuela, Dozentin und Studienleiterin Berner Fachhochschule Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen

Kontakt: manuela.grieser@bfh.ch

***Gurtner Caroline**, BSc, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern.

Kontakt: caroline.gurtner@bfh.ch

***Hagemann Tim**, Prof. Dr. Dipl. Psychologe, LS für Arbeits- und Gesundheitspsychologie an der FH der Diakonie in Bielefeld.

Kontakt: tim.hagemann@fhdd.de

Hahn Sabine, Prof. PhD, MNS, CNS, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule, Schweiz.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch

Hamann U., Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH

Hammer Jan, Spezialkrankenpfleger für psychische Gesundheitsarbeit und Masterabschluss in klinischer Gesundheitsarbeit, arbeitet als fachlicher Berater in der Forschungs- und Entwicklungsabteilung, Vestre Viken HF.

Kontakt: jan.hammer@vestreviken.no

***Hans Michaela**, Dipl. Pflegefachfrau, seit 10 Jahren im Akut Bereich Station A3 für Milieuthérapie und Soziotherapie in den Psychiatrischen Diensten Thurgau tätig.

Kontakt: mi.hans@gmx.ch

Heckemann Birgit, MNSc, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern

***Hegedüs Anna, Mag.**, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern, Doktorandin der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle – Wittenberg.

Kontakt: anna.hegedues@gef.be.ch

***Heggdal Didrik**, Klinische Psychologe, arbeitet seit 13 Jahren in Asker bei Oslo (Norwegen) auf der Station für psychotische und komplexe Krankheitsbilder in der Abteilung Blakstad, Vestre Viken HF, wo er mit seinem Team das BET-Modell entwi-

ckelt und implementiert hat

Kontakt: didrik.heggdal@vestreviken.no

Heine Dominique, Studentin der Fachhochschule der Diakonie, Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

* **Heinsch Anna**, Pflegeexpertin, B.Sc. Pflegewissenschaften, ZfP Südwürttemberg

Kontakt: anna.heinsch@zfp-zentrum.de

Holzke Martin, M.A. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpfleger, ZfP Südwürttemberg.

Kontakt: martin.holzke@zfp-zentrum.de

***Hemkendreis Bruno**, Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege DFPP, Fachbeirat PsychPflege Heute

Kontakt: hemkendreis@dfpp.de

Hoffmann Holger, PD Dr. med., Abteilungsleiter an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD), Chefarzt der Soteria Bern, Murtenstr. 46, Postfach 52, CH-3000 Bern 10

Kontakt: hoffmann@spk.unibe.ch

Ilic Sanja, Pflegefachfrau HF, Zertifizierte Wundmanagerin

Kontakt: sanja.ilic@ipw.zh.ch

***Isfort Michael**

Kontakt: m.isfort@katho-nrw.de

Jirsa Frithjof, Krankenpfleger, Praxisanleiter, St. F2 Abteilung für Gerontopsychiatrie im EvKB

***Kämmer Wolfram**, Pflegeentwickler/ANP, B.Sc., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: wolfram.kaemmer@evkb.de

Kandziora Markus, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, St. F1 Abteilung für Gerontopsychiatrie im EvKB

Klein Petra, Sozialarbeiterin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, EvKB

Kontakt: P.Klein@evkb.de

***Kleinstück Stefan**, Dipl. Sozialarbeiter, Betriebswirt für soziale Berufe, Krankenpfleger, seit 17 Jahren Hobbytänzer, seit 2005 Koordinator des Demenz-Servicezentrum Region Köln und das südliche Rheinland. Ideengeber, Initiator und Leiter der Initiative „Wir tanzen wieder“.

Kontakt: s.kleinstueck@alexianer-koeln.de

***Kolbe Harald Joachim**, Pflegewissenschaftler (BScN, MScN)

Kontakt: harald.kolbe@wkp-lwl.org

***Konhäuser Tim**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. Fachwirt für Organisation und Führung, Schwerpunkt Sozialwesen. GPS Grosch Patienten Service.

