



Jahrgang 8 / Supplement 1 / 2023

**Herausgeberinnen
und Herausgeber**

Sabine Hahn
Dorothea Sauter
Gianfranco Zuaboni

Psychiatrische Pflege

**Abstract-Band zum
18. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie**
„Verletzung und Verletzlichkeit“
14. & 15. September 2023 in Bielefeld

Akademische Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege

BFLK

Bundesfachvereinigung Leitender Krankpflegerpersonen der Psychiatrie e.V.

Deutsche Fachgesellschaft
DFPP Psychiatrische Pflege

VAPP
Verein Ambulante Psychiatrische Pflege

Kongresskomitee

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

 **hogrefe**

Herausgeberinnen und Herausgeber	Prof. Dr. Sabine Hahn, Bern Dorothea Sauter, Münster Dr. Gianfranco Zuaboni, Kilchberg
Redaktion	Christoph Müller, psychiatrische.pflege@hogrefe.ch
Verlag	Hogrefe AG, Länggass-Strasse 76, 3012 Bern, Schweiz Tel. +41 31 300 45 00, zeitschriften@hogrefe.ch, www.hogrefe.ch
Anzeigen	Tel. +41 31 300 46 82, inserate@hogrefe.ch
Herstellung und Korrektorat	Karoline Wüthrich, Tel. +41 31 300 45 56, karoline.wuethrich@hogrefe.ch
Abonnemente	Tel. +41 31 300 46 91, zeitschriften@hogrefe.ch
Satz	AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Druck	AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Gelistet in	Psychiatrische Pflege ist gelistet in CareLit
Abonnementspreise	Institute: € 203.–/CHF 272.– (Print only; Informationen zu den Online-Abonnements finden Sie im Zeitschriftenkatalog unter www.hgf.io/zftkatalog) Private: € 110.–/CHF 145.– Vorzugspreis für Studierende, Personen in Ausbildung und Teilnehmende an Weiterbildungen (nur gegen Nachweis): € 77.–/CHF 94.– zzgl. Porto- und Versandgebühren: Schweiz: CHF 20.– Europa: € 27.– Übrige Länder: CHF 29.– Einzelheft: € 24.–/CHF 35.– zzgl. Porto- und Versandgebühren
Erscheinungsweise	6 Hefte jährlich (= 1 Band) © 2023 Hogrefe AG, Bern ISSN-L 2297-6965 ISSN 2297-6965 (Print) ISSN 2297-6973 (online)
Titelbild	© Mario Haase, Ev. Klinikum Bethel Die Psychiatrische Pflege ist das offizielle Mitgliederorgan der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege Die Psychiatrische Pflege ist das offizielle Verbandsorgan der Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie BFLK Die Psychiatrische Pflege ist das offizielle Verbandsorgan der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege DFPP Die Psychiatrische Pflege ist das offizielle Mitgliederorgan des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP Für die Anzeigen zeichnet sich der Verlag verantwortlich.

18. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld

„Verletzung und Verletzlichkeit“

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

Abstract-Band zu Keynotes, Vorträgen, Symposien,
Workshops und Posterpräsentationen

Herausgeber_innen:

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

Hogrefe AG
Länggassstrasse 76
3012 Bern
Schweiz

<https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000528>

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort der Veranstaltenden	3
2. Keynotes	4
3. Vorträge	10
4. Symposien	79
5. Workshops	99
6. Posterpräsentationen	110

Hinweise

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

Manchmal verwenden die Autorinnen und Autoren der Beiträge nur die männliche oder weibliche Form. Wir haben versucht dies zu bereinigen. Sollten wir dies an wenigen Stellen übersehen haben, sind selbstverständlich immer beide Geschlechter angesprochen.

Die von der deutschen und österreichischen abweichende S-Schreibweise des scharfen (ss) der Schweiz wurde bei den Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren korrigiert.

Die in den Beiträgen genannte Literatur kann bei der verantwortlichen Autorin / dem verantwortlichen Autor bezogen werden.

1. Vorwort der Veranstaltenden

18. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Verletzung und Verletzlichkeit“

Liebe Kolleg_innen,
Liebe Kongressteilnehmer_innen,
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen Sie herzlich zum diesjährigen Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld! Dank Ihrer zahlreichen Beiträge konnten wir ein thematisch breit gefächertes Kongressprogramm für Sie zusammenstellen. Der Kongress widmet sich dem Thema „Verletzung und Verletzlichkeit“. Verletzung und Verletzlichkeit sind in unseren Arbeitsfeldern als Begriffe nicht täglich präsent. In unserem Berufsalltag sind sie jedoch hochgradig relevant. Das Verb „verletzen“ geht zurück auf das germanische Verb „letzen“ und bedeutete im alten Sprachgebrauch aufhalten, hemmen, behindern und bedrücken, quälen, schädigen. Vor diesem Hintergrund wird leicht nachvollziehbar, dass uns Verletzung und Verletzlichkeit im Zusammenhang mit Krankheitserfahrungen allgemein und besonders im Zusammenhang mit psychischen Erschütterungen kontinuierlich begleiten.

Wie wir aus Studien und aus Erfahrungen in der Pflegepraxis wissen, stellen seelische Verletzungen bzw. Psychotraumata einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen dar. Wir begegnen und begleiten Menschen, denen schwierigste Erlebnisse in ihrem Leben widerfahren sind und von deren Verletzungen wir wissen. In unseren Arbeitsfeldern gibt es auch traumatisierte Menschen, von deren Traumata wir nichts erfahren oder diese nur erahnen können. Grund genug, sich dies ins Bewusstsein zu rufen und eine traumasensible Pflege zu gewährleisten. Das bedeutet: Sicherheit vermitteln, Vertrauen aufbauen, unserem Gegenüber Kontrolle überlassen und Selbstbestimmtheit und Partizipation ermöglichen.

Erfreulicherweise haben Partizipation und Selbstbestimmtheit im psychiatrischen Versorgungskontext in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen. Mittlerweile ist dies in vielen Konzepten ein integraler Bestandteil z.B. im Recoveryansatz und dem darauf ausgerichteten Gezeitenmodell. Wir verfügen über Interventionen wie z.B. Behandlungsvereinbarungen, welche die Selbstbestimmtheit und damit die Kontrolle über das eigene Leben der Nutzenden positiv beeinflussen können. Aus der Forschung und aus Berichten von Betroffenen wissen wir, dass der Kontakt zu psychiatrischen Institutionen nutzen, jedoch auch schaden kann. Manchmal tragen unsere Interventionen dazu bei, dass vulnerable Menschen traumatisierende Erfahrungen machen. Dies führt nicht selten auch bei uns zu Verletzungen und bringt uns in belastende fachliche und ethische Konflikte. Verletzung und Verletzlichkeit sind daher nicht nur Themen des Gegenübers. Sie betreffen immer auch uns selbst. Einerseits im Beruf und andererseits im Alltag, wenn in Zeiten von Krieg und Krisen viele von uns Sicherheit und Vertrauen verlieren und die eigene Verletzlichkeit spüren.

„Verletzung und Verletzlichkeit“: Themen, denen wir in unserem Berufsalltag begegnen und die auch außerhalb der Psychiatrie allgegenwärtiger geworden sind. Gemeinsam betrachten und diskutieren wir im September 2023 in Bielefeld in den Hauptvorträgen, Parallelveranstaltungen und in den Pausen das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Der vorliegende Abstract-Band fasst die Kongressbeiträge zusammen und zeigt was uns derzeit in der psychiatrischen Pflege beschäftigt und begleitet.

**Wir wünschen eine gute Lektüre und freuen uns auf den regen Austausch vor Ort,
das Kongresskomitee**

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

Bielefeld, September 2023

2. Keynotes

Geänderter Flugplan - Eltern drogensüchtiger Jugendlicher und junger Erwachsener und ihr Weg durch die Sucht.

Christiane Erbel, Dr., 1. Vorsitzende, fragEltern, eine Initiative der ARWED e.V., Deutschland,
christiane.erbel@frageltern.de

Was Eltern auf dem Weg durch die Drogensucht ihrer Kinder erleben, wie sie handeln, was ihnen hilft.

Der Erstkontakt und Einstieg in den Drogenkonsum, ereignet sich meist in der Pubertät. Der Probierkonsum kann sich im weiteren Verlauf zu einem problematischen Konsum bis hin zu einer Sucht entwickeln. Der Weg durch die Drogensucht ist für Eltern von Beginn an hoch krisenbehaftet und ein Gamechanger für ihr Leben und das der gesamten Familien. In der Ende 2022 veröffentlichten Broschüre: „Der Weg durch die Drogensucht unserer Kinder; aus der Perspektive von Eltern und Betroffenen.“ (ISBN 978-3-00-073492-2) wurde der Erfahrungsschatz tausender Eltern in NRW sowie der Erfahrungsschatz von betroffenen ehemals Drogenkonsumierenden der Christiane F. Foundation zum Weg durch die Sucht zusammengetragen und systematisiert.

Die durch die Systematisierung erkennbaren Muster des Erfahrungswissens (Erleben und Handeln) sowie die Typisierung des Verlaufs helfen Eltern die eigene Situation besser einzuordnen, zu akzeptieren und zu bewältigen sowie sie von Schuld und Scham zu entlasten.

Das in dem Erfahrungswerteil gesammelte Wissen und die dialogische Gegenüberstellung des Erfahrungswissens von Eltern und Betroffenen ermöglicht auch dem mit Angehörigenarbeit befassten professionellen Hilfesystem ein tieferes Verständnis der bisher kaum erforschten besonderen Situation von Eltern und ermöglicht dadurch passgenaue Hilfe und Unterstützung für Eltern anzubieten bzw. zu entwickeln.

Die Sucht ist eine psychiatrische Indikation, in der die Angehörigen bis zum heutigen Tag noch eine starke Stigmatisierung bis hin zur problematischen Sichtweise der „Co-Abhängigkeit“ erfährt, in der Versorgung nicht systematisch mit ihren eignen Bedarfen mitgedacht wird und eine eigene Interessensvertretung in den rahmengebenden Gremien des Hilfesystems noch nicht etabliert ist. Ziel der Initiative fragEltern der ARWED e.V. ist u.a. den „Trialog“ auch in der Suchthilfe zu etablieren (siehe zum Trialog: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Deutscher Bundestag, Dr.s 7/2400. Download unter: http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html).

Creating Trauma-Informed Organizations

Susan A. Green, Clinical Professor, Co-Director, Institute on Trauma and Trauma-Informed Care, University at Buffalo School of Social Work, United States of America, sagreen@buffalo.edu

Samantha P. Koury, Co-Director, Institute on Trauma and Trauma-Informed Care, University at Buffalo School of Social Work, United States of America

Background, Problem and Approach

Psychological trauma and Adverse Childhood Experiences (ACEs) are growing public health concerns that impact physical, emotional, neurological, and social development across the lifespan (Loomis et al., 2019; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2023). Children who experience high levels of adversity and trauma while growing up are more likely to also experience higher rates of addiction, psychiatric disorders, and medical concerns (Marks et al., 2021; Zarse et al. 2019). The workforce can also experience secondary traumatic stress, vicarious trauma, and compassion fatigue from their secondhand exposure to patient trauma (Rauvola et al., 2019). The prevalence of trauma and adversity, especially in medical, mental health, and addiction settings, contributes to an increased risk of organizations re-traumatizing the individuals within them. Re-traumatization is any interaction, circumstance, or situation that replicates someone's trauma story or related trauma dynamics that results in the activation of the brain and body's survival response (Jennings, 2009; Marks et al., 2021; van der Kolk, 2014). Re-traumatization has been linked with long-term negative outcomes such as high rates of patient selfharm and injury and higher workforce turnover (Bloom, 2010; Jennings, 2009).

To prevent doing further harm and create opportunities for healing, there is a need for organizations to do work in ways that are trauma-informed: recognizing the presence of trauma and responding in ways that facilitate physical and emotional safety, trustworthiness, choice, collaboration, and empowerment to reduce the likelihood of re-traumatization (Fallot & Harris, 2009; SAMHSA, 2023). Being trauma-informed also requires organizations to also make a commitment to recognize and address biases, racism, and discrimination that are often inherent in policy and daily interactions. It is not possible to be trauma-informed without also committing to diversity, equity, inclusion, and accessibility (Koury et al., 2022).

Discussion

The Trauma-Informed Organizational Model developed by the Institute on Trauma and Trauma-Informed Care provides a framework and tools for organizations to plan for, implement, and sustain trauma-informed change. The model is anchored in existing trauma-informed and organizational change literature, as well as practice experience assisting organizations in the change process. This presentation will review the trauma-informed framework used to inform the model, including re-traumatization and the guiding values and principles of trauma-informed care. The stages and 10 key development areas for trauma-informed organizational change and specific considerations within each will be discussed. The presentation will also provide concrete strategies at the organizational level to facilitate change and direct participants to resources and tools for planning and implementation. Examples from the presenters' work with various organizations will be highlighted throughout, and the presenters will facilitate discussion with participants.

Objectives

- Describe how organizational practices and interactions can ensure universal precaution for trauma.
- Explain the 10 key development areas for trauma-informed organizational change.
- Identify tools that can be used in an organization's trauma-informed change process.

Vulnerabilität, Selbstsorge und Sorge

Dorothea Sauter, MSc, Präsidentin Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Leiterin Pflegeentwicklung, LWL-Klinik Münster, Deutschland, d.sauter@dfpp.de

Vulnerabilität ist wie das Angewiesensein Bestandteil des menschlichen Lebens: Es gibt vulnerablere und weniger vulnerable Lebenssituationen; es gibt Momente hoher Autonomie - und es gibt Momente, wo wir nur gemeinsam mit anderen oder unterstützt entscheiden oder handeln können. Vulnerabilität ist eine (aktuelle, situationsbezogene) Unfähigkeit die eigene Integrität vor einem möglichen Schaden sicher zu schützen und für die eigenen Interessen einzutreten (Schrems, 2020). Vulnerabilität kann bedrohlich erlebt werden; sie hat auch das Potenzial für Wachstum und kann über die gelingende Selbstsorge zu Resilienz oder Widerstandsfähigkeit führen.

Vulnerabilität ist in nahezu allen Handlungskontexten der Psychiatrischen Pflege sehr relevant, denn asymmetrische Beziehungen, eingeschränkte Selbstsorge und Angewiesensein sowie psychische und soziale Herausforderungen gehen regelhaft mit Vulnerabilität einher.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zeigt die Bedeutung von Umgang mit Vulnerabilität für die Prävention und Therapie von psychischer Krankheit und Krise. Verfahren wie Trainings, Psychoedukation und verhaltenstherapeutische Techniken verbessern Selbstmanagement, Gesundheitskompetenz und Kontrollerleben, stärken die Wehrhaftigkeit oder Resilienz und können wichtige Therapieangebote sein.

Doch psychiatrisch Pflegenden sind weitaus grundlegender gefordert, um der Vulnerabilität der anvertrauten Klientel gerecht zu werden. Vulnerabilität muss zunächst wahrgenommen und anerkannt werden, schon das reduziert sie. Die vulnerable Situation muss im individuellen und situativen Kontext gut verstanden werden. Das erfordert die lebensweltbezogene Wahrnehmung und das Angebot an die Patient_innen ihre / seine Geschichte zu erzählen. Beides verbessert zugleich das Kohärenzgefühl der Patient_innen wie auch das gegenseitige Vertrauen.

Wenn der Selbstschutz der Patient_innen nicht ausreichend stabilisiert werden kann, ist das verlässliche Angebot von Schutz unabdingbar. In Beziehungsethiken gilt „Care“ (Sorge) als Antwort auf die grundsätzliche Verletzlichkeit jedes Menschen (Gilligan, 1993). Als „sich-Sorgen um“ mit der Wahrnehmung aller Belange, die eine vulnerable oder eine angewiesene Person für ihr Wohlergehen braucht, besteht kein Risiko des Machtmissbrauchs. Es ist das stellvertretende „Sorgens für“ im sogenannten „wohlverstandenen Interesse“ des Betroffenen, das paternalistisch und autonomieverachtend sein kann (Prestin, 2021). Gerade Abhängigkeiten und Machtgefälle in Beziehungen erfordern die wohlwollende Sorge. Das Pflegekonzept des „Caring“ ermöglicht die Lösung komplexer schwieriger Probleme im besten Sinne der Patient_innen (Benner et al., 2000) wie auch hilfreiches situatives Handeln in Routinen und Alltag (Friesacher, 2016).

Sorgehandeln gilt vielerorts als unprofessionell und autonomieverhindernd und wird - wie die Care-Arbeit insgesamt - oft abgewertet. Doch erst wenn eine stark angewiesene oder vulnerable Person in jeder Begegnung Vertrauen und den Schutz ihrer Integrität spürt, kann Sie ihr Selbstsorgehandeln erweitern und ihre Resilienz steigern. Dabei muss das Sorgehandeln sensitiv auf die Person und die aktuelle Situation abgestimmt sein, es muss fortlaufend gut reflektiert werden.

Womöglich ist beziehungsorientiertes Sorgehandeln in sehr vielen Situationen die wichtigste und auch wirksamste der vielfältigen Hilfeangebote psychiatrisch Pflegenden. Es muss in der Fachöffentlichkeit verteidigt, klar konzeptualisiert, fachlich und ethisch sorgsam begründet, stärker beforscht, professionell praktiziert und angemessen finanziert werden.

Ergänzend sei der Hinweis erlaubt, dass auch Pflegefachpersonen (wie alle Menschen) selbst vulnerabel sind. Spezifische berufliche Situationen (wie z.B. bei moralischem Stress, bei Auseinandersetzung mit Aggression und Zwang, beim Hören von Traumageschichten u.v.a.m.) sind besonders riskant. Aufmerksames Sorgehandeln müssen Pflegefachpersonen auch für sich selbst anwenden.

Internationale Konzepte zu „trauma-informed care“ – Ansatzpunkte für die deutschsprachige Versorgungslandschaft

Ingo Schäfer, Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland, i.schaefer@ukde.de

Hintergrund

In den letzten Jahren wurde verstärkt gefordert, dass psychosoziale Behandlungsangebote unabhängig vom jeweiligen Versorgungsauftrag „traumainformiert“ gestaltet werden müssen.

Vorgehensweise

Der Beitrag gibt einen selektiven Überblick über Befunde, die sich mit einer traumainformierten Haltung in der psychiatrischen Versorgung befassen.

Ergebnisse

Gerade zu psychiatrischen Patient_innen liegen inzwischen eine Vielzahl von Befunden vor, die belegen, dass die Forderungen nach traumainformierten Angeboten in der Psychiatrie mehr als berechtigt sind. Etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Menschen mit psychischen Erkrankungen war bereits in frühen Lebensphasen traumatischen Erfahrungen, wie sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung ausgesetzt. Dies schliesst auch Patient_innen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen, oder Suchtpatient_innen ein. Nicht selten werden Betroffene aufgrund der damit verbundenen Bedarfe als „schwierige“ Patient_innen wahrgenommen oder „fallen durch die Maschen“. Konzepte zur traumainformierten Versorgung haben auch im deutschsprachigen Raum eine gewisse Aufmerksamkeit erhalten. Allerdings beschränken sich Berichte zur Implementierung des Konzepts bislang in der Regel auf einzelne seiner Elemente.

Diskussion

Internationale Konzepte zu einer traumainformierten Behandlung sind gut übertragbar auf die deutschsprachige Versorgungslandschaft. Vor dem Hintergrund der grossen Bedeutung von Traumatisierungen bei psychiatrischen Patient_innen erscheint die flächendeckende Berücksichtigung des Konzepts überfällig.

Zwang und Verletzlichkeit im Rahmen von Zwangsmassnahmen

Florian Wostry, MSc, PhD Student Pflegewissenschaft Universität Wien, Gastdozent, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- & Krankenpfleger, Wiener Gesundheitsverbund, Klinik Landstrasse, Mitglied: European Violence in Psychiatry Research Group, FOSTREN EU-COST Study, Transparente Psychiatrie, Österreich, florian.wostry@gmx.net

Einleitung

Ungeachtet der Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation und der Vereinten Nationen, Zwangsmassnahmen abzuschaffen, sind diese weiterhin ein fester Bestandteil der psychiatrischen Versorgung und stellen ein ethisches Spannungsfeld dar. In diesem Kontext sind alle involvierten Personen ihrer individuellen, häufig tabuisierten Verletzlichkeit ausgesetzt. Verletzlichkeit ist eine unterschätzte und wenig erforschte Determinante im Pflegesetting. Die Bereitschaft zur Exploration und Offenlegung der eigenen Verletzlichkeit fördert die Empathiefähigkeit und ermöglicht dadurch eine tiefere Verbindung und Stärkung der therapeutischen Beziehung, welche ein Kernelement der psychiatrischen Pflege darstellt, massgeblich zum Behandlungserfolg beiträgt und in der Deeskalation unterstützend wirkt. Um den hohen Anforderungen des ausgelasteten Gesundheitssystems gerecht zu werden, werden Pflegefachpersonen ermutigt, folgsam, stark und belastbar zu sein, was dazu führen kann, dass sie ihre eigene Verletzlichkeit verbergen. Dabei müssen sich Pflegepersonen bewusst oder unbewusst innerhalb der Kultur und Teamkonstellationen der jeweiligen Station mit der eigenen Verletzlichkeit positionieren. Persönliche Ängste, Sorgen oder Erfahrungen beeinflussen Entscheidungsfindungen und führen dazu, dass bestimmte Handlungsoptionen bevorzugt werden. Die Verletzlichkeit wirkt sich somit auch auf die Auswahl, Dauer, Häufigkeit und Durchführung von Zwangsmassnahmen sowie auf die Gestaltung von Nachbesprechungen und Präventionsmassnahmen aus.

Problemstellung

Die Auswirkungen von Zwangsmassnahmen sind komplex. Patient_innen berichten von einer enormen physischen und psychischen Belastung, die mit einer Menschenrechtsverletzung gleichgesetzt wird. Das Pflegefachpersonal ist bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen oftmals mit moralischen Zweifeln und einem Mangel an Alternativen konfrontiert, wodurch das berufliche Selbstverständnis leidet, was im schlimmsten Fall mit einer bewussten persönlichen Desensibilisierung einhergeht. Durch die Desensibilisierung wird eine empathische Pflege erschwert, da Bedürfnisse und Emotionen von Patient_innen ausgeblendet werden. Dies kann sich negativ auf die professionelle Durchführung von Zwangsmassnahmen auswirken und zu einer ungünstigen Dynamik in der Pflegebeziehung führen, was das Wohlbefinden aller Beteiligten beeinträchtigt. Sowohl Patient_innen und Pflegefachpersonen berichten, dass Zwangsmassnahmen das Potenzial haben, die therapeutische Beziehung zu beschädigen.

Lösungsansätze

Essenziell für die Aufarbeitung von Zwangsmassnahmen, dem Entgegenwirken einer Desensibilisierung und dem Wiederherstellen der therapeutischen Beziehung sind moderierte und strukturierte Nachbesprechungen mit allen Betroffenen. Dabei stehen nicht Rechtfertigungen im Vordergrund, vielmehr sollen alle Beteiligten sich ihrer eigenen Verletzlichkeit bewusst sein und den Mut haben, diese zu offenbaren. Das gegenseitige Empathieverständnis wird durch die Anerkennung und Wertschätzung der Verletzlichkeit gestärkt und ermöglicht es, Emotionen und Erfahrungen in Nachbesprechungen offen zu teilen. Durch die tiefere Verbindung und das bessere Verständnis füreinander wird eine achtsame Aufarbeitung der Zwangsmassnahmen im Sinne der Traumareduktion und einer zukünftig sensibilisierten und personenzentrierten Vorgehensweise ermöglicht. Dies trägt dazu bei, Zwangsmassnahmen zu reduzieren und deren negativen Auswirkungen zu minimieren. Die zukünftige Pflegepraxis profitiert von reflektierten Pflegefachpersonen, welche Verletzlichkeit nicht tabuisieren, sondern aktiv mittels einer gestärkten Empathiefähigkeit in den Prozess der therapeutischen Beziehung einbeziehen.

3. Vorträge

<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/2297-6965/a000528> - Thursday, September 07, 2023 11:33:14 PM - Berner Fachhochschule BFH IP Address: 147.87.243.145

Chancen und Risiken psychiatrischer Intensivbetreuung aus Sicht von Betroffenen und Pflegefachpersonen

Lars Alsbach, M.A., Doktorand d. Pflegewissenschaft, Leitung Wohnbereich Josef-Otten-Zentrum, Barmherzige Brüder Saffig, Deutschland, alsbachlars@gmail.com

Einleitung

Die stationäre psychiatrische Akutversorgung schützt, neben vielen weiteren Aufgaben, Menschen in psychischen Ausnahmesituationen. Mögliche Schutzmassnahmen sind sogenannte Intensivbetreuungen. Diese gehen über die alltäglichen Tätigkeiten hinaus, gelten als ressourcen- und zeitintensiv und bedeuten einen Eingriff in die Privatsphäre von Betroffenen. Eine einheitliche Durchführungsstrategie gibt es nicht (Hemkendreis et al., 2013; Nationale Institute for Clinical Excellence, 2014). Je länger eine Intensivbetreuung andauert, desto mehr ähnelt sie einer Überwachungsmassnahme als einer fachlichen Intervention (Nienaber et al., 2013). Insgesamt erscheint die Übernahme der Intervention wenig beliebt. Mangelnde Mitentscheidungsautorisierung könnte dabei eine Rolle spielen, da für das An- und Absetzen hauptsächlich der ärztliche Dienst verantwortlich ist. Dies kann die Durchführung einer reinen Überwachungsmassnahme bewirken. Menschen, die aufgrund eigengefährdeter Krisen intensivbetreut wurden, beschreiben Gespräche als hilfreich (Alsbach, 2019). Dabei scheint es wichtig, dass die betroffene Person in den Prozess der Intensivbetreuung mit integriert wird. Ein weiterer hilfreicher Aspekt scheint der Faktor Zeit zu sein und dass sich das Gegenüber glaubhaft für die Probleme der Betroffenen interessiert. Die Forschungsarbeit geht der Frage nach, inwiefern die psychiatrische Intensivbetreuung aus den Perspektiven der Betroffenen sowie der Pflegefachpersonen überhaupt als hilfreiche Intervention angesehen wird. Dabei werden Chancen und Risiken pflegerischer Intensivbetreuungen aus beiden Blickwinkeln qualitativ untersucht.

Methode

Durch eine systematische Literaturrecherche zu Chancen und Risiken psychiatrischer Intensivbetreuungen wurden die bereits wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse erhoben. Grundlage der Literaturrecherche waren gesundheitswissenschaftlich anerkannten Fachdatenbanken.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden episodische Einzelinterviews mit Expert_innen mit eigener Krisenerfahrung geplant. Die Interviews wurden anhand eines teilstandardisierten Fragebogens durchgeführt. Vorgesehen waren zehn Einzelinterviews bis zum Erreichen einer theoretischen Sättigung. Sie wurden online per Videokonferenz geführt und digital aufgezeichnet.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen geplant. Die Fokusgruppen wurden anhand eines teilstandardisierten Fragebogens mit Pflegefachpersonen mit praktischer und / oder wissenschaftlicher Expertise bei psychiatrischen Intensivbetreuungen durchgeführt. Geplant waren zwei Fokusgruppen mit jeweils 6-8 Proband_innen. Sie wurden online per Videokonferenz geführt und digital aufgezeichnet.

Im Rahmen der Dissertation wurden die Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2015) angewendet. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte anhand der Dokumentarischen Methode.

Ergebnisse

Innerhalb der Literaturrecherche wurden n = 168 Treffer mit in die Ergebnisse überführt und die folgenden Literaturkategorien im Zusammenhang mit Intensivbetreuung gebildet:

Induktiv: Struktur, Interventionen, Empfehlungen, Empfinden, Assessments, Suizidalität, Reviews, Sonstiges.

Deduktiv: Wirksamkeit, Chancen & Risiken.

Zudem wurden zehn episodische Einzelinterviews sowie vier Fokusgruppen mit insgesamt 16 Proband_innen geführt und per dokumentarischer Methode ausgewertet.

Da sich das hier dargestellte Promotionsvorhaben zum Zeitpunkt der Erstellung des Kongressbands noch in der Verteidigungs- und Veröffentlichungsphase befindet, werden die Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils der Arbeit, die Diskussion sowie die Schlussfolgerung der Ergebnisse im Rahmen des Vortrags erfolgen.

Schlussfolgerungen

Als vorläufige Schlussfolgerung lässt sich festhalten, dass psychiatrische Intensivbetreuung eine hoch komplexe Tätigkeit ist und sowohl Chancen als auch Risiken für die betroffene Person beinhaltet. Sie bedarf gut ausgebildeter Fachpersonen, muss personenabhängig und individuell nach den Bedürfnissen des betreuten Menschen aufgebaut werden, um die Chance zu haben, wirksam werden zu können!

Beziehungsgestaltung als Schlüssel zur erfolgreichen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld

Christine Althaus Aebersold, Pflegerische Leitung, Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schweiz,
Christine.AldhausAebersold@upk.ch

Constantin Bruttel, Fachverantwortlicher, Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schweiz

Einleitung

Das Home Treatment Team arbeitet poststationär mit Patientinnen und Patienten und sucht diese in deren Lebensraum auf. Das Angebot zielt auf eine Unterstützung zwischen stationärem und ambulantem Setting. Wie aber gelingt es überhaupt in Übergangsphasen und später im häuslichen Umfeld eine Beziehungsaufnahme zu gestalten? - Und welche Aspekte spielen im Aufbau einer tragfähigen Beziehung generell eine Rolle?

Methode

Fachliche Teamauseinandersetzung mit der Beziehungsgestaltung unter Einbezug der Ergebnisse einer Literaturrecherche zu Beziehungsgestaltung und Therapeutische Allianz.

Ergebnisse

Sollberger (2023) beschreibt eine grundsätzliche Offenheit als entscheidendes Element. Diese Offenheit umfasst alle Erlebniswelten des Gegenübers und kann durch einen explorativen Ansatz, in dem das subjektive Erleben in den Vordergrund gerückt wird, gestaltet werden. Offenheit sollte sich ebenfalls auf die weitere Zusammenarbeit auswirken, dabei entscheidet der Patient, ob es zu einer Behandlungsaufnahme und weiteren Terminen kommt (Sollberger, 2023).

Die weitere Beziehungsgestaltung wirkt hin auf eine therapeutische Allianz mit dem möglichen Effekt der Befähigung zum Selbstmanagement. Die therapeutische Allianz bezieht sich nach Zugai et al. (2015) auf Partnerschaft, Personenzentriertes Vorgehen bzw. Nutzerfokus und -empowerment. Dies gibt uns Hinweise zur Gestaltung der Beziehung, der gemeinsamen Zielsetzung und deren Überprüfung (Zugai, et al. 2015).

Diskussion

Ein möglicher Einstieg in einer Beziehung gelingt den Fachpersonen des Home Treatments auf der Abteilung in einem ersten Kontakt, dem sogenannten Indikationsgespräch mit dem Ziel der Erfassung erster Bedürfnisse der Patient_innen, (Kirchhof und Rogge, 2020), diese können aufgrund der komplexen Lebenswelten sehr vielschichtig sein. In diesem Zusammenhang interessiert die Qualität der Beziehungsgestaltung und was eine professionelle Beziehung ausmacht. Zudem inwiefern dies Einfluss auf das Wohlbefinden der Patient_innen, sowie auf deren Krankheitsbewältigung und Alltagsbewältigung, hat. Die Fallverantwortliche ist sich während der gesamten Behandlung, einschliesslich der Abschlussphase, ihrer Wirkung auf das Gegenüber bewusst und reflektiert entsprechend die Beziehungsgestaltung kontinuierlich.

Schlussfolgerung

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Beziehungsgestaltung in der ambulanten, aufsuchenden psychiatrischen Behandlung ist erforderlich, da zeitlich begrenzte Beziehungsangebote gemacht werden, welche wieder aufgelöst werden müssen. Dies erfordert das Erlangen und Vertiefen von Fachwissen über Aufbau und Gestaltungsmöglichkeiten einer Beziehung im aufsuchenden psychiatrischen Kontext. Das Setting verlangt von Pflegefachpersonen zum einen das kritische Hinterfragen der Wirkung der Beziehung auf die persönliche Genesung unter Einbezug der hemmenden wie auch schadenden Faktoren, zum anderen die Reflektion der eigenen Rolle.

Pilotprojekt Decider Life Skills zur Förderung der Resilienz bei Studierenden und Lernenden

Sven Andersson, MAS Mental Health, Dipl. Erwachsenenbildner HF AEB, Dipl. Pfleger PsyKp, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG, Abteilung Bildung, Schweiz, sven.andersson@upd.ch

Hintergrund

Die beiden britischen Psychiatriepflegefachfrauen Michelle Ayres und Carol Vivyan haben mit den „Decider Life Skills (DLS)“ basierend auf den Therapieformen von DBT und CBT eine stark vereinfachte Form von 12 Skills entwickelt, die spielerisch und einfach erlernbar sind und die gesunden, jungen Menschen in der Erhaltung ihrer Resilienz im hektischen Berufsalltag unterstützen sollen. Die DLS wurden in England und Irland bereits an Grundschulen und einer Pflegeberufsschule mit Erfolg eingeführt, existierten jedoch ausschliesslich in englischer Sprache. Um die Validität des Instruments nicht zu beeinträchtigen haben wir die DLS professionell in die deutsche Sprache übersetzen lassen, haben aber versucht das Layout soweit möglich nicht zu verändern.

Problemstellung

In der heutigen Welt des Multitaskings und der ständigen Reizüberflutung ist die Rückbesinnung auf achtsamkeitsbasierte Methoden zur Erhaltung der eigenen psychischen Gesundheit eine gefragte Strategie. Insbesondere Lernende und Studierende sind sich nur noch bedingt ihrer Ressourcen bewusst und im Zusammenhang mit herausfordernden Situationen im Arbeitsalltag kann dies zu Handlungen in einem emotional aufgewühlten Zustand führen.

Ziele

Die DLS sollen die Grundlage schaffen, sich seines emotionalen Zustands besser bewusst zu werden und sollen Strategien vermitteln, erst auf die Handlungsebene zu gelangen, wenn der eigene emotionale Zustand unter Kontrolle ist. Sie schaffen eine gemeinsame kommunikative Basis zwischen Berufsbildenden und Auszubildenden, um Situationen schneller analysieren zu können und konstruktive Ansätze zur Bewältigung liefern.

Vorgehen

In einem Pilotversuch wurden auf zwei Stationen und dem Ressourcen-Lernzentrum der Fachpersonen Gesundheit im ersten Ausbildungsjahr, alle Lernenden / Studierenden und alle Berufsbildende in den DLS geschult. Es wurde besprochen, die DLS in allen bestehenden Lerngefässen und Reflexionen einzubeziehen und deren Anwendung damit regelmässig zu üben. Alle erhielten zu Beginn und am Ende des Praktikums einen Link zu einem Fragebogen zu Resilienz, Coping und Selbstwirksamkeit. Zusätzlich wurden semistrukturierte Interviews zur Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit der DLS geführt.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Auswertung der Fragebogen hat leider wenig verwertbare Resultate gebracht. Die Rückmeldungen aus den Interviews zur Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit und Verstehbarkeit sind jedoch durchwegs positiv, die Beteiligten erachten die DLS als sinnvoll, hilfreich und leicht anzuwenden. Als sehr positiv wird das Entstehen einer gemeinsamen Sprache beschrieben, welche es ermöglicht herausfordernde Situationen anzusprechen und schneller zu klären. Obwohl sich zu Beginn der Betreuungsaufwand eher noch etwas steigerte, weil die Skills zuerst erlernt und geübt werden mussten, sank er auf Dauer, da Situationen viel schneller geklärt werden konnten.

Diskussion / Schlussfolgerung

Die Einführung der DLS sind mit einem vertretbaren Mehraufwand einführbar und helfen Lernenden, Studierenden und Berufsbildenden schwierige Situationen anzusprechen und mit geeigneten Skills anzugehen. Zudem schätzten es alle Beteiligten auch einmal etwas zum Erhalt der eigenen psychischen Gesundheit zu erhalten. Ein positiver Nebeneffekt ist, dass die Patient_innen die Fachpersonen authentischer erleben, da diese selbst die Skillsanwendung geübt haben.

Die komplexe Intervention Safewards – von einer Unternehmensstrategie zur Praxis in den Kliniken des Bezirks Oberbayern

Thomas Auerbach, Pflegepädagoge, Stabsstelle Strategische Praxis- und Pflegeentwicklung, Kliniken des Bezirks Oberbayern, Isar-Amper-Klinikum Region München, Deutschland, thomas.auerbach@kbo.de
Marius Kreissl, Referent für Pflege- und Versorgungsentwicklung, Kliniken des Bezirks Oberbayern, Kommunalunternehmen, Deutschland

Safewards als Unternehmensstrategie

Wie begegnen wir Aggression und Gewalt auf unseren psychiatrischen Stationen? Steigende Überbelegungen haben auch subjektiv wahrgenommene Veränderungen im Stationsklima zur Folge. Der Ruf nach mehr Sicherheit durch die Mitarbeitenden hat die Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) nach einigen Abwägungen dazu veranlasst, den Fokus zunehmend auf die auslösenden Situationen zu richten. Mit dem Ziel mehr Sicherheit für die Patient_innen sowie für das Personal zu vermitteln, wurde nach Lösungsansätzen gesucht. Die Evidenz des Safewards-Modells und dessen Aufnahme in die S3-Leitlinie sprachen für die Integrierung in die Unternehmensstrategie. Diese Entscheidung des Vorstands wurde durch erste erfolgreiche Praxisprojekte bei kbo untermauert. Mit der strukturierten Auseinandersetzung über die Konfliktenstehung sowie der Einführung entsprechender Interventionen wird ein partizipatives Arbeiten mit den Patient_innen unterstützt. Zugleich ist Safewards eine Möglichkeit das Sicherheitserleben und Vertrauen auf den Stationen zu erhöhen. Diese Zielsetzung wurde im multiprofessionellen Konsens herbeigeführt.

Zur Erreichung dieses Ziels wurde eine strukturierte Projektstrategie mit klarer Umsetzungssteuerung entwickelt. Zielvorgaben und eine klare Rollenverteilung sind essenzielle Bestandteile der Unternehmensstrategie. Das Konzernprojekt wurde im März 2020 initiiert. Mittlerweile konnten über 70 Safewards-Trainer_innen ausgebildet werden und die komplexe Intervention wird an knapp 20 Standorten in fast allen psychiatrischen Fachbereichen eingeführt.

Was bedeutet Safewards für eine psychiatrische Klinik im Gesamtkonzern?

Im übersetzten Sinne ist Safewards eine Station, in der sich Patient_innen und Mitarbeitende sicher, geborgen und wohl fühlen dürfen. Mit der Einführung, dem damit erreichten Verständnis der Safewards-Methode, sowie der Implementierung der zehn empfohlenen Interventionen ist die strukturelle Grundlage geschaffen, ein höheres Sicherheitsgefühl bei Patient_innen und Mitarbeitenden zu erreichen. Das Modell hat Faktoren identifiziert, welche aggressions- oder gewaltauslösend sein können. Dieses Wissen kann bereits im Vorfeld den Nährboden für auftretende Konflikte und Krisenherde minimieren. Im Alltag unterstützt Safewards durch das Zusammenspiel aller Interventionen die Förderung von Autonomie und Partizipation der Patient_innen und bietet die Möglichkeit zur Mitgestaltung und Mitsprache. Zudem spricht Safewards die persönliche Haltung der Mitarbeitenden an. Damit ermöglicht das Konzept ein sichereres Arbeitsumfeld, in dem sich das Stationsteam wohl und geborgen fühlen darf.

Wissenschaftliche Begleitung

Im kbo-Isar-Amper-Klinikum wurde am Standort Haar bereits 2019 mit der Einführung von Safewards begonnen. Die Umsetzung wurde wissenschaftlich begleitet. Hierfür wurden vier gleichwertige Projektstationen in der psychiatrischen Forensik ausgewählt. In der Auswertung werden zwei Stationen, welche Safewards einführen und zwei Stationen ohne die Umsetzung des Konzepts betrachtet. Das Ziel war es einige Effekte der Wirksamkeit des Safewards-Konzepts zu untersuchen. Dabei wurden die Patient_innen und Mitarbeitenden vor und nach der Umsetzung von Safewards befragt.

Schlussfolgerung

Die Herausforderungen im Projekt erforderten kreative Lösungen. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit, die Verstärkung der Trainer_innen-Ausbildung sowie die anspruchsvolle Nachhaltung von Safewards gehen nicht ohne Hürden einher. Es zeigt sich, dass jede Station und jedes Team andere Voraussetzungen mitbringt und nicht jedes Projekt gelingt. Die Einführung muss auf Augenhöhe aller Mitarbeitenden geschehen. Letztendlich hat die Integrierung in die Unternehmensstrategie zu einer sukzessiven Zunahme von Stationen geführt, die Safewards implementieren. Die Besonderheit liegt darin, dass die Inhalte und die Umsetzungsstrategien regelhaft evaluiert und hinterfragt werden müssen.

Menschen mit psych. Erkrankungen als Opfer von Gewalt – das Forschungsprojekt ViReO

Juliane Bergdolt, M.Sc., Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel, UK OWL, Deutschland, Juliane.Bergdolt@evkb.de

Nicole Burek, Vorsitzende Frauenbeauftragte, Stiftung Bethel – proWerk, Deutschland

Julia Grochtmann, M.Sc., Gesundheitswissenschaftlerin, Innovation und Forschung, Evangelisches Klinikum Bethel, UK OWL, Deutschland

Tobias Schröder, M.Sc., Psychologischer Psychotherapeut, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel, UK OWL, Deutschland

Martin Driessen, Prof. Dr. med., Klinikdirektor, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel, UK OWL, Deutschland

Thomas Beblo, Prof. Dr., Psychologe und Leiter der Forschungsabteilung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel, UK OWL, Deutschland

Hintergrund

Die internationale Studienlage zeigt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden, was mit zusätzlicher Belastung und negativen Folgen für den Krankheitsverlauf einhergehen kann. Eine grosse Herausforderung stellt auch ein möglicher Kontakt mit den Strafverfolgungsbehörden und eine Anzeigeerstattung dar. Durch Belastungen im Verfahren und Reaktionen Dritter, die als unangemessen erlebt werden können, besteht hier die Gefahr einer erneuten Opferwerdung, der so genannten „sekundären Viktimisierung“. Die Studie hat sich mit den folgenden Fragestellungen beschäftigt: Welche Erfahrungen machen Personen mit psychischen Erkrankungen, nachdem sie Opfer von Gewalt geworden sind? Welche Hürden gibt es im Zugang zum Strafjustizsystem?

Methoden

58 Personen, die in lokalen psychiatrischen Kliniken in Behandlung waren, und in den vergangenen 3 Jahren körperliche, sexuelle oder psychische Gewalt erlebt hatten, wurden zwischen 2019 und 2020 persönlich mit quantitativen Fragebögen befragt. Mithilfe von Items aus Viktimisierungsbefragungen in der Allgemeinbevölkerung wurden die Tatumstände und –folgen erhoben, sowie Informiertheit, Anzeigeverhalten und ggf. Erfahrungen mit der Polizei und bei Gericht.

Ergebnisse

Ein Grossteil der Teilnehmenden berichtete eine Verschlechterung der psychischen Erkrankung nach dem Gewalterleben (83%), sowie Symptome wie Schlafstörungen (86%), Grübeln (82%) und Niedergeschlagenheit (86%). 80% der Befragten fühlten sich nicht über die psychosoziale Prozessbegleitung informiert, 71% wenig oder nicht über Opferhilfestellen, und 69% sahen sich nicht oder wenig darüber informiert, was die Polizei bei einer Anzeige unternimmt. Bei 56.9% (n = 33) der Teilnehmenden wurde die Gewalterfahrung der Polizei bekannt, n = 22 Teilnehmende zeigten selbst an. Personen in jüngerem Alter, mit Substanzgebrauchsstörungen, unter dem akuten Einfluss von Substanzen und mit Schuld- und Schamgefühlen informierten signifikant seltener die Polizei. Die meistgenannten Gründe, die Tat nicht anzuzeigen, waren Ängste vor sekundärer Viktimisierung und der Glaube, dass die Polizei nichts tun könnte oder keine angemessene Bestrafung resultieren würde. 94% der Befragten mit Kontakt zur Polizei fanden dies richtig, insbesondere mit der Hoffnung, weitere Gefahr durch die Täter_innen zu verhindern. Der individuelle Erfahrungsbericht einer Teilnehmerin wurde als weiteres Studienergebnis in einem Video festgehalten.

Diskussion

Das Erleben von Gewalt ging bei den Befragten mit grosser Belastung einher. Zudem scheint ein subjektiv wahrgenommenes Informationsdefizit vorzuliegen. Hürden in Bezug auf eine Anzeigeerstattung können in Ängsten und Vorbehalten gegenüber der Polizei, sowie Scham- und Schuldgefühlen bestehen. Limitationen der Studie stellen die nicht repräsentative Stichprobe und retrospektive Befragung dar.

Schlussfolgerung

Die Erfahrungen von Betroffenen liefern wichtige Hinweise für die Gestaltung von präventiven Massnahmen. In psychiatrischen Kontexten ist es wichtig, Zugang zu Informationen über Gewalterleben, Anzeigeerstattung, Abläufe bei Polizei und Gericht und Unterstützungsmöglichkeiten zu gewährleisten. Zur Vermeidung sekundärer Viktimisierung könnten transparente und nicht wertende Kommunikation und eine gute Vernetzung beteiligter Stellen beitragen.

Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege - Eine phänomenologische Studie

Markus Berner, MScN, cand. Dr. phil., Dozent, Leiter Praxisausbildung BSc Pflege, Fachbereich Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz, markus.berner@bfh.ch

Hintergrund

Die pflegerische Beziehung zu Patient_innen ist ein zentraler Bestandteil und der Schlüssel zur Erzielung positiver Pflegeergebnissen bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Ziel / Fragestellung

Ziel ist es, die Bedeutung pflegerischer Beziehungsgestaltung zu Betroffenen zu verstehen. Folgende Fragestellung ist zentral: "Wie erleben Pflegenden in der Psychiatrie die Beziehungsgestaltung zu Patient_innen die an einer Depression erkrankt sind?"

Methode

Für das Vorliegende Forschungsprojekt wird ein phänomenologischer Ansatz und ein Exploratives Vorgehen gewählt. Es werden leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit Pflegenden, die auf einer Schwerpunktabteilung für Depression arbeiteten, erhoben. Zudem werden teilnehmende Beobachtungen in Schwerpunktabteilungen für Depression durchgeführt. Die Interviews werden transkribiert und mit den Beobachtungsprotokollen mittels MAXQDA kodiert, zusammengefasst und eine induktive Kategorie Bildung erarbeitet.

Resultate

Der Autor steht zurzeit mitten im Forschungsprojekt und konnte fünf Interviews führen. Erste Ergebnisse zeigen, dass sich Pflegenden die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung bewusst sind. Einige nehmen Bezug zu Peplau. Eine Pflegefachfrau berichtet, dass sie sich oft in der Rolle wieder findet, dass sie die Beziehung zu Patient_innen aufbauen muss und wiederholt Beziehungsangebote macht. „...und halt versuchen die Beziehung aufrecht zu halten und das ist auch viel nicht aktive, aber doch passive Ablehnung dabei, das halt irgendwie auf der einen Seite aushalten und was ich noch schön finde die Erlaubnis einzufordern, wider Kontakt mit mir aufzunehmen: „Schauen sie, ist es ok, wenn ich dann wieder komme und dann noch einmal probiere“? Und es ist in der Regel ein grosser Leidensdruck vorhanden und sie sagen mir, das ist schon in Ordnung nur besser einfach nicht jetzt, lieber später. Und irgendwann ist dann der Moment da, wo es geht, das finde ich dann sehr schön“. Diese Aussage zeigt auch auf, wie herausfordernd die Beziehungsgestaltung ist, wenn Patient_innen neu in die Klinik eintreten und sich in einem, zum Teil, sehr akuten Krankheitszustand befinden.

Ein Pflegefachmann berichtet, dass der Beziehungsaufbau, respektive die Beziehungsgestaltung zu seinem beruflichen Handwerkzeug gehört und eine zentrale Aufgabe für Pflegenden darstellt. „...ich denke, Beziehungsarbeit ist wahnsinnig wichtig. Ich behaupte, gewisse Sachen gehen auch mit weniger Beziehungsarbeit, aber ich sage mal tiefgreifende Veränderungen zu bewirken ist extrem wichtig und vor allem auch, wenn, wir begleiten ja nicht einfach eine Person und die hat eine Krankheit und das ist es. Sondern man begleitet eigentlich ein Leben mit allem Drum und Dran...“. Es gibt weitere Herausforderungen für Pflegenden: „Ich denke gerade das in Bezug zu depressiv erkrankten Menschen, das geht manchmal einfach so wahnsinnig schleppend. Und das gemeine ist, dass die Medikation erst nach zwei bis drei Wochen seine Wirkung zeigt. Und dann denkt man, ja das geht furchtbar schleppend“. Eine Pflegenden ist der Meinung, dass er nur durch sein Fachwissen gestützt ein Verständnis für Personen entwickeln kann. „Fachwissen ist eine absolute Voraussetzung für unsere Arbeit, ja doch“.

Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf Herausforderungen hin, die Pflegenden in der Beziehungsgestaltung erleben. Verständnis für die an Depression erkrankten Patient_innen und Fachwissen helfen, einen konstruktiven Umgang mit ihrem Erleben zu finden. Empfehlungen können zurzeit noch keine gemacht werden. Nach Abschluss der Forschungsarbeit werden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen in Form einer Dissertationsschrift veröffentlicht.

Das Weddinger Modell auf einer alterspsychiatrischen Abteilung

Tamara Binggeli, Pflegefachfrau HF / MAS Hochschule Luzern / FHZ, Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz, tamara.binggeli@upk.ch

Richard Vettermann, Dr. med., Stv. Oberarzt, Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Christoph Linnemann, Dr. med., Leitender Arzt, Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Oxana Konrad, BA Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege, Zentrumsleiterin Pflege, Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Hintergrund

Im Rahmen der konzeptionellen Neuausrichtung, einhergehend mit baulichen Veränderungen der „Abteilung Psychose im Alter“ APA im Zentrum für Alterspsychiatrie in den UPK-Basel, wurde ab 2018 eine konzeptionelle Neuausrichtung aufgenommen und im 2022 das Weddinger Modell eingeführt. Der bis 2018 gestaltete Behandlungsprozess wurde starr strukturiert ausgeführt, wobei wenig Raum für individuelle und flexible Behandlungsverläufe zur Verfügung stand. Es fand eine transaktionale Behandlung statt, mit einer Funktionspflege sowie einer hohen Anzahl Besprechungen ohne Beisein der Patient_innen.

Ziele

Das Ziel war ein Behandlungskonzept zu konzipieren, welches eine patientenzentrierte Behandlung ermöglicht. Die Bezugspflege soll dabei gestärkt und eine individuelle und flexible Behandlung für die Patient_innen gefördert werden, konsekutiv erfolgt eine Stärkung von Selbstwirksamkeit und Autonomie.

Vorgehen

Anhand des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) wurde das Weddinger Modell als neues Behandlungskonzept eingeführt. Dabei wurde kontinuierlich die Implementierung evaluiert und Änderungen oder Anpassungen konnten so fortlaufend vorgenommen werden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Mit der Einführung des Weddinger Modells fand ein Change der Behandlungsstruktur statt. Dabei konnten die Rappportszeiten ohne die Anwesenheit von Patient_innen reduziert werden. Dafür wurden neue Gefässe wie der „Teambesuch“ oder die „Behandlungskonferenz“ eingeführt. Ausserdem erfolgte ein Wechsel von der Funktionspflege zur Bezugspflege und dabei konnte die Kernteamarbeit durch die Einführung von Kernteamgesprächen und trialogischen Gesprächen gestärkt werden.

Diskussion / Schlussfolgerung

Die Einführung des Weddinger Modells auf der Abteilung „APA“ mit der Verbesserung von Transparenz, Partizipation der Patient_innen und der Individualisierung der Behandlung hat sich als erfolgreich erwiesen. Subjektiv wird eine Reduktion von Zwangsmassnahmen sowie Isolationen wahrgenommen, die jedoch aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit und Repräsentativität nicht objektivierbar ist (Covid-Situation, Kohorten-Abteilung). Insbesondere die Balance zwischen Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung einerseits und Übernahme von Verantwortung seitens des Behandlungsteams („wohlwollender Rat“) andererseits ist beim älteren Menschen abzuwägen und individuell zu betrachten.

Die Verankerung des Weddinger Modells in das Abteilungskonzept hat sich als erfolgreich erwiesen und ist somit auch in der Umsetzung und Handhabung auf einer alterspsychiatrischen Abteilung möglich.

Somatische Verwundbarkeit - Prävention kardiologischer Erkrankungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Juliane Brunemann, Pflegefachspezialistin, Evangelisches Klinikum Bethel / Universitätsklinikum OWL-Bielefeld, Deutschland, Juliane.Brunemann@evkb.de

Hintergrund

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sind in Deutschland als häufigste Todesursache verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2023). Das Risiko lässt sich gezielt durch Interventionen wie Bewegung, Ernährung und Rauchstopps reduzieren (DGK, 2021). Während die Mortalität dieser Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung sinkt, steigt sie jedoch bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Böhm, 2021). Diese Menschen tragen ein besonders hohes Risiko, weil sie besondere Personen-, Versorgungs- und Systembezogene Hürden zu bewältigen haben (Wienberg und Kremer, 2018). Weil das Risiko für Menschen mit SMI (severe mental illness) kardiovaskulär zu erkranken eklatant hoch ist, muss es als dringende Angelegenheit betrachtet werden, sich mit diesem Thema sowohl forschend zu befassen als auch Massnahmen zu entwickeln, die der erhöhten Mortalität und Morbidität entgegenwirken.

Fragestellung

Diese Arbeit gilt der Idee praxisnah eine multimodal ausgerichtete Interventionsgruppe im ambulanten oder stationären Setting zu installieren, die auf die Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Menschen mit SMI ausgerichtet ist. Welche Auswirkungen haben kombinierte Interventionen zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen und Förderung eines gesunden Lebensstils auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?

Methode

Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und CINAHL durchgeführt, sowie eine orientierende Recherche in gängigen deutschsprachigen Suchmaschinen und verfügbarer Literatur.

Ergebnisse

Es wurden sieben internationale Einzelstudien identifiziert, die auf gemischte Interventionen wie Bewegung, Ernährung, Rauchen, Motivation, Schulung und Gemeinschaftsaktivitäten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgerichtet wurden. Die Einzelstudien konnten wenig bis kaum positive Auswirkungen auf kardiovaskuläre Parameter feststellen. Es konnten jedoch signifikante Erhöhungen des Aktivitätsniveaus und eine Verbesserung der psychischen Verfassung gemessen werden. Positiv- und Negativsymptomatik, sowie eine Steigerung des Selbstwertes korrigierten sich in eine vorteilhafte Richtung. Insbesondere Studien mit spezieller Motivationsförderung, Gruppendynamik und aktiver Teilnahme von Mitarbeitenden wirkten sich gewinnbringend aus.

Diskussion

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wirken zunächst frustrierend hinsichtlich einer Reduktion kardiovaskulärer Risiken. Die Hintergründe liegen möglicherweise in der Frequenz der jeweiligen Interventionseinheiten. Zusätzlich fehlen langfristige Ergebnisse. Eine Hürde scheint die Motivation der Teilnehmenden zu sein. Dies bedarf bei einem potenziellen Gruppenangebot deutlicher Aufmerksamkeit. Die positiven Effekte in Bezug auf die seelische Verfassung sprechen für sich. Auch die Steigerung des Aktivitätsniveaus, insbesondere für Menschen mit reduziertem Antrieb, wird als erfolgreich hinsichtlich einer Gesundheitsförderung bewertet.

Schlussfolgerung

Die Implementierung eines Gruppenangebotes mit Mischinterventionen ist empfehlenswert, weil sie positive Auswirkungen auf die körperliche Aktivität und psychische Verfassung hat. Insbesondere einer Negativsymptomatik kann entgegengewirkt werden. Eine Begleitung durch Peers oder Bezugspersonen erhöht die Motivationsbereitschaft der Betroffenen. Eine Senkung des kardiovaskulären Risikos kann möglicherweise nur als Fernziel betrachtet werden, deshalb ist von einer längerfristigen und höher frequentierten Begleitung auszugehen. Für diese Zielsetzung ist es förderlich Gruppenangebote durch Risikoscreenings und Präventionsmanager_innen zu ergänzen.

Implementierung des Gezeitenmodells im stationären Setting

Thomas Cronshage, B.A., Pflegerische Stationsleitung, Station A5 Psychotherapie bei Adoleszenten, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland, thomas.cronshage-mowinski@lwl.org

Marco Gardias, B.A., Pflegeexperte, Station A5 Psychotherapie bei Adoleszenten, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Hintergrund

Die Station A5 ist auf die Behandlung von jungen Erwachsenen spezialisiert. Die Grundlage der Behandlung auf der Station für junge Erwachsene ist ein integratives Therapiekonzept, in das Grundlagen der Verhaltenstherapie, psychodynamische Ansätze, Elemente der Schematherapie und der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) einfließen. Die Behandlung auf unserer Station findet in Form von pflegerischen Gruppentherapien mit den Schwerpunkten Skill-, Sozialkompetenz-, Lebenspraktisches-, Stressbewältigungs- und Genusstherapie sowie Entspannungsgruppen statt. Mit allen Patient_innen wird einmal wöchentlich ein therapeutisches- sowie ein bezugspflegerisches Einzelgespräch geführt. Zu den weiteren Angeboten der Station A5 gehören die Arbeits-, Ergo-, Kunst- und Sporttherapien. Zu Anfang des Jahres 2022 entschieden wir uns dafür, unserer pflegerischen Bezugsarbeit eine neue Struktur zu verleihen. In diesem Rahmen stießen wir nach einigen Recherchen auf das Gezeitenmodell von Barker und Buchanan-Barker (2020). Nun möchten wir im Vortrag unsere Erfahrungen aus der Implementierung innerhalb einer stationären Therapiestation mit Ihnen teilen und den Weg von der Idee bis zur Beendigung der Probephase näher erläutern. Ferner möchten wir illustrieren, wie ein solcher Weg sich darstellen kann und welchen Gewinn die Patient_innen sowie die Mitarbeiter_innen von der Umsetzung des Gezeitenmodells schöpfen.

Problemstellung

Wie stellt sich die Implementierung des Gezeitenmodells innerhalb einer stationären pflegerischen Bezugsarbeit dar? Wo liegen hierbei die Schwierigkeiten und Hürden? Wie wirkt sich der Gewinn im Rahmen der Anwendung des Gezeitenmodells für die Patient_innen und Mitarbeiter_innen aus.

Material

Zur Entscheidungsfindung wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt und auf Fachbücher zurückgegriffen. Schlüsselbegriffe für die Suche waren Bezugspflegemodell und Genesungsmodell. Es erfolgte eine Eingrenzung auf den Aktualitätsfaktor. In einem zweiten Schritt fand die Entscheidung für das Gezeitenmodell nach Barker und Buchanan-Barker (2020) statt. Ferner wurde mit anderen Institutionen kooperiert, die schon länger auf der Basis dieses Modells arbeiten.

Methodisches Vorgehen (Power-Point-Präsentation)

- Vorstellung des stationären Settings und kurze Erläuterung des Gezeitenmodells
- Eingang auf die Instrumente bzw. Dokumente (Aufnahmeassessment, Belastungsfaktoren, Ressourcen, wöchentliches Bezugspflegefachgesprächs- Protokoll)
- Erläuterung der Entscheidung für das Gezeitenmodell
- Eingang auf die Implementierungsphasen im stationären Setting (anhand eines Zeitstrahls)
- Erläuterung der Erfahrungen innerhalb der einzelnen Teilabschnitte
- Zusammenfassung der Ergebnisse und den damit verbundenen „Stolpersteinen, AHA-Momenten, und Gewinnen“ sowie rückblickendes Fazit, Ausblick und Diskussion

Schlussfolgerung

Die Umsetzung des Gezeitenmodells ist ein langwieriger Prozess, welcher aus einer intensiven Auseinandersetzung in Form von Fortbildungen, Hospitationen, Implementierungsphasen und Reflektion besteht. Die Anwendung ist eine Bereicherung der bisherigen pflegerischen Bezugsarbeit, weil sie eine strukturelle Vorgehensweise beinhaltet und den Arbeitsvorgang somit einrahmt. Verbindlichkeit und die Bereitschaft zur fortlaufenden individuellen Weiterentwicklung des Modells sind Grundvoraussetzungen für das Team zur Implementierung des Modells.

Hürden der Digitalisierung – Unterstützungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Anna Hegedüs, Dr., Dozentin, Stiftung Lindenhof Tenure Track ambulante psychiatrische Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

[Kristina Domonell](mailto:Kristina.Domonell@bfh.ch), BSc., wissenschaftliche Assistentin, Departement. Gesundheit, Berner Fachhochschule, Kristina.domonell@bfh.ch

Daniela Willener, BSc., wissenschaftliche Assistentin, Institut Kindheit, Jugend und Familie, Departement Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Emanuela Chiapparini, Prof. Dr., Leiterin Institut Kindheit, Jugend und Familie, Departement Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Einleitung

Vulnerable Personengruppen stehen im Alltag vor wachsenden Anforderungen neue Technologien zu nutzen. In der Pflegepraxis spielt der Einsatz von digitalen Technologien im direkten Klient_innenkontakt meist eine untergeordnete Rolle. Dabei könnten digitale Tools wie z.B. der Einsatz einer App eine signifikante Bedeutung bei der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands, der sozialen Teilhabe und der individuellen Lebensgestaltung einnehmen (Hafner et al. 2022).

Methode

Hier setzt das interdisziplinäre Forschungsprojekt ProDigitAll an, welches das Forschungsteam an der Berner Fachhochschule im Rahmen des BFH-Themenswerpunkts „Humane digitale Transformation“ durchgeführt hat. Es hat zum Ziel die Hürden und Chancen der Digitalisierung insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, schwere Depression oder bipolare Störungen) und armutserfahrene Personen zu erfassen. Die Daten wurden mittels einer systematischen Literaturrecherche sowie einem partizipativen Workshop mit Betroffenen und Fachpersonen aus den Bereichen Psychiatrische Pflege und Soziale Arbeit gesammelt. Unter Verwendung des „e-Health Literacy Frameworks“ von Noorgard et al. (2015) wurden die Resultate systematisch präsentiert (Hegedüs et al. 2023).

Ergebnisse

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die digitale Gesundheitskompetenz eine Voraussetzung ist, um digitale Medien im Alltag anwenden zu können (Hegedüs et al. 2023). Das individuelle Nutzungsverhalten von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird dabei von ihrer Motivation und ihrem Genesungszustand bestimmt (Borghouts et al. 2021). Neben diesen Faktoren spielt die soziale Interaktion als neue Kategorie im Modell eine zentrale Rolle. Wird ein digitales Tool sozial begleitet erhöht dies das Interesse, das inhaltliche Verständnis, sowie die Bereitschaft das digitale Gesundheitsangebot in den Alltag zu integrieren (Berry et al. 2019).

Diskussion und Schlussfolgerung

Das erweiterte Modell des „e-Health Literacy Frameworks“ ermöglicht es Pflegefachkräften, das digitale Kompetenzniveau ihrer Klienten zu erfassen, sie gezielt zu begleiten und individuelle Unterstützungsangebote wie z.B. die Einbindung einer Peer-Person abzuleiten.

Entwicklung eines (digitalen) Basisassessments für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anna Eisold, MSc. Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Dipl. Pflegewirtin, Lead Training & Training & Advice, epaCC GmbH, Wiesbaden, Deutschland, Anna.eisold@epa-cc.de
Madlen Fiebig, Dr. rer. medic., Dipl. Pflegewirtin, Head of Products & Science, epaCC GmbH, Wiesbaden, Deutschland

Hintergrund

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag im deutschsprachigen Raum bisher kein Basisassessment vor. Untersuchungen zeigen jedoch, dass gerade dieser Bereich besonderer Aufmerksamkeit bedarf. So konnte beispielsweise die KIGGS- Studie des Robert-Bosch-Instituts nachweisen, dass die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bei 16,1 % liegt (vgl. Santos-Hövenner et al., 2019).

Seit 2020 steht den Pflegenden ein pflegewissenschaftlich entwickeltes Basisassessment für den (erwachsenen-) Bereich der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung. Mit diesem Instrument ist es möglich, in unterschiedlichen psychiatrischen Settings (Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, etc.) die jeweiligen pflegerelevanten Zustände der Patient_innen zu erfassen, messbar und vergleichbar zu machen. Pflegende können mit Hilfe des standardisierten Verfahrens die Wirkung ihres Tuns über den gesamten Versorgungsverlauf transparent machen. Nach der Einführung dieses Instruments wurde schnell deutlich, dass es für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie spezifischer Inhalte bedarf.

Ziele

Ziel des beschriebenen Praxis-Forschungsprojektes war es, das bestehende Basisassessment hinsichtlich der speziellen Bedürfnisse psychiatrisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, sowie deren Bezugspersonen zu ergänzen. Dabei sollten Aspekte wie das multidisziplinäre Versorgungsteam, die pflegepädagogische Erziehungsarbeit, die Einbindung von Bezugspersonen, speziell der Eltern, im Vordergrund stehen. Auch der besonderen Einbettung in soziale Strukturen und (pädagogischen) Unterstützungssystemen, wie Schule, Ausbildung, Peergruppen, etc. sollte Rechnung getragen werden. Zudem gibt es im Kinder- und Jugendalter spezifische Symptomatiken wie z.B. Enuresis oder Trennungs- und Bindungstraumata, die Berücksichtigung finden sollten (vgl. auch Kuchenbecker, 2011).

Vorgehen

Mittels des Design Thinking Ansatzes wurde ein iterativer Entwicklungsprozess mit Vertreter_innen aus vier kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken angestoßen. In einem ersten Schritt wurden die fehlenden Inhalte für den fokussierten Bereich identifiziert. Diese Themen wurden in einem zweiten Schritt wissenschaftlich recherchiert, definiert und operationalisiert. So entstanden Items, die in einer vorläufigen Papierversion zur Testung an die Praxispartner zurückgegeben wurden. Im Herbst 2020 schätzten Pflegefachpersonen den pflegerelevanten Zustand von 75 kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungssituationen ein und gaben zusätzlich ihre fachliche Rückmeldung zur Anwendbarkeit der Items. Nach einer erneuten Überarbeitung durch das wissenschaftliche Team wurden die Anpassungen präsentiert und zur Diskussion gestellt. Die beschriebene Vorgehensweise ermöglichte eine praxisorientierte Integration der wissenschaftlich recherchierten Inhalte.

Ergebnis

Zum Jahreswechsel 2022 / 2023 wurde ein ergänzendes Modul für die Erfassung des pflegerelevanten Zustands von Kindern- und Jugendlichen bereitgestellt. Insgesamt entstanden 15 neue Items. Darüber hinaus wurden Items aus dem bestehenden Assessment angepasst, umformuliert und für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie operationalisiert.

Schlussfolgerung

Das System, innerhalb dessen das psychiatrisch-pflegerische Basisassessment und damit auch das Modul für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wurde, versteht sich als „lebendes System“. Im Laufe des Jahres 2023 werden die ersten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken beginnen, mit der Systematik zu arbeiten. Die hier entstehenden Erfahrungen und Rückmeldungen werden wiederum in die turnusmäßige Überarbeitung des Instrumentes einfließen.

Berücksichtigung der Mehrdimensionalität von Recovery in standardisierten Assessmentinstrumenten – Möglichkeit oder Irrweg?

Madlen Fiebig, Dr. rer. medic., Dipl. Pflegewirtin, Head of Products & Science, epaCC GmbH, Wiesbaden, Deutschland, madlen.fiebig@epa-cc.de

Anna Eisold, MSc. Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Dipl. Pflegewirtin, Lead Training & Training & Advice, epaCC GmbH, Wiesbaden, Deutschland

Einleitung

Genesung ist ein komplexes und vielschichtiges Konzept, das körperliche, emotionale, psychologische und soziale Komponenten umfasst. Das Recovery-Konzept berücksichtigt diese Komplexität. Standardisierte Assessments sind Instrumente zur objektiven Messung psychischer Symptome und funktioneller Beeinträchtigungen. Sie können Kliniker_innen dabei unterstützen, Veränderungen der Symptomschwere, der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität im Zeitverlauf zu verfolgen. Damit stellen sie wichtige Daten für die Planung und Evaluation der Behandlung zur Verfügung. Im Gegensatz zum traditionellen medizinischen Modell, das psychische Erkrankungen als Krankheiten betrachtet, die durch Medikamente und andere medizinische Interventionen geheilt werden können, kann Recovery einen ganzheitlichen Ansatz zur Behandlung bieten, der die Bedeutung der persönlichen Erfahrungen, Überzeugungen und Werte des Individuums für den Heilungsprozess hervorhebt.

Fragestellung

Wie kann das multidimensionale Konzept von Recovery in einem standardisierten Assessmentinstrument integriert werden?

Methodik

In einer Literaturrecherche wurden 28 Publikationen recherchiert, die das Konzept und die einzelnen Dimensionen von Recovery beschreiben. Nach Auswahl der Publikationen anhand zuvor festgelegter Bewertungskriterien wurden diese einem inhaltsanalytischen Konzeptvergleich unterzogen. Dabei wurden die einzelnen Dimensionen, aus denen sich das Recovery-Konzept zusammensetzt, herausgearbeitet und in ein Kategoriensystem überführt.

Ergebnisse

Es wurden sechs relevante Publikationen mit unterschiedlicher Evidenz identifiziert. Einzelne Indikatoren wie z.B. Hoffnung, Beziehung, Empowerment (vgl. z.B. Schulz et al., 2012; Leamy et al., 2011) lassen sich in einer Vielzahl von Konzepten finden. Andere Themenbereiche werden nur in einzelnen Konzepten beschrieben (z.B. Salutogenese, Spiritualität) (vgl. z.B. Rabenschlag & Needham, 2011). Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung und in engem Austausch mit den Praxispartnern (Kliniken) erfolgte eine Bewertung der einzelnen Themenbereiche. Bei der Integration in das standardisierte Assessmentinstrument wurden die herausgearbeiteten Themenkomplexe operationalisiert und in messbare Items überführt. So wurde beispielsweise der Themenkomplex „Beziehung“ mit den Items „Aufrechterhaltung bestehender Beziehungen“, „Unterstützung empfinden“ und „Selbstwirksamkeit“ abgebildet. Zudem wurden spezielle Items zur Bezugsperson z.B. „Fähigkeit, mit veränderten Lebenssituationen umzugehen“ integriert. Die mehr als vierjährige Anwendung in etwa 30 Kliniken sowie die regelmäßigen Evaluationstreffen mit den Anwender_innen zeigen, dass ein mehrdimensionales Konzept, das sowohl die Perspektive der Betroffenen als auch die Perspektive der Pflegenden und das Umfeld als Ressourcen berücksichtigt, in ein standardisiertes Assessmentinstrument integrierbar ist.

Diskussion

Im Rahmen der Recovery-orientierten Pflege können standardisierte Assessments eingesetzt werden, um Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Festlegung von Zielen und deren Evaluation zu unterstützen. Durch die Bereitstellung einer strukturierten Methode zur Fortschrittsbeurteilung helfen standardisierte Assessments dem Individuum dabei, Stärken und Potenziale zu identifizieren, Therapiebereiche zu priorisieren und Strategien zur Zielerreichung zu entwickeln.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass standardisierte Assessments nicht die klinische Beurteilung oder die individuelle Behandlungsplanung ersetzen können. Vielmehr sollten sie als ergänzendes Instrument zur Unterstützung von Behandlungsentscheidungen und zur Überwachung des Genesungsverlaufs eingesetzt werden.

Zusammenfassung

Recovery ist ein Konzept, das unser Denken über Gesundheit und Krankheit verändern kann und soll. Es erkennt die Bedeutung der eigenen Erfahrungen und Perspektiven des Individuums für den Genesungsprozess an und betont die Bedeutung eines unterstützenden Umfelds und einer Reihe von Ressourcen für die Genesung. Trotz seiner Vielschichtigkeit kann der Genesungsprozess durch eine geeignete Auswahl von Items im standardisierten Assessment Recovery-fokussiert abgebildet werden.

Antipsychiatrie – Chancen und Risiken, Einordnung von Perspektiven

Till Grundmann, B.A. Psychiatrische Pflege, Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (FHdD), Deutschland, till@umalleskuemmerkaefer.de

Hintergrund

Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel einerseits, als auch die Zunahme psychischer Erkrankungen andererseits, sind wichtige Faktoren für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen in Deutschland (Brieger, 2018; RKI, 2015). Psychiatrische Versorgung kann nicht nur Hilfe für Betroffene darstellen, sondern auch Leid verursachen. Stigmatisierung, Entmündigung, Zwang und Gewalt sind hierbei relevante Themen (Angemeyer, 2003). Die Antipsychiatrie ist grundlegend als eine heterogene Bewegung mit kritischer Haltung gegenüber der Psychiatrie zu verstehen. Sie ist ein Oberbegriff verschiedener Ideen, Haltungen und Konzeptionen welche ernsthafte Forderungen an die Verhältnisse der Psychiatrie stellt (Beyer, 2022).

Fragestellung

Welche Auswirkung hat die Antipsychiatrie, auf das heutige psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland, bei der Behandlung psychiatrisch erkrankter Personen? Diese Frage hat sich der Autor im Rahmen seiner Bachelorarbeit gestellt.

Methode

Als Erhebungsmethode wurde eine orientierende Literaturrecherche angewandt und mittels der Kategorien Haltung / Kritik gegenüber der Psychiatrie, das Verständnis von Krankheit und dessen Forderung / Umsetzungstendenzen alternativer Versorgungsmöglichkeiten untereinander verglichen und konzentriert betrachtet. Weiterhin erfolgte ein Experteninterview.

Ergebnisse

In Deutschland entwickelten sich diverse Initiativen, die der Antipsychiatrie zugeordnet werden können. Einige bieten konkrete Versorgungsalternativen für Betroffene. Die Ergebnisse legen dar, dass kein klarer Konsens darüber herrscht, ob die Antipsychiatrie hilfreich für eine Reform war. Bis heute wird die Antipsychiatrie kontrovers betrachtet. Die Auswirkungen erscheinen vielfältig und der Einfluss kann nicht klar bestimmt werden (Payk, 2004; Rechlin & Vliegen, 1995). Das Experteninterview bietet eine subjektive Meinung. Es bietet einen Ansatz, die Aktualität des Themas in die heutige Zeit einzuordnen.

Diskussion

Innerhalb Deutschlands ist seit Aufkommen ein grosses Mass an Umsetzungen und Zuspruch antipsychiatrischer Thesen wiederzufinden. Einerseits erschwert das grosse Spektrum an Meinungen, Forderungen und Haltungen der Antipsychiatrie einen Vergleich herzustellen. Andererseits zeigt dies die Komplexität der Bewegung auf. Die Kernthesen der Antipsychiatrie konnten nicht umgesetzt werden (Carri & Küpper, 2013; Trotha, 2001).

Schlussfolgerung

Trotz teilweise radikalen und unzureichend wissenschaftlich begründeten Thesen, die die Antipsychiatrie hervorrief, werden dabei ernstzunehmende Fragen an die Gesellschaft, Politik und Psychiatrie gestellt. Diese gilt es zu beachten, im Kontext des Geschehens kritisch zu evaluieren, zu berücksichtigen und anzuwenden. So erscheint Psychiatriekritik als eine wichtige Triebfeder für Veränderungsprozesse, um einen bestmöglichen positiven Nutzen für Betroffene herzustellen.

a[mu]zier dich! Co-Entwicklung eines Caregames für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen

Gilles Bangerter, Dozent, HESAV, Fachhochschule Westschweiz HES-SO, Schweiz

Emilie Bovet, Dozentin, HESAV, Fachhochschule Westschweiz HES-SO, Schweiz

Cédric Bornand, Dozent, HEIG-VD, Fachhochschule Westschweiz HES-SO, Schweiz

Angelika Gusewell, Prof. Dr., Leiterin Forschung (Mitglied der Hochschulleitung), HEMU, Fachhochschule Westschweiz HES-SO, Schweiz, angelika.gusewell@hemu-cl.ch

Alexia Stantzos, Stellvertretende Pflegedienstleiterin, DP-CHUV, selbständige Pflegefachfrau, Schweiz

Hintergrund

Laut der Schweizer Corona-Stress-Studie (Coynel et al., 2021) sind die 15- bis 24-Jährigen die am stärksten von der Pandemie betroffene Altersgruppe: 7% der Jugendlichen litten vor der Krise an mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen, jetzt sind es 26,9%. Die Zahl der Konsultationen bei psychosozialen Diensten für Jugendliche und bei Kinderärzten explodierte. Gewichtszunahme und Essstörungen nahmen zu, ebenso wie Panikattacken, düstere Gedanken und Selbstmordversuche. Schulkinder, Teenager und junge Erwachsene leiden unter Einsamkeit und Isolation, und das in einer Lebensphase, in der soziale Kontakte ganz wesentlich zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen.

Auf internationaler Ebene warnt das UNICEF (2021) vor der Dringlichkeit der Situation. In ihrem „on my mind“-Bericht fordert das UNICEF Regierungen und Partner aus dem öffentlichen und privaten Sektor auf, sich für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einzusetzen.

Problemstellung

Jugendliche und junge Erwachsene, die von einem psychischen Leiden betroffen sind oder sich in einer schwierigen Lebensphase befinden, fühlen sich oft von Gleichaltrigen und von der Welt abgekoppelt, einsam und isoliert. Solche Gefühle können allfällige Symptome verschlimmern, die Behandlung oder Begleitung beeinträchtigen und es schwierig machen, Beziehungen (u.a. mit betreuenden Personen) aufzubauen.

Ziele

Ziel ist es, für diese jungen Menschen ein „Care Game“ (d.h. ein Videospiel welches das Wohlbefinden, positive Kontakte und positive Gefühle fördert), zu entwickeln. Dieses Spiel soll auf spielerische, motivierende und beruhigende Art und Weise dazu einladen, sich mit den eigenen Emotionen auseinanderzusetzen, diese mit dem emotionalen Gehalt von Musik zu verknüpfen, mit anderen Spieler_innen darüber auszutauschen, und so positive, qualitative Kontakte zu knüpfen.

Vorgehen

Die Besonderheit des Projekts liegt im kollaborativen Vorgehen. So sollen über die gesamte Projektdauer (24 Monate) junge Patient_innen und deren Betreuer_innen einbezogen werden. Dies garantiert nicht nur, dass das entwickelte Caregame den Bedürfnissen, Interessen und Möglichkeiten seiner zukünftigen Nutzer_innen entspricht. Es ermöglicht auch und vor allem, dass die Teilnehmenden dort abgeholt werden, wo sie Expert_innen sind, nämlich im Musikhören und Gamen, und so die Gelegenheit bekommen, „einfach nur“ junge Menschen zu sein.

Fünf Projektphasen sind geplant: (1) Spielspezifikation und Erarbeitung der Validierungsmethode; (2) Tool-Design (Softwareentwicklung) und Musikauswahl; (3) Szenario-Design (Ausarbeitung von Plot und Spieldesign); (4) Zusammensetzen der einzelnen Bausteine, Test und Validierung eines ersten Prototyps; (5) Bewertung der Nutzung und Nutzbarkeit in einer längeren Testphase, wissenschaftliche Auswertung.

Ergebnisse / Erfahrungen

Unser Projekt startete im November 2022. Im Frühling 2023 wird es darum gehen, gemeinsam mit den Pflegeteams und den Patient_innen der Partnerinstitutionen die Spielspezifikation auszuarbeiten. Unser Kongressbeitrag wird somit (noch) nicht über Forschungsergebnisse berichten, sondern die Umsetzung des angestrebten partizipativen Ansatzes reflektieren: Potential einerseits, Herausforderungen und Grenzen andererseits.

Kann man „Nähe und Distanz“ lernen? – Was brauchen psych. Pflegenden in den ersten Monaten ihrer beruflichen Tätigkeit?

Birgit Hahn, B.A. Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit, klinische Pflegeexpertin im Referat evidenzbasierte Pflegepraxis, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld, Deutschland, Birgit.Hahn@evkb.de
Muhammed Kaya, Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainee Psychiatrische Pflege, Evangelisches Klinikum Bethel, Fachbereich Psychosoziale Medizin, Bielefeld, Deutschland

Jacqueline Rixe, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaften, B.A. Psychiatrische Pflege, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für psychiatrische Pflege, RN, Pflegeforschung, Referat Evidenzbasierte Pflegepraxis, Evangelisches Klinikum Bethel, Fachbereich Psychosoziale Medizin, Bielefeld, Deutschland

Einleitung

Die berufliche psychiatrische Pflege ist aktuell vielen Herausforderungen unterworfen, u.a. einem Wissensverlust aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels. Der seit Jahren antizipierte Generationswechsel [Schoppmann & Mayer, 2010] ist mittlerweile in vielen psychiatrischen Kliniken deutlich spürbar. Auch in Bezug auf das Kongressthema „Verletzung und Verletzlichkeit“ zeigt sich ein Wissensverlust, um im Umgang mit v.a. seelischen Verletzungen der vulnerablen Patient_innengruppe gut gerüstet zu sein und mit sich selbst in der eigenen Verletzlichkeit gut umgehen zu können. Trotz des profunden pflegerischen Wissens, welches Berufseinsteiger_innen aus der Pflegeausbildung mitbringen, ist die Anwendung und Übertragung von Wissen in den psychiatrischen Pflegealltag häufig eine Herausforderung und der sog. Theorie-Praxis-Transfer für Neulinge sowie Expert_innen (s. Kompetenzstufen nach Benner [2017]) eine unübersehbare Problemstellung. Eine Antwort kann ein strukturiertes Einarbeitungsprogramm in psychiatrischer Pflege [Pöschel et al., 2018] sein, welches Einblicke in die verschiedenen psychiatrischen Fachbereiche vermittelt und ein breit gefächertes Fortbildungsangebot mit psychiatrischen Pflege Themen als auch Erfahrungsreflexion [Bulman & Schulz, 2018, Rixe et al., 2019] und Mentoring durch psychiatrische Pflegeexpert_innen bereithält. Innerhalb dieses Unterstützungsangebots wird auch ein sorgsamer Umgang mit der (eigenen) Verletzlichkeit thematisiert und reflektiert. In engem Zusammenhang damit steht die Frage nach der ausgewogenen Balance von Nähe und Distanz in der professionellen Pflegebeziehung, welche an den Fortbildungstagen und in den Mentorengesprächen intensiv diskutiert wird. Über dessen Wichtigkeit besteht auf allen Ebenen Einigkeit, die konkrete Ausgestaltung wirft jedoch in den vielfältigen Praxissituationen des Pflegealltags viele Fragen auf.

Methode

Das Thema der professionellen Beziehungsgestaltung wird im Fortbildungsprogramm vielfältig mit Theorie und Praxis verknüpft. Die Teilnehmenden des Einarbeitungsprogramms erhalten neben einer theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik ein regelmässiges Angebot zur Reflexion von Praxiserfahrungen und Einzelfallsituationen. Mit den Teilnehmenden werden darüber hinaus Meisterungsgeschichten identifiziert.

Ergebnisse

Die Gestaltung von professionellen Pflegebeziehungen in der Ausbalancierung von Nähe und Distanz kann über die Reflexion von Einzelfallsituationen erlernbar sein. Ein Grundstein wird dazu in der Pflegeausbildung gelegt [Jürgensen & Dauer, 2021]. Eine Vertiefung der Thematik kann über weitere Reflexionsangebote im Rahmen der Einarbeitung aber auch darüber hinaus unterstützen, achtsame Beziehungen zu Patient_innen und sich selbst zu gestalten.

Diskussion

Es benötigt verschiedene didaktische Lernangebote, um die aufgezeigte komplexe Thematik angemessen aufgreifen zu können. Es zeigt sich, dass die Gestaltung von Nähe und Distanz in professionellen Pflegebeziehungen auf den ersten Blick sehr selbstverständlich erscheint. Die Reflexion der beruflichen Praxis und von Einzelsituationen weitet jedoch den Blick auf die individuellen Bedürfnisse von Patient_innen und Pflegepersonen.

Schlussfolgerung

Das Thema von Nähe und Distanz ist ein Kernelement professioneller Pflege und für einen sorgsamen Umgang mit Patient_innen und der eigenen Person essentiell. Die Reflexion von Einzelfallsituationen kann im Rahmen von Aus- und Weiterbildung unterstützen, ausbalancierte Beziehungen zu verletzten und verletzlichen Menschen zu gestalten und sich selbst dabei nicht aus dem Blick zu verlieren. Daher sollte eine Thematisierung in Theorie und Praxis immer wieder angeboten werden. Weitere Forschung zum aufgezeigten Thema als auch zu weiteren Lernfeldern und deren Aufbereitung im ersten Jahr beruflicher psychiatrischer Pflege ist dringend zu empfehlen.

Kollegiale Beratung – ein Reflexionsraum für herausfordernde Situationen

Birgit Hahn, B.A. Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit, klinische Pflegeexpertin im Referat evidenzbasierte Pflegepraxis, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld, Deutschland, Birgit.Hahn@evkb.de

Einleitung

Beruflich Pflegende sehen sich aufgrund ihrer besonderen Aufgabenstellung vielfach mit komplexen und herausfordernden Situationen im Arbeitsalltag konfrontiert. Im psychiatrischen Kontext erfordert eine professionelle Beziehungsgestaltung zu seelisch verletzten Menschen u.a. traumasensible Pflege, Resilienzbewusstheit der eigenen Person oder auch die Gestaltung einer patientenzentrierten Behandlung im multiprofessionellen Team. Solche Situationen werfen häufig viele Fragen und Dilemmata auf, die sich nicht immer selbst erschliessen oder lösen lassen. Hier kann die Bearbeitung individueller beruflicher Fragen oder die gemeinsame Reflexion herausfordernder Situationen als auch des eigenen beruflichen Handelns als unterstützend erlebt werden.

Methode

Es erfolgte eine unspezifische Literaturrecherche und Sichtung der einschlägigen deutschsprachigen Literatur zum Thema. Darüber hinaus werden anonymisierte Praxisbeispiele zur Veranschaulichung herangezogen.

Ergebnisse

Nicht in allen beruflichen Fragestellungen ist der Blick von aussen, d.h. eines Supervisors notwendig. Es stehen unterschiedliche Reflexions- und Unterstützungsformate zur Verfügung, die in den verschiedenen psychiatrischen Pflegesettings für ein grösseres Situationsverstehen als auch für die Entwicklung von Lösungen hilfreich sein können. Ein von der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft empfohlenes Unterstützungsformat ist die Methode der Kollegialen Beratung (KB) [1]. Dieses Beratungsinstrument kann sowohl in reinen Pflegeteams als auch in multiprofessionell zusammengesetzten Pflege- und Behandlungsteams je nach Bedarf eingesetzt werden. KB ist dazu ein niedrigschwelliges und kostengünstiges Unterstützungsformat, weshalb der Einsatz auch für das Management überzeugend sein kann.

Diskussion

Der Nutzen von KB kann auf unterschiedlichen Ebenen und in vielfältiger Form beschrieben werden. Sie kann u.a. dazu beitragen, Kompetenzen und Problemlösungen psychiatrisch Pflegenden nachhaltig weiterzuentwickeln und zu fördern, eine positive Wirkung auf berufliche Zufriedenheit haben als auch im Sinne von Prävention einen Beitrag zur Belastungsreduktion leisten. Darüber hinaus kann ein gemeinsames langfristiges Lernen und Kompetenzentwicklung in der Organisation selbst als auch in den Pflege- und Behandlungsteams durch den Einsatz von KB beschrieben werden [2,3].

Schlussfolgerung

KB ist ein strukturierter Beratungsansatz, der sich in Pflege- und Behandlungsteams schnell integrieren lässt und zudem vielfältige positive Effekte erzielen kann. Allerdings birgt die Implementation einige Hürden, die es zu überwinden gilt. In psychiatrischen Kontexten ist diese Unterstützungsform allerdings noch wenig präsent und wurde bisher kaum untersucht, sodass weiterer Forschungsbedarf sowohl in Bezug auf die Effekte als auch in Bezug auf Implementationsbarrieren erforderlich erscheint.

Präsentismus am Arbeitsplatz: Wenn wir unsere Gesundheit und die anderer gefährden

Sabine Hahn, Prof. Dr., Leiterin Fachbereich Pflege, Leiterin angewandte Forschung & Entwicklung, Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz. Visiting Professor University of Bournemouth, United Kingdom, sabine.hahn@bfh.ch

Hintergrund

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen stellt weltweit eine grosse Herausforderung dar. Die World Health Organisation (WHO) prognostiziert für das Jahr 2030 einen Mangel an Gesundheitsfachpersonen von etwa 18 Millionen, die Hälfte davon machen Pflegende aus. Die SARS-CoV-2-Pandemie führte deutlich vor Augen, wie wichtig qualifiziertes Gesundheitspersonal für eine gut funktionierende Gesundheitsversorgung ist. Die Pandemie und ihre Auswirkungen auf den Personalbestand haben uns aber auch aufgezeigt, wie schwierig es ist erkrankt zu Hause zu bleiben und zu wissen, dass die Teamkolleg_innen unterbesetzt arbeiten müssen.

Problemstellung

Viele Pflegefachpersonen arbeiten trotz Erkrankung und gefährden dadurch ihre Gesundheit. Zudem könnte dies auch Risiken für die Patient_innen bergen. Andererseits kann auch zu wenig Personal die Patientensicherheit gefährden. Insgesamt also eine schwierige Ausgangslage.

Ziele

Das Ziel des Vortrags ist es, die Zusammenhänge von Präsentismus und seinen Folgen aufzuzeigen, um einen respektvolleren Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit und den eigenen physischen und psychischen Grenzen zu anzuregen sowie Führungspersonen in ihrer Verantwortung im Umgang mit Präsentismus zu stärken.

Methode und Material

Literaturarbeit und Praxisreflexion.

Ergebnisse

Die Praxis, trotz Krankheit, Verletzung, Angst usw. zur Arbeit zu gehen, führt häufig zu einer verminderten Produktivität. Präsentismus tritt eher bei Personen auf, die unter starkem emotionalem Stress leiden, und bei Arbeitnehmern, die einen Beruf mit hohen Anforderungen ausüben, der viel Engagement erfordert, wie z. B. bei Ärzten, Pflegefachpersonen und Lehrern. Präsentismus hat negative Folgen sowohl für die betroffenen Arbeitnehmenden als auch für die Unternehmen. Die Kosten des Präsentismus können daher die Kosten des Absentismus übersteigen. Denn etwa 50 bis 60 % des Gesundheitspersonals sind in den letzten 12 Monaten mehr als einmal krank zur Arbeit erschienen. Das ist etwa dreimal so viel wie in anderen Sektoren. Dieser weit verbreitete Präsentismus kann zu einer geringeren Qualität der Pflege und zu verminderter Sicherheit für Patientinnen und Patienten sowie Pflegeheimbewohnenden führen. So können beispielsweise Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten oder mangelnde Konzentration in der Beziehungsgestaltung sowie schlechte Interaktion oder Deeskalation auftreten.

Diskussion

Die Gründe für Präsentismus sind vielschichtig. Sollten jedoch stärker angegangen werden und mittels Fallbeispielen schon in der Ausbildung von Pflegefachpersonen thematisiert werden. Typische Situationen des Präsentismus und seiner Auswirkungen werden aufgezeigt und zur Diskussion gestellt.

Entwicklung einer einheitlichen Praxis nach Aggression und Zwangsmassnahmen

Sabine Hahn, Prof. Dr., Leiterin Fachbereich Pflege, Leiterin angewandte Forschung & Entwicklung, Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz. Visiting Professor University of Bournemouth, United Kingdom, sabine.hahn@bfh.ch

Hintergrund

Das Vorbeugen und Erkennen sowie der sichere, wirksame und therapeutische Umgang mit Konflikten in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen stellen eine grosse fachliche und menschliche Herausforderung dar. Aggression und Zwang können zu ernsthaften physischen und psychischen Risiken für alle Beteiligten und zu tiefen Verletzungen und Retraumatisierungen führen.

Zielsetzung

Das Projekt „Nachsorge nach Zwangsmassnahmen“ ist ein Teilprojekt der EU-Cost Action FOSTREN und zielt darauf ab, ein Best-Practice-Verfahren für die Nachbetreuung nach Konflikten in psychosozialen Einrichtungen zu entwickeln.

Methode

Auf der Grundlage einer Literaturrecherche wurde in über 15 EU-Ländern eine elektronische, vignettenbasierte Umfrage zu den wichtigsten Interventionen nach einem Ereignis durchgeführt.

Ergebnisse

Die Umfrage zeigt, dass nach wie vor eine gewisse Verwirrung über den spezifischen Zweck und die Funktion von „Nachbesprechungen“ und / oder „Überprüfungen nach einem Vorfall“ besteht. Die beträchtliche Varianz der Ansätze in der Praxis wird aufgezeigt.

Diskussion

Der Mangel an einem einheitlichen Vorgehen zur Aufarbeitung aggressiven Ereignissen oder Zwangsmassnahmen spiegelt den Mangel an Erkenntnissen darüber wider, was eine evidenzbasierte beste Praxis darstellt. Fachliche und rechtliche Leitlinien schreiben ausdrücklich eine Form der „Nachbesprechung“ vor, um potenziellen Stress zu lindern und therapeutische Beziehungen wiederherzustellen oder aufrechtzuerhalten, während Initiativen zur Minimierung von Zwang durchweg die „Nachbesprechung“ als wichtigen Bestandteil der Gesamtstrategien vorsehen. Allerdings mangelt es an Konsistenz und Klarheit bei den Begriffen, Prozessen und dem Ziel von Massnahmen nach dem Vorfall. Eine Delphi-Studie innerhalb der EU scheint daher sinnvoll um Begrifflichkeiten und Vorgehensweisen zu klären und eine einheitliche Best-Praxis zur Nachsorge zu entwickeln.

Wohnungslosigkeit im Kontext psychischer Erkrankungen

Daniela Henning, B.A., Pflegeexpertin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Klinikum Herford, Deutschland, dhennig@online.de

Einleitung

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der UN beschreibt im Artikel 25 das Recht auf einen Lebensstandard, der auch das Recht auf Wohnung einschliesst (OHCHR). Dieser Erklärung kommt aus politischer Sicht eine grosse moralische Gewichtung bei, die jedoch keine Rechtsverbindlichkeit bedeutet (Bundesrepublik Deutschland, 2022). Das deutsche Grundgesetz sieht hierzu die Unverletzlichkeit der Wohnung, den Schutz des Eigentums sowie die Sicherung des Existenzminimums vor, ein explizites Recht auf Wohnen lässt sich jedoch nicht ableiten (Deutscher Bundestag, 2019). Wohnungslosigkeit stellt in Deutschland eine komplexe und bisher ungelöste Problemlage dar (Knörle et al. 2022). So waren im Jahr 2022 rund 178.000 Personen wegen Wohnungslosigkeit untergebracht (Statistisches Bundesamt, 2022). Darüber hinaus ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht, Schreiter (2017).