Kontakt: tim.konhaeuser@gmail.com

***Kozel Bernd**, MNSc, Diplom-Pflegewirt (FH), examinierter Krankenpfleger, Doktorand der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle-Wittenberg, Pflegeexperte in der Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch

Kratz Torsten, Prof. Dr. med., Oberarzt der Gerontopsychiatrie, KEH, Berlin

Kropp Uwe, Pflegedirektor KEH, Berlin

Kruse Björn, Dr. med., Gerontopsychiatrie, KEH, Berlin

***Kuck Regine**, Gesundheits- und Krankenpflegerin in der LWL-Klinik Lengerich Abteilung Rheine, Studentin Bachelor of Arts Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege an der FH der Diakonie Bielefeld

Kühner Edeltraud, dipl. Pflegefachfrau HF Psychiatrie, Höfa I Pflege, Höfa I Management, NDS Management in Gesundheitsorganisationen, arbeitet als Stationsleiterin auf der Station C1 für Depressionen und Angsterkrankungen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Kontakt: edeltraud.kuehner@puk.zh.ch

***Lauterbach Iris**, B.Sc.N., Pflegedirektorin im AWO-Psychiatriezentrums Königslutter, seit 14 Jahren in der Psychiatrie tätig.

Kontakt: iris.lauterbach@awo-apz.de

***Lehmann Michael**, Stv. Pflegedirektor, Bereichsleiter Pflege Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankung & Forensik und externe psychiatrische Dienste, Certificate of Advanced Studies in psychiatrischer Pflege, Psychiatrische Klinik Münsterlingen

Kontakt: michael.lehmann@stgag.ch

Lescow Traute, Studentin der Fachhochschule der Diakonie, Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

***Löhr Michael**, M.A., Dipl. Kfm. (FH), Doktorand an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Fachkrankenpfleger für Suchterkrankungen. Er leitet die Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh. Des Weiteren bekleidet er verschiedene Lehraufträge an unterschiedlichen Hochschulen.

Kontakt: m.loehr@wkp-lwl.org

***Mayr Werner**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stationsleiter, seit 18 Jahren auf der Station 41 am Klinikum Heidenheim tätig. Arbeitsschwerpunkte: „Offene Tür“, Vernetzung der stationären und nachstationären Behandlung, psychiatrische Eltern-Kind-Behandlung, Psychiatrie und Spiritualität.

Kontakt: Werner.Mayr@Kiniken-Heidenheim.de

Lillelien Arne, Verantwortlicher Fachkrankenpfleger für die BET auf der Station für psychotische und komplexe Krankheitsbilder in der Abteilung Blakstad, Vestre Viken HF, ist maßgeblich an der Entwicklung und Umsetzung des BET-Modells beteiligt gewesen

Kontakt: arne.lillelien@vestreviken.no

***Löhr Michael**, M.A., Dipl. Kfm. (FH), Doktorand an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Fachkrankenpfleger für Suchterkrankungen. Er leitet die Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh. Des Weiteren bekleidet er verschiedene Lehraufträge an unterschiedlichen Hochschulen.

Kontakt: m.loehr@wkp-lwl.org

Metzenthin Petra, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., R.N. leitet den Studiengang Master of Science in Pflege an der Berner Fachhochschule. Ihre Forschungsschwerpunkte sind psychosoziale Gesundheit und Kommunikation in Gesundheitsberufen.

Mischke Claudia, Prof. Dr. rer. med., MPH, Diplom-Pflegewirtin (FH), Gesundheits- und Krankenschwester ist Dozentin im Studiengang Master of Science in Pflege an der Berner Fachhochschule. Ihre Forschungsthemen sind Gesundheitsförderung und Psychosoziale Gesundheit.

***Montandon Aline**, Bsc in Pflege, Stationsleitung, Dipl. Pflegefachfrau, seit 10 Jahren auf einer allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestation in den Psychiatrischen Diensten Aargau tätig.