Methode

Orientierende Literaturrecherche. Es wurde deutsch- und englischsprachige Fachliteratur verwendet.

Ergebnisse

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt nach Busch-Geertsema, Henke & Steffen über genügend Mittel zur Überwindung von Wohnungslosigkeit. Die Inanspruchnahme wird jedoch durch die Trennung der Sektoren in SGB V und SGB IV erschwert (Busch-Geertsema, 2019). Spezielle und bedarfsgerechte Hilfen für psychisch erkrankte Wohnungslose sind hierzulande selten und unzureichend wissenschaftlich untersucht (Niebauer, 2023). Durch die Literaturrecherche konnten zielgerichtete psychosoziale Versorgungsangebote in Form von Wohninterventionen, psychoedukativer Gruppen und aufsuchender psychiatrischer Pflege exploriert werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Wohnungslosigkeit stellt eine extreme Form der Armut dar und gilt als ein komplexes Phänomen der sozialen Ausgrenzung, in dem die betroffenen Personen häufig Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt sind (Schreiter, et al. 2020). Das Gesundheitssystem und insbesondere das psychiatrische Hilfesystem stehen vor Herausforderungen und Handlungserfordernissen. Die in dieser Arbeit aufgeführten psychosozialen Interventionen können als förderlich und zielgerichtet angesehen werden, allerdings handelt es sich hierbei mehrheitlich um Modellprojekte. Eine bundeseinheitliche und flächendeckende Verteilung wurde bisher noch nicht erreicht. Es werden weitere nationale (Langzeit-) Studien benötigt.

Ethische Fallberatung als niederschwelliges Unterstützungsangebot für multiprofessionelle Teams in der psych. Versorgung

Kim Hennig, Pflegepädagogin B.A., pädagogische Leitung Weiterbildungsstätte Weiterbildung für Pflegeberufe auf dem Gebiet der Psychiatrie, ZfP Südwürttemberg, Standort Bad Schussenried, Deutschland

Ilona Herter, Pflegepädagogin B.A., MBA, Pflegedirektorin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ZfP Südwürttemberg, Standort Bad Schussenried, Deutschland, ilona.herter@zfp-zentrum.de

Einleitung

Multiprofessionelle Teams erleben im Rahmen ihrer Tätigkeiten in der psychiatrischen Versorgung regelmässig herausfordernde Situationen. Sie treffen täglich Entscheidungen mit dem Ziel, das Wohlergehen der ihnen anvertrauten Personen zu fördern und die Menschen zu schützen. Gleichzeitig sehen sich die Mitarbeitenden damit konfrontiert, in Extremsituationen Interventionen anzuwenden, die sich ggf. gegen den Willen der zu betreuenden Menschen richten.

Problemstellung

Die Begründung für aufkommende Kommunikationsprobleme innerhalb multiprofessionellen Teams, kann im Spannungsfeld ethischer Problemstellungen liegen, welche unter anderem auf Grund differenzierterer Werte und moralischen Vorstellungen innerhalb des Teams bzw. der Betroffenen einhergehen.

Dazu ist das Einberufen der Ethikkommission meist mit hohem organisatorischem Aufwand und Hürden verbunden.

Ziele

Hauptziel des Angebots der niederschweligen „Ethischen Fallberatung“ ist die Sensibilisierung der Mitarbeitenden, für ethische Problem- und Fragestellungen sowie die Stärkung der professionellen ethischen Haltung. Die Mitarbeitenden erhalten zudem ein Unterstützungsangebot, um für sich ethisch tragbare und begründete Entscheidungen sicher zu treffen.

Vorgehen

Zur Umsetzung des Angebots der niederschweligen „Ethischen Fallberatung“ wurde ein neunköpfiges Moderationsteam gebildet, das sich aus Mitarbeitenden der Berufsgruppen Pflege, Medizin, Psychologie und Soziale Arbeit zusammensetzt. Das Moderationsteam wurde speziell zur Konzeption der „prinzipienorientierten Falldiskussion“ geschult.

Das „Moderationsteam Ethische Fallberatung“ wird mittels Anmeldeformular angefordert. Innerhalb drei bis vier Arbeitstagen nach Anmeldung, findet unter Beteiligung möglichst vieler Mitarbeitenden des anmeldenden Teams, die „Ethische Fallberatung“ statt. Diese wird von drei Personen des Moderationsteams durchgeführt.

Ergebnisse / Erfahrungen

Das Angebot wird sowohl von Teams unterschiedlicher Stationen und Bereichen wie: Allgemeine Psychiatrie, Suchterkrankungen, StäB-Teams, PIA-Teams in Anspruch genommen. Die Mitarbeitenden erfahren durch die Chance und Zeit zur differenzierten Auseinandersetzung, unter Abwägung der medizinethischen Parameter und Prinzipien mehr Klarheit und Transparenz hinsichtlich einer tragbaren und professionellen Entscheidungsfindung. Die Mitarbeitenden erleben dadurch meist Entlastung und Erleichterung.

Diskussion

Die „Ethische Fallberatung“ soll keinesfalls als konkurrierendes System zur Ethikkommission fungieren. Vielmehr ist die Absicht, die Mitarbeitenden auf niederschwellige Art und Weise für kritische und ethisch relevante Fragestellungen zu sensibilisieren und unterstützende Interventionen zur professionellen und tragbaren Entscheidungsfindung zur Verfügung zu stellen. Innerhalb des Moderationsteams erfolgen klare Absprachen bezüglich dem anzuwendenden festen Ablaufschema der „Ethischen Fallberatung“. Gleichzeitig ergibt sich die Herausforderung, die multiprofessionellen Teams individuell, empathisch und professionell zu begleiten.

Schlussfolgerung

Mit Hilfe der niederschweligen „Ethischen Fallberatung“ erfahren die Stationsteams Unterstützung in der Findung von möglichen Handlungsalternativen, in der Bestätigung der bisherigen Lösungswege oder in der Vermittlung von unterschiedlichen Ansichten und Haltungen in den multiprofessionellen Teams. Hierbei ist nicht das Ziel „die Lösung“ zu finden, sondern soll das Behandlungsteam dabei unterstützen, die bestmögliche Entscheidung, nach Überprüfung und Berücksichtigung der vier ethischen Prinzipien treffen zu können.

Suizidprophylaxe in der Pflege

Maria Heuer, B.A. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisanleiterin, LWL Klinik Gütersloh, Deutschland, Maria.Heuer@lwl.org

Hintergrund

Suizidgefährdete Menschen stecken in der Regel in einer Krise. In dieser erleben sie schmerzhaft Gefühle wie Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Selbsthass und können gleichzeitig keinen Ausweg mehr aus dieser Krise erkennen (Kozel, 2015). Die Versorgung von suizidgefährdeten Menschen im stationären Setting ist sehr komplex. Daher stellt sich in der täglichen Versorgung die Frage, wie den vielschichtigen Herausforderungen in der Pflege von suizidgefährdeten Menschen am besten begegnet werden kann.

Methodik

Es wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt. Ziele dieser Recherche waren die Identifikation von aktueller Literatur und Empfehlungen im Hinblick auf die stationäre Versorgung suizidgefährdeter Menschen sowie Möglichkeiten zur Erhebung und Feststellung einer Suizidgefährdung aufzuzeigen und darauf basierende Empfehlungen für die Praxis ableiten zu können.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind vielfältig und bestehen aus mehreren Facetten.

Ein Pflegestandard zur Suizidprophylaxe wurde 2010 von Hemkendreis im deutschsprachigen Raum publiziert. Er orientiert sich im Aufbau der vom DNQP entwickelten nationalen Expertenstandards in der Pflege und gliedert sich somit in den Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Hemkendreis, 2010, 162). Nach einer Analyse des Standards durch die Autorin wurde dieser überarbeitet und somit auf den aktuellen Stand der Literatur gebracht. Der überarbeitete Pflegestandard umfasst insgesamt vier Kategorien. Diese befassen sich mit der systematischen Einschätzung der Suizidgefährdung, der autonomen Zusammenarbeit mit suizidgefährdeten Menschen innerhalb des Pflegeprozesses, den möglichen Auswirkungen eines Suizidversuches innerhalb des stationären Settings durch den Werther-, und Papagenoeffektes sowie der Berücksichtigung der eigenen psychischen Gesundheit in der Pflege von suizidgefährdeten Menschen. Im Rahmen des Vortrages soll somit der aktuelle Stand der Literatur zur Suizidprophylaxe dargestellt werden und Ansatzmöglichkeiten für eine Implementierung in die psychiatrische Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses aufgezeigt werden.

Diskussion

Der frühere Standard wurde von insgesamt acht Struktur-, Prozess-, und Ergebniskategorien auf vier zusammengefasst: Die pflegerische Versorgung von suizidgefährdeten Menschen mittels Pflegeprozess wurde in einem zentralen Punkt zusammengefasst und als solche klar kenntlich gemacht. Damit wird die Wichtigkeit der selbstständigen Anwendung und Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltstätigkeit von dreijährig ausgebildeten Pflegefachpersonen betont.

Der überarbeitete Pflegestandard „Suizidprophylaxe“ bildet einen aktuellen Stand von Literatur und Empfehlungen ab.

Schlussfolgerung

Abschliessend lässt sich festhalten, dass der überarbeitete Pflegestandard, eine Möglichkeit darstellen kann suizidgefährdeten Menschen in stationärer Behandlung und deren Komplexität angemessen zu begegnen. Ob der Pflegestandard praxistauglich ist und den Erwartungen gerecht werden kann, muss noch in Form einer Implementierung und Anwendung in der Praxis überprüft werden.

ImpakT – 15 Punkte Programm zur Implementierung akademischer Pflegefachpersonen in der psych. Pflege

Martin Holzke, M.A. Pflegewissenschaft, Pflegedirektor, ZfP Südwürttemberg, Deutschland, martin.holzke@zfp-zentrum.de

Anna Heinsch, MBA-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Pflegerische Abteilungsleitung allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Wangen, Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, Deutschland

Stefan Scheydt, Dr., Leiter der Arbeitsgruppe Psychiatrische Pflegeforschung, Abteilung Public Mental Health, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

Hintergrund

Grundsätzlich kann sowohl historisch als auch aktuell beobachtet werden, dass mit zunehmendem Bildungsgrad eine gewisse Tendenz entsteht, den Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung zugunsten konzeptueller Aufgaben- und Tätigkeitsfelder zu verlassen (Heinsch & Vogt, 2022). Dieser Effekt wird bislang überwiegend vor dem Hintergrund der Karrieremöglichkeiten in der Pflege diskutiert. Fehlende Möglichkeiten für Pflegende, sich in der direkten Pflege weiterzuentwickeln und ihre erweiterten Kompetenzen in die Versorgung einzubringen sowie nicht vorhandene tarifliche Richtlinien zur Vergütung von akademischen Pflegekräften, haben diesen Effekt mitunter befördert (Scheydt & Holzke, 2018).

Problemstellung

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind nach wie vor in vielen Einrichtungen nicht zielführend in die Versorgungs- und Einrichtungsstrukturen integriert. Dies wird deutlich, an einer hohen Unzufriedenheit mit der eigenen Rollenintegration. Weiter wird häufig von akademischen Pflegefachpersonen berichtet, dass sich ihre Aufgaben und Tätigkeitsbereiche nicht wesentlich von Pflegenden ohne akademische Qualifikation unterscheiden. Insgesamt kann für Deutschland konstatiert werden, dass der Implementierungsprozess akademischer Pflegefachpersonen in vielen Einrichtungen nicht gut gelingt, was mitunter dazu führt, dass die unmittelbare Versorgung verlassen wird und die eigentlich durch die Akademisierung der Pflege erhofften Effekte ausbleiben.

Ziele

Vor diesem Hintergrund sollte ein strukturiertes Programm zur Implementierung akademischer Pflegefachpersonen in der psychiatrischen Pflege entwickelt werden, das es Einrichtungen im Sinne einer Fidelity-Skala ermöglicht, sowohl den aktuellen Stand des Implementierungsprozesses zu ermitteln als auch Entwicklungspotentiale zu erkennen.

Vorgehen

Auf Grundlage einer Literaturanalyse, zweier unternehmensinterner qualitativer Erhebungen mit bereits vorhandenen akademischen Pflegekräften (Heinsch & Vogt, 2022) und aus den Ergebnissen der AkaPP-Studie (Scheydt et al., 2021) wurde ImpakT entwickelt.

Ergebnisse / Erfahrungen

ImpakT ist ein 15 Punkte Programm zur Implementierung akademischer Pflegefachpersonen in der Psychiatrie (Holzke et al., 2022). Es soll Einrichtungen dabei unterstützen, akademische Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Krisen zu implementieren. Das Tutorial beinhaltet 15 aufeinander aufbauende / bezogene Bausteine. Diese stellen dar, auf welchen Grundlagen Tätigkeitsfelder für Pflegende mit erweiterten Kompetenzen entwickelt, in einem Gesundheitsunternehmen (in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen) im Pflegealltag sichtbar gemacht, d. h. implementiert werden können und wie die Implementierung überprüfbar ist.

Das 15-Punkte-Tutorial richtet sich an Pflegende mit erweiterten Kompetenzen, und stellt eine unterstützende Hilfestellung zur Vorbereitung, Durchführung und Evaluation des Implementierungsprozesses von Tätigkeitsfeldern dar. Pflegemanagement und -entwicklung sind gefordert Unterstützungsprozesse und Begleitung beizusteuern.

Das 15-Punkte-Programm beinhaltet die Möglichkeit über einen Fidelity-Score den Durchdringungsgrad der Implementierung zu messen und kontinuierlich zu evaluieren.

Diskussion

ImpakT steht allen Pflegefachpersonen kostenlos zur Verfügung. Es soll kontinuierlich und gemeinsam weiterentwickelt werden. Es wird in einer fortlaufenden Versionierung veröffentlicht. Durch die Integration weiterer Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Thematik wird das Programm über die Zeit an Qualität gewinnen und die Integration von akademischen Pflegefachpersonen in Deutschland verbessern.

Schlussfolgerung

Mit ImpakT können die bekannten Probleme bei der Integration akademischer Pflegefachpersonen in Gesundheitseinrichtungen gezielt adressiert und strukturiert bearbeitet werden. Ob der Implementierungsprozess dadurch besser gelingt, wird in den kommenden Jahren durch entsprechende Evaluationsprojekte deutlich werden.

Flucht und psychische Gesundheit – Über Prozesse der (Re-)Traumatisierung in deutschen Flüchtlingsunterkünften

Martin Jansen, B.Sc. Angewandte Gesundheitswissenschaften, Krankenpfleger, Psychiatrische Klinik Sozialstiftung Bamberg, Deutschland, martin.jansen2@web.de

Hintergrund

Aktuell verzeichnet der UNHCR weltweit 103 Millionen Flüchtlinge, davon 36,5 Millionen Kinder. Mehr als 50% der Geflüchteten weltweit sind Binnenvertriebene. Nur ca. 2% erreichen Europa. Die Ursachen von Flucht sind vielfältig: Klimawandel, Kriege / Bürgerkriege, politische Verfolgung oder aber Armut und der Verlust existentieller Lebensgrundlagen. Die individuelle Fluchtgeschichte sowie die unterschiedlichen Fluchtwege können dabei sehr komplex sein. Jede Phase der Flucht, auch nach der Ankunft im Zielland, zeigt für Geflüchtete ein spezifisches Potenzial für individuelle traumatische Ereignisse (TEs).

Fragestellung

Vor diesem Hintergrund (sowie konkreter persönlicher Erfahrungen als Krankenpfleger / Psychiatrie und ehrenamtlicher Flüchtlingshelfer) wurden die zentralen Fragestellungen des Vortrages entwickelt: Welche traumatischen Ereignisse können bei Geflüchteten vor und während der Flucht auftreten und was sind die Konsequenzen für ihren (mental) Gesundheitszustand bei ihrer Ankunft in Deutschland? Welche Risiken für Traumatisierungen (bzw. Re-Traumatisierungen) bestehen für Geflüchtete nach ihrer Ankunft in Deutschland? Was sind die daraus resultierenden gesundheits- und asylpolitischen Implikationen?

Methode

Die Basis des Vortrages bildet eine systematische Literaturrecherche, ergänzt durch Veröffentlichungen von UNHCR, IOM, WHO, RKI, Ausländerzentralregister, Universitäten, NGOs bzw. Menschenrechts-Organisationen. Hinzu kommen persönliche Inhalte, Erlebnisse und Eindrücke von Begegnungen mit Geflüchteten.

Ergebnisse

Knapp 80% der geflüchteten Erwachsenen (in Deutschland) berichten in Studien über traumatische Ereignisse vor und während ihrer Flucht: Kriegshandlungen, Angriffe, Tod von Angehörigen, eigene Gewalterfahrungen, Folter, Lagerhaft oder Vergewaltigungen. Nicht selten treffen sie an den Grenzen Europas aber auch auf Strategien der Flüchtlingsabwehr (Grenzschiessungen, illegale Pushbacks, Gewalt, etc.). Für die Zeit nach der Ankunft in Deutschland werden sieben signifikante Kontextfaktoren als „post-migration-stressors“ für psychische Gesundheit und Wohlbefinden von Geflüchteten identifiziert: Aufenthaltsstatus, Unterkunft, Arbeit, Trennung von der Kernfamilie, Spracherwerb, Integration und Diskriminierung. Eine höhere Exposition von TEs führt zu mehr feststellbaren Symptomen psychischer Erkrankungen, v.a. im Zusammenhang mit PTBS, Depression und Angststörungen. Es gibt darüber hinaus Hinweise, dass der Einfluss von „Post-Migration-TEs“ für die psychische Gesundheit von Geflüchteten bedeutsamer ist als „Pre-Migration-TEs“.

Diskussion

Auch wenn die Ergebnisse des Vortrages keineswegs erschöpfend sind und umfassendere Recherchen zum Thema sicher geboten sind, so zeigen sich schon hier deutliche Zusammenhänge zwischen Flucht, traumatischen Ereignissen und mentaler Gesundheit von Geflüchteten. Wer auf der Flucht traumatische Ereignisse erlebt, hat ein erhöhtes Risiko für eine psychische Störung. Eine Überraschung ist sicher die Feststellung, dass Geflüchtete die Situation nach der Ankunft in Deutschland oft als traumatisierender erleben als die Zeit unterwegs.

Schlussfolgerung und politische Implikation

Studien zur psychosozialen Gesundheit von Geflüchteten zeigen oft erschreckende Ergebnisse, v.a. bezogen auf Re-Traumatisierungsprozesse nach der Ankunft in Deutschland. Eine Vielzahl von Studien zeigt aber auch, wie psychische Erkrankungen von Geflüchteten durch Präventivmassnahmen verhindert bzw. eingeschränkt werden können. Diese Erkenntnisse sind politischen Entscheidungsträger_innen weitestgehend bekannt. Dennoch werden wesentliche Empfehlungen nicht umgesetzt. Im Gegenteil: Der gesundheitspolitische Diskurs, sowohl national als auch auf europäischer Ebene, ist dominiert von migrationspolitischen Erwägungen, bei denen die Befindlichkeiten und Risiken von einzelnen Geflüchteten so gut wie keine Rolle spielen. Das legt den Verdacht nahe, dass psychische Erkrankungen bei Geflüchteten (vor allem auf europäischer Ebene) weniger als „Kollateralschaden“ einer insgesamt „humanen Asylpolitik“ anzusehen sind, sondern viel mehr als besonders perfide Strategie der Flüchtlingsabwehr.

Pflegetherapeutische Beziehungsarbeit ausserhalb des Krankenhauses

Annkatri Reiner, DPGKS, Betreuung und Workshops, EMPOWERMENTE Wien, Österreich
[Philipp Kernmayer](#), DPGKP, Obmann, EMPOWERMENTE Wien, office@empower-mente.com
Jakob Prüller-Jobst, BSC, Betreuung und Workshops, EMPOWERMENTE Wien, Österreich
Dominik Seyer, BSC / DPGKP, Betreuung und Workshops, EMPOWERMENTE Wien, Österreich

Hintergrund

Im Jänner 2022 beschloss eine Gruppe Gesundheits- und Krankenpfleger_innen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Allgemeinen Krankenhauses Wien den Verein EMPOWERMENTE zu gründen. Ziel des Vereins ist es, die in der klinischen Pflege gewonnenen Kompetenzen in einem extramuralen Setting mit Fokus auf Prävention sowohl zur Betreuung von Jugendlichen als auch in der Arbeit mit Betreuungspersonen einzusetzen.

Problemstellung

Fast ein Viertel aller Jugendlichen in Österreich leiden an einer psychischen Erkrankung; die Lebenszeitprävalenz der Jugendlichen liegt bei über 35%. Seit dieser Erhebung 2017 zeigen internationale Studien, dass globale Krisen wie die Corona-Pandemie die psychische Gesundheit junger Menschen weiter verschlechtern. Dadurch kommt es auch für Erwachsene, die mit jungen Menschen arbeiten, vermehrt zum Kontakt mit teils schwer erkrankten Jugendlichen.

Ziele

Jugendliche sowie deren Betreuungspersonen sollen vom pflegerischen Psychiatrieverständnis auch ausserhalb des klinischen Settings profitieren können. Damit soll Präventionsarbeit sowohl für die Erhaltung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen als auch für die der Betreuungspersonen geleistet werden.

Vorgehen

Das Angebot des Vereins basiert auf den Säulen Weiterbildungen für Betreuungspersonen, Workshops für Jugendliche an Schulen sowie individuelle Betreuung für psychisch belastete Jugendliche sowie deren nächstes Umfeld. Basis ist jeweils das von Johann Steinberger entwickelte Konzept Affekt-Resonanz-Training (ART), das auf intersubjektiven Ansätzen der Psychoanalyse sowie Authentizität als ausschlaggebende Qualität in Beziehungsdynamiken beruht. Zudem werden in der klinischen Arbeit erworbene pflegerische Kompetenzen und Erfahrungen genutzt, die sich insbesondere durch den nahen Kontakt und das Begleiten durch den Stationsalltag der Patient_innen auszeichnen. In den Weiterbildungen für Angehörige psychosozialer Berufsgruppen, beispielsweise Pflegepersonen oder Sozialarbeiter_innen, soll Zugang zu den vielfältigen Emotionen und Problemstellungen, die mit der Arbeit mit Jugendlichen einhergehen, geschaffen werden. Die Workshops in Schulen sollen Jugendlichen das Selbstvertrauen vermitteln, mentales Wohlbefinden priorisieren zu können sowie ein grundlegendes Verständnis von Psychodynamik und mit verbundenen Schwierigkeiten und Fragestellungen im Rahmen der Pubertät mitgeben. Die individuelle Betreuung der Jugendlichen findet in deren gewohntem Setting und somit in der Einbettung des jeweiligen sozialen Kontexts statt. So soll eine ganzheitliche Betrachtungsweise erhalten werden, die Betreuung und somit Veränderung auch im Familiensystem ermöglichen kann.

Ergebnisse / Erfahrungen

Diese Angebote wurden seit dem circa einjährigen Bestehen von mehreren Schulen und Wohngemeinschaften angenommen. Bei Erstellung des Abstracts wurden drei Weiterbildungen in unterschiedlichen Institutionen sowie mehrere Workshops an vier Schulen abgehalten. Drei Klient_innen werden langfristig betreut. Dabei kam es zu durchwegs positiven Rückmeldungen.

Diskussion

Zum Zeitpunkt des Abstracts sind die Workshop-Angebote des Vereins seit circa einem Jahr und die individuelle Betreuung erst seit 2 Monaten buchbar, was Auswertung und Bewertung des Konzepts erschwert. Zur Messung eines Erfolges konnten damit nur die Rückmeldungen der Jugendlichen und Betreuenden herangezogen werden, diese fielen sehr positiv aus.

Schlussfolgerung

Das Angebot des Vereins Empowermente wird seit der Gründung gut angenommen. Mit weiterem Wachstum des Projektes werden mehr Ressourcen für pflegewissenschaftliches Forschen notwendig sein, um Effekte und Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar machen zu können. Zusätzlich werden stetig neue extramurale Bereiche erschlossen, in denen es Nachfrage nach psychiatrischer Pflegekompetenz gibt.

Verletzbarkeit spüren und zulassen können – Affekt-Resonanz-Training (ART) für psych. Pflegepersonen

Annkatri Reiner, DPGKS, Betreuung und Workshops, EMPOWERMENTE Wien, Österreich

Philipp Kernmayer, DPGKP, Obmann, EMPOWERMENTE Wien, Österreich, office@empower-mente.com

Dominik Seyer, BSC / DPGKP, Betreuung und Workshops, EMPOWERMENTE Wien, Österreich

Hintergrund

A.R.T. wurde von dem Wiener Psychotherapeuten Dr. Johann Steinberger entwickelt und begann 2010 eingebettet in das Unterrichtsfach „Supervision“ am Otto-Wagner-Spital für Auszubildende der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege.

Seit Ende 2022 besteht die ebenfalls von Dr. Steinberger ins Leben gerufene A.R.T.-Akademie, in deren Kontext aktuell neun Gesundheits- und Krankenpfleger_innen zu Affektresonanz – Therapeut_innen ausgebildet werden. Eine grosse Schnittmenge besteht zwischen den Teilnehmer_innen dieser zweijährigen Ausbildung sowie den Mitgliedern des Vereins Empowermente.

Problemstellung

In der psychiatrischen Pflege ist der Beziehungsarbeit grundlegende Bedeutung beizumessen. Deshalb ist die Förderung sozialer Kompetenzen von Pflegepersonen unerlässlich. Für deren Entwicklung sind Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse auf einer impliziten Ebene elementar; diese scheinen im klinischen Alltag jedoch häufig nur wenig Raum zu finden.

Vorgehen

A.R.T. bildet die Grundlage für die praktische Umsetzung der Angebote des Vereins Empowermente. Diese umfassen sowohl Weiterbildungen für Fachpersonal als auch die individuelle Betreuung von Klient_innen. Im Kontext eines Weiterbildungsworkshops werden exemplarisch formulierten Fragestellungen behandelt: Wie entstehen Beziehungs-Dynamiken in unserem Arbeitsalltag? Welche Formen von Aggression begegnen uns? Welche Rolle spielen Sprache und Ausdruck? So sollen nicht-sichtbare psychische Phänomene in Sprache gebracht werden. Das Ausdrücken von Emotionen, insbesondere gesellschaftlich eher unerwünschten wie Wut oder Ekel, wird hier als essenziell betrachtet, um Pflegepersonen vor destruktivem Beziehungserleben zu schützen. Hierbei kommt dem Konzept des Mentalisierens eine grosse Bedeutung zu. Innerhalb der individuellen Betreuung liefert A.R.T. ein Konzept, das intersubjektive Ansätze der Psychoanalyse mit modernen Ideen des Community Nursing vereint. Klient_innen werden ausschliesslich in Teams und somit von mindestens drei Personen betreut. Zudem ist die Gestaltung der Betreuung variabel und kann je nach Bedarf zu Hause oder anderen Settings erfolgen. Das soziale und familiäre Umfeld wird unter systemischen Gesichtspunkten mit einbezogen und im Betreuungskonzept mit bedacht. Das Team findet sich hochfrequent zur Supervision bei Dr. Steinberger zusammen, um gemeinsam erlebtes psychisches Material zu dekonstruieren, interpretieren und neue Ideen zu entwickeln.

Ziele

A.R.T. hat das Betrachten von Empathie als professionelle Kompetenz sowie die Förderung von psychodynamischem Verstehen von Beziehung zum Ziel – sowohl zur Verbesserung der Patient_innenbetreuung als auch als Schutzmechanismus vor destruktivem Beziehungserleben innerhalb der Patient_innenbeziehung und des Behandlungsteams. Authentizität wird hier als „game changer“ in der Beziehungsaufnahme und -gestaltung betrachtet.

Ergebnisse / Erfahrungen

A.R.T. wird von den Empowermente-Mitgliedern als Arbeitskonzept präferiert. Ausserdem wird von subjektiven Verbesserungen in der Betreuung von Klient_innen berichtet.

Diskussion

A.R.T. als Konzept ist neu und daher erst an wenigen Fällen praxiserprobt worden. Jedoch lässt sich mit Blick auf andere Länder, insbesondere auf die USA, erkennen, dass intersubjektive Ansätze der Psychoanalyse sich seit mehreren Jahrzehnten bewährt und einen gesicherten Platz im psychotherapeutischen Spektrum erhalten haben. Auch Community-Nursing-Konzepte gewinnen an Bedeutung in Gesundheitssystemen weltweit.

Schlussfolgerung

A.R.T. bedarf weiterer Evaluierung und Erprobung in verschiedenen Kontexten durch die Vereinsarbeit von Empowermente. Durch die Gründung der A.R.T.-Akademie besteht die Möglichkeit, A.R.T. Inhalte zukünftig mehr Menschen zu vermitteln. Einen Beitrag dazu leistet auch der Podcast der A.R.T. Akademie „Therapie mit Empathie“.

Refugee lives matter Schutzsuchende – verloren im psychosozialen Hilfesystem?

Christian Koop, B.A., Pflegerische Teamleitung Tageskliniken, Mühlenkreiskliniken AöR, Medizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Lübbecke, Deutschland, Christian.Koop@muehlenkreiskliniken.de

Daniela Henning, B.A., Pflegeexpertin, Kreiskliniken Herford-Bünde AöR, Deutschland

Hintergrund

Nach Schätzungen des United Nations High Commissioner for Refugees waren Mitte 2022 weltweit rund 100 Millionen Menschen auf der Flucht (United Nations High Commissioner for Refugees, 2022). Menschen mit Fluchterfahrungen sind vor, während und nach der Flucht vielfältigen Belastungen ausgesetzt (Nutsch und Bozorgmehr, (2020). Epidemiologische Studien zeigen erhöhte Prävalenzraten psychischer Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen auf (Blackmore et al., 2020; Rzepka, I. et al. 2022). Die bestehenden psychosozialen Behandlungsangebote für Flüchtlinge in Deutschland, werden als unzureichend angesehen. Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede können zu Missverständnissen, Fehldiagnosen und fehlgeleiteten Behandlungen führen (Mohammed und Karato, 2022). Darüber hinaus ist der Zugang zu den Gesundheits- und Versorgungssystemen für Menschen mit Fluchterfahrung durch rechtliche Aspekte (u.a. Asylbewerberleistungsgesetz) erschwert (Böttche et al, 2015).

Fragestellung

Wie kann eine psychosoziale Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung im deutschen Gesundheitssystem gelingen?

Methodik

Es wurde eine orientierenden Literaturrecherche durchgeführt, dabei wurde deutsch- und englischsprachige Literatur verwendet.

Ergebnis

Ein niederschwelliges Stufenmodell zur Lösung von Versorgungsbarrieren ist die Interventionspyramide, welches zur Minimierung von Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Hilfen dienen kann (Ahmad, 2018). Mithilfe von kultursensiblen Screening-Instrumenten ist eine einheitliche Identifizierung von geflüchteten Menschen als Schutzbedürftige und deren Zuordnung in der Interventionspyramide umsetzbar (Bozorgmehr und Hövener, 2021). Weiter lassen sich mit Peer-Ansätze Versorgungsbedarfe niedrigschwellig und kultursensibel decken. Personen mit eigener Fluchterfahrung können in der Gesundheitsversorgung Betroffene hinsichtlich der psychosozialen Stabilisierung und Ressourcenaktivierung beraten und unterstützen (Perplies et al. 2022). Digitale Interventionen in Form von interaktiven Websites oder Apps sind eine weitere Massnahme, strukturelle Zugangsbarrieren zu reduzieren. Der Zugriff auf niedrigschwellige Versorgungsangebote verläuft hier ortsunabhängig (Rubeis, 2021). Darüber hinaus haben das Land Nordrhein-Westfalen und die Landschaftsverbände LWL und LVR die bestehenden Traumaambulanzen für die Unterstützung von traumatisierten Menschen aus der Ukraine zugänglich gemacht (Ministerium für Arbeit, 2022).

Diskussion

Die signifikanten Belastungen der Flucht können die Vulnerabilität für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen darstellen. Infolgedessen stehen die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie vor enormen Herausforderungen (Hauth et al. 2016). Es werden zielgerichtete sowie professionelle Versorgungsangebote benötigt, um die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen einschätzen und stabilisieren zu können. Allerdings konnten die Psychosozialen Zentren mit ihren Kooperationspartnern im Jahr 2020 nur 4,6% des Versorgungsbedarfs abdecken (Mohammed und Karato, 2022). Um der Diskrepanz zwischen der notwendigen und frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfen und den bestehenden gesetzlichen Hürden (u.a. AsylbLG) entgegenzuwirken, bedarf es einer langfristigen sowie nachhaltigen Planung von Versorgungs- und Behandlungsstrukturen. Hierzu gehören neben einer finanziellen und personellen Ausstattung auch der Abbau von gesetzlichen Barrieren im Gesundheitssystem (Böttche et al, 2015). Bundeseinheitliche Screening-Instrumente zur Erkennung und Einschätzung der psychischen Gesundheit sollten bereits in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen von Fachkräften des Gesundheitswesens durchgeführt und ausgewertet werden. Hierbei ist ein sensibler und kultursensitiver Umgang obligat, welcher durch den Einsatz von Peers unterstützt werden könnte (Bozorgmehr und Hövener, 2021; Rubeis, 2021).

Fazit

Angesichts der ausgearbeiteten Ergebnisse und im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit muss kritisch angemerkt werden, dass die Lücken in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland als besorgniserregend und problematisch zu betrachten sind. Konträr hierzu dürfen die positiven Ansätze, wie die Aktivierung der Traumaambulanzen in NRW und die grosse Anzahl von Modellprojekten zur niederschweligen psychosozialen Versorgung nicht ausser Acht gelassen werden. Als Implikation für die Praxis ist zu überlegen, derartige Synergieeffekt zu bündeln und in einer bundeseinheitlichen Leitlinienempfehlung oder Expertenstandards zusammenzutragen.

Erleben von Pflegefachkräften nach Öffnung ehemals geschlossener psych. Stationen – Eine qualitative Untersuchung

Christian Korz, Gesundheits- und Krankenpfleger, RN, BA- Pflege, LWL Klinik Lippstadt, christian.korz@lwl.org

Arndt Schlubach, Fachkrankenschwester Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle

Unternehmensentwicklung, LWL-Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Jonas Schmidt, cand. BA-Pflegemanagement, RN, Stationsleitung AL01, Zentrum f. Sozialpsychiatrie, LWL-Klinik Lippstadt, Deutschland

Melanie Rautert, MA Community Mental Health, RN, Pflegeexpertin, Zentrum f. Gerontopsychiatrie, LWL-Klinik Warstein, Deutschland

Martina Heinke, DBT Sozial- und Pflegetherapeutin, Fachleitung Station PW04+PW05, LWL-Klinik Warstein, Deutschland

Katrin Schmidt, BA-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, RN, Entwicklungsstelle Pflegedirektion, Mitglied der Kammerversammlung NRW, LWL-Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Andrea Thielmann, Pflegefachfrau, RN, stellvertretende Stationsleitung AL01, LWL Klinik Lippstadt, Deutschland

Magnus Eggers, Pflegedirektor, RN, LWL-Klinik Lippstadt, Deutschland

Einleitung

Das Konzept der (dauerhaften) Türöffnung in psychiatrischen Einrichtungen wird seit der Jahrtausendwende diskutiert und hat in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum noch einmal an Relevanz zugenommen. Im Rahmen der Türöffnung werden sowohl Patient_innen behandelt, die für das Konzept als geeignet eingestuft werden, als auch diejenigen, die sich auf Grund einer gerichtlich angeordneten Unterbringung in der Klinik befinden. Die Umsetzung des Konzepts führte dazu, dass anerkannte Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze offene Formen der Unterbringung gestatteten oder diese sogar bevorzugten. Somit ist es möglich, Modelle und Konzepte im Arbeitsalltag umzusetzen, ohne dabei die rechtlich zulässige Praxis zu verletzen. Da das Konzept der Türöffnung erstmals in der betroffenen Einrichtung durchgeführt wurde, bestand zu diesem Zeitpunkt noch ein erheblicher Informationsbedarf, inwieweit die Mitarbeiter:innen ihre Arbeit in diesem Kontext wahrnehmen. Die vorliegende Arbeit geht der Fragestellung nach, wie Pflegefachkräfte ihre Arbeit nach Öffnung einer ehemals geschlossenen psychiatrischen Station erleben, umso bessere Erkenntnisse bezüglich der Einführung des Konzepts zu erlangen.

Methode

Im Rahmen einer Vergleichsstudie wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Diese wurden per Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Hierzu wurde ein Kategoriensystem mit weiteren Unterkategorien entwickelt und den Aussagen zugeordnet.

Ergebnisse

Zu den gewonnenen Erkenntnissen zählen Aspekte wie ein verändertes Sicherheitsverständnis im pflegerischen Alltag, ein intensiverer Patientenkontakt, weniger Entweichungen von der Station, regelmäßige Bezugspflegegespräche und ein entspanntes Miteinander auf der Station.

Diskussion

Es besteht noch weiterer Forschungsbedarf, inwieweit die Ausübung von Gewalt bei Pflegefachkräften, um Patient_innen am Verlassen der Station zu hindern, sich durch die Türöffnung geändert hat. Die Auswertung der Interviews ergab ausserdem, dass bestimmte Rahmenbedingungen, wie ein intensiverer Personalschlüssel und erforderliche Umbaumaassnahmen vorliegen müssen, damit das Konzept gelingen kann.

Schlussfolgerung

Die Untersuchung zeigte, dass mit einer Offenen-Tür-Politik ein wesentlicher Beitrag zu einem harmonischen Miteinander entstehen kann und das Pflegefachkräfte ihre Arbeit nach Öffnung ehemals geschlossener psychiatrischer Stationen durchaus positiv erleben. Es entsteht ein Benefit für alle Beteiligten, wenn das Konzept gelebt und im Rahmen der Möglichkeiten umgesetzt wird.

Motivation & Rückfall – Ein Gruppenformat zur Steigerung der Motivation & Selbstwirksamkeit im qual. Alkoholzug

Celine Krischer, Stud. BA-Gesundheitspsychologie, Fachleitung der Stationen SW01, SW01F, SW021, Zentrum für Suchtmedizin, LWL Klinik Warstein, Deutschland, Celine.Krischer@lwl.org

Andrea Thielmann, cand. BA-Psychiatrische Pflege, stellv. Pflegerische Stationsleitung AL02, Zentrum für Sozialpsychiatrie, LWL Klinik Lippstadt, Deutschland

Arndt Schlubach, Fachkrankenschwester Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle Unternehmensentwicklung, LWL Kliniken Warstein & Lippstadt, Deutschland

Hintergrund

In der Gesellschaft ist eine Suchterkrankung immer noch mit vielen Vorurteilen verbunden. Suchtkranke sind oft nicht anerkannt; das allgemeine Verständnis ist begrenzt. Häufig berichten Patient_innen, auch im eigenen Umfeld als „schwach“ dargestellt zu werden und wenig Empathie zu erhalten. Es folgen dann Sätze wie „Hör mit dem Konsum doch einfach auf“. Dass dies nicht so einfach ist, zeigt die berufliche Praxis.

Problem

Ein Rückfall wird so oft als Scheitern betrachtet und weniger als Möglichkeit, durch Erfahrung zu lernen und zu wachsen. Viele Patient_innen leiden daher unter massiven Schuldgefühlen, niedrigem Selbstwertgefühl und somit auch niedriger Selbstwirksamkeit, was zu einer langfristig eingeschränkten Motivation führt. Somit ist es unabdingbar, das Thema „Rückfall“ genauer zu beleuchten, eine individuelle Motivation zu klären und die eigene Rolle der Patient_innen in ihrem Leben zu hinterfragen.

Ziele

Zur Weiterentwicklung des Behandlungsangebots wurde ein Konzept für ein Gruppenformat erstellt, welches interaktive Lernsequenzen und metakognitive Ansätze beinhaltet. Somit werden die als problematisch bewerteten Aspekte wie beispielsweise Abstinenzzuversicht und individuelle Bewältigungskompetenzen gestärkt.

Vorgehen

Nach der Problembewusstwerdung durch Austausch mit Patient_innen und Kolleg_innen wurde ein struktureller Rahmen für die Wissensvermittlung gesucht – hierbei fiel die Entscheidung auf die pflegerische Informationsgruppe. Im Anschluss wurde das Gruppenangebot erarbeitet.

Ergebnisse

Das Gruppenangebot beginnt, indem zunächst der Begriff „Motivation“ definiert und mit den Patient_innen genauer besprochen wird. Anschliessend wird vorgestellt, welche Verhaltensweisen notwendig sind, um eine Motivation langfristig aufrecht erhalten zu können. Hier sollen die Patient_innen ihre individuellen Motivationsgrundlagen klären und sich im Plenum darüber austauschen. Zudem wird thematisiert, welche Faktoren die Motivation behindern. Des Weiteren wird das Thema „Rückfall“ genauer betrachtet. Hierbei erhalten die Patient_innen einen Ausblick darauf, von welchen Kriterien ein Rückfall abhängig ist und wie sie diesem entgegenwirken können. Wichtig ist hierbei der konstruktive Blick auf den Rückfall, als Chance, sich selbst und sein Verhalten zu reflektieren und in Zukunft andere Bewältigungsstrategien zu nutzen. Es wird ein Ausblick darauf gegeben, welche Bewältigungsstrategien möglich sind. Zudem werden unter anderem die Methoden „Cue Exposure“ und „Verhaltensanalyse“ vorgestellt. Das Gruppenangebot endet mit einer Sammlung von weiteren Bewältigungsstrategien im Plenum und einer anschliessenden Reflektion.

Diskussion

Möglich ist, dass es den Patient_innen durch die Wahl der Wissensvermittlung in einer Gruppe schwerfällt, über eigene Gefühle und Erlebnisse zu sprechen, da diese Themen oft mit Scham behaftet sind. Es ist daher möglich, dass die Referent_in die Auswirkungen dieser Gedankengänge gegebenenfalls erst durch Einzelgespräche im Verlauf der Behandlung rückgemeldet bekommt, oder die Patient_innen für sich allein das neu gewonnene Wissen nutzen.

Schlussfolgerung

Durch das Gruppenformat erlernen die Patient_innen einen anderen Blick auf ihren eigenen Handlungsrahmen und können ihr Suchtverhalten aktiv verändern. Ausserdem erfolgt eine kognitive Neubewertung im Hinblick auf das Rückfallverhalten.

Drei Sichtweisen auf Advanced Practice Nursing – Reflexion der Implementierung einer APN-Stelle im forensischpsych. Setting

Vanessa Leidinger, Pflegeexpertin APN, LWL-Klinikum Marsberg, Deutschland, vanessa.leidinger@lwl.org

Ulrike Wilk, Stationsleitung, LWL-Klinikum Marsberg, Deutschland

Maria Wiggen, Stellvertretende Pflegedienstleitung, Personalentwicklung M.A., LWL-Klinikum Marsberg, Deutschland

Hintergrund

In der Theorie bieten Konzepte zum Skill- and Grademix und Advanced Practice Nursing Lösungsvorschläge, um den Herausforderungen in der Pflege zu begegnen. In der Praxis scheint die Implementierung von Modellen wie APN jedoch eine Hürde darzustellen. In Deutschland gibt es keine klaren Richtlinien zum Einsatz akademisierter Pflegekräfte, was im Ergebnis zu einer heterogenen Umsetzung führt. Vielerorts mangelt es an Beispielen erfolgreicher Implementierung.

Fragestellung

Was kann die Implementierung von APN-Stellen unterstützen? Welchen Benefit haben die Kolleg_innen und das Management von solchen Stellen?

Methode

Reflexion der Einführung einer APN-Stelle im LWL-Klinikum Marsberg und Darstellung der Chancen und Erfordernisse aus den Perspektiven der APN, der Stationsleitung und der Pflegedienstleitung.

Ergebnisse

Die Perspektive der APN: Das Einnehmen einer neuen Rolle innerhalb bestehender Strukturen kann eine Herausforderung darstellen. Um die Akzeptanz unter den Kolleg_innen zu fördern, müssen diese die neue Stelle transparent nachvollziehen und als Unterstützung in ihrer praktischen Arbeit erleben können. Da Effekte von APN-Stellen jedoch oft erst zeitverzögert sichtbar werden, kann es hilfreich sein, dies gezielt anzustreben. Eine solche unterstützende Aufgabe kann das Leiten pflegerischer Fallbesprechungen sein. Durch dieses Beratungsangebot wird sowohl die Rolle des APN und ihre Tätigkeit für die Kolleg_innen erlebbar, als auch die Kompetenz der Mitarbeitenden wertgeschätzt und gestärkt.

Die Perspektive der Stationsleitung: Stationsleitungen sind gefordert den Prozess zur Weiterentwicklung der täglichen Pflegepraxis unter Einbezug aller Teammitglieder anzustossen und zu begleiten, sodass der Nutzen für alle am Prozess beteiligten Berufsgruppen spürbar und verständlich wird. Dabei stehen sie nicht nur der Herausforderung gegenüber, die Basis für Akzeptanz im gesamten Team zu schaffen, sondern auch Rollenverständnisse zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Denn sie müssen - unter Berücksichtigung der neu geschaffenen Aufgabenfelder - die eigenen Verantwortungsbereiche im Team überprüfen und ggf. neu zu definieren. Dafür benötigt es gute Führungsqualitäten und die Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Die Perspektive der Pflegedienstleitung: Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität von Patient_innen sind weitere Kernkompetenzen von APN (gemäß Hamric) expert coaching and guidance sowie consultation. Diese Bereiche sind wichtige Bausteine einer modernen Personalentwicklung, die kompetenzorientierte Entwicklung im Workplace Learning vorsieht. Arbeit und Lernen verschmelzen zunehmend. APN kommen hier wichtige Funktionen zu: Sie können eine qualifizierte Lernbegleitung sowie Coaching bzw. Beratung für alle Mitarbeitenden der Station leisten. Des Weiteren ist insbesondere auch durch das Rollenvorbild der APN das so wichtige informelle Lernen gewährleistet. Aus Sicht des Managements ist es relevant, wichtige Elemente von Personalentwicklung dezentral an den Arbeitsplatz zu verlagern. Damit kann die Einarbeitung als auch die Weiterentwicklung von Mitarbeitenden, vor allem auch vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Kompetenzentwicklung als auch des Retention Managements, qualifiziert erfolgen. Ein weiterer Aspekt für die Implementierung von APNs ist der Aufbau von Fachkarrieremodellen. Diese helfen, attraktive Arbeitsplätze auf der horizontalen Ebene zu schaffen bzw. sie entzerren die Ressourcenproblematik auf der vertikalen Karriereleiter.

Schlussfolgerung

Die Effekte von APN sind sowohl strategisch als auch operativ relevant für die Weiterentwicklung der Kliniken.

Strukturwandel auf einer gerontopsychiatrischen Station – eine Zwischenbilanz

Patrick Lemli, B. A., Mitarbeiter Pflegeentwicklung, Deutschland, patrick.lemli@zfp-zentrum.de

Julia Sonntag, M. Sc., APN Gerontopsychiatrie, ZfP Südwürttemberg, Deutschland

Hintergrund

Durch insgesamt veränderte Versorgungsbedarfe, der komplexer werdenden Versorgung von gerontopsychiatrischen Patient_innen sowie einer gestiegenen Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden in der Pflegepraxis, wurde neben einer „pflegeorganisatorischen Leitung“ die neue Struktur der „pflegefachlichen Leitung“ auf einer gerontopsychiatrischen Akutaufnahmestation im süddeutschen Raum eingeführt.

Problemstellung

In der Pflege- und Versorgungslandschaft sind die Anforderungen an Management und Pflegepersonal gestiegen. Trotz Besetzung der nach der PPP-RL vorgesehenen Personalstellen berichten die Beschäftigten von einer anhaltend hohen Arbeitsbelastung. Auf der genannten Station wird das Belastungserleben insbesondere durch die komplexen Pflegebedarfe der behandelten Patient_innen beeinflusst, welche mit dem fortgeschrittenen Lebensalter sowie einem erhöhten Risiko für Multimorbidität einhergehen. In diesem Zusammenhang berichteten Mitarbeitende von einer allgemeinen Unzufriedenheit sowie Unsicherheit beim Umgang mit komplexen Versorgungsfällen, woraus der Wunsch einer fachlichen Weiterentwicklung sowie Änderung von Stationsprozessen resultierte.

Ziele

Primäres Ziel war die Stärkung der Pflegemitarbeitenden im Umgang mit komplexen Versorgungsfällen, um eine Steigerung der pflegerischen Versorgungsqualität zu erreichen.

Sekundäres Ziel war die Identifikation arbeitsbezogener Bedürfnisse der Pflegemitarbeitenden, ebenso der Erkenntnisgewinn, ob der Einsatz einer „pflegefachlichen Leitung“ eine erhöhte Pflegequalität und eine Reduktion von Pflegekomplikationen zur Folge hat.

Vorgehen

Für das Projekt „Strukturwandel“ wurde eine interprofessionelle Steuerungsgruppe bestehend aus der Chefärztin, der pflegerischen Abteilungsleitung, der therapeutischen Stationsleitung, der organisatorischen Stationsleitung, der APN (=pflegefachliche Leitung) und der Pflegeentwicklung etabliert. Methodisch wurde eine Fragebogenerhebung zu drei Zeitpunkten (07.2022, 01.2023 und 07.2023) durchgeführt. Bei allen auf der Station tätigen Mitarbeitenden wurde die Mitarbeitendenzufriedenheit erhoben. Bei den Pflegefachpersonen wurde zusätzlich der persönliche pflegefachliche Wissensstand mittels den verfügbaren und angepassten DNQP Audit-Instrumenten erhoben. Weitere Erhebungen im halbjährlichen Abstand sind geplant.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Auswertung der ersten Befragung sowie die Diskussion in der Steuerungsgruppe weisen unter anderem auf folgende bearbeitungsbedürftigen Strukturen und Prozesse hin:

- Einführung eines Patient_innenorientierten Bereichspflegekonzepts
- Einführung neuer Übergabestrukturen
- Gründung einer Arbeitsgruppe zu pflegetherapeutischen Gruppen
- Neuregelung der Dienstplanerstellung
- Verschriftlichung von Zuständigkeiten im interprofessionellen Team
- Vertiefung des Mitarbeitendenentwicklungsgesprächs

Diskussion

Die Auswertung der zweiten Befragung zeigt tendenziell eine Wirksamkeit dieser getroffenen Massnahmen.

Förderliche Faktoren im Rahmen dieses Wandelungsprozesses waren:

- Einsatz von Mitarbeitenden mit erweitertem Kompetenz- und Tätigkeitsbereich
- Mitarbeit von akademisch ausgebildetem Pflegefachpersonen (Steuerungsgruppe)
- Partizipation der Mitarbeitenden
- regelmässige fachliche Diskussionen (interprofessionelle Steuerungsgruppe)
- Rückhalt des Managements
- transparente Kommunikation

Zusätzlicher Entwicklungsbedarf zeigt sich hinsichtlich einer gemeinsamen Zieldefinition auf Patienten- und Teamebene, Verbesserung der Kommunikation und Optimierung der Dienstplangestaltung.

Weitere in der Steuerungsgruppe diskutierte Herausforderungen bestehen im Bereich der Anwendung des IT-Systems, der elektronischen Pflegedokumentation und bei der Durchführung von pflegetherapeutischen Gruppenangeboten.

Schlussfolgerung

Der Steuerungsprozess hat gezeigt, dass die Voraussetzung für die Einführung von Neuerungen ein gutes Zusammenwirken aller Beteiligten ist. Die Steuerungsgruppe interprofessionell zusammenzustellen hat sich bewährt. Insbesondere der Rückhalt des Managements und die Unterstützung aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich haben zum bisherigen Erfolg beigetragen.

Der Abschluss der Datenauswertung ist bis März 2024 geplant. Der weitere Projektauftrag hängt von den noch ausstehenden Ergebnissen ab.

Übergang von der stationären Behandlung in das häusliche Umfeld aus der Perspektive von Betroffenen und Angehörigen

Martina Lerch, MScN, Pflegeexpertin, Luzerner Psychiatrie AG, Schweiz, martina.lerch@lups.ch

Anna Hegedüs, Dr., Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz. Gastwissenschaftlerin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Deutschland

Einleitung

Der Übergang von der psychiatrischen stationären Behandlung in das häusliche Umfeld stellt für Betroffene und Angehörige eine grosse Herausforderung dar. Insbesondere die ersten Tage nach Austritt werden von ihnen als Belastung empfunden (Cutcliffe et al. 2012) Betroffene erleben oft Ängste und Unsicherheiten in der Gesellschaft, während sich Angehörige hilflos und alleingelassen fühlen (Redding et al. 2017). Ziel dieser Studie war zu beschreiben, welche Aspekte im Übergang von der stationären psychiatrischen Behandlung in das häusliche Umfeld für Betroffene und Angehörige bedeutsam sind und welche Unterstützung sie sich konkret wünschen.

Methode

Die Studie basiert auf einem qualitativ deskriptiven Design. Die Datenerhebung erfolgte mittels 12 leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen und Angehörigen in der Deutschschweiz. Diese fanden in Einzelgesprächen zwei bis fünf Wochen nach Austritt aus der psychiatrischen Klinik statt. In die Studie eingeschlossen wurden erwachsene Betroffene in stationärer psychiatrischer Behandlung beziehungsweise erwachsene Angehörige. Die transkribierten Interviews wurden anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) ausgewertet.

Ergebnisse

Der Einbezug der Angehörigen in die Behandlung, ein fließender Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, das Gefühl der Austrittsbereitschaft sowie ein Erfahrungsaustausch gehören aus der Perspektive Betroffener und Angehöriger zu den bedeutsamen Aspekten im Übergang. Als Unterstützung wünschen sie sich von Fachpersonen Informationsvermittlung bezüglich des Krankheitsbildes und der Behandlung, eine gemeinsame Besprechung des Krisenbewältigungsplans, Unterstützung in der Planung der Tagesstruktur sowie Setting übergreifende Gespräche vor und nach Austritt. Betroffene wünschen sich zur Unterstützung zudem eine aktive Kontaktaufnahme durch das soziale Umfeld nach Austritt, während sich Angehörige vor und nach Austritt eine Fachperson als Ansprechperson wünschen.

Diskussion

Die Ergebnisse beschreiben eine Vielfalt wichtiger Aspekte und Unterstützung im Übergang aus der Perspektive Betroffener und Angehöriger. Fachpersonen sind gefordert gemeinsam mit ihnen diesen Übergang individuell zu planen und zu gestalten. Eine solche dialogische Zusammenarbeit sowie frühzeitige Austrittsvorbereitungen fördern dabei die Austrittsbereitschaft Betroffener. Setting übergreifende Gespräche durch Fachpersonen der stationären und ambulanten Behandlung tragen zudem zur Beziehungskontinuität bei. Dennoch verdeutlichen lange Wartezeiten der ambulanten Behandlung den Bedarf an intermediären Behandlungsangeboten zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität.

Schlussfolgerung

Dialogische und Setting übergreifende Zusammenarbeit sowie intermediäre Behandlungsangebote ermöglichen die Gestaltung eines fließenden Übergangs in das häusliche Umfeld. Diese setzt ein partizipatives Verständnis der Fachpersonen, deren Vernetzung untereinander sowie eine tragbare Finanzierung intermediärer und ambulanten Gesundheitsleistungen voraus. Dabei sollen neue Behandlungsangebote stets dialogisch entwickelt werden.

Loslassen und Vertrauen als wichtige Managementstrategien der Zukunft

Michael Löhr, Prof. Dr. rer. medic, Pflegedirektor, Einrichtungsleitung der Tagespflege, Einrichtungsleitung der mobilen Dienste, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland, michael.loehr@lwl.org

Michael Schulz, Prof. Dr., Stellvertretender Pflegedirektor, Pflegerische Abteilungsleitung Allgemeinpsychiatrie Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Hintergrund

Die Arbeitswelt befindet sich im stetigen Wandel. Neben den Veränderungen der Arbeit im Gesundheitswesen, die z. B. dadurch gekennzeichnet ist, dass es einen ständigen Wissenszuwachs gibt und damit die Notwendigkeit, sich kontinuierlich auf dem aktuellen Stand des Wissens zu bewegen, sind Arbeitsverdichtung und ein angespannter Arbeitgebermarkt zu verzeichnen. Themen wie Fachkräftemangel und Pflegenotstand sind mittlerweile in den Leitmedien und der Politik omnipräsent. Nicht nur Unternehmen aus dem Gesundheitswesen buhlen um gut ausgebildete Fachpersonen aus der Pflege. Der Arbeitsmarkt hat sich so geöffnet, dass für Fachpersonen aus der Pflege auch andere Tätigkeitsfelder von grossem Interesse sind. So stellt sich die Frage, ob das Narrativ des Fachkräftemangels das Einzige ist, das eine Bedeutung haben sollte.

Es gibt durchaus andere Narrative die ebenfalls Gültigkeit haben könnten. So konnte durch die Hans-Böckler-Stiftung durchgeführte Studie „Ich Pflege wieder wenn...“, die im Mai 2022 publiziert wurde, gezeigt werden, dass bei einer konservativen Betrachtung ca. 300.000 VK Pflege komplett aus dem Beruf ausgestiegen sind oder ihre Arbeitszeit reduziert haben wieder bereit wären, in den Beruf einzusteigen oder ihren Stellenanteil aufzustocken. Die wichtigsten Bedingungen, die für eine Rückkehr genannt wurden, waren: Mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege durch eine bedarfsgerechte Personalbemessung, eine angemessene Bezahlung (die insbesondere Fort- und Weiterbildungen anerkennt), ein wertschätzender und respektvoller Umgang von Vorgesetzten, Kollegialität, sowie Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft, verbindliche Dienstpläne und eine vereinfachte Dokumentation.

Problemstellung

Im LWL Klinikum Gütersloh gab es im Jahr 2020 noch zahlreiche nicht besetzte Pflegestellen.

Ziele

Es wurde nach einem System gesucht, wie man sich proaktiv um bessere Arbeitsbedingungen und eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit kümmern kann. Es wurde ein Modell entwickelt, das zum Ziel hat durch vier fokussierte Themenbereiche die beiden Zieldimensionen: Patient_innen-Outcome sowie Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit zu erreichen und damit Bindungswirkung ans Unternehmen zu entwickeln.

Ergebnisse / Erfahrungen

Innerhalb von 2 ½ Jahren konnten in Psychiatrie und Somatik alle freien Stellen besetzt werden und klinische Entwicklung in der Pflege vorangetrieben werden.

Diskussion

Es ist mir sehr wichtig zu betonen, dass das Thema Fachkräftegewinnung und -bindung nur bedingt mit der Umsetzung einzelner Interventionen zu tun hat. Es braucht einen konsequenten und erstgemeinten Change des Mind-Sets der Spitzenführungskräfte der Kliniken / Einrichtungen. Es geht um nichts Geringeres als die Themen Selbstführung und Demokratisierung von Arbeit im Unternehmen zu platzieren und das System entsprechend umzustrukturieren. Wenn diese konsequente Haltung fehlt oder das Vertrauen in die weitere Führungsebene und Mitarbeiterschaft nicht vorhanden ist, werden die Massnahmen, wie auch die partizipative Dienstplangestaltung nicht gelingen, bzw. keine Wirkung entfalten.

Schlussfolgerung

Loslassen und Vertrauen sind wichtige Managementkompetenzen der Zukunft, die in Kombination mit Selbstführung und soziokratischen Führungsstrukturen Wirkung in der Mitarbeiterbindung und -gewinnung zeigen können.

Safewards – quo vadis

Michael Lühr, Prof. Dr. rer. medic, Pflegedirektor, Einrichtungsleitung der Tagespflege, Einrichtungsleitung der mobilen Dienste, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland, michael.loehr@lwl.org

Michael Schulz, Prof. Dr., Stellvertretender Pflegedirektor, Pflegerische Abteilungsleitung Allgemeinpsychiatrie Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Hintergrund

Safewards ist in diesem Jahr 10 Jahre alt geworden und das Modell und die dazugehörigen 10 Kerninterventionen finden sich in vielen psychiatrischen Institutionen wieder. Das Konzept dient zur Reduktion von Konflikten und Eindämmungsmassnahmen. Es findet sich in vielen internationalen Guidline wieder sowie in der deutschen S3 Leitlinien „Verhinderung von Zwang“.

Problemstellung

Safewards ist für die Akutpsychiatrie entwickelt worden. Mittlerweile wird Safewards auch in anderen Settings angewandt. Für die stationäre forensische Psychiatrie ist erst vor kurzem eine Modellanpassung publiziert. In jüngster Vergangenheit gibt es immer mehr Einrichtungen der Eingliederungshilfe die sich mit dem Safewards-Modell auseinandersetzen.

Ziele

Ziel des Vortrages ist es die Entwicklung von Safewards anhand von Studien, und praktischer Nutzung in den letzten 10 Jahren darzustellen.

Ergebnisse / Erfahrungen

Für die Anwendung von Safewards gibt es zu differenten Settings differente Ergebnisse. Auch unterscheiden sich Studiendesign und Zieldimensionen deutlich. Und dennoch zeigen auch die ersten Reviews, dass mit Safewards Konflikte und vor allem Eindämmungsmassnahmen reduziert werden können.

Diskussion

Es wird diskutiert werden, wie die Weiterentwicklungen zu beurteilen sind und was die nächsten Schritte dieser Entwicklung sein können.

Schlussfolgerung

Safewards hat als Modell und Interventionsprogramm für die Akutpsychiatrie begonnen und hat sich in den letzten 10 Jahren weiterentwickelt. Auch heute ist noch keine Ende der Weiterentwicklung zu erkennen und es ist zu hoffen, dass weitere Forschungsarbeiten zu diesem Thema entstehen.

Partizipative Dienstplangestaltung – selbstverantwortliche Arbeitszeitverteilung

Michael Löhr, Prof. Dr. rer. medic., Pflegedirektor, Einrichtungsleitung der Tagespflege, Einrichtungsleitung der mobilen Dienste, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland, michael.loehr@lwl.org
Thomas Cronshage, B.A., Pflegerische Stationsleitung, Station A5 Psychotherapie bei Adoleszenten, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Hintergrund

Dienstplanung ist gerade in 24 / 7 Betrieben immer wieder ein Thema. Diese Planung wird häufig durch Stationsleitungen oder ihrer Stellvertretung übernommen. Es gibt vielfach Rahmendienstpläne, die gewisse Tage als Ausgleichstage vorsehen. Jedoch bleibt es im Grundsatz die Aufgabe von Einzelnen, über die Arbeitszeit (Lebenszeit) aller Teammitglieder zu verfügen. Alle unsere Mitarbeitenden tragen eine Menge Verantwortung im privaten Umfeld, z.B. für ihre Familien. Sobald sie aber in der Klinik sind, behandeln wir sie vielfach wie Kinder. Nehmen wir das Beispiel des Wunschbuches. Ein „Wunsch“ ist etwas, den jemand an eine höhere Instanz richtet. So wünschen sich Kinder etwas von ihren Eltern oder vom Weihnachtsmann bzw. dem Christkind. Manche gläubigen Menschen richten Wünsche an einen oder mehrere Götter. Im Grunde hängt es aber von einer höheren Instanz ab, ob mein Wunsch erfüllt wird. Es braucht auch keine Begründung für eine Erfüllung oder Nicht-Erfüllung.

Problemstellung

Unzufriedenheit über ungünstige Tage oder Dienste stehe so unvermeidlich auf der Tagesordnung. Viele Stationen nutzen ein „Wunschbuch“ für die Mitarbeitenden, damit sie hier ihre Dienstwünsche eintragen können. Betrachtet man diese Situationen genauer, so merkt man schnell die Schwierigkeit im System.

Ziele

Alle Mitarbeitenden in der Pflege verteilen ihre persönliche Arbeitszeit selbständig anhand des Verantwortungsdreiklangs.

Ergebnisse / Erfahrungen

Alle Mitarbeiter_innen schreiben ihre Dienstpläne mittlerweile selbständig. Anhand des Verantwortungsdreiklangs.

Verteilung der persönlichen Arbeitszeit

Jeder Mitarbeitende kennt seine Soll-Zeiten und ist verantwortlich für die Verteilung dieser. Der grosse Vorteil ist, dass mit diesem System die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf eine neue Ebene gehoben wird. Mitarbeitende können monatsindividuell auf Privatbelange, die ihre Dienstplanung tangieren, reagieren und ihre Verteilung der Arbeitszeit auf ihre Bedarfe anpassen.

Patient_innenversorgung

Die Verteilung der persönlichen Arbeitszeit erfolgt nicht kontextlos. Es gilt, die Vorgaben an Menge und geforderten Qualifikationen der Stationsleitung zu erfüllen. Am Ende der Planung müssen alle geforderten Dienste besetzt sein. Die Stationen in Gütersloh haben hier individuelle Anpassungen. Es gibt Stationen, die in Monatsabgrenzungen planen und es gibt Stationen, die prospektiv schon drei Monate planen.

Team

Alle Mitarbeitenden sind auch dafür verantwortlich, dass alle Teammitglieder gleichsam und zeitnah die Möglichkeit haben ihre Verteilung der persönlichen Arbeitszeit vorzunehmen. Dies ist einer der komplexesten Prozessschritte, da wir Stand heute, keine Softwarelösung haben, die diesen Punkt smart unterstützt. Es ist wichtig, dass alle Mitarbeitenden ohne Vorteilsnahme sich an der Planung beteiligen können.

Diskussion

Sobald alle Mitarbeitenden ihre Eintragungen vorgenommen haben, übernimmt die Stationsleitung die weitere Bearbeitung des Dienstplans. Beim Übertrag des Dienstplanes in X-time überprüft sie die Einhaltung der Sollarbeitszeiten der Mitarbeitenden, stellt sicher, dass sich niemand unzulässig weit unter- oder überplant und nimmt, möglichst nach Rücksprache mit den betreffenden Mitarbeitenden, entsprechende Korrekturen vor. Auch achtet die Stationsleitung auf Aspekte des Arbeitszeitgesetzes. Daneben überprüft sie, ob die Mindestpersonalbesetzung an allen Tagen gegeben ist, der Dienstplan in sich schlüssig ist und im Bedarfsfall (z.B. bei Krankheitsausfall) kurzfristige Änderungen möglich macht. Abschliessend wird der Dienstplan

ausgedrückt und auf den Stationen ausgelegt. Die Rolle der Stationsleitung verändert sich weg von der Person mit der Planungshoheit, hin zu einem Mediator und Coach, der die Mitarbeitenden in der Planungsphase unterstützt. Dies ist notwendig, wenn es keine Einigungen gibt, was sehr selten der Fall ist.

Schlussfolgerung

Aktuell arbeitet eine Arbeitsgruppe der Stationsleitungen an einer Überarbeitung der konzeptionellen Rahmenbedingungen, um den Planungsprozess der Mitarbeitenden noch besser unterstützen zu können. Es zeigt sich anhand einer Mitarbeiterbefragung, dass die Mitarbeitenden sehr zufrieden mit ihrer Work-Privacy-Balance sind.

Psychol. Pflegeinterventionen zur Bewältigung von emotionalen Verletzungen im Kontext einer stat. Behandlung

Stefania Ramona Luo, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur, Advanced Practice Nurse APN a.i., Psychische Universitätskliniken, Zürich, Schweiz, stefania-ramona.slabu@pdgr.ch

Hintergrund

Emotionale Verletzungen in der Kindheit stellen einen häufigen Grund für die Entstehung einer chronischen Depression dar. Eine als dysfunktional erlebte Umwelt führt bei Kindern und Jugendlichen zu emotionalen Verletzungen und zu einem reinen Überlebensverhalten, in dem kein Raum für kognitives Wachstum und emotionale Entwicklung interpersoneller Fertigkeiten vorhanden ist. Die Verhaltensweisen, die in der Vergangenheit dem Überleben der dysfunktionalen Umwelt und als Schutz vor emotionalen Verletzungen dienten, werden in der Gegenwart von der Umwelt häufig als feindselig wahrgenommen und sind beim Aufbau von harmonischen Beziehungen nicht nur hinderlich, sondern häufig auch verantwortlich für deren Scheitern. Eine speziell für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Depression zur Überwindung von emotionalen Verletzungen entwickelte Psychotherapieform ist die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie (CBASP).

Fragestellung

Welche psychologischen Pflegeinterventionen im Kontext einer stationären CBASP-Behandlung empfiehlt die Literatur zur Bewältigung von emotionalen Verletzungen?

Methoden

Die Literatursuche im Rahmen eines integrativen Reviews erfolgte im Oktober 2022 und wurde in mehreren Datenbanken (PubMed, CINAHL, APA, PsycINFO, PubPsych und Google Scholar) durchgeführt. Die Qualitätsbewertung erfolgte durch Assessmentinstrumente des Joanna Briggs Institute und einer Studienbeurteilung nach GRADE.

Ergebnisse

Zur Bewältigung von emotionalen Verletzungen empfiehlt die Literatur die Erarbeitung der Liste der prägenden Bezugspersonen mit den dazugehörigen Übertragungshypothesen, Diszipliniert Persönliches Einlassen mit Kontingent Persönlicher Reaktion und interpersonellen Diskriminationsübungen, Kiesler-Kreis-Training und Situationsanalyse.

Diskussion

Die Liste der prägenden Bezugspersonen in der Kindheit mit den dazugehörigen Übertragungshypothesen geben Aufschluss über Kausalzusammenhänge zwischen verletzenden Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit und den maladaptiven Verhaltensweisen in der Gegenwart. Das Diszipliniert Persönliche Einlassen mit Kontingent Persönlichen Reaktionen soll ein empathisches Bewusstsein für reziproke emotionale Verletzungen entwickeln. Die interpersonelle Diskriminationsübung ermöglicht emotional verletzende mit heilsamen Beziehungserfahrungen zu überlagern. Das Kiesler-Kreis-Training ermöglicht bedürfnisorientierte interpersonelle Kontakte herzustellen und löst rigide, verletzende Verhaltensweisen auf. Die Situationsanalyse lehrt Patientinnen und Patienten Strategien zur Bewältigung von emotionalen Verletzungen in interpersonellen Konfliktsituationen.

Schlussfolgerungen

Die Beziehungen in der Kindheit von Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Depression sind häufig gekennzeichnet durch emotionale Verletzungen wie Vernachlässigung oder Missbrauch. Erlernte feindselige Verhaltensweisen kreieren weitere emotionale Verletzungen in der Gegenwart. Emotionale Verletzungen werden im Rahmen einer stationären CBASP-Behandlung einerseits als eine Chance zum Erleben von korrigierenden, heilsamen Beziehungserfahrungen angesehen, andererseits stellen sie gleichzeitig einen häufigen Grund für stationäre CBASP-Behandlungsabbrüche dar. Um die emotionalen Verletzungen zu reduzieren ist es erforderlich, dass die CBASP-Bezugspflegerpersonen die psychologischen Pflegeinterventionen im Kontext einer dyadischen Beziehung auf der Basis einer authentischen und persönlichen Beziehungsgestaltung durchführen. Das vordergründige Ziel der stationären CBASP-Behandlung ist nicht, dass die Patientinnen und Patienten sich besser fühlen, sondern dass sie sich mit dem Zustand vertraut machen, dass zur Bewältigung ihrer emotionalen Verletzungen eine Veränderung ihrer bisher erlernten Verhaltensweisen notwendig ist. Es darf geschehen, dass die Patientinnen und Patienten, wenn sie ihr Verhalten ändern, sich dabei unwohl fühlen. Aber sie sollten im Kontext der CBASP-Bezugspflege niemals das Gefühl der interpersonellen Sicherheit verlieren. Das CBASP-

Team bringt den Patientinnen und Patienten Werkzeuge bei, womit sie lernen, interpersonelle Situationen wirksam und aktiv zu gestalten. Zukünftige Studien sollten untersuchen, bei welchen CBASP-Interventionen emotionale Verletzungen entstehen, die zu einem vorzeitigen Abbruch der CBASP-Behandlung führen.

Verletzlichkeit und Verletzung in der Führung

Regula Lüthi, RN, MPH, Vizepräsidentin Spitalrat Universitätsspital Zürich, Vizepräsidentin Psychiatrie St. Gallen, ehemals Direktorin Pflege, MTD, Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz, regul.luethi@bluewin.ch

Hintergrund

Von Führungspersonen wird erwartet, dass sie mit grossem Leadership Mitarbeitende befähigen, unterstützen, Karrierepfade ermöglichen, moderne Arbeitszeitmodelle einführen, hierarchieflach leiten, den Fachkräftemangel ganz generell entkräften, die Akademisierung der Pflege stärken und in den Geschäftsleitungen der jeweiligen psychiatrischen Institutionen gleichberechtigt die Anliegen aller Berufsgruppen unterstützen.

Problemstellung

Führungspersonen sollen über eine Grosse Resilienz verfügen und sollen Vorbild sein. Sie sind jedoch auch nicht davor gefeit, verletzt zu werden oder selbst andere zu verletzen. Nur handelt es sich hier meist um die Interaktion zwischen Mitarbeitenden und Führungsperson und nicht um Fachpersonen und Betroffene.

Ziele

Das Ziel des Vortrages ist es, aufzuzeigen, wie Führungspersonen lernen können und müssen, sich ihrer eigenen Verletzlichkeit bewusst zu bleiben, wenn sie in diesen anspruchsvollen Zeiten im Gesundheitswesen ein aktiv handelnder und gestaltender Mensch bleiben wollen. Und sie müssen sich ihrer eigenen Macht bewusst sein, in der es auch zu Verletzungen von Mitarbeitenden kommen kann.

Vorgehen

Anhand exemplarischer Beispiele aus dem eigenen langjährigen Führungsalltag in diversen psychiatrischen Settings sollen die Themen der Verletzlichkeit und Verletzung in Führungsthemen herausgeschält werden. Die spezifischen Anforderungen an Führungsverantwortung in der psychiatrischen Versorgung stehen im Vordergrund. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Thematik der fachlichen Qualifikationen dieser Führungspersonen gelegt. Es werden alternative Führungswege beschrieben, die im Rahmen von „New Work“ an Bedeutung gewinnen.

Diskussion

Die RN4Cast Studien und die jetzt in der Schweiz laufende auf die Psychiatrie zugeschnittene Studie zur Arbeitsumgebung von Pflegenden und damit auch der Pflegequalität betonen die Wichtigkeit von Führung, bzw. Leadership, wenn es auch in Zukunft gelingen soll, genügend motivierte und engagierte Pflegefachpersonen in den Institutionen zu halten. Der Vortrag soll den Versuch wagen, diese grossen Anforderungen an Führungspersonen mit dem Thema des diesjährigen Dreiländerkongresses zu verknüpfen.

Der Weg zur Pflege-Exzellenz – Das konzeptuelle PZM-Talentmodell zur Ermittlung und Förderung von Talenten

Philipp Mattmann, Dr., Direktor Pflege und Bildung, Leiter Angebot Wohnen und Arbeiten, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz, philipp.mattmann@pzmag.ch

Simone Beerli, MScN., Leiterin Pflegeentwicklung, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Lukas Bischler, Leiter Human Resources, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Juliana Kräuchi, Mitarbeiterin Kommunikation und Information, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Hintergrund

Schweizweit fehlt es an qualifiziertem Pflegepersonal. Hohe Fluktuationsraten und Vakanzen insbesondere in Schlüsselpositionen stellen die Gesundheitsbranche vor grosse Herausforderungen.

Um dieser Entwicklung proaktiv entgegenzuwirken, sind langfristige Massnahmen zur Steigerung der Arbeitsattraktivität und damit zur Gewinnung und Förderung von jungen und ambitionierten Arbeitskräften sowie zur Haltung von bestehendem Fachpersonal nötig; dies unter anderem mit dem Ziel, Schlüsselpositionen später durch intern aus- und weitergebildetes Fachpersonal besetzen zu können. Diese Ziele will die Psychiatriezentrum Münsingen AG (PZM) mit der Einführung eines Talentförderprogrammes erreichen.

Methode

Das Talentförderprogramm basiert auf dem konzeptuellen PZM-Talentmodell Pflege. Anhand dieses Modelles, welches auf den Erkenntnissen der Talentforschung in den Bereichen Sport und Musik aufbaut, sollen engagierte Mitarbeitende in der Pflege systematisch als Talente identifiziert und eingeschätzt werden.

Erfolgreich identifizierte Talente werden in ihren Fähig- und Fertigkeiten unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen (Persönlichkeitsmerkmale, Umweltfaktoren, Talentfaktoren, Exzellenzbereich) gezielt gefördert. Mitarbeitende können dadurch ihre Arbeit so mitgestalten, dass sie ihren Talenten entspricht; dies motiviert, vermittelt Stolz und fördert die Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Zugleich werden Mitarbeitende begleitet an Schlüsselpositionen herangeführt und erhalten die Möglichkeit, ihre Kompetenzen in einem geschützten Umfeld zu erweitern.

Schlussfolgerung

Als Konsequenz wird erwartet, dass Fluktuationen seltener auftreten, das Arbeitsklima verbessert wird und Nachfolger_innen von Schlüsselpositionen intern bestimmt werden können.

Ergebnisse

Das Talentförderprogramm läuft aktuell als Pilotprojekt seit Anfang 2023 und soll in den folgenden zwei Jahren systematisch evaluiert und erweitert werden.

Mixed-Methods-Längs-schnittsdesign – Entwicklung eines Evaluationsverfahrens für die psych. Pflege und psychosoz. Settings

Dirk Richter, Prof. Dr., Dipl. Pflegefachmann, Leiter Innovationsfeld psychische Gesundheit & psychiatrische Versorgung, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz, Leiter Forschung und Entwicklung, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz, dirk.richter@bfh.ch
Sabine Hahn, Prof. Dr., Dipl. Pflegefachfrau, MScN Pflege, Leiterin Fachbereich Pflege, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Schweiz
Sabine Rühle Andersson, lic.phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Service Userin, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Hintergrund

Evaluationsstudien lassen sich in der psychiatrischen Pflege und in psychosozialen Settings nur schwer durchführen. In der Regel mangelt es an einer Kontrollgruppe und die Stichproben sind nicht gross genug für aussagekräftige quantitative Studien, da meist eher kleine Populationen untersucht werden. Darüber hinaus besteht Bedarf an der Erhebung von Daten, welche von den Nutzenden als relevant betrachtet werden, etwa im Rahmen von Recovery.

Fragestellung

Wie kann das aus der medizinischen Forschung bekannte N = 1-Studiendesign auf psychosoziale Settings übertragen werden?

Methode und Material

Grundlage für die Entwicklung des Evaluationsverfahrens sind in der Medizin bekannte N = 1-Verfahren sowie aus der Psychologie bekannte Single and Multiple Cross Case Studies. Entscheidend für eine Evaluation ist, dass über mehrere Messzeitpunkte die Auswirkungen einer Intervention auf eine einzelne Person untersucht wird. Weiterhin ist entscheidend, dass mindestens ein Messzeitpunkt Daten vor der Intervention erheben muss. Die teilnehmenden Personen liefern somit ihre eigene Kontrollbedingung, mit der die Daten während und nach der Intervention in Bezug auf eine einzelne Person (Single Case Analyse über mehrere Zeitpunkte) und Multiple Cross Case Analyse über mehrere Personen verglichen werden können.

Ergebnisse

Wir präsentieren ein Mixed-Methods-Längsschnittverfahren, das Daten aus qualitativen Interviews mit dem quantitativen PSYCHLOPS-Verfahren kombiniert und synthetisiert. Bei dem von uns adaptierten PSYCHLOPS-Verfahren definieren die Studienteilnehmenden die von ihnen als besonders relevant eingeschätzten Probleme und Ziele, die im Rahmen der Intervention bearbeitet werden sollen. Nach der Definition wird das Ausmass der Beeinträchtigung und der Zielerreichung auf einer Likert-Skala eingeschätzt. Mittels verschiedener Leitfäden für unterschiedliche Interview-Zeitpunkte werden gleichzeitig qualitative Daten erhoben, die themenzentriert inhaltsanalytisch ausgewertet werden und anschliessend in Single Case und Cross Case Analysen mittels Constant Comparative Mixed Method Ansatz synthetisiert werden. Entscheidend für den Mixed-Methods-Ansatz ist die gleichzeitige Erhebung von quantitativen und qualitativen Daten und die gemeinsame und aufeinander bezogenen Auswertung der Längsschnittdaten.

Diskussion

Das Mixed-Methods-Längsschnittsdesign ist geeignet für kleine Stichproben ohne Kontrollgruppe. Die erweiterte Methodik in Kombination von Single und Cross Case Analysen mit der dem quantitativ geprägten n=1 Design und Einbezug der Constant Comparative Method, welche quantitative und qualitative Daten trianguliert, ermöglicht eine reflektive Interpretation, um auch latente Bedeutungen zu erfassen. Das Verfahren eignet sich insbesondere für die Evaluation von Interventionen, bei kleineren Populationen, in denen die Teilnehmenden ihre Perspektive zum Ausdruck bringen sollen, etwa im Rahmen von Recovery. Eine gravierende Limitation besteht darin, dass die Aussagen lediglich für die Studienteilnehmenden zutreffend sind; Generalisierungen sind nicht zulässig.

Schlussfolgerungen

Das Verfahren ist einsatzfähig und wurde im Rahmen einer Machbarkeitsstudie getestet und weiterentwickelt.

Evaluation der Soteria-Behandlung mittels eines Mixed-Methods-Längsschnittsdesigns – Machbarkeitsstudie

Dirk Richter, Prof. Dr., Dipl. Pflegefachmann, Leiter Innovationsfeld psychische Gesundheit & psychiatrische Versorgung, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz, Leiter Forschung und Entwicklung, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz, dirk.richter@bfh.ch
Sabine Hahn, Prof. Dr., Dipl. Pflegefachfrau, MScN Pflege, Leiterin Fachbereich Pflege, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Schweiz
Sabine Rühle Andersson, lic.phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Service Userin, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Hintergrund

In Soteria-Kliniken und -stationen werden überwiegend jüngere Menschen mit einer Psychose auf freiwilliger Basis behandelt. Ziel der sozialpsychiatrischen und systemisch ausgerichteten Soteria-Behandlung ist es, gemeinsam mit Betroffenen mit minimal-invasiven Interventionen (beispielsweise niedriger Einsatz von Psychopharmaka) die Stabilität der Betroffenen wieder zu erreichen. Die Evidenz zur Effektivität der Soteria-Behandlung ist nur im Ansatz vorhanden und veraltet. Soteria-Kliniken haben mit vielen anderen psychosozialen Settings gemeinsam, dass eine Kontrollgruppe nur schwer zu rekrutieren ist und dass die Stichprobe relativ klein ist.

Fragestellung

Die Hauptfragestellung der Studie war, ob das geplante N=1-Mixed-Methods-Studiendesign im Soteria-Setting umgesetzt werden kann und ob und wie es unter Umständen angepasst werden muss. Prospektive N=1-Studien (auch Single Case Studies genannt) erheben Daten einzelner Personen über möglichst viele Messzeitpunkte hinweg, bei denen mindestens ein Zeitpunkt Daten zur Zeit vor der Intervention erheben muss. Mittels der Erweiterung der Methode durch eine Cross Case Analyse können zudem die einzelnen Cases miteinander verglichen werden.

Methode und Material

In der Soteria Bern wurden 8 Nutzende für die Teilnahme an der Studie rekrutiert. Mit jeder teilnehmenden Person wurden bis zu vier quantitative und qualitative Interviews durchgeführt. Im ersten Interview wurden Angaben zum Zeitpunkt vor dem Eintritt erhoben; dieses erste Interview fungierte als Datenerhebung für die Kontrollbedingung. Zwei Interviews bezogen sich auf den Aufenthalt und das letzte Interview fand ungefähr vier Wochen nach Austritt statt. Für die quantitative Interview wurde das PSYCHLOPS-Verfahren adaptiert, mithilfe dessen das Ausmass von selbst gewählten Problemen und die Erreichung von Zielen auf einer Likert-Skala eingeschätzt wurden. Für die qualitativen Interviews wurden verschiedene Leitfäden für die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte entwickelt. Die qualitativen Interviews wurden mittels einer themenzentrierten Inhaltsanalyse innerhalb der Fälle (Single Cases) und zwischen den Fällen (Multiple Cross Cases) mittels Constant Comparative Method verglichen, ausgewertet und gemeinsam mit den quantitativen Daten im Längsschnitt trianguliert.

Ergebnisse

Es handelt sich um eine laufende Studie. Das Resultat der Evaluation wird nach vollendeter Analyse am Dreiländerkongress vorgestellt.

Diskussion

Das Studiendesign musste an verschiedenen Punkten angepasst werden. Beispielsweise gelang es nicht, Daten vor dem Eintritt in die Soteria zu erheben. Das erste Interview fand somit retrospektiv statt. Dann wurden Leitfäden und quantitative Erhebungsinstrumente angepasst, um Problemlagen und Ziele gleichzeitig mittels qualitativen und quantitativen Methoden zu erheben. Die Ergebnisse der Evaluation werden auf dem Hintergrund der Zielsetzung der Soteria-Behandlung diskutiert.

Schlussfolgerungen

Das prospektive N=1-Mixed-Methods-Längsschnittstudiendesign eignet sich zur Evaluation von Interventionen in psychosozialen Settings. Die Schlussfolgerungen der Evaluation werden nach vollendeter Analyse und deren Diskussion gezogen.

Werden die medizin-ethischen Kriterien für die Anwendung von Zwang erfüllt? Eine ethisch-empirische Analyse

Dirk Richter, Prof. Dr., Dipl. Pflegefachmann, Leiter Innovationsfeld psychische Gesundheit & psychiatrische Versorgung, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz, Leiter Forschung und Entwicklung, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz, dirk.richter@bfh.ch

Hintergrund

Psychiatrische Massnahmen gegen den Willen einer Person werden üblicherweise durch die Kombination einer psychischen Störung sowie dem Risiko oder einer Gefahr für die eigene Person oder anderer Personen legitimiert. Weitere ethische Kriterien sind die geringstmögliche Einschränkung, der Einsatz von Zwang als letztem Mittel, die Wirksamkeit der gesamten Massnahme, das zu erzielende Wohl der Person und die Wiederherstellung der Entscheidungs-Autonomie.

Fragestellung

Welche Forschungsergebnisse liegen hinsichtlich der Umsetzung der im Hintergrund genannten ethischen Kriterien vor?

Methode und Material

Für jedes der im Hintergrund genannten ethischen Kriterien wird die jeweils am besten vorhandene Evidenz recherchiert und dargestellt.

Ergebnisse

In der neurowissenschaftlichen Forschung ist die Existenz einer menschlichen Psyche resp. eines Bewusstseins umstritten. Eine valide Definition der 'psychischen Störung' ist gemäss der taxonomischen Forschung aktuell nicht verfügbar. Die Wirksamkeit psychiatrischer Interventionen wird derzeit über alles als nicht einmal moderat eingestuft. Viele der zur Verfügung stehenden weniger einschränkenden Mittel wie Vorausverfügungen oder offene Türen auf Akutstationen sind nicht flächendeckend implementiert. Die meisten der von Zwangsmassnahmen betroffenen Personen erleben nicht, dass diese zu ihrem Wohl erfolgten. Die Existenz des für die Wiederherstellung der Autonomie notwendigen freien Willens ist in der Forschung hochumstritten.

Diskussion

Die ethischen Kriterien für die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie werden nicht erfüllt.

Schlussfolgerungen

Für die weitere Legitimation von psychiatrischem Zwang bräuchte es entweder neue Forschungsergebnisse, die im Einklang mit den genannten Kriterien stehen, oder aber eine neue Argumentation auf der Basis der empirischen Befunde. Ist dies nicht möglich, entfällt die Rechtfertigung von psychiatrischen Massnahmen gegen den Willen der betroffenen Personen.

Das 4-Stufenimmobilisationskonzept in einer psychiatrischen Klinik - Chancen, Grenzen und Bedarfe bei der Umsetzung

Petja Warwick, Pflegerischer Abteilungsleiter, Allgemeine Psychiatrie, Evangelisches Klinikum Bethel, Deutschland

Jacqueline Rixe, MSc., Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, Leiterin Referat evidenzbasierte Pflegepraxis, Evangelisches Klinikum Bethel, Deutschland, Jacqueline.rix@evkb.de

Andrea Staude, Pflegerische Stationsleiterin, Abhängigkeitserkrankungen, ProDe-MA-Deeskalationstrainerin, Evangelisches Klinikum Bethel, Deutschland

Sven Krieg-Prante, Fachpfleger Sucht, Abhängigkeitserkrankungen, ProDe-MA-Deeskalationstrainer, Evangelisches Klinikum Bethel, Deutschland

Regina Ketelsen, Dr., Oberärztin, Allgemeine Psychiatrie, Evangelisches Klinikum Bethel, Deutschland

Hintergrund

Menschen, die stationär in einer Psychiatrie behandelt werden, befinden sich häufig in schwierigen Lebenskrisen, in denen sie hochvulnerabel und irritierbar, tw. auch stark angetrieben und angespannt sind. Solche Krisensituationen erfordern seitens der Mitarbeiter_innen ein fundiertes Deeskalationsmanagement. In stationären Behandlungssettings, im „Spannungsfeld zwischen der Achtung des Patient_innenwillens, der Fürsorgeverpflichtung gegenüber den Patient_innen selbst und den Schutzinteressen Dritter“ (Flammer und Steinert, 2019, S. 83), lassen sich Zwangsmassnahmen, die für die Betroffenen traumatisierend sein können, leider nicht immer vermeiden.

Eine Methode zur Deeskalation ist das 4-Stufenimmobilisationskonzept (4SIK), das in Anlehnung an die britische Non-Restraint-Methode bei der verbalen Deeskalation ansetzt und auch spezielle Haltetechniken zum Festhalten beinhaltet. Ziel der Methode ist, in Krisensituationen mit den Patient_innen gemeinsam Lösungen zu finden und weitere freiheitsentziehende Massnahmen zu vermeiden. Die therapeutische Beziehung ist hierbei von zentraler Bedeutung. Das 4SIK wurde im deutschsprachigen Raum in mehreren psychiatrischen Kliniken implementiert. Auch in unserer Klinik wurde das 4SIK vor mittlerweile 10 Jahren als Praxisprojekt eingeführt. Obgleich die Schulung des 4SIKs flächendeckend erfolgt, geht aus Berichten der Praktiker_innen hervor, dass die Methode nicht ausnahmslos eingesetzt wird. Die zeigt sich insbesondere bei der Festhaltetechnik, die eingesetzt wird, um andere Zwangsmassnahmen zu verhindern.

Fragestellung

Was beeinflusst bzw. verhindert die flächendeckende Umsetzung des 4SIKs?

Methode und Material

Um dies herauszufinden, erfolgte nach Einverständnis der Mitarbeiter_innenvertretung auf sieben psychiatrischen Stationen, auf denen Zwangsmassnahmen vorkommen (Allgemeine Psychiatrie und Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen) über fünf Wochen eine schriftliche, anonyme Befragung der Mitarbeiter_innen. Der Fragebogen umfasste 19 Items und erfragte u.a. die Gründe, die gegen die Anwendung der Methode sprechen, und die Bedarfe der Mitarbeiter_innen, um Sicherheit bei der Anwendung zu erlangen. Die Auswertung erfolgte per SPSS (Version 25) zunächst ausschliesslich deskriptivstatistisch.

Ergebnisse

In dem fünfwöchigen Befragungszeitraum wurden 77 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. 48 Teilnehmende waren weiblich (62,3 %), 28 männlich (36,4 %), eine_r divers (1,3 %). 59 der teilnehmenden Personen (76,6 %) ordneten sich der Pflege zu, der Rest anderen Berufsgruppen. Ca. ein Drittel der Befragten (32,5 %) verfügte über weniger als 2 Jahre Berufserfahrung, weitere 29,9 % verfügten über mehr als 10 Jahre Berufserfahrung. Zwei Drittel der Teilnehmer_innen (66,7 %) schätzten die Interventionen als hilfreich ein, knapp zwei Drittel (66,2 %) bewerteten die Methode mit mindestens „gut“. Als Gründe, warum die Methode nicht immer eingesetzt wird, wurde u.a. die eigene Unsicherheit und fehlende praktische Erfahrung der Kolleg_innen genannt, tw. aber auch, dass die Intervention (zu) viel Nähe zu Patient_innen erfordert.

Diskussion

Die Ergebnisse, insbesondere die Rückmeldungen per Freitext, liefern unterschiedliche Ansatzpunkte, um die Umsetzung der Methode in der Praxis zu verbessern. Ein wesentlicher Ansatzpunkt scheint das Üben der Technik zu sein. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese aufgrund der Art der Stichprobe (Ad-Hoc- / Gelegenheitsstichprobe) nur eingeschränkt aussagekräftig ist und ein Selektions-Bias zugrunde liegen kann.

Schlussfolgerung

Inwiefern die Einschätzung der Methode, die Sicherheit im Umgang damit und der vorherrschende Übungsbedarf z. B. an die Berufserfahrung gekoppelt ist und vor dem Hintergrund des Generationswechsels noch einmal den Einsatz einer gezielten Strategie für die weitere Implementierung erfordert, könnte sich aus einer explorativen Analyse ableiten lassen.

Struktur und Merkmale akademischer Rollenprofile in der psychiatrischen Pflege in Deutschland – Ergebnisse einer Clusteranalyse

Stefan Scheydt, Dr., Leiter der Arbeitsgruppe Psychiatrische Pflegeforschung, Abteilung Public Mental Health, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland stefan.scheydt@zi-mannheim.de
Martin Holzke, Pflegedirektor, M.A. Pflegewissenschaft, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg, Deutschland

Hintergrund und Fragestellungen

Für Deutschland existieren speziell für psychiatrische Versorgungssettings bislang keine umfänglichen Daten hinsichtlich des Einsatzes akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen, weshalb vom Autorenteam die Studie zur Situation akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Psychiatrie (AkaPP) durchgeführt wurde (vgl. Scheydt et al., 2021). Neben der Erfassung allgemeiner Daten zu den ausgeübten Rollen, den konkreten Einsatzgebieten und den Strukturen und Rahmenbedingungen sollten unterschiedliche Rollen- und Tätigkeitsprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen extrahiert und vor dem Hintergrund spezifischer Merkmale vergleichend beschrieben werden. Vor diesem Hintergrund waren folgende Forschungsfragen handlungsleitend: (a) Welche Tätigkeitsprofile lassen sich in der innerhalb des AkaPP-Datensatzes aus der Subgruppe der pflegefachlich bzw. pflegewissenschaftlich tätigen Pflegefachpersonen auf Grundlage der jeweils durchgeführten Aufgaben und Tätigkeiten (FR06) identifizieren? (b) Welche spezifischen Merkmale liegen den identifizierten Clustern zugrunde und aufgrund welcher Merkmale unterscheiden sich die jeweiligen Cluster voneinander?