Kontakt: aline.montandon@pdag.ch

***Nagel Marianne und Mathias**, Angehörige

Kontakt: info@mn-matthiasnagel.de

Nienaber André, M.Sc., Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Pflegedienstleitung LWL-Klinik Lengerich, Abt. für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie und Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Parkallee 10, 49525 Lengerich.

Kontakt: a.nienaber@wkp-lwl.org

***Noelle Sabine**, Krankenschwester und klinische Pflegeentwicklerin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des evangelischen Krankenhauses Bielefeld.

Kontakt: sabine.noelle@evkb.de

***Ott Ordelheide Petra**, Dipl. Pflegewirtin (FH), Pflegeentwicklung Krankenhaus Mara gGmbH.

Kontakt: Petra.Ott-Ordelheide@mara.de

***Petri Nicole**, geb.22.10.1969 , Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Arbeitet seit 1990 in der Suchtkrankenpflege. Von 2003 bis 2010 im Maßregelvollzug im Nette Gut in Weißenthurm ,von 2010 bis 2013 Stationsleitung der Akuten Aufnahmestation Haus am Rennweg 1 in der Rhein –Mosel-Fachklinik in Andernach. Seit Juli 2013 pflegerische Abteilungsleitung der Abteilung "Suchtmedizin und Sozialpsychiatrie"

***Petri Regina**, Bereichsleitung Gerontopsychiatrie, Untere Zahlbacherstrasse 8, 55131 Mainz

Kontakt: petri@psychiatrie.klinikum.uni-mainz.de

***Pöschel Klaus**, Diakon, Krankenpfleger, Diplom Kaufmann (FH), Doktorand der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück, pflegerische Abteilungsleitung der Gerontopsychiatrie im EvKB.

Kontakt: klaus.poeschel@evkb.de

Pohlmann Wolfgang, Fachkrankenpfleger

Kontakt: Wolfgang.pohlmann@evkb.de

Bernhard Prankel, Dr. Dipl. Psych., Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH

Radlinska Robert, ist seit Dezember 2012 als pflegerischer Stationsleiter und Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt. Zuvor war er in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie tätig.

Kontakt: R.Radlinska@GenderMentalHealth.de

***Richter Dirk**, Prof. Dr. phil., Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern.

Kontakt: dirk.richter@bfh.ch

***Rixe Jaqueline**, Jahrgang 1977, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für psychiatrische Pflege (seit 1997 im EvKB tätig), Studentin des Studiengangs „Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit“ an der FHdD in Bielefeld (5. Semester), Mitglied DFPP.

Kontakt: jacquelinerixe@googlemail.com

Rohde Sabine, Klinische Pflegeentwicklerin Abteilung für Gerontopsychiatrie im EvKB, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Dipl. Sozialarbeiterin (FH),.

Kontakt: sabine.rohde@evkb.de

***Röseler Volker**, Diplom Pflegefachmann, DAS Psychiatrische Pflege, seit 18 Jahren in verschiedenen Funktionen und Bereichen der Psychiatrie in Deutschland und der

Schweiz tätig. Seit 2009 Fachverantwortlicher Pflege auf der Psychotherapiestation im Sanatorium Kilchberg / Schweiz. Schwerpunkte der Arbeit liegen in der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen und Borderline – Persönlichkeitsstörungen.

Kontakt: volker.roeseler@sanatorium-kilchberg.ch

***Ruppel Lars**, leitet seit 2009 das Poesie-Projekt „Weckworte“ für Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung, hält Vorträge und Workshops zum Thema Poetry Slam und „Weckworte“ und ist selbst in der Poetry-Slam-Szene aktiv. Dieser Beitrag ist eine gekürzte Version eines Artikels, erschienen in der Fachzeitschrift „Psych. Pflege Heute“, Ausgabe 5/13; www.larsruppel.de/ www.alzpoetry.de