Methode und Material

Grundlage der hier durchgeführten Clusteranalyse war der Fragebogen zur AkaPP-Studie. Die Analyse erfolgte innerhalb der Subgruppe „pflegefachlich-pflegewissenschaftliche Rolle“ (FR12) mit insgesamt 105 gültigen Fälle mittels hierarchischer Clusteranalyse nach Ward-Methode unter Verwendung des quadrierten euklidischen Distanzmaßes. Den analytischen Schwerpunkt der Clusteranalyse bildete der Variablenkomplex „Aufgaben und Tätigkeiten“ (FR06), welcher auf Grundlage zweier systematischer Literaturrecherchen erarbeitet wurde. Durch die Anwendung des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests sollten die Unabhängigkeit der Cluster und die jeweilige Clusterstabilität nachgewiesen werden. Die identifizierten Cluster wurden mittels deskriptivstatistischer Methoden vergleichend beschrieben und vor dem Hintergrund der nationalen und internationalen Fachliteratur interpretiert. Die statistische Datenanalyse erfolgte in der Statistiksoftware IBM SPSS, Version 27.

Ergebnisse

Die Clusteranalyse ergab 7 Tätigkeitscluster, welche entsprechende akademische Rollenprofile beschreiben: (1) Pflegeentwicklung auf Systemebene (Pflegeentwicklung Stufe II), (2) Basispflege (Basispflege Stufe I), (3) Praxisentwicklung und Pflegeforschung, (4) Spezialisierte Psychiatrische Pflege (Spezialisierte Pflege Stufe II, Pflegeexperten Stufe I), (5) Basispflege und Beratung (Basispflege Stufe II, Spezialisierte Pflege Stufe I), (6) Patientennahe Praxisentwicklung (Pflegeentwicklung Stufe I) sowie (7) Erweiterte und spezialisierte Pflege (Pflegeexperten Stufe II). Gemäss des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests tragen alle gewählten Clustervariablen signifikant zur Clustertrennung bei. Weitere signifikante Unterschiede liessen sich in den Bereichen „höchster akademischer Abschluss“ (QB14), „Funktionsbezeichnung“ (FR12), „Rollenfunktion / Patientennähe der Tätigkeit“ (RF01), „Aufgabenänderung nach Hochschulabschluss“ (FR04) sowie „Forschungsaktivität 36 Monate vor Befragung“ (FR08) feststellen.

Diskussion und Schlussbetrachtungen

Wenngleich die Clusteranalyse einen höchst explorativen Charakter hat und ihr zum Teil methodische Schwächen nachgesagt werden können, so liefern die Ergebnisse dennoch ein scheinbar realistisches Abbild der derzeitigen Wirklichkeit. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit identifizierten Cluster weisen sehr grosse Ähnlichkeit mit den Ergebnissen theoretischer Vorarbeiten der Autoren (Scheydt & Holzke, 2018; Scheydt et al., 2020) und weiterer internationaler Arbeiten zur Thematik auf (u.a. Carryer et al., 2018; Gardner et al., 2017; Duffield et al., 2021). Das so empirisch erarbeitete Modell der akademischen Tätigkeitsprofile kann nach ergänzenden statistischen (z.B. Varianz- oder Regressionsanalyse) und explizierenden hermeneutisch-verstehenden Analysen dazu beitragen, das von den Autoren bereits theoretisch erarbeitete Rahmenmodell der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie (Scheydt & Holzke, 2018) empirisch zu ergänzen und entsprechend weiterzuentwickeln. Zudem können die identifizierten Cluster in unterschiedlichen Dimensionen ([a] pflegefachlich \leftrightarrow pflegewissenschaftlich, [b] patientennah \leftrightarrow patientenfern sowie [c] Basic \leftrightarrow Advanced) dargestellt werden, was zu einem breiten Verständnis der möglichen akademischen Pflegerollen im pflegefachlich-pflegewissenschaftlichen Sinn beitragen kann. Auf diesen Arbeiten aufbauend können wichtige

Handlungsempfehlungen für die Bereiche Wissenschaft, Management, Politik sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung abgeleitet werden, um abschliessend zur Rollenklarheit und Weiterentwicklung akademischer Rollenprofile in der (psychiatrischen) Pflege beizutragen.

Innovative Ansätze für Personalbindung und -entwicklung in der psych. Pflege – Ergebnisse eines Modellprojektes

Arndt Schlubach, RN, MA Health Administration, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Stabstelle

Unternehmensentwicklung, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland, arndt.schlubach@lwl.org

Jonas Schmidt, RN, cand. BA-Pflegemanagement, Stationsleitung AL01, Zentrum f. Sozialpsychiatrie, LWL Klinik Lippstadt, Deutschland

Melanie Rautert, RN, MA Community Mental Health, Pflegeexpertin, Zentrum f. Gerontopsychiatrie, LWL Klinik Warstein, Deutschland

Martina Heinke, RN, DBT Sozial -und Pflgeherapeutin, Fachleitung Station PW04+PW05, LWL Klinik Warstein

Katrin Schmidt, RN, BA-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Entwicklungsstelle Pflegedirektion,

Mitglied der Kammerversammlung NRW, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Magnus Eggers, RN, Pflegedirektor, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Hintergrund

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist einem erheblichen Veränderungsdruck ausgesetzt. Zentrale Antreiber sind grundlegende gesellschaftliche Veränderungen wie der demographische Wandel. Im Zuge dieser Entwicklung hat eine deutliche Veränderung der Personalstruktur im Gesundheitswesen stattgefunden. Ein Aspekt hiervon ist die sinkende Anzahl an jungen Menschen und damit einhergehend potenzieller Erwerbspersonen. Es wird zukünftig schwieriger werden, den Bedarf an Fachkräften für die professionellen Care-Tätigkeiten zu decken.

Problem

Die psychiatrische Krankenpflege erfüllt in allen Versorgungssettings eine zentrale Rolle im Genesungs- und Behandlungsprozess. Unter den beschriebenen Bedingungen müssen Arbeitgeber neue Wege schaffen, um qualifizierte Beschäftigte zu entwickeln, von aussen anzuziehen und möglichst perspektivisch zu halten. Hierfür ist es entscheidend, dass Pflegefachpersonen die Möglichkeit bekommen sich kontinuierlich beruflich zu entwickeln, fachlich interessante Arbeitsfelder sowie motivierende Arbeitsbedingungen vorfinden. Betriebliche Personalentwicklungs- und Personalbindungsmassnahmen sind gefragt, die darauf abzielen, die Fähigkeiten und Kenntnisse der Mitarbeiter zu verbessern und gleichzeitig die Loyalität und Bindung an den Arbeitgeber zu stärken.

Ziele

Das Projekt hat die Entwicklung und Implementierung verschiedener Personalentwicklungs- und -bindungsmassnahmen für professionell Pflegende als Ziel (Projektzeitraum 7 Jahre).

Vorgehen

Die Ausgangssituation und betrieblichen Rahmenbedingungen wurden erfasst und dargestellt. Im Rahmen einer iterativen Projekt- und Zielgestaltung wurden - ausgehend von der IST-Situation - unterschiedliche Massnahmen zur individuellen Förderung und Entwicklung von Bildungs- und Karrierewegen aufgesetzt und fortlaufend im Prozess evaluiert und angepasst. Dabei wurde die Umsetzung und deren Bedeutung für das Personalmanagement sowie einer effektiven und nachhaltigen Patientenversorgung an praxisbezogen überprüft. Eine Übersicht erreichter quantitativer und qualitativer Ergebnisse wurde erstellt. Hindernisse und zentrale Erkenntnisse der Umsetzung sind erfasst und analysiert. Eine Übersicht der eingesetzten Ressourcen sowie der Versuch einer Kosten-Nutzen-Analyse sind Gegenstand der Projektevaluation.

Ergebnisse

Nach Projektstart konnten vier unterschiedliche Förderwege entwickelt, erprobt und ausgewertet werden. Zugrunde liegt die Förderung von ca. 40 Pflegenden in den Bildungsbereichen Management, Wissenschaft, Pädagogik und Beratung im Projektzeitraum. Entwickelt und eingeführt sind organisationale Regelungen zur individuellen Gewährung zeitlicher und finanzieller Ressourcen. Entwickelt und erprobt wurden unterschiedliche Traineeprogramme und Entwicklungsstellen.

Massnahmen zur Sicherung des Theorie- / Praxistransfers und des betrieblichen Anschlusses während der Förderung z.B.: Praktika zur Sicherung des Theorie- / Praxistransfers (z.B. Wissenschaftliches Arbeiten, Projektorganisation), Hospitationen (Leitung, Funktionsbereiche, Pflegeexperten, Fachbereiche), Mentoring, Projektarbeiten, Assessmentcenter, Bildungsberatung und weitere wurden entwickelt.

Diskussion

Im Projektzeitraum konnten verschiedene Stellen mit Fördernehmer_innen nachbesetzt und Entwicklungsstellen für Nachwuchskräfte geschaffen werden. Der Einsatz von betrieblichen Ressourcen ist erheblich, ein mittel- bis langfristiger Nutzen zeichnet sich ab. Kurzfristige betriebliche Benefits können benannt werden. Die Anzahl der Abbrecher_innen liegt bei vier Personen. Das Programm erreicht, trotz positiver Resonanzen nicht alle Beschäftigte im Pflegedienst.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse ermutigen, müssen aber durch weitere kontinuierliche Anpassung an die diversen Förder- und Unterstützungsbedürfnisse flankiert werden. Besonderes Augenmass ist auf die Passung zu den eingesetzten betrieblichen Mitteln gefragt. Langfristig muss das Vorgehen noch beweisen, dass es im Sinne der einleitend beschriebenen Attraktivitätssteigerung des Arbeitgebers, Vorteile gegenüber gängigen Verfahren hat.

Mitarbeiterbindung in der Psychiatrie am Beispiel von Mentoring und Job-Rotation (Me(h)R)

Katrin Schmidt, RN, BA-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Entwicklungsstelle Pflegedirektion, Mitglied der Kammerversammlung NRW, LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein, Deutschland, katrin.schmidt@lwl.org

Arndt Schlubach, Fachkrankenschwester Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle Unternehmensentwicklung, LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein, Deutschland

Melanie Rautert, RN, MA Community Mental Health, Pflegeexpertin, Zentrum f. Gerontopsychiatrie LWL-Klinik Warstein, Deutschland

Martina Heinke, DBT Sozial -und Pflegetherapeutin, Fachleitung Station PW04 und PW05, LWL-Klinik Warstein, Deutschland

Jonas Schmidt, RN, cand. BA-Pflegemanagement, Stationsleitung AL01, Zentrum f. Sozialpsychiatrie, LWL-Klinik Lippstadt, Deutschland

Magnus Eggers, RN, Pflegedirektor, LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein, Deutschland

Hintergrund

Me(h)R ist eine Personalentwicklungsmassnahme, welche mit dem Einstieg neuer Beschäftigter beginnt. Sie dient der Steigerung der Identifikation mit der Organisation (Corporate Identity) und leistet einen Beitrag zur Entwicklung der Unternehmenskultur. Das Konzept legt die Basis für neue Netzwerke und fördert sowie unterstützt die Entwicklung der Problemlösungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung beteiligter Beschäftigter. Me(h)R basiert auf dem Prinzip des Mentorings und der Rotation. Durch das „Learning on the Job“ im Rahmen der Rotation erhält der Mentee diverse Einblicke in die Organisation sowie informelles Wissen als auch eine fundierte Übersicht zu relevanten fachlichen Themen. Das Mentoring begleitet den Wissenstransfer aus der Praxis für die Praxis (vgl. Pflaum & Wüst, 2019, S. 3 ff.).

Dieser Einarbeitungs(Onboarding-)prozess bietet eine fachliche, soziale und wertorientierte Integration in Unternehmen (vgl. Brenner, 2020, S. 12).

Durch die Ergänzung der Rotation mit dem Mentoring-Programm soll eine verbindliche Vermittlung inhaltlicher Themenschwerpunkte der jeweiligen Fachgebiete während der einzelnen Rotationseinsätze gesichert werden.

Problemstellung

Durch den stetig wachsenden Fachkräftemangel steht das Gesundheitswesen vor grossen Herausforderungen. Es ist deutlich zu sehen, wie verletzlich das Gesundheitssystem durch den bevorstehenden Fachkräftemangel ist. Personalbeschaffung sowie Personalbindung stehen im Vordergrund der demographisch geprägten Zeit.

Ziele

Ein wesentliches Ziel ist es, die Identifikation innerhalb des Unternehmens zu stärken, eine zielgerichtete und umfassende Einarbeitung zu sichern sowie Netzwerke zu bilden. Das interne Wissensmanagement, im Rahmen der lernenden Organisation, wird gefördert. Der Mentee erhält die Möglichkeit, einen fachlichen Austausch und Rat zu erhalten, eine Einführung in formelle und informelle Netzwerke sowie einen Zuwachs an Kompetenzen mit Hilfe seines Mentors zu erlangen (N. Graf & F. Edelkraut, 2017, S. 13).

Vorgehen

Es wurde auf Basis von Vorannahmen eine orientierende und systematische Recherche in Englisch und Deutsch in unterschiedlichen Datenbanken durchgeführt. Das Projekt wurde anhand eines Projektstrukturplans erstellt und befindet sich bereits in der praktischen Anwendung.

Ergebnisse

Neue Beschäftigte werden umfangreich in ein Unternehmen integriert und emotional gebunden. Ebenso wird sichergestellt, dass eine fachliche Einarbeitung der komplexen Arbeitsfelder innerhalb der Psychiatrie garantiert wird. Die Fluktuation von Beschäftigten wird durch Me(h)R deutlich reduziert sowie flexiblere Arbeitsfelder geschaffen. In Anbetracht der individuellen Personalentwicklung wird ein Team benötigt, welches neue Beschäftigte intensiv begleitet.

Diskussion

Die Kombination aus Mentoring und Job-Rotation schafft ein intensives Onboarding für neue Mitarbeiter_innen in Unternehmen. Diese Massnahmen können beständig sein, wenn erfahrene Mitarbeiter_innen dieses Konzept unterstützen und leben. Erfahrene Mitarbeiter_innen müssen über einen Methodenkoffer verfügen: Die Sicherheit

bei der Durchführung des Mentorings, eine wertschätzende Haltung innerhalb des Sozial- und Gesundheitswesens sowie ein umfangreiches Netzwerk innerhalb des Unternehmens.

Schlussfolgerung

Me(h)R ist ein Personalentwicklungsinstrument, welches die Personalbindung, Fachlichkeit sowie Expertise von Pflegekräften sichert und fördert.

<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/2297-6965/a000528> - Thursday, September 07, 2023 11:33:14 PM - Berner Fachhochschule BFH IP Address: 147.87.243.145

Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch ein kennzahlengesteuertes Belastungsmanagement im psych. Krankenhaus

Jonas Schmidt, cand. BA-Pflegemanagement, RN, Stationsleitung AL01, Zentrum für Sozialpsychiatrie, LWL-Klinik Lippstadt, Deutschland, Jonas.schmidt@lwl.org

Arndt Schlubach, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle Unternehmensentwicklung, LWL-Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Andrea Thielmann, cand. BA Psychiatrische Pflege, RN, stellv. Stationsleitung AL02, LWL-Klinik Lippstadt, Deutschland

Martina Heinke, DBT Sozial- und Pflęetherapeutin, Fachleitung Station PW04+PW05, LWL-Klinik Warstein, Deutschland

Celine Krischer, cand. BA Gesundheitspsychologie, Fachleitung Station SW01+SW01F+SW02, LWL-Klinik Warstein, Deutschland

Magnus Eggers, Pflegedirektor, RN, LWL-Klinik Lippstadt & Warstein, Deutschland

Hintergrund

Mitarbeiterseitige Belastung und subjektiv empfundenes Belastungserleben variieren und sind erheblich abhängig von unterschiedlichen – nur teilweise durch Führungskräfte beeinflussbare – Faktoren. Dabei ist es entscheidend, dass verantwortliche Führungskräfte auftretendes Belastungserleben frühzeitig wahrnehmen und angemessen reagieren. Im stressigen Arbeitsalltag kann dieses Empfinden und die Wahrnehmung von Belastungserleben durch Führungskräfte zu kurz kommen. Unzufriedenheit im Job, bis hin zu gesundheitlichen Schäden und der Verlust wertvoller Arbeitskraft können die Folge sein. Ein regelmässiges Monitoring relevanter, mitarbeiterbezogener Kennzahlen kann dabei das Vorgehen und die Wahrnehmung der verantwortlichen Führungskräfte unterstützen, um so die Arbeitsbedingungen positiv zu beeinflussen. Relevante Kennzahlen sind dabei stationsindividuell zu bestimmen und können sich aus Fehlzeiten, belastenden Ereignissen, der Fluktuation in der Belegschaft sowie Weiteren zusammensetzen.

Problem

Im Kontext psychiatrischer Akutversorgung erleben Mitarbeitende belastende Situationen in unterschiedlicher Form. Diese reichen von der Unzufriedenheit mit der Dienstplangestaltung über Ungerechtigkeitserleben, bis hin zu Belastungen durch den täglichen Umgang mit seelisch belasteten Patient_innen oder gar verbalen und / oder körperlichen Übergriffen. Die Dienstplangestaltung, Einsatzplanung und der Umgang im Ausfallmanagement stellen dabei ein Kernproblem – bei guter Handhabung jedoch auch eine wichtige Chance – dar, um die Belastung der Mitarbeitenden zu beeinflussen. Dieses Themengebiet wird gleichzeitig von allen fachlichen Disziplinen der psychiatrischen Versorgung bestellt und hat somit eine Relevanz über die Berufsgruppen und Abteilungen hinaus.

Ziele

Dargelegt werden verschiedene, innerhalb der unteren Managementebene verantwortete Kennzahlen, deren Bedeutung sich im Hinblick auf erlebte und tatsächliche Arbeitsbelastung genähert wird. Dabei soll ein Katalog an Kennzahlen, die das Belastungserleben der Mitarbeitenden abbilden und Führungskräften im Falle von Auffälligkeiten frühzeitig auf Handlungsbedarfe und Gefahren hinweisen, erstellt werden. Im zweiten Schritt sollen daraus stationsindividuelle „Daten-Dashboards“ entstehen. Es wird auf Probleme bei der Gewinnung von Daten sowie die Limitation der Anwendung eingegangen.

Vorgehen

Vorstellung der betrieblichen Rahmenbedingungen der Beispielstation, Identifikation relevanter Kennzahlen im Bezugssystem, Gewinnung der Daten und deren Grundlage, Aufzeigen von Limitationen des Vorgehens und Voraussetzungen auf Seiten der Führungskräfte zur Arbeit mit Kennzahlensystemen.

Ergebnisse

Mithilfe stationsindividueller Daten-Dashboards sollen Führungskräfte einen besseren Überblick über das Belastungsgeschehen im verantworteten Bereich erhalten. Dadurch sollen Interventionen frühzeitig und gezielt erfolgen. Die Arbeit befindet sich dabei weiter im Prozess.

Diskussion

Die Definition beeinflussbarer und damit relevanter Kenngrößen in ihrer Gesamtheit gestaltet sich als komplex. Bisherige Ergebnisse beruhen auf Erfahrungen, eine wissenschaftliche Auswertung steht aus. Der Schutz

persönlicher Daten der Beschäftigten bei der personenbezogenen Auswertung von Fehlzeiten könnte in Zukunft ein relevantes Problem darstellen.

Schlussfolgerung

Die Erfahrungen des Autors in der Handhabung relevanter Kennzahlen in Bezug auf Entscheidungen im Führungshandeln sind noch begrenzt. Aktuelle Entwicklungen in der Digitalisierung im Berufsfeld bieten die Möglichkeiten expansiver Datensammlung, sei es innerhalb der primären Leistungserstellung oder in der Handhabung von Problemen im Personalmanagement. Dieses bietet die Chance insbesondere jungen Führungskräften und Führungskräften mit einem grossen Pool verantworteter Mitarbeitender bei der Belastungssteuerung zu unterstützen. Immer mit dem Ziel Prozesse zu verbessern und ein gesundes Arbeitsumfeld zu fördern.

Ausbildung in der Psychiatrie – Neue Wege wagen

Ilka Scholl, M.Sc. Pflegewissenschaft, ANP Bildung, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland, ilka.scholl@lwl.org
Anika Malkus, M.A. Berufspädagogik Pflege, Ausbildungskordinatorin LWL-Klinik Paderborn, Deutschland

Abstract

Eine der wichtigsten Bausteine für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist die Ausbildung in den Pflegeberufen. Hier werden Auszubildende von Beginn an mit psychischen Erkrankungen konfrontiert. So finden sich in allen Settings Menschen mit seelischen Verletzungen wieder, denn „there is no health, without mental health“ (WHO, 2023). Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und hat mit der Pflegeberufereform 2020 den Weg für eine Ausbildung in psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen und Diensten geebnet. Die Rahmenlehr- und Ausbildungspläne geben der psychischen Gesundheit ebenso deutlich mehr Aufmerksamkeit, indem sich der Unterricht ab dem ersten Lehrjahr mit seelischen und kognitiven Einschränkungen befasst und die Unterrichtsstunden verdoppelt wurden.

Während in der Schweiz und Österreich die Bildung zur professionellen Pflegeperson bereits komplett akademisiert wurden, hinkt Deutschland im internationalen Vergleich noch deutlich hinterher. Nach der allgemeinen Bildung in der Pflege (B.sc.) ist ein Masterstudium für die psychiatrische Pflege (ANP) vielfach möglich. Ziel der unterschiedlichen Ansätze ist die Versorgung der Bevölkerung.

Dieser Betrag widmet sich der Fragestellung, wie die praktische Ausbildung gestaltet werden kann, um die Pflegeausbildung attraktiv zu gestalten und zukünftige Kolleg_innen bestmöglich auf die psychische Gesundheitsversorgung vorzubereiten.

Die unterschiedlichen Kompetenzen der Ausbildung, die sich an den bestehenden Rahmenausbildungsplänen orientiert, werden dabei auf die Psychiatrie übertragen. Besonders werden die Orientierungs- und Vertiefungseinsätze in einem psychiatrischen Setting beleuchtet. Relevante Themen, Unsicherheiten und Lernchancen für Auszubildende im ersten Ausbildungsdrittel sowie Examensprüfungen in der Psychiatrie werden vorgestellt. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche Chancen und Herausforderungen ein psychiatrisches Examen für die Lernenden und die Praxisanleiter_innen bietet. Der Vortrag stellt unterschiedliche Methoden der Pflegebildung, im Abgleich mit den Rahmenausbildungsplänen vor und gibt Hinweise auf Verbesserungen der (akademischen) Ausbildung im psychiatrischen Setting. Ein besonderes Augenmerk wird auf das Lernen durch die doppelte Handlungslogik (Friesacher, 2012) gelegt. Die doppelte Handlungslogik setzt sich aus regelgeleitetem Wissen und Fallverstehen zusammen. Insbesondere das Fallverstehen lernen Auszubildende am Vorbild der psychiatrisch Pflegenden. Dementsprechend spielen professionell Pflegenden eine tragende Rolle im praktischem Handlungsfeld. Daraus bilden Auszubildende letztendlich eine professionell psychiatrische Haltung.

Bedarfsgerechte patientennahe Führungsstrukturen

Ralf Schröder, B.A. Pflegemanagement, Stationsleiter Gerontopsychiatrie 1 und interdisziplinärer Pflegeberater Demenz, designierte Pool-Leitung Psychiatrie im NPP, Universitätsklinikum Bonn (UKB), Deutschland, [pfl-ralf@gmx.de](mailto:ralf@gmx.de)

Hintergrund

Bis zum Jahr 2035 wird in Deutschland ein Mangel von fast einer halben Million Pflegefachpersonen prognostiziert. Dabei steigt der Bevölkerungsanteil pflegebedürftiger Menschen deutlich an. Davon sind z.B. bis zu 30% der über 90-jährigen an einer Form einer Demenz erkrankt.

Problemstellung

Für eine gute psychiatrische Pflege- und Betreuungsqualität ist neben einer quantitativ mindestens befriedigend vorhandenen Personaldeckung auch eine qualitativ hochwertige Fachexpertise erforderlich. Ein frühzeitiger Berufsausstieg gut qualifizierter Pflegefachpersonen bzw. ein Wechsel in patientenferne Arbeitsfelder wirkt sich erschwerend auf einen nachhaltigen und qualitätssteigernden Personalaufwuchs in den patientennahen Versorgungssettings aus.

Ziele

Ein positives Betriebsklima erzeugen, dass eine langfristige Affektive Bindung der bereits vorhandenen Mitarbeiter_innen, der künftig ins Unternehmen Einsteigenden, der im Ausland rekrutierten Pflegefachpersonen und der Absolventen der generalistischen Pflegeausbildung zum Unternehmen fördert. Die individuelle Spezialisierung der Pflegefachpersonen soll analog den Karrieren-Wegen der Humanmediziner durch eine optionale Festlegung auf Fachdisziplinen, wie z.B. Psychiatrie durch eine strukturierte Rotation gefördert werden. Fachweitergebildete und akademisierte Pflegefachpersonen erhalten interessante Optionen für Fachkarrieren. Die mittleren Führungsstrukturen werden in einer Dekade von der bisherigen Stationsleitung und mindestens einer Stellvertretung in ein gleichberechtigtes Führungsteam, bestehend aus pädagogischer, managerieller und fachlicher Leitung gewandelt.

Vorgehen

Eine Arbeitsgruppe aus erfahrenen Führungskräften entwickelt mit verschiedenen Meilensteinen die dazu notwendigen Strukturen. Eine Pilotierung und anschließende Evaluation sollen in mindestens einer Station erfolgen. Dazu werden qualitative Interviews mit mindestens fünf beteiligten Akteuren pro Pilotstation durchgeführt, transkribiert und ausgewertet. Mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen erfolgt sukzessive ein Ausrollen des Konzepts im Gesamtunternehmen.

Erfahrungen

In der Kick-Off-Veranstaltung fiel es den anwesenden Führungskräften leicht managerielle Aufgaben zu definieren. Etwas schwieriger fiel es ihnen die Tätigkeitsfelder der fachlichen Leitung festzulegen und erheblich schwerer war es das Arbeitsfeld der pädagogischen Leitung zu beschreiben. Der Wegfall der Stellvertreterebene zugunsten der beiden anderen Leitungsebenen löste allgemeines Wohlwollen aus. Die optionale Spezialisierung von Pflegefachleuten und Eröffnung von patientennaher Fachkarrieren wurde als zeitgemäss und notwendig empfunden.

Diskussion

Um die zukünftigen Pflegespezialisten adäquat in ihrer Rotation fachlich zu begleiten und die vorhandenen Stationsteams weiterzuentwickeln ist eine Erweiterung der Führungsstrukturen vorteilhaft. Jedoch ist die vorhandene Akademisierungsquote von Pflegefachpersonen in Deutschland weiterhin gering (6). Daher stellt sich die Frage des aktuellen realisierbaren Mindestqualifikationsniveaus auf Leitungsebene. Für die pädagogische Leitung wäre ein Master in Pflegepädagogik o.ä. wünschenswert, mindestens sollte es jedoch ein Praxisanleiter mit der Bereitschaft einen pflegepädagogischen Studiengang zu absolvieren sein. Für die managerielle Leitung wäre ein Master in Pflegemanagement o.ä. wünschenswert, mindestens sollte es eine abgeschlossene Stationsleiterweiterbildung sein und für die fachliche Leitung wäre ein ANP auf Masterniveau wünschenswert, mindestens sollte es eine fachweitergebildete Person, mit der Bereitschaft ein pflegewissenschaftliches Studium zu absolvieren, sein.

Schlussfolgerung

Ein nachhaltiger, personeller Aufwuchs, hohe Mitarbeiterzufriedenheit und eine qualitative Verbesserung der patientennahen Versorgungsleistung kann durch die Eröffnung neuer pflegerischer Fachkarrieren erreicht werden. Die Zeitspanne, bis alle Führungskräfte auf einem hohen akademischen Niveau sein werden, wird noch Jahre benötigen.

Gemeinsames Literaturprojekt zur Recovery orientierten Praxis in der Pflege

Tschinke Ingo, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Master of Nursing, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Recovery Dozent, psychiatrische Häusliche Krankenpflege, Capar & Dase

Gesundheitsleistungen, Deutschland, tschinke.ingo@gmx.de

Melanie Rogner, EX – IN Genesungsbegleiterin, Dipl. Juristin, BA Sozialwissenschaften, Psychiatrie Erfahrene, Recovery Dozentin, Heidekreis-Klinikum, Deutschland

Madeline Albers, EX –IN Genesungsbegleiterin, Psychiatrie Erfahrene, Recovery Dozentin, Caspar & Dase Gesundheitsleistungen, Deutschland

Anja N., Erzieherin, Psychiatrie Erfahrene, Deutschland

Hintergrund

Es existiert nur wenig deutschsprachige Literatur für die psychiatrische Pflege für eine Recovery orientierte Praxis. Die Herausgeber wollten mit dem Recovery Projekt diesem Problem Abhilfe schaffen und gleichzeitig ein Projekt aus einer Recovery orientierten Praxis heraus mit Betroffenen gestalten.

Ziele

Ziel war es ein Buch zu konzipieren, welches psychiatrisch Pflegenden die einzelnen Aspekte der Umsetzung von Recovery mit Betroffenen aufzeigt. Wobei gerade die lebendigen Berichte der beteiligten Betroffenen – wie diese ihren persönlichen Recovery-Weg wahrgenommen haben – einen Praxisbezug herstellen sollen. Das Fachbuch verfügt sowohl über evidenzbasierten Grundlagen einer Recovery orientierten Praxis, als auch über die Narrative der Betroffenen, um einen emotionalen Lerneffekt erzielen (Rossmann 2010).

Vorgehen

Als erster Schritt wurde ein Konzept für das Buch erstellt und wie die Herausgeber dieses Projekt inhaltlich gestalten wollten. Dieses Konzept wurde verschiedenen Verlagen vorgestellt und es konnte bei dem Kohlhammer Verlag Interesse geweckt werden. Im Oktober 2021 erhielten wir die Zusage des Verlages. Als nächster Schritt wurden verschiedene Betroffene angesprochen, die sich in differenzierten Phasen ihres Recovery-Weges befanden, wobei sich angesprochenen Betroffenen durchgehend an dem Projekt beteiligen wollten. Jeder der Betroffenen hatte in seiner Geschichte traumatische Erfahrungen mit Verletzungen gemacht, die zu den bestehenden psychischen Störungen führten. Aus diesem Grunde veröffentlichte eine der betroffenen Autor_innen unter einem Pseudonym, was von dem Verlag akzeptiert wurde. In dem Zeitraum von etwa eineinhalb Jahren, wurde das Buch gemeinsam mit Inhalten gefüllt. Im ersten Schritt schilderten die Betroffenen ihre persönliche Geschichte, um daraus die Aspekte herauszuarbeiten, die in dem Buch inhaltlich Erwähnung finden sollten. In regelmässigen Online-Treffen wurde das Vorankommen und die Inhalte besprochen und reflektiert. Für den ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Teil konnten mehrere Ärzte und Psychotherapeuten gewonnen werden, die ihre Erfahrungen mit Recovery in Experten-Interviews darstellten, die dann durch die Herausgeber für das Buch aufbereitet wurden. Das Skript des Buches konnte im März 2023 dem Verlag zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt werden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Auf der individuellen Ebene konnte durch das Projekt für die Betroffenen eine weitere Auseinandersetzung mit dem eigenen Recovery Weg gefördert werden. Dies hat zu ihrer eigenen Wertschätzung beigetragen, dass das eigene Narrativ wertvoll und wichtig ist. Es konnten dabei auch eigene erlebte Verletzungen überwunden werden und ein Verlassen der Opferrolle und Distanzierung von dem Erlebten eingenommen werden.

Das Schreiben und die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema des persönlichen Recovery haben die Betroffenen alle als für sich positiv empfunden.

Schlussfolgerung

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Narrativ und der Erkenntnis, dass Betroffene etwas Wichtiges mitzuteilen haben, fördert den eigenen Recovery Weg und führt zur Bestärkung des eigenen Selbst. Dabei können in der Auseinandersetzung eigene Verletzungen überwunden und eine Opferhaltung verlassen werden. Das am Ende auch noch ein gutes Buch für die psychiatrische Pflege entstanden ist, ist dabei ein guter „Nebeneffekt“.

Der Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe in der psych. Pflege – Chancen und Möglichkeiten für die Professionalisierung

Tschinke Ingo, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Master of Nursing, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Recovery Dozent, psychiatrische Häusliche Krankenpflege, Capar & Dase Gesundheitsleistungen, Deutschland, tschinke.ingo@gmx.de

Dorothea Sauter, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, Pflegeentwicklerin, LWL-Klinik Münster, Deutschland, Präsidentin Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege, Deutschland

Erika Lautenschlager, Pflegedienstleitung, Klinikum Am Weissenhof, Deutschland

Katrin Thissen, Pflegewissenschaftlerin Landschaftsverband Rheinland, Vizepräsidentin Deutsches Netzwerk APN & ANP e.V., Deutschland

Einleitung

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) sind in §4 Absatz 2 vom Gesetzgeber erstmals Aufgaben definiert, die ausschliesslich von Pflegefachpersonen als Vorbehaltsaufgabe ausgeübt werden dürfen: die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs (Pflegeassessment), die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses (darunter kann die Pflegeplanung verstanden werden, wenn auch nicht eindeutig formuliert) und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (Pflegeevaluation patientenbezogen sowie übergreifende Qualitätsentwicklung). Die Pflegedurchführung kann an Personen mit anderen Berufsabschlüssen delegiert werden. Vorbehaltsaufgaben werden berufsrechtlich und haftungsrechtlich relevant werden, da Arbeitgeber nicht zulassen dürfen, dass die Vorbehaltsaufgaben durch andere Berufsgruppen erbracht werden. Der Pflegeprozess muss zukünftig mit klar definierten Zuständigkeiten umgesetzt werden.

Die Unter-AG der AG State of the Art der DFPP arbeitet daran die fachlichen Standards zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben zu benennen. Dabei ist auch zu klären, inwiefern der Pflegeprozess in der Psychiatrie gesondert beschrieben werden muss, z.B. hinsichtlich von Aspekten wie eine recoveryorientierte Grundhaltung, den tragfähigen Beziehungsprozess, das Erfassen der Werte und Behandlungspräferenzen der Betroffenen, Lebensweltorientierung, Umgang und Aufarbeitung von notwendigen Zwangsmassnahmen, die Förderung des persönlichen Recovery und Empowerment.

Methode

Die AG Vorbehaltsaufgaben orientieren sich am Methodenpapier der DFPP für die Erstellung von Praxisempfehlungen (siehe [Methodenpapier](#)).

Zudem wurde im Rahmen des DFPP / BAPP Kongresses am 22. / 23. Juni in Münster ein Workshop zum Thema durchgeführt. Die AG hat Thesen zu den Vorbehaltsaufgaben und zum Pflegeprozess formuliert und diese im Workshop diskutiert, um eine Konsentierung mit den Teilnehmern zu erarbeiten.

Ergebnisse

Die 19 im Workshop teilnehmenden Personen hatten klaren Konsens, dass es einen wichtigen Baustein zur Professionalisierung in der Pflege darstellt, wenn der Pflegeprozess unter Vorbehalt steht. Ausserdem herrschte Konsens dazu,

- dass der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege immer in Zusammenarbeit mit den Betroffenen erfolgen muss
- dass die Qualität der Pflege durch eine klare Umsetzung des Pflegeprozesses gesteigert werden kann
- dass das Pflegemanagement für die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis mitverantwortlich ist

Die Teilnehmenden sehen als logische Konsequenz des pflegerischen Vorbehalts, dass nur die Pflegeprofession Pflegeleistungen verordnen kann (aktuell verordnen Ärzte Pflegeleistungen) – entsprechende Forderungen müssen an die Politik gerichtet werden.

Kritische Diskussionen gab es zu den Thesen, wie mehr Akzeptanz und Umsetzung des Pflegeprozesses im Pflegealltag erreicht werden kann, wie die Trennschärfe der pflegerischen Aufgaben z.B. im Pflege- und Erziehungsdienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darzustellen ist, und wie explizit in hochstandardisierten multiprofessionellen Behandlungsprogrammen (z.B. DBT-Behandlung) und der Pflegeprozess dargestellt werden soll.

Diskussion

Es herrscht Konsens zur Bedeutung des Pflegeprozesses für die Pflegequalität und hinsichtlich der Notwendigkeit der Klärung des Pflegeauftrags im multiprofessionellen Team. Viele Detailfragen sind noch zu diskutieren. Es zeichnet sich ab, dass eine Handlungsempfehlung der DFPP eher nur Eckpunkte benennen kann – und

vertiefende Aushandlungsprozesse spezifisch für unterschiedliche Handlungsfelder der psychiatrischen Pflege zu führen sein werden.

Schlussfolgerung

Durch den Gesetzgeber wurden die Vorbehaltsaufgaben für die Pflege definiert. Die psychiatrische Pflege muss sich durch eine Beschreibung ihrer Haltung und des Pflegehandelns klar positionieren, wie sie den Pflegeprozess im Rahmen ihrer professionellen Berufsauffassung gestaltet. Sie muss Zuständigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses eindeutig formulieren und die Schnittmengen oder Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen benennen.

Soll die pflegerische Vorbehaltsaufgabe eine Chance für die Professionalisierung sein, dann muss der Pflegeprozess im Pflegealltag viel konsequenter und mit hoher Fachlichkeit umgesetzt werden. Auch hinsichtlich Haftungsrecht und Erlösgenerierung könnten die Vorbehaltsaufgaben hoch relevant werden.

Postvention ist Prävention – eine Struktur für die fachliche Tertiärprävention im Aggressionsmanagement

Beat Ulrich, Stv. Leiter Fachbereich Soziotherapie und Arbeitsrehabilitation, Trainer Aggressionsmanagement, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz, beat.ulrich@pzmag.ch

Hintergrund

Im neuen Aggressionsmanagementkonzept wird der Tertiärprävention ein hoher Stellenwert beigemessen. Gestützt auf die Empfehlungen der PreVCo (Prevention of Violence and Coesive) Arbeitsgruppe (2021) sind unter anderem folgende Massnahmen aus der Tertiärprävention enthalten:

- Standardisierte Erfassung von Zwangsmassnahmen und Aggressionsereignissen auf Stationsebene und deren regelmässiger Evaluation.
- Monatliche Teambesprechungen über Daten zu Zwangsmassnahmen und Aggressionsereignissen, deren Analyse und Erarbeitung von Handlungsalternativen.

Problemstellung

Damit die Massnahmen der Tertiärprävention in der klinischen Praxis umgesetzt werden und ihre Wirkung entfalten können, ist eine sinnvolle Einbettung in Arbeitsprozesse und Organisationsstrukturen wichtig. Zudem müssen die Massnahmen eine Unterstützung für die klinische Praxis sein und dürfen nicht als Mehraufwand betrachtet werden. Aus der Analyse müssen weiterführende Handlungsalternativen hergeleitet werden können, welche die Praxis verändern.

Ziele

Reduktion von Zwangsmassnahmen und Aggressionsereignissen basierend auf den Erkenntnissen der Analyse und den daraus hergeleiteten Handlungsalternativen.

Vorgehen

Als zentrales Instrument fungiert die Erfassung von Gewaltereignissen nach dem Instrument EvA, Erfassung von Aggressionsereignissen (NAGS, 2019) im KIS, welches durch das Behandlungsteam ausgefüllt wird. Die Ergebnisse der Erfassung werden automatisch zu einem Verlaufseintrag komprimiert. Dadurch erreichen wir einen hohen Grad an Standardisierung in der Dokumentation und die Erfassung bedeutet keinen Mehraufwand für die klinische Praxis.

Wird eine bestimmte Schwere des Aggressionsereignisses und dessen Folgen erfasst (z.B. unmittelbarer Arbeitsausfall, ärztliche Behandlung) wird ein vorgeschriebener Prozess ausgelöst.

Ergebnisse / Erfahrungen

Durch die Fachstelle Prävention und Deeskalation werden die Daten regelmässig ausgewertet und aktiv bewirtschaftet. Dies ermöglicht es, bei schwerwiegenden Ereignissen zu reagieren und die Stationen zu unterstützen. Damit kann garantiert werden, dass Ereignisse fachlich nachbereitet werden. Die Selbstreflexion der Teams wird gefördert und es entsteht eine Kultur, die aus Fehlern lernen kann. Dasselbe gilt für die regelmässige Präsentation und Analyse der Daten am für alle (Mitarbeitende und Patient_innen) einsehbaren sogenannten QM-Board. Zusätzlich können problematische Tendenzen rasch erkannt und Massnahmen eingeleitet werden. Dadurch, dass die Daten auch für Patient_innen einsehbar sind, kann einer Tabuisierung von Gewalt und Zwang entgegen gewirkt werden.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Die Analyse der Daten mittels QM-Board und die Erarbeitung von Handlungsalternativen werden im Moment in einem Pilotprojekt getestet. Inwieweit sich eine erste Tendenz zur Abnahme von Zwangsmassnahmen weiterentwickelt, muss sich noch zeigen. Sollte es zu einer langfristigen Abnahme von Zwangsmassnahmen kommen, wird die Kausalität nicht nachweisbar sein – doch kann gesagt werden, dass die getroffenen Massnahmen eine Abnahme von Zwangsmassnahmen zumindest unterstützen konnte.

Sturzprophylaxe in der Pflege – Erfahrungen und Anpassungen einer geriatr. und einer gerontopsychiatr. Klinik an die Überarbeitungen des Expertenstandards

Benjamin Volmar, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.A. Psychiatrische Pflege, M.A. Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen chronischen Erkrankungen, ANP Case Management in der Gerontopsychiatrie, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland, benjamin.volmar@lwl.org

Katja Veldboer, Gesundheits- und Krankenschwester, B.Sc. Pflegewissenschaften, cand. M.Sc. Erweiterte Pflegeexpertise – Advanced Nursing Practice, Pflegeexpertin in der Geriatrie, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Hintergrund

Die Behandlung von hochaltrigen Menschen mit gerontopsychiatrischen und geriatrischen Erkrankungen geht oft mit einem hohen Sturzrisiko einher. Im hohen Alter mobil zu bleiben trägt entscheidend zur funktionellen Unabhängigkeit bei und wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Sowohl viele psychiatrische Krankheitsbilder, wie beispielsweise Depressionen oder demenzielle Syndrome, aber auch die medikamentöse Behandlung dieser Gebrechen können das persönliche Risiko für einen Sturz deutlich erhöhen.

Sturzereignisse führen oft zu einer Reduktion von körperlichen Fertigkeiten mit einhergehenden Manifestationen von psychiatrischen Problemlagen, wie Ängste, Schmerzen und deutliche Einschränkungen im Bewegungsradius. Durch sturzpräventive Massnahmen können sowohl die Sturzereignisse, sowie die daraus entstehenden Auswirkungen, beeinflusst und reduziert werden.

Fragestellung

Wie kann evidenzbasierte Sturzprävention durch professionell Pflegende im Tätigkeitsfeld mit hochaltrigen Menschen gelingen?

Welche Faktoren des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ [1.] können in der klinischen Behandlung Auswirkungen auf die Sturzprävention haben?

In dieser Arbeit soll einerseits für das Sturzrisiko in der Arbeit mit hochaltrigen Menschen sensibilisiert werden, ebenso werden Ergebnisse einer Praxisimplementierung des überarbeiteten Expertenstands des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), „Sturzprophylaxe in der Pflege“ vorgestellt.

Vorgehen

Es werden die besonderen Problemlagen in der geriatrischen und gerontopsychiatrischen pflegerischen Versorgung dargestellt und mit den Inhalten des aktuellen Expertenstandards abgeglichen. Zudem wird die Implementierung des überarbeiteten Expertenstandards in die klinische Versorgung dargestellt und Evaluationsergebnisse der Implementierung vorgestellt. Dabei werden die besonderen Risiken von Sturzereignissen, inklusiver benannter Risikofaktoren abgebildet. Des Weiteren werden wirksame sturzpräventive Interventionen aufgegriffen.

Ergänzend werden die Ergebnisse einer Arbeit des Masterstudiengangs Erweiterte Pflegeexpertise – Advanced Nursing Practice, der Hochschule Bielefeld, präsentiert. In diesen Ergebnissen zeigt sich, dass der generelle Einsatz von Hüftprotektoren nicht empfehlenswert ist [2.]. Hingegen kann durch gezielte Bewegungsinterventionen die Mobilität erhalten und gefördert werden, was eine Reduktion von Sturzfolgen mit einer gleichzeitigen Stärkung der Sturzprävention erzeugt [3. & 4.].

Ergebnisse in der Anwendung und Implementierung des Expertenstandards in einer gerontopsychiatrischen Klinik werden momentan erhoben und liegen zum Zeitpunkt des Dreiländerkongresses in einer aussagekräftigen Relevanz vor.

Ergebnisse

Es zeigt sich, dass Sturzprävention ein elementares Handlungsfeld der Pflege von hochaltrigen Menschen ist. Dabei ist es relevant die individuellen Risikofaktoren zu erfassen, spezifisch personenbezogene Interventionen zu identifizieren und in der Versorgung zu etablieren. Dabei fällt ein wichtiges Augenmerk auf die intradisziplinäre Versorgungsstruktur. Limitierend erzeugen kognitive Beeinträchtigungen häufig eine Steigerung des Sturzrisikos, da die betroffenen Personen nur bedingt an der Etablierung und Umsetzung von sturzpräventiven Massnahmen teilnehmen. Hier besteht das Dilemma zwischen Garantenstellung und der Autonomie des Individuums.

In den vorläufigen Ergebnissen des Implementierungsprozesses, zeigt sich, dass viele Pflegefachpersonen aus eigener Einschätzung sturzpräventive Massnahmen im Alltag umsetzen, aber diese nur bedingt in die Dokumentation einziehen. Auch befragte Patient_innen (N=20) gaben in der Vorabbefragung an, zu 95% hilfreiche Unterstützungsangebote zur Sturzprävention erhalten zu haben.

Schlussfolgerung

Sturzpräventive Intervention sind Basismodule in der Versorgung von hochaltrigen Menschen, dennoch erfolgt diese pflegerische Tätigkeit in der Klinik oft als Begleitphänomen in der Behandlung und orientieren sich nicht an den individuellen Bedürfnissen der Patient_innen. Die Art der Interventionen sind vielfältig und abhängig von der Kenntnis und den Fertigkeiten der anwendenden Pflegefachperson. Zeitgleich sind ein umfassendes Risikoassessment und ein individuelles Beratungsangebot der Kern der sturzpräventiven Arbeit. Dennoch werden Sturzereignisse, mit Verletzungsfolgen, nur quantitativ reduziert, komplett können sie nicht verhindert werden.

Risikomanagement von Suizidalität im stationären Kontext

Robert Zappe, B.A., Gesundheits- und Krankenpfleger, Universitätsklinikum Dresden – Zentrum für Seelische Gesundheit, Deutschland, robert.zappe@ukdd.de

Einleitung

Suizidalität ist ein allgegenwärtiges Thema im klinischen Alltag. So kann das Bestehen einer suizidalen Krise oder ein stattgefundener Suizidversuch die Aufnahme in die Klinik bedeuten. Darüber hinaus können bei Patient_innen im Behandlungs- und Therapieverlauf Suizidgedanken oder suizidale Verhaltensweisen auftreten (Lewitzka & Knappe, 2022). Zeitgleich stellt der Suizid im stationären Kontext den grössten anzunehmenden Unfall dar, mit potenziell traumatischen Folgen für Mitpatient_innen, Angehörige und Personal. Nicht zuletzt da Kliniken als Ort des maximalen Schutzes für Betroffenen konzipiert wurden und zur Entlastung beitragen sollen (Menzel & Brieger, 2021).

Methode

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu beantworten, wie das Risikomanagement von Suizidalität im stationären Kontext gelingen kann. Hierfür wird folgende Forschungsfrage gestellt: Wie kann eine interdisziplinäre, patientenzentrierte Behandlungsplanung im Kontext des Phänomens Suizidalität in der stationären Versorgung gelingen?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eine orientierende Literaturrecherche zu den Themen Suizidalität, Zusammenarbeit und Risikomanagement in englischer und deutscher Sprache durchgeführt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden unter Synthese des Behandlungsprozess und dem des Risikomanagementprozesses strukturiert betrachtet. Die Untersuchung zeigt, dass sich ein geplantes, strukturiertes und partizipatives Vorgehen als Mittel für einen gelingenden Umgang mit Suizidalität eignet. Eine übermässige Betonung von Sicherheitsaspekten kann das Suizidrisiko verstärken (Kozel, 2021). Das individuelle Erleben der Betroffenen muss zwingend in die suizidpräventiven Massnahmen einbezogen werden (Teismann et al., 2021).

Diskussion

Dabei besteht das Dilemma ein Milieu der Aufmerksamkeit, Zugewandtheit, Sicherheit und Teilhabe trotz bestehenden Risikos zu ermöglichen. Diesem Dilemma kann durch „positive Risktaking“ (Romeike & Hager, 2020) und Transdisziplinarität (Jahn et al., 2012) begegnet werden. Limitiert werden die Ergebnisse durch das Fehlen einer zentralen Leitlinie „Suizidalität“ sowie der mangelhaften Datenlage zu Suizidalität in Kliniken. Ebenso wird der Aspekt der Postvention nicht näher betrachtet.

Schlussfolgerung

Die Arbeit liefert Anhaltspunkte, wie eine gelingende stationäre Versorgung von Suizidalität gelingen kann. Auf dieser Basis ist es empfehlenswert, systematische und transdisziplinäre Prozesse auf individueller, struktureller und organisationaler Ebene zur Risikosteuerung in Kliniken zu nutzen. Ebenso biete sich die Implementierung komplexer Interventionen wie (A)-RISE, ASSIP oder CAMS an.

Recovery praktisch! - Nutzung und Weiterentwicklung von Schulungsmaterialien für die Vermittlung von recovery-orientierten Arbeitsweisen

Gianfranco Zuaboni, Dr. rer. medic., Pflegefachperson FH, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg AG; Leiter Recovery College Bern, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Schweiz, g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Andrea Hermann, Peermitarbeiterin & Dozentin, Sanatorium Kilchberg AG, Schweiz

Hintergrund

Mit Recovery hat sich ein Ansatz im Fachbereich der Psychiatrie etabliert, als Gegenentwurf zur traditionellen Psychiatrie, die, geprägt durch hierarchische Strukturen und medizinische Ausrichtung, den Schwerpunkt auf die Pathologie, Reduktion von Symptomen und Vermeidung von Rückfällen setzt (Zuaboni et al. 2021). Die daraus resultierende Transformation erfordert einen Wandel der professionellen Werte und Haltungen (Shepherd et al. 2010). Recovery-fokussierte Bildungsprogramme sollen diesen Wandel fördern. Pflegefachpersonen haben von Beginn an auf Schulungen gesetzt, um ihr Wissen zu Recovery und der praktischen Umsetzung zu verbessern (Hawsawi et al. 2021).

Problemstellung

Im Jahre 2012 wurde am 9. DLK das Schulungsmaterial „Recovery praktisch!“ vorgestellt. Das Manual (Zuaboni et al. 2012) dient als Grundlage, um recovery-orientierte Arbeitsweisen zu vermitteln. Im selben Jahr wurde im Sanatorium Kilchberg damit begonnen, auf der Grundlage des Manuals, einen Kurs anzubieten, der sich sowohl an Fachpersonen als auch an Personen mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrungen und Angehörige richtet. Das zentrale konzeptionelle Element ist die Koproduktion. Der Kurs wurde von einer herkömmlichen Fachperson und einer Expert_in aus Erfahrung gemeinsam konzipiert und in der Folge auch gemeinsam durchgeführt. Auch wird grossen Wert daraufgelegt, die gesamte Kursgestaltung koproduktiv auszurichten. Mittlerweile absolvierten über 400 Personen die Schulung. In diesem Zeitraum wurde der Kurs kontinuierlich weiterentwickelt, basierend auf Rückmeldungen der Teilnehmenden. Auch wurden Techniken und Arbeitsweisen aus dem Recovery College integriert.

Ziele

Einblick über Aufbau und Inhalte des Kurses. Auch wird die kontinuierliche Weiterentwicklung des Kurses aufgezeigt.

Vorgehen

Die „Recovery praktisch!“ - Kurse vermitteln den Teilnehmenden recovery-orientierte Werte und Arbeitstechniken. Auch werden gemeinsam Spannungsfelder zwischen institutionellen Anforderungen und den Werten und Zielen recovery-orientierter Arbeitsweisen thematisiert.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Teilnehmende erlangen durch den Kurs ein vertieftes Verständnis von Recovery. Auch werden konkrete Techniken und Fertigkeiten, um Menschen in ihrem Recovery-Prozess zu unterstützen, vermittelt und individuelle Kompetenzentwicklungsstrategien erarbeitet. Durch den koproduktiven Aufbau erhalten die Teilnehmende praktische Erfahrung in dieser Arbeitsweise.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Die „Recovery praktisch!“ -Kurse bieten eine gute Grundlage für die recovery-orientierte Praxis. Doch nur über die Schulung lässt sich die Praxis und die Arbeitsweise nicht verändern. Dafür sind entsprechende Massnahmen im Praxisfeld erforderlich.

4. Symposien

Patientenbezogene Komplexität von Pflege im Akutspital – Modell für die psych. Pflege?

Susanne Schoppmann, Dr. rer. medic, RN, Pflegewissenschaftlerin, Klinik für Forensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Beatrice Gehri, RN, MScN, Assistentin / Doktorandin, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, Schweiz, Pflegewissenschaftlerin, Abteilung Bildung, Forschung, Entwicklung, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz, beatrice.gehri@upk.ch

André Nienaber, Dr. rer. medic, RN, Direktor Pflege, MTD, Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Beiträge

- Beitrag 1: Das Modell der patientenbezogenen Komplexität von Pflege – Hintergrund und Einführung (Susanne Schoppmann)
- Beitrag 2: Patientenbezogene Komplexität von Pflege in psychiatrischer und mental health Pflege – eine Übersicht der Literatur (Beatrice Gehri)
- Beitrag 3: Transfer der patientenbezogenen Komplexität von Pflege vom Akutspital in die Psychiatrie – Was muss berücksichtigt werden? (André Nienaber)

Übergeordneter Hintergrund

Das Konzept der patientenbezogenen Komplexität der Pflege im Akutspital beschreibt ein dynamisches und relationales Phänomen, das mehrere miteinander verbundene Prozesse umfasst, die durch den Grad der Variabilität, Instabilität und Unsicherheit bestimmt werden. Die Komplexität nimmt zu, wenn es den Patient_innen und ihren Angehörigen an Ressourcen (z.B. kognitiv, physisch, sozial) fehlt und wenn krankheits- oder therapiebedingte Patientenprobleme (z.B. Art, Anzahl, Kontrollierbarkeit) auftreten (Huber et al., 2020, 2021). Huber et al. haben ein Instrument entwickelt, mit dem sich Komplexität messen lässt. Das Instrument umfasst sieben Items (a) Anzeichen und Symptome; b) Risiken; c) psychosoziale Belastung; d) Selbstpflegefähigkeiten; e) Entscheidungsfindung; f) Anpassung der pflegerischen Versorgung; und g) Vorhersagbarkeit der Wirkung pflegerischer Interventionen mit einer fünfstufigen Likert-Skala.

Übergeordnete Fragestellungen

Ist das Konzept der patientenbezogenen Komplexität auf die Praxis der psychiatrischen Versorgung und Pflege übertragbar? Ist eine Übertragung sinnvoll? Worin liegt der Nutzen? Welche Hindernisse bestehen?

Übergeordnete Diskussion

Die Literatursuche der Entwicklungsgruppe des Konzepts der patientenbezogenen Komplexität der Pflege wurde bezogen auf die psychiatrische Versorgung wiederholt. Dies ergab keine Volltexte, die eingeschlossen werden konnten. Bei einer breiteren Suche wurden auch Studien gefunden, welche die Komplexität der Patientensituation anhand der Arbeitsbelastung der Pflegenden beschreiben. Die Punkte (a) Anzeichen und Symptome; b) Risiken; c) psychosoziale Belastung; d) Selbstpflegefähigkeiten und e) Entscheidungsfindung wurden in der Literatur für die psychiatrische Pflege in Form von Assessments beschrieben. Zu den Punkten f) Anpassung der pflegerischen Versorgung; und g) Vorhersagbarkeit der Wirkung pflegerischer Interventionen erzielte die Literatursuche jedoch keine Treffer auf die Psychiatrische Pflege bezogen.

Übergeordnete Schlussfolgerung

Ist das Konzept der patientenbezogenen Komplexität auf die Praxis der psychiatrischen Pflege übertragbar? Ist eine Übertragung des Konzepts nützlich und sinnvoll? Lohnt sich der zusätzliche Aufwand für die Erfassung der Kriterien? Braucht es eine solche Konzeptdefinition oder sollte es nicht vielmehr möglich sein, Komplexität in der Behandlung z. B. aus Routinedaten abzuleiten? Diesen Fragen soll im letzten Beitrag des Symposiums nachgegangen werden. In der Schlussfolgerung werden Empfehlungen für die Praxis vorgestellt, die sich aus der Beantwortung der genannten Fragen des letzten Beitrags ergeben.

Kurze Zusammenfassung, was die einzelnen Beiträge (1 bis 3) inhaltlich zum Symposium beitragen.

Beitrag 1 führt das Modell der patientenbezogenen Komplexität von Pflege vom Akutspital ein. Beitrag 2 beschreibt die aktuelle Literatur zur patientenbezogenen Komplexität von Pflege in der psychiatrischen Versorgung und Beitrag 3 erläutert relevante Punkte, welche bei einem Transfer von Akutspital in die Psychiatrie beachtet werden sollten.

Community Mental Health Nursing – Rollenprofile, Aufgaben & Tätigkeiten

Anna Hegedüs, Dr., Stiftung Lindenhof Tenure Track Position, Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz. Gastwissenschaftlerin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Deutschland anna.hegedues@bfh.ch

Domonell Kristina, BSc, wissenschaftliche Assistentin, Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Stefan Scheydt, Dr., Leiter der Arbeitsgruppe Psychiatrische Pflegeforschung, Abteilung Public Mental Health, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland. Gastdozent, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Beiträge

- Beitrag 1: Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des Community Health Nursing (Stefan Scheydt & Anna Hegedüs)
- Beitrag 2: Settingspezifische Rollenprofile des Community und Public Mental Health Nursing (Stefan Scheydt & Anna Hegedüs)
- Beitrag 3: Aufgaben und Tätigkeiten von Community Mental Health Nurses (Anna Hegedüs, Kristina Domonell, Stefan Scheydt)

Einleitung

Die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im ambulanten, gemeindenahen Setting wird immer wichtiger. Dies wird nicht nur von nationalen und internationalen Fachverbänden, der WHO, in der UN-BRK, in den S3-Leitlinien gefordert, sondern auch von Patient_innen und deren Angehörigen. Der Ausbau der gemeindenahen, nicht-klinischen psychiatrischen Versorgung wird begleitet durch verschiedene Aus- und Weiterbildungen für die Pflege (z.B. Masterstudium für Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner oder für Community Health Nursing) und entsprechenden Modellprojekten wie bspw. „PORT“ (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) oder „Gemeindegewesener 2.0“. Diese Entwicklungen haben nicht nur das Potential, die Versorgung von Menschen mit schweren und persistierenden Krankheitsverläufen zu bereichern, sie führen auch zu Unklarheiten im Hinblick auf die Aufgabengebiete, Tätigkeiten und Rollen von psychiatrisch Pflegenden innerhalb des gemeindenahen Settings. Auch wenn die konzeptuelle und inhaltliche Klärung der Rollenprofile innerhalb des Community Health Nursing im Allgemeinen in vollem Gange ist, so wird in den aktuellen Überlegungen die psychiatrisch-psychosoziale Komponente kaum bis nicht mitgedacht. Eine Klärung, Schärfung und auch Abgrenzung der entsprechenden Rollen und deren Inhalte in Bezug auf Mental Health Aspekte wird durch die Arbeiten des Autor_innen-Teams vorangetrieben. Die ersten Ergebnisse sollen im Rahmen des Symposiums vorgestellt und diskutiert werden.

Fragestellungen

- (a) Welche Rollen nehmen Pflegenden im Rahmen der gemeindenahen, nicht-klinischen, psychiatrischen Versorgung ein?
- (b) Welche konkreten Aufgaben und Tätigkeiten von Community Mental Health Nurses können aus der Literatur heraus extrahiert werden und wie sind diese den unterschiedlichen „Levels der Pflegepraxis“ zuzuordnen?

Ergebnisse

Beitrag 1: „Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des Community Health Nursing“ soll zur inhaltlichen Differenzierung der Dimensionen des Community Health Nursing sowie zur Explikation der damit in Verbindung stehenden konzeptuellen Merkmale und Inhalte beitragen. Er liefert die Grundlage zur inhaltlich-konzeptuellen Einordnung der Ergebnisse der beiden nachfolgenden Beiträge.

Beitrag 2: „Settingspezifische Rollenprofile des Community und Public Mental Health Nursing“ zielt schliesslich darauf ab, die in der internationalen Fachliteratur beschriebenen Rollenprofile von Pflegenden, die in einer Public oder Community Mental Health Nursing Rolle arbeiten oder in ihrer allgemeinen Public bzw. Community Health Nursing Rolle einen Beitrag zur mentalen Gesundheit entsprechender Bevölkerungsgruppen leisten, zusammenfassend zu systematisieren und vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im deutschsprachigen Raum zu diskutieren.

Beitrag 3: „Aufgaben und Tätigkeiten von Community Mental Health Nurses“ hat zum Ziel, die Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegenden in unterschiedlichen Rollen des Community Mental Health Nursing zusammenzufassen und somit zum Verständnis der übergeordneten CMHN-Rolleninhalte beizutragen.

Diskussion

Public / Community Health Nurses arbeiten – vom internationalen Kontext her gesehen – vorwiegend gesundheitsfördernd und präventiv bzw. auf strategischer, administrativer und / oder politischer Ebene und haben somit einen systemorientierten, populations- bzw. gemeindebezogenen Fokus. In Deutschland, Österreich und der Schweiz sind diese Aufgaben noch nicht so in der Pflege angekommen, wie es in anderen – v. a. angloamerikanischen und skandinavischen – Ländern der Fall ist. Auch die psychiatrische Pflege im gemeindenahen Setting konzentriert sich derzeit fast ausschliesslich auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ihr Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung, z.B. auch bei der stark belasteten Gruppe der Kinder und Jugendliche, scheint noch zu wenig ausgeschöpft. Hinzu kommt die steigende Komplexität der Fälle und der damit auch steigende Bedarf an Advanced-Rollen im ambulanten Setting. Auch hierzu herrscht viel Unsicherheit in der Praxis. Dieser kann mithilfe von Forschung und dem Blick über die Landesgrenzen hinaus begegnet werden kann.

Schlussfolgerung

Die hier präsentierten Ergebnisse liefern erstmals auf neuesten theoretischen Überlegungen fussende Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Komponente „Mental Health“ innerhalb des Community Health Nursing Konzepts. Sie bringen Klarheit in das Aufgabengebiet der ambulanten, gemeindenahen psychiatrische Pflege und zeigen die unterschiedlichen Ausrichtungen von gesundheitsfördernden, präventiven bis kurativen Tätigkeitsbereichen und somit den Beitrag der (psychiatrischen) Pflege zur mentalen Gesundheit und Genesung spezifischer Bevölkerungsgruppen auf. Im Rahmen des Symposiums werden Schlussfolgerungen für die gemeindenahen, vorwiegend ausserklinische psychiatrische Pflege gezogen. Potentiale und Chancen für die deutschsprachigen Länder, welche sich aus der internationalen Literatur ableiten lassen, werden vorgestellt und diskutiert.

StäB – Evaluation aus Unterschiedlichen Perspektiven

Martin Holzke, M.A. Pflegewissenschaft, Pflegedirektor, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg, Deutschland
martin.holzke@zfp-zentrum.de

Anna Heinsch, MBA Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Pflegerische Abteilungsleitung allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Wangen, Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, Deutschland

Tamara Grossmann, M. Sc. Pflegewissenschaft, Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg, Deutschland

Beiträge

- Beitrag 1: Wo stehen wir? – Zahlen, Daten, Fakten zur Entwicklung der StäB in Deutschland (Martin Holzke)
- Beitrag 2: Zufriedenheit von Pflegenden in Teams der Stationsäquivalenten Behandlung – Einblick in die Mitarbeitendenbefragung der AKtiV-Studie (Tamara Grossmann)
- Beitrag 3: Implementierung von StäB – Ergebnisse der Prozessevaluation der AKtiV-Studie (Anna Heinsch)

Hintergrund

Nachdem seit 2018 die Stationsäquivalente Behandlung in Deutschland möglich ist, hat sich das Behandlungsangebot mittlerweile in vielen Kliniken etabliert. Immer wieder werden Bedenken bzgl. des hohen Organisations- und Verwaltungsaufwandes sowie der Implementierung geäußert.

Obwohl international seit vielen Jahren Evidenz bezüglich der Wirksamkeit von aufsuchender Akutbehandlung vorhanden ist, fehlt in Deutschland bislang ein Nachweis über die Wirksamkeit der spezifischen Variante der aufsuchenden Akutbehandlung, der StäB.

Im Rahmen der AKtiV-Studie wurden daher unterschiedliche Fragestellungen zur Wirksamkeit, zu den organisationalen Aspekten, zu Implementierungsprozessen sowie zu spezifischen, mitarbeitendenbezogenen Outcomes der StäB untersucht.

Übergeordnete Fragestellung

StäB ist seit 5 Jahren ein Regelbehandlungsangebot der stationären Akutbehandlung in Deutschland. Die unterschiedlichen Teile des Symposiums sollen daher unterschiedliche Fragestellungen zur Entwicklung der StäB beleuchten:

- Welche Erfahrungen zu Behandlungsergebnissen liegen vor?
- Wer wird in der StäB behandelt?
- Wie viel Zeit wird bei den Patient_innen verbracht?
- Wer arbeitet in der StäB?
- Wie ist die Behandlungszufriedenheit?
- Wie ist das Belastungserleben der Angehörigen?
- Wie kann man StäB in der Einrichtung implementieren?
- Wie ist die Mitarbeitendenzufriedenheit?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde auf die Routinedaten der letzten 5 Jahre zurückgegriffen. Zudem werden die Ergebnisse des Moduls C der AKtiV-Studie verwendet, um Fragestellungen beantworten zu können.

Übergeordnete Schlussfolgerung

Da die Datenauswertung der AKtiV-Studie aktuell noch nicht endgültig abgeschlossen ist, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine finale Schlussfolgerung gezogen werden.

Kurze Zusammenfassung

1. Vortrag: Wo stehen wir? – Zahlen, Daten, Fakten zur Entwicklung der StäB in Deutschland, Martin Holzke
Der Vortrag bietet einen Überblick der aktuellen Entwicklung der StäB in Deutschland. Zudem werden die Auswertungen von Routinedaten der StäB-Behandlung von ca. 2500 Fällen gezeigt. Dies ermöglicht einen Überblick, wer in StäB behandelt wird, wie lange die Behandlungen dauern und welche Berufsgruppen in StäB arbeiten. Zudem liegen Daten zur Zufriedenheit von Patient_innen und Angehörigen vor. Die Daten können zum Teil mit Kontrollgruppen der stationären Behandlung verglichen werden, um Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit von StäB treffen zu können.

2. Vortrag: Zufriedenheit von Pflegenden in Teams der Stationsäquivalenten Behandlung – Einblick in die Mitarbeitendenbefragung der AKtiV-Studie, Tamara Grossmann

Der Vortrag bietet einen Einblick in die Auswertung der Mitarbeitendenbefragung vom Modul C im Rahmen der AKtiV-Studie. Dazu wurden die Mitarbeitenden der 10 teilnehmenden StäB-Teams quantitativ mit Hilfe des COPSOQ sowie mit einem selbstentwickelten Fragebogen zur Zufriedenheit in StäB-Teams befragt. Die Auswertung soll für das Symposium insbesondere die Gruppe der Pflegenden in den Fokus nehmen.

3. Vortrag: Implementierung von StäB – Ergebnisse der Prozessevaluation der AKtiV-Studie, Anna Heinsch

Der Vortrag bietet einen Einblick in die Auswertung der Prozessevaluation von Modul C im Rahmen der AKtiV-Studie. Dazu wurden 10 Teams der Studie zu verschiedenen Aspekten der Implementierung, Organisation und der Arbeitsinhalte in StäB sowohl quantitativ als auch qualitativ befragt. Als Ergebnis können Aussagen zu unterschiedlichen Organisationsformen der StäB-Teams, zu Aspekten der Informationsweitergabe, zu Themen der Teamentwicklung, Touren- und Dienstplanung sowie der Zusammenarbeit getroffen werden. Zudem können förderliche und hinderliche Faktoren des Implementierungsprozesses benannt werden.

Zum Umgang mit traumatischen Erlebnissen in der psych. Versorgung

Sabrina Laimbacher, MScN, diplomierte Pflegefachperson, PhD-Studentin, aF&E Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz, sabrina.laimbacher@bfh.ch

Sabrina Gröble, MSc Gesundheitswissenschaften und Technologie, ETH, aF&E Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Peter Wolfensberger, PhD, MScN, RN, aF&E Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Sabine Rühle Andersson, lic.phil. I, Service Userin und Wiss. Mitarbeiterin, aF&E Pflege, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Beiträge

- Beitrag 1: Eigene Wege gehen (müssen): Erkenntnisse einer ethnographischen Studie mit Obdachlosen, (Sabrina Laimbacher & Sabrina Gröble)
- Beitrag 2: Wie Menschen mit Psychiatrieerfahrung mit Erlebtem umgehen; eine pflegfachliche Perspektive (Peter Wolfensberger)
- Beitrag 3: Meine Geschichte, mein Erleben, meine Interpretation – Wie gehe ich mit traum. Erfahrungen in der psych. Versorgung um? (Sabine Rühle Andersson)

Übergeordneter Hintergrund

Wenn eine psychiatrische Behandlung erforderlich wird, kann dies für betroffene Personen eine vulnerable Ausgangslage bedeuten, welche u.a. von Abhängigkeiten zu psychiatrischen Fachpersonen, deren Fachwissen und Behandlungsmethoden geprägt ist. Machen Personen im Behandlungskontext negative Erfahrungen, wie z.B. verschiedene Behandlungen gegen den eigenen Willen, Einschränkungen in der Autonomie, oder der Nicht-Einbezug der Betroffenenperspektive, subjektiver Erklärungsmodelle und Bedürfnissen, kann sich das nachhaltig negativ oder gar traumatisierend auf betroffene Personen auswirken. Daraus können ein Vertrauensverlust, ein generelles Misstrauen oder ein aktiver Widerstand gegenüber psychiatrischen Versorgungsangeboten und Fachpersonen entstehen. Je nach individuellen Ausgangslagen und Lebensbedingungen betroffener Personen kann dies zu einem gänzlichen Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben oder zumindest aus dem Versorgungssystem führen, welcher über viele Jahre anhalten und bestehende Vulnerabilitäten auf verschiedenen Ebenen verstärken kann.

Übergeordnete Ziele

Basierend auf Erfahrungsperspektiven und Forschungsergebnissen werden in diesem Symposium in drei Beiträgen persönliche Geschichten im Rahmen erlebter negativer, aber auch positiver Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung, sowie die daraus entstehenden Konsequenzen und Bedürfnisse thematisiert. Dadurch wird eine kritische Auseinandersetzung mit den Themen der Verletzlichkeit und Verletzungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung angestossen.

Übergeordnete Diskussion / Schlussfolgerungen

Im Diskussionsteil des Symposiums soll z.B. kritisch darüber diskutiert werden,

- wie traumatisierende Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung vorgebeugt und verhindert werden könnten
- wie bereits erfolgte negative Erfahrungen betroffener Personen in nachfolgenden Behandlungen mit Fachpersonen thematisiert werden könnten
- wie Fachpersonen betroffenen Personen, die sich häufig über Jahre zurückgezogen haben, bei wiederauftretendem Unterstützungsbedarf wieder begegnen können
- wie die eigene Rolle reflektiert und solch herausfordernde Themen auch zugelassen werden können.

Kurze Zusammenfassung Beitrag 1

Das ethnographische Forschungsprojekts ReachOut der Berner Fachhochschule explorierte Bedürfnisse und Strategien im Kontext psychischer Gesundheit bei u.a. Obdachlosen. Die Studienergebnisse zeigen, dass bei Obdachlosen psychische Beeinträchtigungen und ein damit verbundener subjektiver Leidensdruck weit verbreitet sind. Gleichzeitig besteht eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung der psychischen Gesundheit. Betroffene fühlten sich dabei in ihren subjektiven Erklärungsmodellen von Fachpersonen häufig unverstanden und psychiatrische Diagnosen erleben sie als 'Stempel' oder Reduktion der eigenen Person. Mehrere Teilnehmende berichteten von negativen und traumatisierenden Psychiatrie-Erfahrungen. Dies führte zum Bedürfnis, unabhängig bleiben zu wollen und eigene Wege zu gehen. Als Folge werden gesundheitsbezogene, v.a. psychiatrische Unterstützungsangebote oft vermieden oder kategorisch abgelehnt. Es

zeigte sich jedoch, dass viele Teilnehmende ein starkes Bedürfnis nach Beziehungen und Gesprächen haben, es aber auch Personen gibt, die sich erst nach mehreren informellen Begegnungen oder gar nicht mehr auf Kontakte einlassen wollen. Entlang geäußerten Bedürfnissen sollen Kontakte zu Fachpersonen niederschwellig erreichbar, kontinuierlich und alltagsnah sein, und sie fordern eine Begegnung auf Augenhöhe.

Kurze Zusammenfassung Beitrag 2

Im Rahmen einer umfassenden qualitativen Studie wurde das Erleben von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung im Umgang und in der Integration der eigenen Erkrankung in ihrem Leben exploriert und analysiert. Die darin geschilderten Erfahrungen aus der Psychiatrie haben einige der betroffenen Personen nachhaltig geprägt oder ihre Einstellung gegenüber dem professionellen Helfernetz mitbeeinflusst.

In diesem Beitrag werden Beispiele aus den Daten des Ursprungsprojektes vorgestellt und anhand der pflegfachlichen Expertise des Autors kritisch reflektiert und diskutiert. Dabei soll explizit eine menschenrechts- und recoveryorientierte psychiatrische Versorgung, wie sie von der UNO und der WHO propagiert wird, als Orientierungsrahmen gelten. Aus der Reflexion werden Hypothesen abgeleitet, welche für eine verbesserte Integration vorhandener Vulnerabilitäten seitens der Betroffenen appelliert.

Kurze Zusammenfassung Beitrag 3

“Verletzung und Verletzlichkeit” durch traumatisierende Erlebnisse in der psychiatrischen Versorgung aus Sicht einer Service Userin. In diesem Beitrag wird die Expertin aus Erfahrung über ihre zahlreichen traumatischen Verletzungen in der psychiatrischen Versorgung und die Erfahrung der eigenen Verletzlichkeit innerhalb der Institutionen berichten. Die Perspektive der Service Userin dient als Basis für die Reflexion einer möglichen Prävention durch die Fachpersonen und die Überdenkung von deren Rollenverständnis. Dass auch ein nachhaltiger und vertrauensvoller Klinikaufenthalt trotz Vulnerabilität möglich ist und wie eine solche psychiatrische Behandlung aussieht, wird anhand eines positiven Erlebnisses geschildert und dient als Diskussionsbasis.

Der Theorie-Praxis-Gap – Wissenstransfer durch Pflegeexpert_innen

Georg von Ungern-Sternberg, Stellvertretende Leitung Bildung und Veranstaltungen, Institut für Bildung und Personalentwicklung am Bezirksklinikum Regensburg (IBP), Deutschland

Vanessa Leidinger, Pflegeexpertin APN, LWL-Klinikum Marsberg, Deutschland, vanessa.leidinger@lwl.org

Michael Ziebold, Stabsstelle Pflegeentwicklung, Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Deutschland

Hermann-T. Steffen, Prof. Dr., Fachhochschule der Diakonie, Deutschland

Beiträge

- Beitrag 1: Wie kann leitliniengerechte Versorgung in psych. Einrichtungen durch standardisiertes Expertenmonitoring optimiert werden? (Georg von Ungern-Sternberg)
- Beitrag 2: Der Theorie-Praxis-Gap am Beispiel „Sichtweisen psychiatrisch Pflegender zur Reduktion von freiheitsentziehenden Massnahmen“ (Vanessa Leidinger)
- Beitrag 3: Auswirkungen des Rollenerlebens von Pflegeexpert_innen auf den Theorie-Praxis-Gap (Michael Ziebold)

Hintergrund

Die Erzeugung von Wissen ist die prominente Aufgabe der Pflegewissenschaft. Jedoch herrscht in vielen Fällen eine Diskrepanz von Pflegewissenschaft und der Versorgungspraxis. So treffen zwar wissenschaftliche Erkenntnisse seitens der Praxis auf eine gewisse Zustimmung, nicht selten wird ihnen dort jedoch mit Ratlosigkeit oder gar Meidung begegnet. Denn Pflegeforschung und die Generierung neuer Erkenntnisse findet in Deutschland oftmals „ausserhalb“ der Praxis statt. Die Übertragung des gewonnenen Wissens ist demnach nicht selbstverständlich, sondern bedarf spezifischer Strukturen und Methoden.

Fragestellung

Wie gelangen wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis und wie werden sie dort in handlungspraktisches Wissen transformiert, sodass sie zur Umsetzung kommen und somit zur Optimierung der (Pflege-)Qualität beitragen können?

Diskussion

Im Rahmen der Professionalisierung der Pflege geht es u.a. darum, neues Wissen zu schaffen, vorhandene Wissensbestände mittels Forschung zu aktualisieren, neue Konzepte zu erstellen sowie eine (Pflege-) Organisation aufzubauen und eine lernende Pflegekultur zu entwickeln, die die Rezeption und Anwendung von Wissen in der Praxis befördert. Pflegeexpert_innen können in diesem Prozess eine Kristallisationsaufgabe wahrnehmen, die sich entscheidend für das Gelingen des Transferprozesses zeigen kann. Doch dafür bedarf es Rahmenbedingungen und Werkzeuge.

Schlussfolgerungen

Pflegeexpert_innen können zu Akteur_innen des Wandels werden, indem sie neue Erkenntnisse auf deren je spezifische Relevanz hin prüfen, abstraktes wissenschaftliches in handlungspraktisches Wissen transformieren sowie geeignete Methoden und Instrumente zum Einsatz bringen, die erst die Integration neuer Wissensbestände in die Praxis ermöglicht. Hierzu sind jedoch Strukturbedingungen notwendig, die das transformatorische Handeln befördern.

Ablauf des Symposiums

Anhand zweier empirischer Arbeiten sollen die Erfordernisse und Möglichkeiten eines gezielten Wissenstransfers beleuchtet werden, um vor diesem Hintergrund die Rolle von Pflegeexpert_innen zu betrachten und zu erörtern.

Beitrag 1: Wie kann leitliniengerechte Versorgung in psych. Einrichtungen durch standardisiertes Expertenmonitoring optimiert werden?

Pflegeexpert_innen benötigen Werkzeuge um Wissen in die Praxis zu transferieren. Ein Ansatz hierzu können unterstützende Expertenaudits sein, um das Wissen aus z.B. Leitlinien standardisiert nutzbar zu machen. Hierdurch kann die / der Expert_in ihr / sein Wissen der Praxis beratend als Hilfestellung bieten. Hat sie / er dazu ein entsprechendes Instrument können alle relevanten Aspekte der Leitlinie fokussiert werden. Im Vortrag wird dieses am Beispiel eines Entwurfs anhand der Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ expliziert.

Beitrag 2: Der Theorie-Praxis-Gap am Beispiel „Sichtweisen psychiatrisch Pflegender zur Reduktion von freiheitsentziehenden Massnahmen“

Freiheitsentziehende Massnahmen sind ein viel diskutiertes Thema der psychiatrischen Praxis. Sie stellen einen massiven Eingriff in die Grundrechte des Menschen dar und werden von Betroffenen oftmals als sehr belastend und traumatisierend empfunden. Durch die UN-Behindertenrechtskonvention war eine Überarbeitung der in

Deutschland geltenden rechtlichen Grundlagen zur psychiatrischen Unterbringung erforderlich. Die Anwendung freiheitsentziehender Massnahmen wurde dadurch eingeschränkt und ihre Abschaffung wird allgemein gefordert. Diese Änderungen stellten die psychiatrische Praxis vor eine enorme und gleichzeitig dringend zu bewältigende Herausforderung.

Auch für Pflegende stellt ihre Anwendung eine Belastung dar. Zudem sind sie oftmals in den auslösenden Situationen, die Entscheidung über ihren Einsatz und die praktische Anwendung involviert – und nehmen damit eine wichtige Rolle im Umgang mit freiheitsentziehender Massnahmen ein. Doch wie sehen Pflegende die Reduktion freiheitsentziehender Massnahmen? Halten sie die allgemein geforderte Abschaffung für möglich? Und decken sich die Sichtweisen der Pflegenden mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang?

In diesem Vortrag werden die Ergebnisse einer deutschlandweiten Online-Befragung vorgestellt und vor dem Hintergrund der aktuellen Forschung diskutiert, um einen möglichen Theorie-Praxis-Gap zu beleuchten und Implikationen für die Praxis abzuleiten.

Beitrag 3: Auswirkungen des Rollenerlebens von Pflegeexpert_innen auf den Theorie-Praxis-Gap

Das Rollenbild von akademisch ausgebildeten Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten der psychiatrischen Pflege ist in Deutschland gesetzlich nicht geregelt. Die Rollenbezeichnung besitzt keinen Titelschutz, das Tätigkeits- und Aufgabenprofil sowie die qualifikatorischen Voraussetzungen werden äusserst heterogen ausgelegt. Die Unklarheit der Rolle verhindert eine Vergleichbarkeit mit dem internationalen Kontext, führt zu einer massiven Verunsicherung aller Beteiligten und beeinflusst die Qualität der Rollenperformanz der Protagonistinnen und Protagonisten.

Mittels problemzentrierter Interviews nach Witzel wurden zehn Einzelinterviews zur verstehend-interpretativen Rekonstruktion des Rollenerlebens von akademisch ausgebildeten Pflegeexpert_innen der psychiatrischen Pflege durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Im Ergebnis konnten vielfältige Barrieren und Förderfaktoren für eine erfolgreiche Rollenausübung der Pflegeexpert_innen expliziert werden, auf deren Grundlage konkrete Handlungsempfehlungen entstanden sind und ein nachhaltiger, erfolgreicher Transfer von wissenschaftlichen in handlungspraktische Wissensbestände ermöglicht wird.

Zur beruflichen Identität Pflegendender

Matthias Pauge, MA, APN, Pflegeentwicklung, LWL- Klinik Dortmund, Deutschland, matthias.pauge@lwl.org
 Markus Wübbeler, Prof. Dr., Professor für Klinische Pflegeforschung, Studiengangleitung Clinical Research Management (CRM), Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland
 Marvin Thomese, BA, Lehrer für Pflegeberufe, LWL-Akademie Dortmund, Deutschland

Beiträge

- Beitrag 1: Identität im Wandel - Motive bei Berufsauswahl, beruflichem Einstieg und der Karriereentwicklung (Matthias Pauge)
- Beitrag 2: Kompetenzvermittlung von Psychoflexibilität in der Ausbildung zur Pflegefachperson (Marvin Thomese)
- Beitrag 3: Zielsetzungen als Identitätsmotor? Formelle und informelle Entwicklungsziele in der Pflege (Markus Wübbeler)

Beschreibung

Die Berufsvorstellungen der Pflegefachpersonen wandeln sich stetig unter der Multiplizität von Personen, Konzepten und Evidenz. Berufliche Reifungsprozesse wie das erste Lehrjahr, der Sprung zur examinierten Pflegefachperson, sowie Erfahrungen mit Machtlosigkeit und Scheitern erschüttern die berufliche Identität des beruflichen Empathen. Vor allem im Bereich der Psychiatrie, die sich als Projektionsfläche zwischen den Dynamiken der Forschung, Kultur und gesellschaftlichen Wertvorstellungen befindet, müssen sich Pflegefachpersonen mit einer immer komplexeren Versorgungslage auseinandersetzen. Die diversifizierten Anforderungen und Erwartungen, lassen sich besonders im Rahmen von individualisierten Therapiekonzepten wie Recovery beobachten. Wo Individualität zur Maxime erhoben wird, lassen Konflikte nicht lange auf sich warten. Pflegefachpersonen müssen diese Unterschiede managen, die richtigen Antworten parat haben und Spannungen aushalten können. Dies führt zu der Frage, ob das, was in der Ausbildung gelehrt wurde, Antworten auf den beruflichen Alltag liefert. Dieses Phänomen – so unsere These – begleitet Pflegendende auf ihrem gesamten Berufsweg. Wir diskutieren, wie Pflegendende mit der Dynamik ihrer beruflichen Identität umgehen. Wir möchten erörtern, welche Strategien, sie sich suchen, die Anstrengungen des Wandels möglichst unbeschadet (für die eigene Identität) zu überstehen. Wir stellen uns die Frage, wie die Vorbereitung auf die Dynamik gelingen kann und welche Hindernisse dabei entstehen können.

Beitrag 1: Bei der Berufsauswahl sind die eigenen Vorstellungen, Motive und Erwartungen von der psychiatrischen Arbeit prägend für die berufliche Identität. Nicht selten kommt die Identitätsausrichtung im Laufe der beruflichen Karriere in den Konflikt mit den Anforderungen und Erlebnissen der Praxis. Dies macht sich zum Beispiel bemerkbar, wenn Veränderungen und Modernisierungsansprüche in der psychiatrischen Arbeit als Bedrohung für die eigene Identität, denn als notwendiger Schritt, angesehen werden. Der Vortrag möchte eine Einführung in das Konzept der „Identität“ geben und setzt sich dann mit der Frage auseinander, warum Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung auf Ablehnung und Widerspruch stossen können.

Beitrag 2: Mit der Einführung des neuen Pflegeberufsgesetz, orientiert sich die Ausbildung an der Entwicklung von Kompetenzen. Es gibt zwar keinen für die psychiatrische Pflege spezialisierten Fachzweig, trotzdem stehen Auszubildende vor einzigartigen fachspezifischen Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Hierfür hat die LWL-Akademie Dortmund zielgerichtete Ansätze der Kompetenzentwicklung zur Selbsterfahrung eingeführt, die den Auszubildenden schon früh einen Umgang mit herausfordernden Situationen ermöglichen soll. Der Vortrag möchte auf die Schwierigkeiten der psychiatriespezifischen Schwerpunkte in der Ausbildung und Methoden diskutieren, die durch den Gewinn an Psychoflexibilität, einen besseren Einstieg in die psychiatrische Praxis erlauben.

Beitrag 3: Der Pflegeberuf wird in der gesellschaftlichen Debatte primär als Entwicklungsgebiet für Menschen mit altruistischer Zielsetzung skizziert. Allgemein kann festgehalten werden, dass formelle Karriere und Entwicklungsziele über alle Berufsgruppen hinweg eine grosse Rolle spielen. Diese werden genutzt um die berufliche Bindung, Kompetenzentwicklung und Motivation zu fördern. Der Vortrag geht der Frage nach, inwieweit Entwicklungs- und Karriereziele im Pflegeberuf eine Rolle spielen, oder ob hier strukturelle Defizite festzustellen sind. Zudem wird eine Brücke zu den Modellen der beruflichen Identitätsentwicklung aufgebaut. Es soll diskutiert werden, ob und in welchem Ausmass persönliche und strukturelle Zielsetzungen die berufliche Identitätsbildung beeinflussen.

EFC-Beratung zur Unterstützung von stimmehörenden Menschen

Christian Burr, Dr. rer. cur, MScN, RN, wiss. Mitarbeiter, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, klinischer Pflegeexperte, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD, Bern, Schweiz

Birgit Hahn, B.A. psychische Gesundheit / psychiatrische Pflege, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld, Deutschland

Oana-Mihaela Iusco, Erfahrungs- und Recoveryexpertin, amtliche Peerberaterin, mit „Littlevoice“ selbstständig im efc-Institut sowie in diversen Institutionen, Gremien und Projekten, Graz, Österreich

Romy Rittweg, cand. M.A. Gesundheitswissenschaft, B.A. Soziales Management, Studentin M.A. ang. Gesundheitswissenschaft RWU, Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, Deutschland, romy.rittweg@zfp-zentrum.de

Beiträge

- Beitrag 1: Externe Evidenz zur Wirksamkeit der Erfahrungsfokussierten Beratung (Christian Burr)
- Beitrag 2: EFC - Wirkungserleben psych. Pflegenden in der Arbeit mit Menschen, die belastende Stimmen hören (Romy Rittweg, Birgit Hahn)
- Beitrag 3: Was sich stimmehörende Menschen in der Begleitung als Unterstützung zur Bewältigung des Stimmhörens wünschen (Oana-Mihaela Iusco)

Übergeordneter Hintergrund

Forschungsergebnisse zum Phänomen des Stimmhörens zeigen, dass das Hören von Stimmen ohne externe Reizquelle kein Krankheitssymptom, sondern eine menschliche Wahrnehmungsvariation darstellt, die im Blick auf die individuelle Biografie und den Lebenskontext verstehbar werden kann. Ursächliche oder Erklärungsfaktoren für das Stimmhören können u.a. Armut und soziale Ungleichheit aber auch Migration, Mobbing oder sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit sein, also Erfahrungen von Verletzlichkeit und Hilflosigkeit bis hin zu traumatischen Dimensionen. Wenngleich Erfahrungen mit Stimmhören in der Allgemeinbevölkerung viel höher auftritt als bisher angenommen, nehmen die wenigsten Betroffenen psychiatrische Unterstützung in Anspruch, wobei der individuelle Umgang mit Stimmen im Alltag sowie die Art und Weise, wie Stimmen wahrgenommen werden, relevante Faktoren zur Inanspruchnahme von Hilfen darstellen. Eine Verstehbarkeit und hieraus individuell abgeleitete Bewältigungsstrategien stellen einen neuen Zugang zur Unterstützung stimmehörender Menschen dar - im Gegensatz zu verbreiteten Ansätzen, die das Ziel verfolgen, Symptome zu eliminieren. Die erfahrungsfokussierte Beratung (experience focussed counselling; EFC) kann hierfür eine vielversprechende Intervention auch für psychiatrisch Pflegende sein.

Übergeordnete Fragestellung

Was wissen wir über die externe Evidenz von EFC-Beratung? Welche Rolle kann die psychiatrische Pflege als Berufsgruppe dabei spielen? Wie wirkt sich die Ausbildung auf psychiatrisch Pflegende aus und was wünschen sich Menschen, die Stimmhören?

Übergeordnete Diskussion

Forschungsergebnisse zeigen, dass psychiatrisch Pflegende die EFC-Beratung übernehmen und gute Ergebnisse erreichen können. Hierzu wurde eine Pilotstudie zur Wirksamkeit von EFC durch Pflegefachpersonen realisiert, deren Ergebnisse dargestellt werden. Eine zweite Studie widmet sich den Auswirkungen der EFC-Fortbildung auf Pflegefachpersonen. Diese scheinen für die Intervention gut geeignet, verlassen aber damit das tradierte Behandlungsverständnis und werden für Betroffene zu Change Agents im Behandlungskontext. Neben einer veränderten Grundhaltung zum Umgang mit dem Phänomen des Stimmhörens ist eine weitere Herausforderung im Umgang mit Risiken zu sehen. Während sich in der Breite der psychiatrischen Versorgung eine risikoaversive Haltung entwickelt hat, beinhaltet der EFC-Ansatz einen offenen Umgang mit Risiken und besticht durch ein mit den Stimmhörenden zusammen definierten Umgang mit Risiken.

Übergeordnete Schlussfolgerung

Stimmhörende Menschen können durch eine veränderte partizipative Grundhaltung als auch durch das Erreichen einer Verstehbarkeit der Stimmen in einer veränderten Lebensqualität und eigenem Risikomanagement unterstützt werden. Hier scheinen Pflegefachpersonen innerhalb der psychiatrischen Versorgung gut geeignet, diese Prozesse unterstützen zu können. Weitere Forschung insbesondere zu Nutzerpräferenzen und Rollenentwicklung psychiatrisch Pflegenden ist anzustreben.

Beitrag 1: Externe Evidenz zur Wirksamkeit der Erfahrungsfokussierten Beratung

Auf Basis einer systematischen Literaturübersicht sowie einer Pilotstudie zu EFC-Beratung durch Pflegende wird die aktuell noch sehr geringe externe Evidenz zur Wirksamkeit von EFC zusammengefasst. Im Weiteren wird die Relevanz der psychiatrischen Pflege für die zukünftige Entwicklung von EFC-Beratung herausgearbeitet und wie diese Entwicklungen einen Beitrag zur Professionalisierung der psychiatrischen Pflege darstellen können.

Beitrag 2: EFC - Wirkungserleben psych. Pfleger in der Arbeit mit Menschen, die belastende Stimmen hören

Da alltägliche Unterstützung für Menschen, die unter ihrem Stimmenhören leiden, wichtig ist, bietet es sich an, im Alltag tätige psychiatrisch Pflegende in diesem psychosozialen Therapieansatz zu schulen. In diesem Beitrag werden Resultate einer qualitativen Studie vorgestellt. Dabei geht es um psychiatrisch Pflegende, die nach einer Schulung die EFC-Beratung anwenden und ihre Sicht bezüglich der Auswirkungen der EFC-Schulung und Beratung auf ihre Kompetenzen im Berufsalltag sowie auf die Entwicklungen der Menschen mit belastendem Stimmenhören, die sie begleitet haben.

Beitrag 3: Was sich stimmenhörende Menschen in der Begleitung als Unterstützung zur Bewältigung des Stimmenhörens wünschen

Die persönliche Erfahrung des Stimmenhörens steht oft im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen und / oder emotionalen Verletzungen in der Lebensgeschichte der Person. Erfahrungsfokussierte Beratung kann einen Raum für individuelle Stimmenhörerfahrung und Lebensgeschichten und zum Finden von Ressourcen und Umgangsmöglichkeiten schaffen. In diesem Zusammenhang werden Einsichten aus der Praxis und der Erfahrungsexpertise von stimmenhörenden Menschen, die erfolgreich recovered sind, vorgestellt. Ein konstruktiver und kreativer Umgang mit Stimmen, die Entwicklung einer nachhaltigen Lebensqualität, Verzicht auf Zwang und Verletzungen als auch das in Beziehung treten trotz aller Verletzlichkeit sind hierbei wesentliche Aspekte.

Da alltägliche Unterstützung für Menschen, die unter ihrem Stimmenhören leiden, wichtig ist, bietet es sich an, im Alltag tätige psychiatrisch Pflegende in diesem psychosozialen Therapieansatz zu schulen. In diesem Beitrag werden Resultate einer qualitativen Studie vorgestellt. Dabei geht es um psychiatrisch Pflegende, die nach einer Schulung die EFC-Beratung anwenden und ihre Sicht bezüglich der Auswirkungen der EFC-Schulung und Beratung auf ihre Kompetenzen im Berufsalltag sowie auf die Entwicklungen der Menschen mit belastendem Stimmenhören, die sie begleitet haben.

Sekundäre Traumatisierung – Verletzlichkeit, Schutz & Stärke?!