Kontakt: slamarburg@gmx.de

***Schäfer Alexandra**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH

Kontakt: A.Schaefer@diako-online.de

***Schniederjan Petra**, LWL-Klinik Hertent, Pflegexpertin, Adherence-Trainerin, Studentin B.A. Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege

Kontakt: petra.schniederjan@wkp-lwl.org

***Schoppmann Susanne**, Dr. rer. medic, Duisburg, Fachkrankenschwester f. psychiatrische Pflege, Regenbogen -Duisburg GmbH, Kontaktadresse: Dr. Susanne Schoppmann, Regenbogen-Duisburg GmbH, Erlenstrasse 63, 47055 Duisburg, Deutschland.

Kontakt: s.schoppmann@web.de

***Schulz Michael**, Prof. Dr, Lehrstuhl Psychiatrische Pflege, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Kontakt: Michael.Schulz@fhdd.dek

***Schlauß Eckehard**, Altenpfleger und Dipl.-Gerontologe, Stabsstelle beim Pflegedirektor, seit über 20 Jahren Mitarbeiter der Gerontopsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge [KEH], Berlin.

Kontakt: e.schlauss@keh-berlin.de

*** Schulte- Döinghaus Christiane**, Examinierte Krankenschwester, seit 15 Jahren im Bereich der Epilepsiechirurgie tätig, Schwerpunkte: Transcultural Nursing

Kontakt: christiane.75@web.de

Schwarze Thomas, MNSc, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern.

Schweika Elisabeth, Beraterin aus Erfahrung/ExIn, Teilnehmerin und Vertretungsmoderatorin in der 1. Stabilisierungsgruppe

***Sprenger Philipp**, Dipl. Pflegefachmann, Certificate of Advanced Studies in psychiatrischer Pflege. Drogenentzug- und Kurzzeitherapie K2, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Schweiz.

***Stadtmann Manuel**, RN, BSN, cand. MSN
Kontakt: manuel.stadtmann@stud.unibas.ch

Staide Andrea, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, ProDeMa® Deeskalationstrainerin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im EvKB
Kontakt: andrea.staide@evkb.de

Stefan Harald, PhD., MSc., Philosophiae doctor nursing Science, Master of Science in nursing, Akademischer Pflegemanager, Diplomierter psych. Gesundheits- und Krankenpfleger

Steinauer Regine, MSc (nursing), Pflegefachfrau Psychiatrie. Pflegewissenschaftlerin in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) auf der Abteilung Pflege, Qualität und Dienste in Kooperation mit der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD).
Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch

Strehler Lucia, dipl. Pflegefachfrau HF, Pflegeexpertin Höfa II, arbeitet als Fachexpertin auf der Station C1 für Depressionen und Angsterkrankungen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
Kontakt: lucia.strehler@puk.zh.ch

Stutte Karin, BSc, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Kontakt: karin.stutte@stud.unibas.ch

***Tacke Doris**
Kontakt: doris.tacke@fhdd.de

***Tola Eva**, Dipl. Pflegefachfrau MScN, arbeitet als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule und ist in den Universitären Psychiatrischen Diensten von Bern in der direkten Pflegepraxis tätig. Unter anderem engagiert sie sich als Vorstandsmitglied im Recoverynetzwerk Schweiz.
Kontakt: e.tola@gmx.ch

***Tschinke Ingo**, Master of Nursing, Studium an der University of Southern Queensland, Australien, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Seit 2008 Geschäftsführer der TAPP GmbH, einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst in Niedersachsen. Er ist Regionalsprecher der BAPP Nord und er befasst sich mit den Qualitätsdarstellung der APP sowie Gesundheitsökonomischen und ethischen Fragestellungen.
Kontakt: tschinke.ingo@tapp-celle.de

***Urban Sabine**, Gesundheitsmanagerin, Mitarbeiterin der Forschungsabteilung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Ev. Krankenhaus Bielefeld.