Jacqueline Rixe, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Leiterin der AG Pflege- und Interventionsforschung und des Referats Evidenzbasierte Pflegepraxis, Fachbereich Psychosoziale Medizin, Ev. Klinikum Bielefeld, Deutschland, Jacqueline.Rixe@evkb.de

Katja Ossmann, B.A. Psychiatrische Pflege, Ambulante psychiatrische Pflegefachperson, VISIT - soziotherapeutischer Pflegedienst GmbH, Pforzheim, Deutschland

Pascal Wabnitz, Prof. Dr. rer. nat., Psychologischer Psychotherapeut, Professur für angewandte Psychologie, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Deutschland

Beiträge

- Beitrag 1: Das Phänomen, seine Entstehung und Risiko- und Schutzfaktoren (Jacqueline Rixe)
- Beitrag 2: Die Bedeutung der sek. Traumatisierung in unterschiedlichen Pflegekontexten (Katja Ossmann)
- Beitrag 3: Die Bedeutung der Dissoziation und Ansatzmöglichkeiten zum Schutz vor sek. Traumatisierung (Pascal Wabnitz)

Übergeordneter Hintergrund

Unter der indirekten bzw. der sekundären Traumatisierung (ST) versteht man die Traumatisierung, die durch den Kontakt mit traumatisierten Menschen und der Auseinandersetzung mit deren traumatischen Erleben entsteht, obwohl die Person nicht unmittelbar dem Trauma ausgesetzt ist. Sowohl hinsichtlich der akuten Symptomatik als auch im Hinblick auf die längerfristigen Folgen bestehen Ähnlichkeiten zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). So zeigen sich akut unterschiedliche Symptome aus den drei Hauptsymptomkomplexen Intrusion, Hyperarousal und Vermeidung oder auch Merkmale wie Depressivität, Angst und / oder parapsychotisches Bedrohungserleben (Lemke 2010). Trotz der Überschneidungen mit einer PTBS kann eine ST auch als akute Belastungsreaktion diskutiert werden. Ebenfalls sind Parallelen zum Burnout zu berücksichtigen (Cieslak et al. 2014), bei dem ähnliche Entstehungsmuster eine Rolle spielen können. Als längerfristige Auswirkung einer ST werden Stresssymptome, Misstrauen und Rückzug oder aber eine innere Leere beschrieben (Andreatta & Unterluggauer 2010). Diskutiert wird im Kontext ST bei erfolgreichem Coping jedoch auch das posttraumatische Wachstum als positive Auswirkung (Cohen & Collins 2013), die z.B. mit einer Zunahme von Lebensweisheit einhergeht. Durch jüngere Studien, die 2016 und 2020 im Rahmen von Qualifikationsarbeiten durchgeführt wurden, wurde der ST auch für psychiatrisch Pflegende in unterschiedlichen Versorgungssettings (ambulant bis stationär) eine Relevanz zugeschrieben. U.a. aufgrund der Forschungsergebnisse von 2016 wurde die ST in Deutschland in das Mastercurriculum der pflegerischen Ausbildung aufgenommen (Bundesinstitut für Berufsbildung 2020).

Übergeordnete Fragestellung

Was ist eine Sekundäre Traumatisierung, wie bedeutsam ist das Phänomen für psychiatrisch Pflegende in unterschiedlichen Pflegekontexten und wie können sich psychiatrisch Pflegende davor schützen?

Übergeordnete Diskussion

Die ST ist ein Phänomen, dem in der Pflege bisher wenig Beachtung geschenkt wurde, das aber u.a. aufgrund neuerer Forschungsergebnisse curricular in Deutschland in der Ausbildung verankert wurde. Während die Forschungsergebnisse von 2016 und 2020 die Relevanz des Themas für die psychiatrische Pflege in unterschiedlichen Versorgungssettings untermauern, können die in der Meta-Analyse von Hensel et al. (2015) aufgeführten Risiko- und Schutzfaktoren hilfreiche Ansatzpunkte zur Verhältnis- und Verhaltensprävention zum Schutz vor ST liefern. Der Risikoreduktion von Dissoziationen, die auch im Kontext der PTBS diskutiert wird, sollte aufgrund der Studienergebnisse von 2020 mehr Aufmerksamkeit geschenkt und konkrete Massnahmen diesbezüglich in der Pflegepraxis berücksichtigt werden. Diese und weitere Massnahmen zur Selbstfürsorge sollten in Bildungsangeboten aufgegriffen werden. Auch die Kollegiale Beratung als Interventionsmöglichkeit kann zum Schutz beitragen.

Übergeordnete Schlussfolgerung

Wie die Studienlage zeigt, handelt es sich bei der ST um ein relevantes Phänomen in der psychiatrischen Pflege. Aufgrund der empirischen Erkenntnisse der letzten Jahre wurde das Thema curricular in der pflegerischen Ausbildung verankert. Bereits eine Sensibilisierung für das Thema kann zum eigenen Schutz beitragen, ebenso können aber auch Schutz- und Risikofaktoren Ansatzpunkte zur Prävention liefern. Da der Dissoziation prädisponiert

eine zentrale Bedeutung beigemessen werden kann, können Interventionen, die das Dissoziationsrisiko senken, ebenfalls gezielt zum ST-Schutz eingesetzt werden.

Kurze Zusammenfassung, was die einzelnen Beiträge (1 bis 3) inhaltlich zum Symposium beitragen:

Im ersten Vortrag werden die Sekundäre Traumatisierung und ihre Hintergründe (z.B. Symptomatik, Folgen, Entstehung, Risiko- und Schutzfaktoren) vorgestellt, anschliessend die Relevanz des Phänomens settingübergreifend anhand der empirischen Erkenntnisse veranschaulicht (Vortrag 2). Im 3. Vortrag werden Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen und konkrete Massnahmen aufgezeigt, welche Schutzmassnahmen z.B. gegenüber dem Risikofaktor „Dissoziation“ eingesetzt werden können.

Prof. Umgang mit traumatisierten Menschen in unterschiedlichen Kontexten

Jacqueline Rixe, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Beirätin im Vorstand der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Leiterin der AG Pflege- und Interventionsforschung und des Referats Evidenzbasierte Pflegepraxis, Fachbereich Psychosoziale Medizin, Ev. Klinikum Bethel, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Deutschland, Jacqueline.Rixe@evkb.de

Dorothea Sauter, M.Sc., Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, Pflegeentwicklerin, LWL-Klinik Münster, Deutschland

Julia Schellong, Dr. med., Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Leiterin des DGPPN-Referats Psychotraumatologie, Stellvertretende Klinikdirektorin und Oberärztin Psychotraumatologie, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Deutschland

Ingo Schäfer, Prof. Dr. med., MPH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellvertretender Leiter des DGPPN-Referats Psychotraumatologie, Leiter der Trauma-Ambulanz, des Arbeitsbereichs Suchtmedizin und des Koordinierenden Zentrums für traumatisierte Geflüchtete (Centra), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland

Beiträge

- Beitrag 1: Die Bedeutung von traumatischen Erlebnissen in psychiatrischen Behandlungskontexten (Ingo Schäfer)
- Beitrag 2: Empfehlungen für die Begleitung und Behandlung von Menschen mit Traumaerfahrungen (Julia Schellong)
- Beitrag 3: Empfehlungen für die pflegerische Begleitung von traumatisierten Menschen (Jacqueline Rixe & Dorothea Sauter)

Übergeordneter Hintergrund

Traumatische Ereignisse sind einschneidende Erfahrungen im Leben eines Menschen und können zu spezifischen Traumafolgestörungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder der komplexen PTBS, aber auch zu und anderen psychischen Erkrankungen führen. Zusammenhänge zwischen traumatischen Erlebnissen und psychischen Erkrankungen wurden z.B. im Rahmen eines Umbrella-Reviews untersucht (Hogg et al. 2022) und ein dreifach erhöhtes Risiko für die Entstehung unterschiedlichster psychischer Erkrankungen durch traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte nachgewiesen.

Somit begegnen und begleiten Pflegefachpersonen und andere Berufsgruppen in psychiatrischen Versorgungskontexten tagtäglich Patientinnen und Patienten, denen traumatische Erlebnisse widerfahren sind. Und dies nicht nur auf traumatherapeutisch ausgerichteten Stationen, sondern in allen psychiatrischen Settings. Selten können die traumatischen Erlebnisse im Rahmen einer stationären Behandlung bearbeitet werden, häufig stehen andere Schwierigkeiten und Symptome im Vordergrund. Teilweise wissen Behandlungsteams noch nicht einmal von den traumatischen Erlebnissen der Patientinnen und Patienten, manchmal sind diese auch den Betroffenen nicht bewusst.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die traumatischen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund ihrer Prävalenz und Relevanz nicht ausreichend in der Versorgung berücksichtigt werden, wenn die Betroffenen aufgrund einer nicht unmittelbar traumaassoziierten psychischen Erkrankung wie der PTBS in Behandlung sind. Damit bleiben nicht nur leidvolle Erfahrungen unbearbeitet, dies kann auch Behandlungserfolge gefährden und die Zusammenarbeit zwischen Helfenden und Patientinnen / Patienten belasten.

Übergeordnete Fragestellung

Was ist bei in der Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten, denen in ihrer Vorgeschichte traumatische Erlebnisse widerfahren sind, zu berücksichtigen? Welchen Auftrag haben Pflegefachpersonen, um zu einer adäquaten traumainformierten Versorgung beitragen?

Übergeordnete Diskussion

Die Bedeutung von traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte der Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Versorgungskontexten ist durch wissenschaftliche Erkenntnisse vielfach belegt. Daher ist in allen psychiatrischen Behandlungskontexten eine traumainformierte Versorgung (traumainformed care) erforderlich. Wichtige Elemente hierbei sind: Vertrauen aufbauen, Sicherheit vermitteln, den Patientinnen und Patienten Kontrolle überlassen und Selbstbestimmtheit ermöglichen. Pflegefachpersonen tragen wesentlich zur Realisierung einer traumainformierten Versorgung bei.

Zu berücksichtigen ist, dass sich auch Behandlungs- und Therapieempfehlungen in den letzten Jahren verändert haben. So werden beispielsweise in der letzten S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Schäfer et

al. 2019) traumafokussierte Psychotherapieverfahren als Mittel der ersten Wahl empfohlen und zuvor formulierte Kontraindikationen wurden deutlich reduziert. Somit ist nun auch für Menschen, die zusätzlich z.B. an einer Substanzabhängigkeit oder Psychose erkrankt sind, eine traumafokussierte Behandlung möglich. Auch, wenn dies nur selten Gegenstand der aktuellen stationären Behandlung ist, können und sollten die Betroffenen über Behandlungsoptionen informiert und Wege zu einer passenden Therapie geebnet werden. Pflegefachpersonen können auch hierbei einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie informieren, vermitteln und ermutigen.

Übergeordnete Schlussfolgerung

Da uns traumatisierte Menschen tagtäglich in unterschiedlichen Versorgungskontexten begegnen, ist es notwendig, eine traumainformierte Versorgung zu gewährleisten. Wichtig ist, dass Pflegefachpersonen sich der Relevanz von Psychotraumata in der psychiatrischen Behandlung bewusst sind, einen Überblick über Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten haben, die Patientinnen und Patienten traumasensibel begleiten und hinsichtlich traumafokussierter Gespräche und Therapien ermutigen. Grundlegend hierfür ist die vertrauensvolle Beziehung, die im Rahmen der traumainformierten Versorgung u.a. dadurch aufgebaut werden kann, dass den Betroffenen Sicherheit vermittelt wird und ihnen Kontrolle und Entscheidungsmöglichkeiten eingeräumt werden.

Kurze Zusammenfassung, was die einzelnen Beiträge (1 bis 3) inhaltlich zum Symposium beitragen

Der erste Vortrag fokussiert auf die Relevanz von traumatischen Erlebnissen im psychiatrischen Kontext, der zweite zeigt Behandlungs- und Therapieempfehlungen in Anlehnung an die S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ auf. Im dritten Vortrag wird dargestellt, was eine traumasensible Pflege ausmacht und wie Pflegefachpersonen zu einer traumainformierten Versorgung beitragen können.

Konzepte / Strategien der Implementierung in psychiat. Teams

Gitte Herwig, Pflegeexpertin APN M.Sc, Klinik für Forensische Psychiatrie & Psychotherapie, ZfP Emmendingen
Nina Eck, B. A., Gesundheits- und Krankenpflegerin, Klinik für Suchttherapie, ZfP Klinikum am Weissenhof, Deutschland

Sandra Schäfer, Pflegeexpertin APN M.A., Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Deutschland

Dorothea Sauter, M.Sc., Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Leiterin

Pflegeentwicklung, LWL-Klinik Münster, Deutschland, d.sauter@dfpp.de

Beiträge

- Beitrag 1: Befähigende Begleitung und Barriere-Management bei der Implementierung komplexer Interventionen (Gitte Herwig)
- Beitrag 2: Die Bedeutung von organisationalen Einflussfaktoren in Implementierungsprozesse (Sandra Schäfer)
- Beitrag 3: Hindernisse bei der Implementierung von evidence-basierter psychiatrischer Pflege (Nina Eck)

Übergeordneter Hintergrund

Implementierung ist die Überführung und Übersetzung von Forschungswissen oder Innovationen in die Handlungspraxis. Vielfältige Befunde zum Evidence-Practice-Gap belegen, dass Implementierungsprozesse oft nicht effektiv und nicht erfolgreich sind. Erfolgreiche Implementierung erfordert ein strukturiertes Vorgehen, das die Analyse und das Management von relevanten Einflussfaktoren, die sorgfältige Wahl der Implementierungsstrategien, die Frage einer möglichen Anpassung der zu implementierenden Innovation an die konkrete Handlungssituation, sowie Massnahmen für das Monitoring und die Evaluation der Prozesse einschliesst. In den letzten Dekaden wurden viele konzeptuelle Modelle und Strategien zur Implementierung entwickelt und geprüft.

Übergeordnete Fragestellung

Worauf müssen für Implementierung verantwortliche Personen und Praktiker_innen achten, wenn Sie die Handlungspraxis psychiatrisch Pflegenden und anderer Akteur_innen verändern wollen? Welche Elemente und welche Strategien machen Implementierungsprozesse erfolgreich?

Übergeordnete Diskussion

Eine Orientierung an einem Implementierungsmodell hilft dabei, die komplexen Anforderungen von Implementierungsprozessen zu prüfen und zum Team und zur Situation passende Handlungsschritte zu planen. Vielfältige Erkenntnisse der Implementierungswissenschaft geben weitere Impulse, um Barrieren in Teams zu überwinden und Veränderungsprozesse gelingend zu gestalten und zu steuern. Das Wissen, wie ein Team wirksam verbesserte Angebote für psychisch kranke Menschen ermöglicht, kann für alle beflügelnd sein.

Übergeordnete Schlussfolgerung

Anhand von Literaturanalysen sowie anhand der Konzeptualisierung und Reflexion von Praxisprojekten können sehr konkrete Impulse für eine effektive Implementierung komplexer Interventionen in psychiatrischen Teams vorgestellt werden. Diese Erkenntnisse sind relevant für alle Personen, welche psychiatrische Angebote verbessern wollen: sowohl Führungspersonen oder Projektbeauftragte als auch Praktiker_innen.

Kurze Zusammenfassung, was die einzelnen Beiträge (1 bis 3) inhaltlich zum Symposium beitragen

Beitrag 1: Mittels systematischer Literaturanalyse wurden Hindernisse bei der Implementierung von evidence-basierter psychiatrischer Pflege identifiziert. Sie lassen sich den Kategorien Ressourcen, Organisation, Intervention, Team, Patient_innen, sowie individuelle Faktoren und fachliche Voraussetzungen zuordnen. Eine Adaption der Intervention sollte nicht nur auf das intendierte Anwendungssetting erfolgen, sondern insbesondere teambezogene Faktoren sollten mitbedacht, erhoben und durch kontextangepasste Strategien adressiert werden.

Beitrag 2: Implementierungswissenschaftlich relevante Theorien, Modelle und Rahmenwerke hinsichtlich Einflussfaktoren in Implementierungsprozesse wurden im Rahmen einer Literaturrecherche gesichtet. Facilitation wird als ein Schlüsselfaktor im Zusammenhang mit der Bedeutung personaler Einflussfaktoren für das Gelingen von Implementierungsprozessen betrachtet. Facilitation ist eine Methode zur Unterstützung von Veränderungsprozessen; sie fokussiert die Art und Weise, wie Individuen denken und handeln. Theoretische Fundierung findet sich u. a. in der emanzipatorischen Praxisentwicklung, die die Grundannahmen der

Praktiker_innen und das soziale System fokussiert. Damit kann die Verhaltensänderung der Praxisakteure in der Folge die nachhaltige Implementierung gelingen.

Beitrag 3: für eine nachhaltige Implementierung liegt ein weiterer wichtiger Fokus auf organisationalen Einflussfaktoren. Der aktuelle Wissens- und Forschungsstand wurde durch eine systematische Literaturrecherche ermittelt; ausserdem wurden zur Evaluation des Implementierungsprozesses „Pflegetherapeutische Gruppen im Zentrum für Seelische Gesundheit“ Expert_inneninterviews durchgeführt. Merkmale zur Organisations- und Veränderungskultur, Führungsqualität, zum Organisations- und Veränderungsklima, Fort- und Weiterbildungsangebot und zu allgemeinen Ressourcen beeinflussen die Einführung von Innovation. Wichtige Aspekte sind gemeinsame Ideen und Verhaltensweisen, grundlegende Werte und Normen einer Organisation, aktive Beteiligung, Unterstützung und Befürwortung der Innovation durch die Leitungsebene und eine umfassende Einbindung der Mitarbeitenden in den Implementierungsprozess.

Recovery College – Hintergründe, Konzepte, Evaluation & Implementierung

Gianfranco Zuaboni, Dr. rer. medic., Pflegefachperson FH, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg AG; Leiter Recovery College Bern, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Schweiz, g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Andrea Zingseim, Recovery College Gütersloh-OWL, c / o LWL-Klinikum Gütersloh, Haus 55 Buxelstrasse 50, 33334 Gütersloh, Deutschland

Jared Omundo, Recovery College Gütersloh-OWL, c / o LWL-Klinikum Gütersloh, Haus 55 Buxelstrasse 50, 33334 Gütersloh, Deutschland

Michael Schulz, Prof. Dr., Stellvertretender Pflegedirektor, Pflegerische Abteilungsleitung Allgemeinpsychiatrie Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Sabine Heiniger, Expertin aus Erfahrung und RCB-Kurskoordinatorin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz

Beiträge

- Beitrag 1: Recovery College – Hintergründe, Konzepte und Qualitätsinstrumente (Gianfranco Zuaboni)
- Beitrag 2: Evaluation des Recovery College Gütersloh – Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie (Andrea Zingsheim, Jared Omundo, Michael Schulz)
- Beitrag 3: Lernen vom Recovery College – Was kann man für seinen praktischen Alltag nutzen? (Sabine Heiniger, Andrea Zingsheim, Jared Omundo)

Hintergrund

Die Recovery-Orientierung ist eine zentrale Ausrichtung von zeitgemässen psychiatrischen Dienstleistungen (Zuaboni et al., 2021). Die daraus resultierende Transformation erfordern ein Wandel der professionellen Werte und Haltungen (Shepherd et al., 2010). Auch sind konkrete evidenzbasierte Angebote und Interventionen angezeigt, wie das Bildungsangebot „Recovery College“ (RC), die die praktische Umsetzung der Recovery-Orientierung fördern (Piat et al., 2022; Slade & Longden, 2015). Der Ansatz des RC's stellt im deutschsprachigen Raum eine Innovation dar. Im Wesentlichen handelt es sich um ein Bildungsangebot und nicht um eine therapeutische Intervention. Daraus können Chancen aber auch Schwierigkeiten bei der Implementierung entstehen, die im Verlauf des Vortrages erläutert werden.

Fragestellung

Im Rahmen des Symposiums wird der Frage nachgegangen, worin sich das Konzept des RC's von herkömmlichen therapeutischen und pädagogischen Angeboten unterscheidet. Auch wird dargelegt werden, wie Teilnehmende von RC-Kursen ihre Beteiligung einschätzen. Zum Abschluss wird der praktische Transfer von RC-Wissen in die psychiatrische Praxis untersucht.

Ergebnisse

Bereits gibt es Instrumente, die genutzt werden können, um die konkrete Umsetzung der RC-Konzepte zu unterstützen. Erste Ergebnisse von Evaluationen zeigen auf, dass sich die Konzept-Orientierung lohnt, da entsprechende RC-Angebote von den Teilnehmenden sehr gut aufgenommen werden.

Diskussion

RC bilden eine vielversprechende Ergänzung zu den bestehenden therapeutischen Angeboten. Es besteht jedoch die Gefahr, dass Angebote nicht dem Konzept entsprechen, sondern sich nur oberflächlich daran orientieren. Die Orientierung an vorhandenen Instrumenten scheint hilfreich zu sein, um die Implementierung von RC-Angeboten erfolgreich voranzubringen.

Kurze Zusammenfassung, was die einzelnen Beiträge (1 bis 3) inhaltlich zum Symposium beitragen

Beitrag 1: Im Vortrag wird auf die Hintergründe eingegangen, welche zur Entstehung der Recovery Colleges beigetragen haben. Des Weiteren werden grundlegende Merkmale der Recovery Colleges vorgestellt. Auch wird ein Instrument zur Einschätzung von RC, die Fidelity Scale, vorgestellt.

Beitrag 2: Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurden Studierende des RC Gütersloh hinsichtlich der Zufriedenheit und des Wissenszuwachs befragt. Im Vortrag werden die Ergebnisse präsentiert.

Beitrag 3: In diesem als Praxisworkshop konzipierten Teil des Symposiums entwickeln die Teilnehmenden anhand der Erkenntnisse aus den vorangegangenen Vorträgen Strategien, wie sie in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern die Recovery-Orientierung fördern können.

5. Workshops

Informeller Zwang als Intervention in einer patientenorientierten Behandlung?

Simone Beeri, MSc, Leiterin Pflegeentwicklung, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz. Doktorandin Universität Maastricht, Niederlande, simone.beeri@pzmag.ch

Caroline Gurtner, MSc, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Berner Fachhochschule, Schweiz. Doktorandin Universität Maastricht, Niederlande

Sabine Hahn, Prof., PhD, MNSc, Pflegeexpertin HöFa II, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Leiterin des Fachbereichs Pflege, Leiterin angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Schweiz

Hintergrund

Der Einsatz von Zwang in der psychiatrischen Versorgung ist umstritten und seit langem Gegenstand ethischer Debatten. Patient_innen erleben Zwangsmassnahmen als ausgesprochen negatives Ereignis und häufig auch als traumatisierend. Wenn Zwang im Rahmen der geltenden Gesetze zur psychischen Gesundheit ausgeübt wird, spricht man in der Regel von formellem Zwang. Dieser bezieht sich auf Interventionen, die gegen den Willen der Patient_innen erfolgen, einschliesslich unfreiwilligen Krankenhauseinweisungen, Behandlungen ohne Zustimmung und freiheitseinschränkenden Massnahmen. Verschiedene Interventionen, die nicht unter formellem Zwang fallen, können jedoch auch die freiwilligen und autonomen Entscheidungen von Patient_innen beeinträchtigen. Die Terminologie, die zur Beschreibung und Definition dieser Art von Intervention verwendet wird, ist sehr unterschiedlich. Sie wird als quasi-formaler Zwang, Techniken zur Förderung der Adhärenz oder Behandlungsdruck bezeichnet. Ein häufig verwendeter allgemeiner Begriff ist informeller Zwang.

Einleitung

Informeller Zwang bezieht sich auf kommunikative Strategien, die eingesetzt werden, um die Entscheidungsfindung von Patient_innen zu beeinflussen und ihre Adhärenz zur empfohlenen Behandlung oder zu sozialen Regeln zu verbessern. Das Spektrum des informellen Zwangs stellt ein Kontinuum von Phänomenen dar, das von subtilen zwischenmenschlichen Interaktionen bis hin zu Demonstrationen von Macht einhergeht. Während formeller Zwang in den meisten Ländern gesetzlich geregelt ist, ist informeller Zwang gesetzlich nicht geregelt. Ausserdem fehlt im Unterschied zum formellen Zwang eine allgemein akzeptierte Definition.

Thema

Erfahrungen von Pflegefachpersonen im Umgang mit informellem Zwang in der psychiatrischen Pflege zeigen, dass sie sich an die Pflegekultur der Institution anpassen, Gesetze einhalten, Zwang rechtfertigen, Patient_innen überzeugen, mit ihnen verhandeln, professionelle Macht einsetzen oder ihr eigenes Handeln in Frage stellen. Einige Fachpersonen sind überzeugt, dass informeller Zwang wirksam ist, dass aber oft ein unangenehmes Gefühl entsteht, wenn er angewendet wird. Sie empfinden eine explizite und implizite Dissonanz zwischen Einstellung und Praxis, weil die Anwendung im Alltag häufig vorkommt, aber nicht als korrekt angesehen wird. Das Ausmass von informellem Zwang wird nicht ausreichend erkannt, stärkere Formen werden unterschätzt.

Ziele

Auf dem Hintergrund einer potentiellen Beschreibung und Definition von informellem Zwang haben sich die Teilnehmenden mit ihren persönlichen Erfahrungen, der Notwendigkeit, der Bedeutung und möglicher Folgen auseinandergesetzt.

Gestaltung des Workshops

In einem Impulsreferat wird den Teilnehmenden in Beschreibung und Definition von informellem Zwang dargelegt. In einer ersten Gruppenarbeit sind die Teilnehmenden eingeladen, über die Beschreibung und Definition sowie über ihre persönlichen Erfahrungen in ihrer Pflegepraxis auszutauschen.

In einem zweiten Impulsreferat wird den Teilnehmenden ein Modell zu informellem Zwang vorgestellt. In der anschliessenden Gruppenarbeit sind die Teilnehmenden eingeladen, die Notwendigkeit der Verhältnismässigkeit, die Bedeutung des Inhalts und der Folgen von informellem Zwang sowie Bedenken darüber zu diskutieren. Gegen Ende des Workshops diskutieren die Teilnehmenden im Plenum ihre Einsichten und Schlussfolgerungen.

Lernziele des Workshops

Nach Teilnahme an diesem Workshop haben die Teilnehmenden:

- sich mit einer möglichen Beschreibung und Definition von informellem Zwang auseinandergesetzt.
- ihre persönlichen Erfahrungen hinsichtlich der Anwendung von informellem Zwang reflektiert.
- die Notwendigkeit der Verhältnismässigkeit, die Bedeutung des Inhalts und der Folgen von informellem Zwang sowie Bedenken darüber reflektiert.

Übungsraum für verletzungsfreies Debattieren – ein Workshop zur Entwicklung der Debattierkompetenz in der psych. Pflege

Christian Burr, Dr. rer. cur, MScN, RN, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz. klinischer Pflegeexperte, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD, Bern, Schweiz christian.burr@bfh.ch

Beatrice Gehri, MScN, RN, Assistentin, Doktorandin, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel; Pflegewissenschaftlerin, Abteilung Bildung, Forschung und Entwicklung, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Susanne Schoppmann, Dr. rer. med., Dipl. Pflegewirtin (FH), Pflegewissenschaftlerin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Klinik für forensische Psychiatrie, Schweiz

Hintergrund und Einleitung

Die psychiatrische Pflege ist die grösste Berufsgruppe in der psychiatrischen Versorgung. Lange war ihr Einflussbereich auf das System aber auch in der direkten klinischen Arbeit begrenzt. Auch wenn u.a durch Professionalisierung und Akademisierung die Möglichkeiten der Einflussnahme in den letzten Jahren zugenommen haben z.B. durch die Mitarbeit bei der Entwicklung von Leitlinien und Stellungnahmen zu berufspolitischen und politischen Entwicklungen wie der Pflegeinitiative, scheint es diesbezüglich noch Entwicklungspotential zu geben. So auch in aktuellen Diskursen zu Fachkräftemangel, Arbeitsbedingungen, Fachentwicklung und Evidenzbasierung, um nur einige zu nennen.

Thema

Neben anderen ist die Kompetenz des Debattierens wichtig, um die Berufsgruppe und deren Anliegen in interdisziplinären, interprofessionellen, aber auch politischen Diskursen sichtbar zu machen und gut zu vertreten. Diese Kompetenz scheint aber in vielen Bereichen der psychiatrischen Pflege noch wenig ausgeprägt. Um diese Kompetenzen zu entwickeln eignen sich „sichere“ Übungs- und Lernräume. Dazu gibt es verschiedene Methoden wie beispielsweise die amerikanische Debatte, die britischen Debattierclubs oder die Fish-Bowl-Methode. Die Fish-Bowl-Methode zeichnet sich dadurch aus, dass sie es zulässt mehrere Positionen in einer Runde zu diskutieren und den Teilnehmenden dadurch die Möglichkeit eröffnet, von einer passiven zu einer aktiven Rolle in der Diskussion wechseln zu können.

Ziele

Das Ziel des Workshops ist es, den Teilnehmenden zu ermöglichen ihre Debattierfähigkeiten zu üben, zu reflektieren und zu erweitern.

Ablauf und Gestaltung des Workshops

- Kurze Einführung ins Thema und darstellen der Relevanz
- Einführung in den Workshop. Es wird die Fish-Bowl-Methode vorgestellt sowie drei verschiedene Positionen zum Thema EbN. Die Teilnehmenden können sich für eine Position entscheiden oder es wird durch Los entschieden welche Position vertreten wird, so dass eine gewisse emotionale Distanz zum Thema ermöglicht wird. Dies wird den Teilnehmenden freigestellt. Zur Unterstützung während der Debatte erhalten die Teilnehmenden ein Dokument mit möglichen Argumenten zu der entsprechenden Position.
- Durchführung der Debattierunde: die Teilnehmenden wechseln laufend vom äusseren „passiven“ Kreis zum inneren „aktiven“ Kreis. Die moderierende Person achtet auf die Gesprächsregeln, so dass die Diskussion von allen als sicher erlebt werden kann.
- Reflexionsrunde zum Schluss bezüglich Gelingenem und Hilfreichem.

Lernziele des Workshops

- Die Teilnehmenden lernen ihre bisherigen und auch neue Debattierfertigkeiten in einer Debatte konstruktiv und kraftvoll einzusetzen
- Die Teilnehmenden erleben die Kraft von guten Argumenten in einer Debatte

Weg von Zwangsmassnahmen – Bau Dein eigenes Qualitätsboard mit Patienten-Schlüsselmomenten und harten Fakten

Daniel Gilgen, Rayon-Leiter Pflege 26 / 27, Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz, Daniel.Gilgen@pzmag.ch

Pia Schmid, Stationsleiterin Pflege 26 / 27, Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Anika Frei, Fachverantwortliche Pflege 26 / 27, Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Daniel Zwahlen, Leiter Pflege Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Andrew Rutsch, Dr., Leiter Projekt- und Prozessmanagement Direktion Pflege und Bildung, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Philipp Mattmann, Dr., Direktor Pflege und Bildung sowie Leiter Angebot Wohnen und Arbeiten, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Malte Christian Claussen, KD Dr. med., Chefarzt Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Problemlage

Als Zielsetzung wurde von der Geschäftsleitung einer psychiatrischen Institution die Steigerung der Behandlungsqualität auf zwei Akutstationen, trotz anspruchsvoller Rahmenbedingungen, wie dem Fachkräftemangel, dem Einsatz von Temporärmitarbeitenden und herausfordernden ökonomischen Gegebenheiten, formuliert.

Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund wurde ein Pilot- und Kompassprojekt initialisiert, welches eine dezentral-proaktive Qualitätsführung und Zusammenarbeit zum Ziel hat. Konkret soll das Projekt Folgendes leisten können:

- Ergebnisorientierte Daten sollen nicht mehr in einem zentralen Qualitätsmanagement, sondern dezentral gesammelt und ausgewertet werden, sodass ihre Ergebnisse direkt vor Ort auf Station in die Praxis einfließen können.
- Mit dem Projekt soll der Patient_innenzentrierte Mehrwert in den Fokus gerückt werden, was der strategischen Ausrichtung der Klinik entspricht.
- Der neuen nationalen Qualitätsstrategie entsprechend werden im Zuge des Projekts Patient_innenerfahrungen im Behandlungsprozess (via PREMs, Patient-Reported Experience Measures) sowie die subjektive Beurteilung der Gesundheitsergebnisse durch die Behandlung (via PROMs, Patient-Reported Outcome Measures) systematisch erfasst.
- Die Bewusstheit und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden und des Pflorgeteams als Ganzes soll gestärkt werden.

Methodik

Um diese Ziele zu erreichen, setzt das Projekt an der gelebten Haltung, am Prozess und an den konkreten Ergebnissen an und bindet dafür die Patient_innen, die Mitarbeitenden und das Team als Ganzes aktiv mit ein. Dazu wurde als Methodik ein Design Thinking-Prozess (Vetterli et al. 2017) ausgewählt, da er einen empathischen und transformativ-nachhaltigen Problemlösungsfokus verfolgt und eine aktive Einbindung der Projektbeteiligten ermöglicht.

Ergebnisse

Zwei Werkzeuge wurden durch diesen Prozess eingeführt: (i) ein Leitkompass zur Vermittlung der Kern-Ziele und Sinnhaftigkeit dieses Projekts; (ii) ein dezentraler Qualitätsmanagementprozess auf Basis eines Qualitätsmanagementsboards und Teamgefässes sowie eines Patient_innen-Schlüsselmoment-Leitfadens.

Eine erste Projektevaluation zeigt eine höhere Selbstwirksamkeit, eine positive Dynamik im Pflorgeteam sowie eine starke Rückläufigkeit der Fixationen und Isolationen. Zu letzterem hat womöglich die Implementierung dieses Projekts beigetragen.

Diskussion

Die ersten Ergebnisse sind möglicherweise auch von diversen Co-Variablen wie der Veränderung des klinischen Behandlungsprozesses oder der Einführung eines innovativen Stationskonzeptes (High Intensive Care HIC) beeinflusst worden.

Im Kontext der Reduktion von bewegungseinschränkenden und Zwangs-Massnahmen sollte zudem die Aufmerksamkeit auf den Personalmangel und die kontinuierliche Evaluierung von Bewegungseinschränkungen und Zwang weiter fokussiert werden (Van Melle, 2021).

Schlussfolgerung

Die positiven Ergebnisse verdeutlichen das grosse Potenzial dieses dezentral-proaktiven Qualitätsansatzes in der klinischen Versorgung. Darum soll dieses Gefäss und Instrument nun auch interprofessionell und auf weiteren Stationen der Klinik eingeführt werden.

Genesungsprozesse ganzheitlich begleiten – beispielhaft bearbeitet an den Themen Entscheidungsfindung und psych. Schmerz

Grieser Manuela, Dozentin, Leiterin Weiterbildung Pflege, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Schweiz, manuela.grieser@bfh.ch

Lo Faso Maja, Dipl. Feldenkraislehrerin®, Dipl. Emotion Coach, Dipl. Mental Coach, Mandatsdozentin Berner Fachhochschule, Autorin Psychiatrieverlag Köln, Geschäftsführerin lofaso gmbh, Schweiz

Nicole Amrein, Autorin, Expertin aus Erfahrung, externe Lehrbeauftragte, Berner Fachhochschule, Schweiz

Einleitung

Psychische Krisenerfahrung, Verletzung und Verletzlichkeit betreffen nebst Klient_innen auch Familiensysteme, Fachpersonen und Teams. Dabei wirken sich Krisen auf den gesamten Menschen, dessen Körper-, Emotional- und Mentalbereich sowie sein Sozialverhalten aus. Auch werden empathische soziale Beziehungen als massgebliche Faktoren für Genesungsprozesse erkannt und sind entscheidend für den Behandlungserfolg. Folglich finden sich auf allen Ebenen der Lebensregulation und der Beziehungsgestaltung zahlreiche Ressourcen, um von psychischen Verletzungen zu genesen oder ihnen präventiv entgegenzuwirken. Dafür vermitteln wir integrative, systemische Ansätze für die pflegetherapeutische Begleitung in Zusammenarbeit mit einer Expertin aus Erfahrung.

Assessment – Methoden und Auftragsklärung

Mittels Assessment wird der Handlungsrahmen abgesteckt, das Thema sowie dessen Intensität beschrieben. Dabei werden möglichst die kognitive, emotionale und körperliche Ebene einbezogen. Die Fachperson erkennt durch therapeutische Resonanz, wo das „Heimatgebiet“ einer Klient_in liegt. Ist sie beispielsweise kognitiv angeregt, eignet sich ein sprachliches Assessment. Hat sie Angst, ist unruhig oder „assessmentmüde“, sind sinnesbasierte Assessments hilfreich. Durch Kreativtechniken, wie die Arbeit mit inneren Bildern, lassen sich Informationen heben (Lo Faso, Grieser, Amrein, 2022). Der Einbezug einer Expertin aus Erfahrung ist hilfreich. Die meisten Klient_innen haben ein persönliches Erklär-Modell für ihre Probleme. Es ist wichtig, dieses zu verstehen und zu visualisieren. Aus dem Sinn, den Betroffene ihren Phänomenen zuschreiben, lassen sich Ressourcen ableiten. Auch der Einbezug von Angehörigen kann in dieser Phase gewinnbringend sein. Damit Klient_innen zu ihrer intrinsischen Veränderungsmotivation finden, erkunden Pflēgetherapeut_innen sich nach deren Lebenszielen. Es ist wichtig, solche Fragen in möglichst entspanntem Zustand zu stellen.

Pflegetherapeutische Interventionen

Therapeutische Massnahmen sind besonders wirkungsvoll, wenn Fachpersonen und Klient_innen auf allen Ebenen der Lebensregulation arbeiten.

Pflegephänomen: Entscheidungsfindung

Dies erzeugt inneren oder äusseren Druck, Konflikt oder Dilemma. Die Ambivalenz wirkt sich längerfristig negativ auf verschiedene Lebensbereiche aus. Mit Menschen, die dieses Phänomen erleben, können folgende Techniken angewandt werden (Lo Faso, Grieser, Amrein, 2022):

Ebene der Lebensregulation	Intervention
Körperebene	Körper und Selbstwahrnehmung „Der erste Impuls“
Emotionale Ebene	Stressabbau mit ESR Visualisieren, „Pro und Kontra“
Mentale Ebene	„Perspektivwechsel“ „Inneres Team“ Heldenreise nach Campbell
Gestalterische Ebene	Malen, Bauen, gestalten des eigenen Weges

Pflegephänomen: körperlicher, psychischer Schmerz

Dieses beschreibt einen Zustand jenseits des Ertragbaren, erzeugt durch anhaltende Belastungen, Schicksalsschläge, Traumata. Oft werden sozialer und körperlicher Schmerz vermischt und dieser gespiesen aus Schmerzgedächtnis und Biografie.

Folgende Techniken eignen sich (Lo Faso, Grieser, Amrein, 2022):

Ebene der Lebensregulation	Intervention
Körperebene	Atem- und Stimmarbeit Übungen zur Schmerzlinderung
Emotionale Ebene	Stressabbau mit ESR, EMDR, Kopfkupressur
Mentale Ebene	Biografiearbeit Positivtagebuch, positive Erfahrungen ankern
Verhaltensbereich	Inventur der Grundbedürfnisse

Evaluation

Abschliessend im Prozess werden Massnahmen und Ziel evaluiert sowie Erfolge gefeiert. Körperempfindungen und Emotionen ergänzen die kognitiven Erkenntnisse. Der Einbezug von Angehörigen macht Erwartungen transparent und Wahrnehmungsdiskrepanzen erkennbar.

Long Covid / Post Covid – Daten, Hintergründe und praktische Anforderungen an die psychiatrische Pflege

Linda Frei, Pflegefachfrau FH, BSc, Geschäftsleitung, Spitex Herzenssache Zürich, Schweiz

[Dirk Richter](#), Prof. Dr., Dipl. Pflegefachmann, Leiter Innovationsfeld psychische Gesundheit & psychiatrische Versorgung, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz. Leiter Forschung und Entwicklung, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz, dirk.richter@bfh.ch

Hintergrund

Long Covid / Post Covid (LC / PC) ist ein Krankheitsbild, dessen Symptome sich nach überstandener Infektion mit SARS-CoV-2 bei knapp der Hälfte der betroffenen Personen entwickelt hat.

Einleitung

Nach Infektion mit SARS-CoV-2 erleben viele Betroffene über Monate und bisweilen Jahre hinweg LC / PC-Symptome. Diese Symptome sind zu einem erheblichen Teil relevant für die psychiatrische Pflege und haben Auswirkungen auf das soziale Umfeld bis hin zur beruflichen Situation.

Thema

Der Workshop befasst sich mit den epidemiologischen Daten, den pathophysiologischen und psychosozialen Hintergründen sowie den Unterstützungsmöglichkeiten, welche die psychiatrische Pflege bieten kann. Die Verfasserinnen sind seit längerem praktisch (Linda Frei) und wissenschaftlich (Dirk Richter) mit LC / PC befasst.

Ziele

Der Workshop hat das primäre Ziel einen Austausch zwischen professionell Pflegenden herzustellen, die mit der Pflege von LC / PC-Betroffenen befasst sind oder aber Fragen zum Krankheitsbild und zu den pflegerischen Interventionsmöglichkeiten haben. Darüber hinaus geht es um Wissensvermittlung zu LC / PC.

Ablauf

Der Workshop besteht aus drei Teilen: (1) Daten und Hintergründe zu PC / LC, (2) Erfahrungen aus der praktischen Pflege von LC / PC-Betroffenen, (3) Austausch mit Pflegenden

Gestaltung

Vortrag, Erfahrungsaustausch

Lernziele

Wissensvermittlung zu LC / PC, Verdeutlichung der Relevanz für die psychiatrische Pflege, Wissensvermittlung über die pflegerischen Interventionsmöglichkeiten bei LC / PC.

Expertensupervision – Ein Angebot für Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zur Thematisierung eines Tabuthemas

Rebecca Weikinnis, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegemanagement B.A., Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen M.A., Erweiterte mediationsanaloge Supervisorin, Systemische-Integrative Supervision, Geschäftsführerin fein-arbeit GmbH (i.G.), Coaching und Organisationsberatung (DGSv) in W., Beirat im Vorstand Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V (BFLK), Deutschland, weikinnis@fein-arbeit.de

Jacob Helbeck, Gesundheits- und Krankenpfleger, Psychiatrische Pflege B.A., cand. M.A. Interdisziplinäre Psychosentherapie, Case Manager (DGCC), Safewards Trainer, Stabsstelle für Pflegeentwicklung, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weissensee, Deutschland. Beirat im Vorstand Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Koordinator DFPP Regionalgruppe Berlin, Deutschland

Hintergrund

Drei Viertel der Menschen in helfenden Berufen haben schon einmal ein Aggressions- und Gewaltereignis im beruflichen Kontext erlebt. Sie wurden von Bewohner_innen, Klient_innen oder Patient_innen angegriffen. Sprachlosigkeit beherrscht dieses Thema. Für die Betroffenen bleibt oftmals Hilfe aus. Das Leiden unter den Betroffenen, den Aggressor_innen und im Bezugssystem ist gross. Einige Kliniken bemühen sich das Problem zu bearbeiten, anderen ist die Problemlage gar nicht bewusst. In der Wissenschaft wird versucht durch Studien die Problemlage zu erfassen. Daraus entwickelte Theorien und Modelle sollen den Akteur_innen unterschiedliche Handlungsoptionen zur Verfügung stellen.

Einleitung

Um definierte Themen oder Probleme zu bearbeiten, nutzen helfende Berufe häufig das Beratungsformat Supervision. Insbesondere die Möglichkeit zur Reflexion die diese eröffnet, ermöglicht es den beteiligten Akteuren, Bedingungen und Gegebenheiten des eigenen beruflichen Handelns, spezifische Themen, organisatorische Besonderheiten oder auch kommunikative und verhaltensbedingte Aspekte der Fachkräfte zu reflektieren und zu bearbeiten. Aber gerade Tabuthemen wie Gehaltsunterschiede, Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Patient_innen oder Aggressions- und Gewaltübergänge werden auch in Supervisionen nur selten thematisiert.

Thema

In der Auseinandersetzung mit dem Tabuthema Aggressions- und Gewaltausübung gegenüber helfenden Berufen ist eine ganzheitliche Herangehensweise wichtig. Es wird sowohl den Betroffenen als auch den Aggressoren bisher nur wenig Möglichkeit zur genauen Betrachtung des Erlebten eingeräumt. Vielerorts ist den helfenden Berufen gar nicht bewusst, durch welche Faktoren Aggressions- und Gewaltereignisse ausgelöst oder verstärkt werden können. Ebenfalls werden Faktoren zu unterschiedlichen Umgebungsorten nur wenig fokussiert. Diese führen aber zu deutlichen Unterschieden in der Anbahnung, des Ablaufes und der Schwere des Übergriffes.

Ziele

Ziel des Workshops ist es, das Angebot einer Expertensupervision, die das Tabuthema „Aggression und Gewaltereignisse an helfenden Berufen“ thematisiert, vorzustellen. Zudem sollen im Workshop durch Übungen auch praktische Erkenntnisse gesammelt werden.

Ablauf

Im ersten Impulsreferat werden Erkenntnisse über die Methode der Supervision, im Speziellen der Expertensupervision, sowie Befunde zu Aggression und Gewalt in Sozial- und Gesundheitsberufen vorgestellt. Es folgt eine erste Gruppenarbeit in Kleingruppen zur Reflexion mit der Erfahrung von Aggressions- und Gewaltereignissen. Im zweiten Impulsreferat werden exemplarisch Methoden der Expertensupervision erläutert und praktische Anwendungen diskutiert. Diese Methoden werden dann erneut in Kleingruppen ausprobiert. Abschliessend werden die Einsichten und Anwendungsideen der Teilnehmenden im Plenum gesammelt und zusammengefasst.

Gestaltung des Workshops

Die aktive Beteiligung der Teilnehmenden beinhaltet die folgenden Tätigkeiten: In einer ersten Gruppenarbeit sind die Teilnehmenden eingeladen, sich über Aggressions- und Gewaltereignisse in ihrer Pflegepraxis auszutauschen. In einer zweiten Gruppenarbeit sind die Teilnehmenden eingeladen, ausgewählte Methoden in

Form von Rollenspielen auszuprobieren, zu reflektieren und zu diskutieren. Am Ende des Workshops beteiligen sich die Teilnehmenden an der Plenumsdiskussion, um ihre Erkenntnisse und etwaige Anwendungsmöglichkeiten zu besprechen.

Lernziele des Workshops

- Die Teilnehmenden sind sensibilisiert, Aggressionsergebnisse als Prozess wahrzunehmen.
- Die Teilnehmenden erkennen die Wichtigkeit, Aggressions- und Gewaltergebnisse zu thematisieren.
- Die Teilnehmenden kennen Methoden der Expertensupervision, um Aggressions- und Gewaltergebnisse zu bearbeiten.