Kontakt: sabine.urban@evkb.de

Ventling Stephanie, Dipl. Kommunikationsfachfrau, Dipl.Ing.Agr.ETH, Peermitarbeitende der Pflegepädagogik und Pflegeentwicklung im Sanatorium Kilchberg.

Kontakt: s.ventling@sanatorium-kilchberg.ch

Von dem Berge Ulrich, Pflegeexperte, Dipl. Pflegewirt (FH), ZfP Südwürttemberg-

Kontakt: ulrich.vdberge@zfp-zentrum.de

***Walter Florian**, B.Sc., Pflegewissenschaftler, Gesundheits- und Krankenpfleger, ist Student der Epidemiologie am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz und wissenschaftliche Hilfskraft der Arbeitsgruppe eHealth. Nach seinem Krankenpflegeexamen arbeitete er bei einem Berliner Fachpflegedienst für psychiatrische Patienten.

Kontakt: fwalter@students.uni-mainz.de

Weber Markus, M.A. in Pflegewissenschaft, B.A. in Pflege/ Pflegemanagement, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegedienstleitung Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Kontakt: Markus.Weber@med.uni-tuebingen.de

***Will Kerstin**, Studentin der Fachhochschule der Diakonie, Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

Witte Nicole, Studentin der Fachhochschule der Diakonie, Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

***Wodicka Peter**, Jahrgang 1964, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, ist in leitender Funktion als Oberpfleger der 1.Psych.Abteilung im Otto Wagner Spital in Wien tätig. Als Manager zur Deeskalation von Aggression und Gewalt in Sozialberufen unterrichtet er in verschiedenen Krankenpflegeschulen und Spitälern Österreichs.

Kontakt: peter.wodicka@wienkav.at

Wolfensberger Peter, MNsc, IPW (Integrierte Psychiatrie Winterthur), Winterthur.

Zillmer Björn, Psychiatrischer Fachkrankenpfleger in der Drogenambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel im Ev. Krankenhaus Bielefeld. Tägliche Begleitung der Arbeitstätigkeit durch seine Golden Retriever Hündin „Lotta“ seit drei Jahren.

***Zuaboni Gianfranco**, Dipl. Psychiatriepfleger HF, Dipl. Pflegeexperte HöFa II, Pflegewissenschaftler MScN, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter des Sanatorium Kilchbergs.

Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

***Zwick Debora**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Aromachologin, WA-cert[®], seit 10 Jahren als Pflegeberaterin im Bereich Wundmanagement und Aromapflege im ZfP Südwürttemberg tätig.

Kontakt: debora.zwick@zfp-zentrum.de

Unter

<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/index.html>

finden Sie weiter Informationen zum jährlichen Kongress und nützliche Links. Sie können alle bisherigen Kongressbände als PDF downloaden. Zudem finden Sie auf dieser Seite auch schon frühzeitig die Ausschreibung für den Kongress 2014 in Bern.

Dieser Band dokumentiert Vorträge, Workshops und Poster des zehnten Dreiländerkongress „Pflege in der Psychiatrie“ vom Oktober 2013 in Bielefeld. Auch in diesem Jubiläumsjahr zeigt der Kongressband wie ein Echolot die zentralen Themen und Diskussionspunkte der Psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum auf. Der 10. Dreiländerkongress lädt alle Teilnehmenden ein innezuhalten bevor wir weitergehen. Ziel ist es, das Geleistete zu sehen und zu würdigen. Wir werden in Bielefeld Bilanz ziehen, reflektieren und feiern.

Der Kongress bietet wie in all den Jahren zuvor Freiraum für Austausch und Vernetzung. Beides sind wichtige Voraussetzungen um sich gemeinsam den Herausforderungen einer fachlich fundierten, interdisziplinär und international vernetzten Pflege zu stellen.

ISBN 978-3-033-04195-0

Verlag Berner Fachhochschule,
Fachbereich Gesundheit
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
Oktober 2013
Druck und Verarbeitung:
resch druck - Thomas Resch KG,
Rosinagasse 19, A-1150 Wien,
office@resch-druck.at