Und was ist mit mir?! Vom Umgang mit der eigenen Vulnerabilität in der psychiatrischen Pflege

Peter Wolfensberger, PhD, MScN, RN, Dozent, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Schweiz, peter.wolfensberger@bfh.ch

Sabrina Laimbacher, MScN, RN, PhD-Studentin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Schweiz

Hintergrund / Einleitung

Als psychiatrische Pflegefachpersonen sind wir in den verschiedensten Arbeitsfeldern (Praxis, Lehre, Forschung, Management) unterwegs und begegnen dabei ganz unterschiedlichen Menschen mit ihren Geschichten, Verhaltensweisen und Motivationen. In der therapeutischen Arbeit mit Klient_innen oder Patient_innen, aber auch in interprofessionellen Teams oder mit Partnern im Netzwerk nehmen kürzere oder längere Interaktionen bzw. Beziehungsgestaltungen einen grossen Teil unserer Arbeit ein. Mit diesen Begegnungen, bei welchen persönliche Eigenheiten, Eigenschaften und die Vulnerabilität des Gegenübers eine wesentliche Rolle spielen, ist auch unsere eigene Auseinandersetzung mit dem persönlichen Erleben und der eigenen Vulnerabilität wichtig. Dafür ist es von zentraler Bedeutung, Zugang zum eigenen Erleben zu schaffen und beispielsweise zu hinterfragen, was einem in Interaktionen möglicherweise irritiert oder triggert, weshalb man wie auf das Gegenüber reagiert, bzw. inwiefern die eigene aktuelle Lebenslage oder biographische Aspekte dabei eine Rolle spielen. Oft fällt uns die Fokussierung auf das Gegenüber leichter als auf uns selbst. Sind dann auch noch die Rahmenbedingungen erschwert, z.B. fehlende Ressourcen aufgrund Personalmangels oder anderer Umstände, besteht die Gefahr, die eigenen Bedürfnisse aus den Augen zu verlieren. Damit nehmen wir bewusst oder unbewusst in Kauf, krank zu werden oder gar aus dem Beruf auszusteigen. Entsprechende Zahlen und Berichte sprechen eine deutliche Sprache.

Wie also gehen wir mit eigenem Stress und Belastungen um? Sind wir uns unserer eigenen Vulnerabilität überhaupt ausreichend bewusst? Kennen wir deren Ursprünge und Ursachen und nehmen wir Frühwarnsymptome bei uns selbst wahr? Für psychotherapeutisch tätige Fachpersonen wie Ärzt_innen oder Psycholog_innen wird eine ausgewiesene Selbsterfahrung mit professioneller, therapeutischer Unterstützung und Begleitung (z.B. in Form von Supervision) eingefordert und vorausgesetzt. Wie und wo räumen wir als psychiatrische Pflegefachpersonen der Selbsterfahrung und Selbstreflexion entsprechenden Raum ein? Neben fachlichen und praktischen Kompetenzen und entsprechendem theoretischen Wissen, benötigen wir für unsere Arbeit in der psychiatrischen Pflege insbesondere ein hohes Mass an Sozial- und Selbstkompetenzen. Dazu gehören zum Beispiel Empathie und Mitgefühl, das Erkennen eigener Stärken und persönlicher Grenzen oder die Differenzierung des Selbstkonzepts. Die (Weiter-) Entwicklung solcher inter- und intrapersonellen Kompetenzen geschieht jedoch nicht von allein und bedarf unserer speziellen Aufmerksamkeit.

Thema

Der Umgang mit der eigenen Vulnerabilität in der Komplexität des eigenen Arbeits- und Lebensumfeldes

Ziele

Die Aufmerksamkeit, die wir der Vulnerabilität unseres Gegenübers entgegenbringen, ist auch der eigenen Vulnerabilität geschuldet. Was es dazu braucht, wie wir damit umgehen können und welchen Gewinn dies für unsere berufliche Tätigkeit zu schaffen vermag, sind die Ziele dieses Workshops.

Ablauf / Gestaltung des Workshops

Der Workshop beginnt mit einer theoretischen und gleichzeitig praxisorientierten Einführung in das Thema. Dazu werden erfahrungsbezogene Beispiele präsentiert, die mit Beispielen von Teilnehmenden ergänzt werden. In einer moderierten, explorativen Gruppendiskussion findet die Auseinandersetzung mit den Lernzielen statt. Gemeinsam wird ein Fazit gezogen und die Teilnehmenden formulieren individuelle Take-Home-Messages.

Lernziele des Workshops

Der Workshop verfolgt drei Lernziele:

- Das Erkennen der Bedeutung der eigenen Vulnerabilität
- Die Reflexion darüber, wie und wo die eigene Vulnerabilität im Arbeits- und Lebensalltag thematisiert und reflektiert wird
- Das Generieren von Ideen für die professionelle Beziehungs- und Alltagsgestaltung, welche die eigene Vulnerabilität miteinbeziehen

6. Posterpräsentationen

Pflegerische Übergabe im Dialog

Daniel Barschtipan, Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, Klinikum Schloss Winnenden, Deutschland, daniel.barschtipan@metavisit.de, d.barschtipan@PsychPfleger.com

Einleitung

Was in der somatischen Medizin bereits zu den standardisierten Prozessen gehört, findet im psychiatrischen Setting bisher kaum Berücksichtigung - die pflegerische Übergabe im Dialog. Dabei sollte diese Form des gemeinsamen Informationsaustauschs zwischen Patient_innen und Behandlungsteam auch in den psychiatrischen Versorgungssystemen eine zunehmend wichtige Rolle einnehmen. Ganz konkret geht es um den Transfer von Informationen, Befindlichkeiten, Genesungsverläufe, Lernfelder und tagesaktuelle Absprachen zwischen den zuständigen Pflegefachpersonen und den zu behandelnden Menschen.

Bereits im Jahr 2008 wurde erstmals, als Projekt, im Zentrum für Psychiatrie Winnenden – Klinikum Schloss Winnenden, diese Form der Pflegerischen Übergabe im Dialog auf einer psychiatrischen Intensivstation der Allgemeinpsychiatrie getestet. Nach einer ausführlichen Adaptionsphase profitierten alle Beteiligten davon. Dennoch lief die Projektphase nach mehreren Monaten aus und eine weitere Umsetzung wurde nicht forciert. 11 Jahre später, im Februar 2019, wurde diese Form der Übergabe nach einigen Anpassungen auf einer Station für Menschen mit depressiver Erkrankung wieder in den Alltag aufgenommen. Es wurde begonnen, die Mittagsübergabe in erster Linie von dem betreffenden Menschen einzuholen.

Ein Ziel war es die Selbstwirksamkeit des Einzelnen zu stärken, Transparenz in der Behandlung zu ermöglichen, aber auch das Lernfeld „Gesprächsführung“ der beruflich Pflegenden in der Psychiatrie zu stärken und weiterzuentwickeln.

Methode

Die beschriebene Übergabeform findet in der Regel (i.d.R.) mittags statt, d.h. bei der Übergabe vom Frühdienst an den Spätdienst. In den zurückliegenden Jahren wurden immer wieder Anpassungen, vor allem struktureller Art, vorgenommen. Zum jetzigen Zeitpunkt beginnt die Übergabe mit den Patient_innen in deren Zimmer. Zur Einhaltung des Datenschutzes werden die anwesenden Personen befragt, ob die Mitpatient_innen während der Zeit das Zimmer verlassen sollen.

Im Rahmen der Übergabe im Dialog werden alle relevanten Inhalte zum psychopathologischen Befund exploriert, ebenso wird das Thema Eigengefährdung von den Pflegenden direkt angesprochen.

Mit dieser Übergabeform sollen bedarfsorientierte Gesprächsangebote formuliert werden, die Ansprechpartner_innen seitens der Pflegenden vorgestellt, aber auch der Mensch im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns gestellt werden. Mit dem Ziel, weniger über sie (die Patient_innen) zu sprechen hin zu mehr mit ihnen in die Interaktion zu gehen.

Ergebnisse

Die Pflegerische Übergabe im Dialog ermöglicht somit eine vorbehaltlose und wertfreie Wahrnehmung der Situation und des Menschen. Menschen fühlen sich im dem Behandlungskontext integriert und werden angehalten / gefordert achtsam mit sich zu sein.

Diskussion

Bei allen Wahrnehmungen und Erfahrungen aus dem Alltag, stellt sich die Frage ob in dieser Form der Übergabe ein Modell für die Zukunft sein kann. Welche Rahmenbedingungen werden für eine Umsetzung benötigt und ist dieser Prozess auch auf einer Intensivstation der Allgemeinpsychiatrie, der Alterspsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch im Massregelvollzug denkbar? Im Rahmen der Posterpräsentation und darüber hinaus besteht für die Teilnehmenden die Möglichkeit zu diesem Thema in den Austausch zu gehen.

Schlussfolgerung

Die Erfahrungen des Verfassers sowie Rückmeldungen der Patient_innen sind überwiegend positiv. Die Menschen meldeten u.a. zurück, dass sie sehr davon profitieren und ihre Sicherheit und Transparenz gefördert wurde.

Für beruflich Pflegenden bedeutet dies schon eine Umstellung der Art „wie kommuniziere ich“. Insgesamt lohnt es, sich diesem Thema anzunehmen und in den jeweiligen psychiatrischen Bereichen zu diskutieren. Aus dem Blickwinkel des Verfassers ist ein Rollout zielführend.

Die psychiatrische Triage aus Sicht der Zuweiser

Clemens Heinisch, MAS Mental Health, Pflegefachmann HF Psychiatrie, Spitex RegioArbon, Schweiz, clemens.heinisch@spitex-arbon.ch

Andreas Heuer, MScN, Studienleiter, Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

Einleitung

Die psychiatrische Triage ist ein noch junges Feld in der Praxis. Die Angebote entwickeln sich, meist unter dem Begriff der „mental health triage“ (MHT), stetig weiter (Sands, 2009). Oft sind Triagestellen ein dem stationären Rahmen vorgelagerter Dienst mit dem Ziel, eine indikationsgemässe Zuteilung der Klienten unter Berücksichtigung der Dringlichkeit sowie des kosteneffizienten Einsatzes von Ressourcen zu erreichen. Auch wenn in der täglichen Arbeit viel Kontakt mit Zuweisern besteht, ist dennoch unbekannt, welche konkreten Erwartungen an eine psychiatrische Triagestelle existieren.

Ziele

Die Neueinrichtung einer Triagestelle in einer Klinik im ländlichen Gebiet im Jahr 2020 wurde genutzt, um Erkenntnisse über die Sicht und Erfahrungen der Zuweiser zu gewinnen. Dies kann zur weiteren Rollendefinition der psychiatrischen Triage beitragen sowie mögliche Implikationen für die Praxis führen.

Theoretischer Hintergrund

Das Verständnis und die Ausgestaltung dieser Anlaufstellen differieren im internationalen Vergleich erheblich (Sands, 2007). In der Regel ist die MHT eine Anlaufstelle für verschiedene Anspruchsgruppen, zum Beispiel zuweisende Personen oder Stellen, selbstanmeldende Menschen oder Angehörige.

Wichtige Prinzipien der MHT umfassen einen guten Zugang, die Responsiveness sowie Verantwortlichkeit; die Kernkompetenzen die Krisenintervention, Deeskalation, Verhandlungsgeschick sowie Zeit- und Ressourcenmanagement.

Methodik

Zur Datensammlung und Beantwortung der Fragestellung wurden insgesamt sieben leitfadengestützte Interviews mit Zuweisern durchgeführt. Anhand des Frameworks mit den definierten Responsiveness-Domänen der WHO (Letkovicova et al. 2005) und des daraus entwickelten Kodierleitfadens erfolgte eine Inhaltsanalyse mit strukturierter Zusammenfassung.

Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich eine gute Zufriedenheit mit den Dienstleistungen der Triagestelle, es wurden Verbesserungen in den verschiedenen Bereichen wahrgenommen. Das traf auch auf Zuweiser zu, welche keine Kenntnis von dieser Anlaufstelle hatten. Eine sehr wichtige Funktion der psychiatrischen Triage ist jene als Schnittstelle und Drehscheibe im Prozess einer Zuweisung, auch sollte eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Spitälern angestrebt werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse weisen viele Parallelen zu den bereits untersuchten Erfahrungen Angehöriger und direkt betroffener Menschen auf (Elsom et al. 2013). Eine überraschende Erkenntnis ist, dass nicht alle Zuweiser Kenntnis von dieser Anlaufstelle hatten. So ging möglicherweise einiges Potential an kooperativer Zusammenarbeit und Dienstleistungserbringung verloren.

Es empfiehlt sich deshalb, den Zugang zur Triagestelle zu verbessern, um diese und deren Angebot breiter bekannt zu machen. Dies trifft auf die Anspruchsgruppe der Zuweiser, aber auch jener erkrankten Menschen zu. Ein deutlich proaktiverer Ansatz in der Kommunikation mit Zuweisern oder auch auf anderen Plattformen ist angezeigt.

Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen: Auswirkungen und Vorgehen im stationären Behandlungskontext

Martina Heinke, RN, Fachschwester für Psychiatrie, DBT Sozial- und Pflēgetherapeutin, Fachleitung der Stationen PW04 und PW05 LWL-Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Melanie Rautert, RN, MA Community Mental Health, Pflēgeexpertin, Zentrum für Gerontopsychiatrie LWL Klinik Warstein, Deutschland, martina.heinke@lwl.org

Jonas Schmidt, RN, cand. BA-Pflēgemanagement, Stationsleitung AL01, Zentrum für Sozialpsychiatrie, LWL Klinik Lippstadt, Deutschland

Arndt Schlubach, Fachkrankenpflēger Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle Unternehmensentwicklung, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Hintergrund

Unter selbstverletzendem Verhalten versteht man Handlungen einer bewussten Schädigung des eigenen Körpers. Auch die Einnahme von Drogen oder Alkohol, sowie ein auffälliges Essverhalten kann als selbstverletzendes Verhalten bewertet werden. 70-80 % aller Patient_innen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPKS) berichten über selbstschädigende Verhaltensmuster in der Vorgeschichte. Dieses Verhalten soll nicht auszuhaltende Anspannungszustände beenden. Betroffene erleben eine Verbesserung der Symptomatik sehr kurzfristig nach oder während einer Selbstverletzung. Pflēgekräfte werden sehr häufig mit unterschiedlichen Selbstverletzungen konfrontiert und brauchen hilfreiche Vorschläge zur Intervention.

Problem

Selbstverletzendes Verhalten im Behandlungskontext führt zu unterschiedlichen Reaktionen und Gefühlen seitens der Behandler_innen, die Auseinandersetzung mit den Folgen ist somit obligat.

Gleichzeitig ist die Wirksamkeit von speziellen psychotherapeutischen Verfahren wie Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) so gut erforscht, dass das Training eingesetzt wird, wenn es darum geht, Symptome zu lindern und chronische Suizidalität zu behandeln.

Ziele

Die Massnahmen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten sollen immer der Besserung der Beschwerden der Betroffenen dienen. Pflēgerische Interventionen sind in dem Zusammenhang transparent und im Team abgestimmt. Fühlt sich ein Teammitglied ausgebrannt oder leidet unter Grenzverletzungen, steht das Problem in der täglichen Agenda auf Platz eins und muss besprochen werden.

Vorgehen

Alle am Behandlungsprozess Beteiligten benötigen Schulung, Supervision und tägliche Teambesprechungen. Das Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Eigenverantwortung zu fördern (dialektische Wippe), verlangt Flexibilität, Reflektion und Überprüfung der inneren Haltung auf Pflēge- und Betroffeneneseite. Pflēgefachkräfte müssen sich mit den eigenen schwierigen Gefühlen ebenso auseinandersetzen, wie mit denen der Betroffenen. Dabei werden gemeinsam hilfreiche Interventionen zur einer gut strukturierten Behandlungsplanung mit allem am Prozess beteiligten erarbeitet. In Kriseninterventionseinheiten richtet sich der Fokus des Teams ausschliesslich auf das Beenden der akuten Suizidalität und die Vorbereitung auf eine hilfreiche Therapie (Commitment fördern).

Ergebnisse / Erfahrungen / Schlussfolgerung

Derzeit gelten DBT und MBT als wirksamste psychotherapeutische Verfahren, verglichen mit Treatment as usual (TAU), zur Behandlung von emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (S3 Leitlinien). Wir haben es mit fünf Problembereichen zu tun, die innerhalb des klinischen Settings auch gleichzeitig auftreten können.

- Affektregulation
- Selbstbild
- psychosoziale Integration
- kognitive Funktionsfähigkeit
- Verhaltensebene

Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten können ein Team an die Belastungsgrenze und ethische Prinzipien ins Wanken bringen.

Daher sollte die Regulation des selbstverletzenden Verhaltens zu Beginn der Behandlung im Fokus stehen.

Diskussion

Konsultationsteams und Supervisionsgruppen sollen als feste Bestandteile der Behandlung gelten. Im Vergleich zu traditionellen Supervisionsgruppen, steht in der DBT die Therapie im Vordergrund: „Wie können wir der Patientin helfen, mit ihrem Therapeuten zurecht zu kommen und dabei maximale Fortschritte zu erreichen?“

Erfolgreich integriert? - Berufliche Verortung und Handlungsfelder akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Anna Heinsch, MBA Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Pflegerische Abteilungsleitung allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Wangen Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, Deutschland

anna.heinsch@zfp-zentrum.de

Alexandra Vogt, Diplom Sozialarbeiterin, Pflegeentwicklung, ZfP Südwürttemberg, Deutschland

Hintergrund

Die psychiatrische Pflegepraxis in Deutschland ist nach wie vor mit der Aufgabe konfrontiert, akademisch qualifizierte Pflegepersonen mit ihren vielfältigen Kompetenzen in die pflegerische Praxis zu integrieren. Ausbildungsintegrierte Studiengänge in der Pflege zielen überwiegend auf die direkte Patient_innen-Betreuung ab, sie werden also als sog. „Bachelor am Bett“ ausgebildet. Jedoch, so die Kritik der DGP (2015, S. 15), sind viele Hochschulabsolvent_innen in Deutschland „nicht in der direkten Patientenversorgung tätig“.

Fragestellung

Hauptziel war es, Erkenntnisse über die berufliche Verortung akademisierter Pflegekräfte im Unternehmen zu erhalten. Es wurden Fragen zu den Themen: Verbleib / Arbeitsbereiche, Aufgaben und Tätigkeitsfelder, Einsatz von Kompetenzen, Zufriedenheit und Wünsche, sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Integration gestellt.

Methode und Material

Ausgangspunkt dieser Untersuchung waren die subjektiven Erfahrungen der akademisierten Pflegekräfte, ihr Erleben und ihre Wirklichkeit. Dafür wurde das qualitative Instrument des semistrukturierten leitfadengestützten Telefoninterviews gewählt und die erhobenen Daten mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

An der Befragung haben 14 Absolvent_innen teilgenommen, welche einen ausbildungsintegrierten Studiengang in der Pflege abgeschlossen haben (Bachelor of Arts [B.A.] Pflege). Zum Befragungszeitpunkt arbeiteten neun Absolvent_innen in der direkten, drei in der indirekten Patient_innenversorgung und zwei Absolvent_innen in einer Mix-Form. Für eine erfolgreiche Integration ist die Phase des Ankommens von besonderer Bedeutung. Hinsichtlich förderlicher Faktoren (Einarbeitungskonzept, Offenheit, etc.) zeigen sich keine Unterschiede zu examinierten Pflegenden, die nach der Ausbildung in ein Team kommen (Lehmann et al., 2016). Entlastend erleben die Befragten, wenn zunächst keine anderen Erwartungen an sie gestellt werden, als sich einzuarbeiten und die Abläufe kennenzulernen. Jedoch werden v.a. das Fehlen praktischer Erfahrungen im Vergleich zu grundständig ausgebildeten Pflegekräften, das Misstrauen einiger Kolleg_innen und der fehlenden Idee, wie die Kompetenzen akademischer Pflegekräfte im Bereich eingesetzt werden können, von den Befragten als Hinderlich für ein gutes Ankommen auf Station beschrieben.

In der direkten Versorgung unterscheiden sich die Aufgaben und Tätigkeiten der Befragten nicht zu denen der grundständig ausgebildeten Pflegenden. Einzelne Befragte berichten an Arbeitsgruppen oder Projekten beteiligt zu sein (z.B. Konzeptarbeit, Implementierung Safewards). Ihr „Weggehen vom Bett“ begründen akademisch Pflegenden, die teilweise oder vollständig in der indirekten Versorgung arbeiten, damit, dass sie sich weiterentwickeln wollten und dass dies im stationären Rahmen nicht möglich sei. Häufig wird angeführt, dass die im Studium erworbenen Kompetenzen nicht ausreichend eingesetzt werden können bzw. diese nicht abverlangt werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Integration von akademisch Pflegenden in der direkten Versorgung hat sich dahingehend entwickelt, dass die Befragten den Eindruck haben, dass sowohl Wissen über den ausbildungsintegrierten Studiengang als auch Akzeptanz ihrer Rolle im Kollegium zugenommen haben. Die möglichen Einsatzfelder und Tätigkeitsprofile hingegen sind weiterhin unscharf, wenn überhaupt vorhanden. Die Integration (i.S. von eingebunden sein, Zugehörigkeit) ist somit der Implementierung (i.S. einer aktiven, systematischen und geplanten Einführung und Umsetzung der Rolle) von akademischen Pflegekräften in die psychiatrische Versorgung voraus. Diese Erkenntnis führte in der Folge zur Entwicklung von Impakt, einem 15 Punkte Tutorial zur Implementierung akademischer Pflegekräfte in der psychiatrischen Pflegepraxis.

Die Angehörigenvisite – Fragen klären, Transparenz schaffen!

Melanie Kühnpast-Barthel, M.Sc. Prävention und Gesundheitspsychologie Pflegeexpertin, Klinik für Neurologie, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland Melanie.kuehnpast-barthel@lwl.org

Hintergrund

Die Anzahl der neurologischen Patient_innen in Deutschland nimmt kontinuierlich zu. Der Handlungsdruck zeigt sich in verschiedenen Studien insbesondere bei dem Merkmal des persönlichen Kontakts zu Patient_innen und Angehörigen, sowie Zeit für den Menschen an sich. Die Angehörigen erleben dabei Belastungen, einhergehend mit Verletzlichkeiten der Psyche, wie Angst und Hilflosigkeit, aber auch Überforderung im Hinblick auf die zu bewältigenden Probleme, welche die jeweiligen neurologischen Erkrankungen mitbringt.

Problemstellung

Mittel- und langfristig kommt es zu tiefgreifenden Veränderungen und Beeinträchtigungen des Familienalltags. Dieses steigert das Risiko für gesundheitliche Probleme, sowie Depressionen und Ängste. Aus Angehörigensicht sollte diese Beratung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Fragen der praktischen Umsetzung der Pflege aufgreifen und anhaltende Unterstützung auch nach der Entlassung bieten. Die Angehörigenvisite stellt ein Konzept dar, welches in Deutschland in mehreren Artikeln aufgeführt wird, aber noch nicht weit verbreitet ausgeführt wird. Entsprechende Konzepte zur Angehörigenvisite mit ähnlichen Abläufen werden in der Literatur bereits beschrieben. Alle Quellen weisen dabei auf eine fehlende praxisnahe Expertise hin. Lediglich wird von einem vorstellbaren positiven Effekt auf die Behandlung der Patient_innen gesprochen. Dabei ist belegt, dass die Angehörigenvisite als Teil eines Routineangebots einer Station eine grosse Bereicherung für die Psyche darstellen kann.

Thema

Der Informationsbedarf der Angehörigen besteht vor allem in den Bereichen Diagnose, Therapie und Prognose (58%). Danach folgen weitere Informationen über Physiotherapie (26,6%) und den psychologischen Umgang mit Verhaltens- und Leistungsstörungen (23,4%). Fazit dieser Studie ist eine Empfehlung der Mitbetreuung der Angehörigen spätestens ab der dritten Woche eines stationären Aufenthalts. Die Studienergebnisse zeigen, dass Patient_innen, aber auch Angehörige über eine bessere physische und psychische Lebensqualität verfügen, wenn auch das Empowerment höher ist.

Ähnliche Projekte, wie das des „Angehörigenlotsen“ deuten darauf hin, dass sich positive Effekte im Hinblick auf bedarfsgerechte Information, Belastungsreduktion und Ressourcenstärkung der Angehörigen ergeben.

Es zeigen sich ebenfalls Entlastungen auf Seiten der Pflegekräfte im Hinblick darauf, dass sie sich in der Beratungsaufgabe als nicht zuständig fühlen und überfordert sind.

Die „Angehörigenvisite“ ist als Projekt bereits seit 11.22 implementiert worden. Dabei wird nach eingehender Informationsarbeit mittels Homepage, Flyern, etc. und der Sicherstellung der Erreichbarkeit mit der Terminvergabe für die Angehörigen und Patient_innen begonnen.

Das Angehörigengespräch ist strukturiert und bietet neben einem Soll-Ist Abgleich der aktuellen Situation auch einen Ausblick auf kommende Herausforderungen und Problematiken, sowie die Aufarbeitung der momentanen Situation. Dazu kommen Anregungen und Fragen zur weiteren Versorgung, aber auch die zu erwartenden Schwierigkeiten. Das gesamte Gespräch wird protokolliert und ausgehändigt.

Forschungsfrage und Zielsetzung

Welche Effekte hat die Angehörigenvisite auf das patientennahe Klinikpersonal, sowie die Angehörigen und wie lässt sich das Projekt im Hinblick auf die Versorgungsforschung beurteilen?

Im Rahmen dieses Praxisprojekts soll herausgefunden werden, welche psychischen Belastungen bei patientennahem Klinikpersonal und Angehörigen auf der Neurologie auftreten, inwiefern diese mit denen aus der Literatur bestimmten Sachverhalten übereinstimmen und inwieweit die Angehörigenvisite einen Effekt bewirkt. Wünschenswert ist die Ableitung einer Handlungsempfehlung und Steigerung des Empowerments.

Methoden

Anhand von Mixed-Method Fragebögen und strukturierten Experteninterviews im Pre- und Post-Design für die Mitarbeiter_innen und Angehörigen, soll diese Fragestellung beantwortet werden.

Psychischer Verletzung körperlich begegnen

Lo Faso Maja, Dipl. Feldenkraislehrerin®, Dipl. Emotion Coach, Dipl. Mental Coach, Mandatsdozentin, Berner Fachhochschule, Schweiz, Autorin Psychiatrieverlag Köln, Deutschland, Geschäftsführerin lofaso gmbh, Schweiz, info@lofaso.ch

Körperresonanz

Psychische Verletzungen erzeugen Stressausschüttungen, die u.a. das Nervensystem, Gehirn, Herz-Kreislaufsystem und die Genregulation beeinflussen (Bauer, 2018). Chronifiziert bewirkt Stress eine dauerhafte nervliche Überreizung und damit erhöhte Vulnerabilität für psychische und physische Erkrankungen (Rosenberg, 2017). Psychische Genesung bedingt folglich nicht nur kognitiv-behaviorale, sondern auch körperliche Selbstregulation (Geuter, 2015).

Koregulation

Stressausschüttungen führen zu belastenden Verhaltensweisen, die mittels Koregulation die Nervensysteme aller sozial Involvierten erregen (Porges, 2021). Bewahren Fachpersonen freundliche Präsenz, vermögen sie Agitation, Aggression, Rückzug oder Blockaden ihrer Klient_innen abzumildern (Geller & Greenberg, 2012). Der folgende körperpsychotherapeutische Methodenmix unterstützt die psycho-physische Selbstregulation, Genesung und Resilienz.

Interventionen zum Stressabbau

Die Feldenkraismethode® fördert die Selbstwahrnehmung, Achtsamkeit und physische Reorganisation. Sie bietet den Rahmen für körper(psycho)therapeutische Methoden wie bivagale Übungen, ESR (Emotional Stress Release), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und Klopfakupressur. Das Vorgehen stellt Freiwilligkeit, freundliche Selbstzuwendung und individuelle Umsetzung ins Zentrum. Anwendende berichten von umfassendem Stressabbau, verbesserter Schlafqualität und Belastbarkeit.

Erfahrungsberichte

„Die Bivagale Grundübung hilft mir, in meine Mitte zu kommen. Kombiniert mit EMDR, kann ich belastende Gefühle abbauen, Positives verankern und mein Befinden stabilisieren.“ C.R., Krisenerfahrene

„Die Methoden lösen sichtbar Ängste, Panikattacken oder Trauer auf. Betroffene werden selbstwirksamer.“ Valerie Minder, Dipl. Pflegefachfrau HF

„Die Interventionen eignen sich sehr gut für den psychotherapeutischen Rahmen und geben den Klient_innen Werkzeuge zum Umgang mit unterschiedlichsten Stressoren an die Hand. Neue Erfahrungen in Richtung Freiheit von automatisierten Reaktionsmustern werden möglich.“ Dr. phil. Jörg Herdt, Psychologische Praxis für Achtsamkeit, Basel

„Ich bin positiv überrascht, dass sich die Techniken des Stressabbaus zur Selbstanwendung eignen.“ Sandra Wyss, Dipl. Expertin Anästhesiepflege

„Die vermittelten „Werkzeuge“ helfen mir [als Angehörige], innere Ruhe und Gelassenheit zu finden. [...] Mein Gegenüber wird fast gar nicht mit meinem Stress konfrontiert; eine Negativspirale wird unterbrochen.“ (Lo Faso et al., 2022, S.111)

Diskussion

Man mag kritisieren, dass tiefgreifende therapeutische Mittel wie EMDR und Klopfakupressur zur Selbstanwendung vermittelt werden. Risiken wie Überforderung und Retraumatisierung sind dabei nicht zu unterschätzen. Andererseits gehören bilaterale Augenbewegungen zum natürlichen Bewegungsrepertoire und spontane Selbstberührungen geschehen intuitiv zum Stressabbau. Werden heilsame Interventionen optional, mit Wissensvermittlung und Achtsamkeit angeboten, spüren Anwendende, was ihnen hilft, ihre gegenwärtigen physischen und psychischen Herausforderungen zu bewältigen.

Schlussfolgerung

Die Massnahmen zum Stressabbau eignen sich als Training der Selbstregulation und niederschwellige Notfallinterventionen für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen. Effizient und effektiv im Gruppensetting vermittelbar, kann ihre Verbreitung bei relativ geringem Aufwand einen Mehrwert im Gesundheitswesen erzeugen.

Resilient im Pflegealltag durch Persönlichkeitsbildung

Karin McEvoy, MScN, Studienleiterin Weiterbildung Integrierte Pflege, Somatic Health, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Schweiz, Karin.mcevoy@bfh.ch

Maja Lo Faso, Dipl. Feldenkraislehrerin®, Dipl. Emotion Coach, Dipl. Mental Coach, Mandatsdozentin Berner Fachhochschule, Schweiz, Autorin Psychiatrieverlag Köln, Deutschland, Geschäftsführerin Iofaso gmbh, Schweiz

Einleitung

In Fortbildungen beobachten wir Vorbehalte von psychiatrischen Fachpersonen gegenüber Selbsterfahrung und Introspektion bei gleichzeitig hoher Vulnerabilität. Verletzung und Verletzlichkeit werden vielfach allein der Klientel zugeschrieben. Aufgrund dessen und jüngerer tragischer Verluste von Fachpersonen durch Suizid, suchen wir die Dringlichkeit und Vorteile von Persönlichkeitsbildung für Psychiatriefachpersonen aufzuzeigen.

Bezugsrahmen

Menschen handeln beziehungsmotiviert. Unser biologisches Motivationssystem ist auf gelingende Beziehungen, Anerkennung und Zuwendung ausgerichtet (Bauer, 2018). Pflegefachpersonen treten durch Caring in Beziehung und sind ähnlich wie Feuerwehrleute, Polizist_innen und Fluglotsen bei der Arbeit von extremem Stress, grosser Not und Trauma betroffen. Dies kann sich in negativen psychobiologischen Outcomes zeigen. Resilienz ist ein Schlüsselfaktor zum Schutz davor (Galatzer-levy et al., 2014). Die psychiatrische Genesungsbegleitung ist grösstenteils Beziehungsarbeit. Sich einlassen und die bewusste Gestaltung von positiven sozialen Kontakten bedingt einen Entspannungszustand (Porges, 2022). Empathische, validierende Beziehungen sind indes zentraler Faktor gelingender Genesungsprozesse (Elliott et al., 2018). Folglich steigert Persönlichkeitsbildung die Resilienz und therapeutische Beziehungsqualität von Fachpersonen.

Vorgehen

In Weiterbildungen und Supervisionen fördern wir den Paradigmenwechsel hinsichtlich der Verletzlichkeit von Pflegefachpersonen. Evidenz und Erfahrungsberichte verdeutlichen das Potenzial von Persönlichkeitsbildung für Individuen, Teams und Organisationen. Selbsterfahrung und Biographiearbeit fördern die Reflexionsfähigkeit, Selbstwahrnehmung und therapeutische Resonanz. Körperwahrnehmung, Achtsamkeit und Selbstregulation durch Stressabbau stärken die Resilienz und Beziehungsfähigkeit (Fogel 2017).

Erfahrungen

Die Interventionen werden zur Selbstanwendung und Weitergabe an Klient_innen vermittelt, der kollegiale Austausch wird angeregt. Design Thinking Methoden ermöglichen, persönlich Gelerntes zu Take Home Messages auszuformulieren. Die Rückmeldungen über die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der Schulungsinhalte sind positiv.

Diskussion

Erst Fachpersonen, die mit sich selbst und ihrem Gegenüber in Beziehung stehen, bleiben gesund und können wirksame Genesungsbegleitung und Führung leisten. Dennoch fehlt die dafür notwendige Persönlichkeitsbildung weitgehend im Curriculum von Pflegefachpersonen. Diese Diskrepanz schmälert die Gesundheit Pflegenden sowie die therapeutische und interdisziplinäre Beziehungsqualität und leistet letztlich einen Beitrag zur Stigmatisierung psychischer Belastungen.

Schlussfolgerung

Der Paradigmenwechsel, dass Psychiatriefachpersonen sich vertieft mit ihrer eigenen psychischen Disposition befassen, ist vielversprechend hinsichtlich der Resilienz der Pflegefachpersonen und hinsichtlich der Behandlungsqualität. Wir gehen davon aus, dass Persönlichkeitsbildung das Berufsfeld in jeder Hinsicht stärkt.

Ein Praxisbericht über die Implementierung von recoveryorientierten Gruppenangeboten für forensisch untergebrachte Personen, im Setting einer integrierten forensischen psychiatrischen Behandlung, bei gleichlaufender Partizipation eines Genesungsbegleiters.

Maria Pidde, B.A., pflegerische Stationsleitung Station A6, LWL-Klinikum Gütersloh, maria.pidde@lwl.org
André Heemann, B.A., Pflegeexperte Station A6, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland

Hintergrund

Gegenwärtig gibt es keine recoveryorientierte therapeutischen Gruppenangebote auf der forensischen Rehabilitationsstation. Vor der COVID-19 Pandemie gab es bereits recoveryorientierte Gruppenangebote wie z.B. eine Genussgruppe oder Überlegungen über die Einführung einer „sozialen Kompetenzgruppe.“

Problemstellung (von Peter, et. al., 2019)

Ein „recoveryorientiertes Gruppenformat“ lässt sich für die Mitarbeiter nur schwer standardisieren. Es ist ein fortlaufender individueller (Recovery)-Prozess für alle Teilnehmenden des Gruppenangebotes. Jeder Teilnehmende befindet sich auf seinem eigenen, individuellen Weg, den er „ohne“, „mit“ & „trotz“ professioneller Hilfe verwirklichen kann. Die Mitarbeiter müssen für das Thema „recoveryorientierte Gruppenangebote“ motiviert werden und bereit sein, sich gemeinsam mit den Betroffenen, auf den eigenen individuellen Recovery-Weg einzulassen.

Ziele

- Implementierung regelmässig bestehender recoveryorientierter Gruppenangebote im integrativen Massregelvollzug, unter dem Gesichtspunkt der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die sich seit dem Inkrafttreten des StrUG NRW am 31. Dezember 2021, ergeben.
- „dass die Teilnehmenden ihren eigenen Weg finden, sich selbst auf die Reise machen und sich mit der eigenen Geschichte [...] auseinandersetzen“ (von Peter, et.al., 2019, Seite 25).
- Die Gruppenteilnehmer und die Mitarbeiter sollen voneinander lernen.
- Die Gruppe soll den Untergebrachten einen Raum bieten, in dem sie offen sprechen können.

Vorgehen

Praxisprojekt des Jahres 2023 im Kontext der Tätigkeit eines Pflegeexperte auf der Station A6. Start eines ersten Gruppendurchlaufes ab Mai 2023.

Ergebnisse / Erfahrungen

Nach jedem Gruppenangebot gibt es eine gemeinsame Auswertung und Reflexion des moderierenden Mitarbeiterteams. Nach der Beendigung des ersten Gruppendurchlaufes des recoveryorientierten Gruppenangebotes erfolgt eine Auswertung aus Sicht der Mitarbeiter, sowie aus der Sicht der teilnehmenden forensisch untergebrachten Personen. Im März 2024 werden wir dann in einer grösseren Veranstaltung der Kliniköffentlichkeit die Möglichkeit geben, sich über die Projektergebnisse zu informieren.

Diskussion

- Ist die Implementierung eines recoveryorientiertes Gruppenangebot, im Setting einer totalen Institution, am Beispiel des integrierten Massregelvollzuges, möglich?
- Wie kann es gelingen, dass jeder Teilnehmende des recoveryorientierten Gruppenangebotes seinen eigenen Recoveryweg gehen kann?!
- Welche Rahmenbedingungen sind für ein recoveryorientiertes Gruppenangebot in der Forensik signifikant?

Schlussfolgerungen

„...Ziel einer recoveryorientierten kann ja nur sein, dass die Teilnehmenden ihre eigenen Wege finden, sich selbst auf die Reise machen und sich mit der eigenen Geschichte [...] auseinandersetzen.“ (von Peter, et.al., 2019, Seite 25). Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es hoffnungsvolle Gruppenerfahrungen bei der die Teilnehmenden zu „einer Art Recoverygemeinschaft“ (Deegan, 2005) werden. Die Mitarbeitenden als Moderierende der Recoverygemeinschaft müssen lernen sich als Begleitende und mit der Gruppe Lernender zu verstehen.

Recovery im Kontext psychischer Erkrankungen älterer Menschen im pflegerischen Setting

Melanie Rautert, RN, MA Community Mental Health, Pflegeexpertin, Zentrum f. Gerontopsychiatrie LWL Klinik Warstein, Deutschland, Melanie.Rautert@lwl.org

Arndt Schlubach, Fachkrankenschwester Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle Unternehmensentwicklung, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Martina Heinke, DBT Sozial- und Pflegetherapeutin, Fachleitung Station PW04+PW05, LWL Klinik Warstein, Deutschland

Andrea Thielmann, RN, Pflegefachfrau, stellv. Stationsleitung AL02, LWL Klinik Lippstadt, Deutschland

Katrin Schmidt, RN, BA-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Entwicklungsstelle Pflegedirektion, Mitglied der Kammerversammlung NRW, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Jonas Schmidt, RN, cand. BA-Pflegemanagement, Stationsleitung AL01, Zentrum f. Sozialpsychiatrie., LWL Klinik Lippstadt, Deutschland

Christian Korz, RN, BA- Pflege Gesundheits- und Krankenpfleger, LWL-Klinik Lippstadt, Deutschland

Hintergrund

Im Alter sind neben physischen Erkrankungen, auch psychische Leiden keine Seltenheit (Holzhausen & Scheidt-Nave, 2012). Bedeutend für den psychiatrischen institutionellen pflegerischen Kontext ist, Menschen im Alter trotz ihrer psychischen Verletzlichkeiten zu unterstützen ein lebenswertes Leben führen zu können (Burr, Schulz, Winter & Zuaboni, 2017). Um die vulnerable Personengruppe auf ihrem persönlichen Genesungsweg zu begleiten, bedarf es des Wissens von Pflegepersonen um die Heterogenität von Bedürfnissen und Bedarfe sowie die Wahrnehmung von Wünschen, Träumen und Hoffnungen (Baltes & Baltes, 1989). Dennoch zeigt sich, dass das Machtgefälle im professionellen psychiatrischen Setting gegenüber Patientinnen und Patienten noch nicht gänzlich überwunden ist und es bedarf alternativer, menschlicher Denkweisen und -modelle (Gutmann, 2019). Recovery ist ein Denkmodell, indem Pflegepersonen die Möglichkeit erlangen eine Haltung einzunehmen, um Betroffene zu unterstützen, selbst Modellierer_innen ihres weiteren Genesungsweges zu werden (Knuf, 2020).

Fragestellung

Welche Bedeutung hat der Recovery-Ansatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter im Rahmen ihres Genesungsprozesses im pflegerischen Setting?

Methode

Es wurde auf Basis von Vorannahmen eine orientierende und systematische Recherche in Englisch und Deutsch in unterschiedlichen Datenbanken durchgeführt.

Daraus folgend wurde ein „qualitatives Forschungsdesign“ gewählt. Die Auswahl der Methode fiel auf ein „qualitatives systematisches Review“. Datenextraktion und Datenanalyse sind nach der Grounded Theory durchgeführt worden. Eine Qualitätsbewertung der einbezogenen Primärstudien wurde anhand des Appraisal and Review Instrumentes durch zwei unabhängige Forscher / Forscherin durchgeführt.

Ergebnisse

Fünf Kategorien konnten aus den Ergebnissen der Primärstudien generiert werden:

- Ein dauerhaftes, etabliertes Identitätsgefühl
- Der Blick für die passende Unterstützung
- Komponenten des CHIME-Modells
- An das Alter angepasste Didaktik in Einzel- und Gruppensitzungen
- Kernkategorie: Wahrnehmung und Anerkennung des Alters sowie von dessen Folgen / Auswirkungen

Eine lückenhafte Kenntnis über Recovery von Seiten des befragten Gesundheitspersonals zeigt, dass eine kritische Auseinandersetzung mit einer Genesungsfördernden Haltung immer noch hochaktuell ist.

Diskussion

Eine grosse Bedeutung besteht darin, dass sich u.a. Pflegepersonal den bislang wenig thematisierten Lebenslagen in puncto Recovery bei Menschen im Alter mit psychischen Erkrankungen annimmt. Anhand der Kategorien wird die Komplexität deutlich, die das Alter mit sich bringt. Das bedeutet nicht, dass die Aufgabe von Pflegepersonen darin besteht, grundsätzlich ein fertiges Recovery-Paket für Betroffene zu schnüren, sondern sich Hintergründe bewusst zu machen, um eine entsprechende genesungsorientierende Haltung einnehmen zu können.

Schlussfolgerung

Der Recovery-Ansatz ist eine Unterstützungsmöglichkeit für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen im pflegerischen Setting, damit diese ein für sich empfundenenes gutes Leben führen können.

Einführung des metakognitiven Trainings als pflegetherapeutisches Gruppenangebot auf einer psychosomatischen Station

Andrea Thielmann, RN, cand. BA Psychiatrische Pflege, stellv. Stationsleitung AI02, Zentrum für Sozialpsychiatrie, LWL Klinik Lippstadt, Deutschland, andrea.thielmann@lwl.org

Arndt Schlubach, Fachkrankenschwester Psychiatrie, RN, MA Health Administration, Stabstelle Unternehmensentwicklung, LWL Kliniken Lippstadt & Warstein, Deutschland

Melanie Rautert, RN, MA Community Mental Health, Pflegeexpertin, Zentrum für Gerontopsychiatrie LWL Klinik Warstein, Deutschland

Celine Krischer, RN, cand. BA Gesundheitspsychologie, stellv. Stationsleitung SW02, Zentrum für Suchtmedizin, LWL Klinik Warstein, Deutschland

Hintergrund

Das metakognitive Training für Menschen mit Depression ist eine niedrigschwellige und relativ schnell umsetzbare Gruppenintervention. Es ist vielfach erprobt und auf die Denkfehler und -verzerrungen von Patient_innen mit depressiver Erkrankung zugeschnitten. Inhaltlich werden beim metakognitiven Training (D-MKT) dysfunktionale Strategien und Denkverzerrungen bearbeitet, die im Zusammenhang mit Depressionen auftreten (z.B. starkes Generalisieren oder verstärktes Erinnern von negativen Ereignissen). Insgesamt umfasst das D-MKT 8 Module. Durch Fluktuation von therapeutischem Fachpersonal und Umstrukturierungen des Behandlungskonzeptes der Station, wurde das Gruppentherapieprogramm überarbeitet.

Problem

Durch den benannten Therapeutenwechsel in kurzen Abständen, ist das aktuelle Gruppentherapieprogramm nicht aufrechtzuerhalten. Die Einarbeitung in die verschiedenen bestehenden Gruppenangebote dauert jeweils seine Zeit. Das führt zu häufigem Ausfallen der fest etablierten Therapien. Der Oberarzt wünscht sich allgemein mehr gruppentherapeutische Angebote für die Patient_innen.

Ziele

Das Ziel der Projektarbeit ist es das D-MKT als wöchentlich stattfindendes pflegetherapeutisches Gruppenangebot zu implementieren. Ein auf die Symptome und die Erkrankung der Patient_innen, nach wissenschaftlichen Kriterien, zugeschnittenes sollte ausgewählt werden. Da ein Grossteil der Patient_innen als Hauptdiagnose eine depressive Störung aufweist, wurde das D-MKT als passend erachtet. Durch das Gruppenangebot soll zum einen das Selbstwirksamkeitserleben der Patient_innen gefördert werden, als auch der Behandlungserfolg gesteigert werden. Die Wirksamkeit des D-MKT ist gut untersucht.

Vorgehen

Das Projekt wurde zunächst sorgfältig anhand eines Projektstrukturplanes vorgeplant. Alle zu erledigenden Aufgaben wurden aufgeführt und in Teilaufgaben und Arbeitspakete aufgegliedert. Die einzelnen Arbeitspakete umfassen u.a. die Festlegung der Projektbeteiligten, die Raumplanung, bis hin zur Evaluation. Der Zeitplan für die einzelnen Arbeitsschritte wurde ebenfalls im Vorfeld festgelegt. Anschliessend erfolgte die konkrete Umsetzung anhand des ausgearbeiteten Planes.

Ergebnisse

Das MKT wurde seit der Einführung zunächst konsequent wöchentlich durch das pflegerische Fachpersonal durchgeführt. Anfangs wurden teilweise Gruppenangebote getauscht, sodass die Durchführung gewährleistet war. Im Vorfeld ermittelte Projektrisiken traten nicht ein, bzw. es konnte ihnen entgegengewirkt werden. Aufgrund der wöchentlichen Durchführungsfrequenz haben kaum Patient_innen alle 8 Module des MKT's durchlaufen. Da ein komplettes Durchlaufen des Programms ein Kriterium für das Ausfüllen des Evaluationsbogens war, konnte keine aussagekräftige Evaluation erhoben werden.

Diskussion

Patient_innen und Kollegen gaben positive Rückmeldungen, die auf eine Wirksamkeit des Gruppenangebotes schliessen lassen. Die ausgewerteten Fragebögen bestätigen dies.

Dem in der Umsetzung aufgetretenen und vorher bereits bedachten Problem des verzögerten Anlernens durch Kollegen hätte durch Zwischenevaluation zeitnah begegnet und entgegengewirkt werden können. Ebenso wäre in den Zwischenevaluationen aufgefallen, dass die Kriterien für das Ausfüllen des Auswertungsbogens so gesetzt waren, dass es kaum Rückläufe der Auswertungsbögen gab und eine quantitative Auswertung so nicht stattfinden konnte.

Das eingeführte Gruppenangebot traf auf Akzeptanz im multidisziplinären Behandlungsteam.

Schlussfolgerung

Das Projekt konnte aufgrund der vorherigen Planung anhand des Projektstrukturplanes erfolgreich umgesetzt und fest im Therapieplan etabliert werden. Durch Zwischenevaluationen hätte man die Kriterien für die Auswertung anpassen und so eine Evaluation vornehmen können. Aufgrund von unvorhergesehenen erneuten Umstrukturierungen und personellen Veränderungen ist das D-MKT noch nicht fest wieder als pflegerisches Gruppenangebot etabliert. Die Durchführung übernehmen aktuell die Stationspsychologen. Aufgrund dieser erneuten Umstrukturierungen konnte die Evaluation bis dato noch nicht abgeschlossen werden.

Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) in der Steuerung komplexer Behandlungsprozesse im Übergang vom stationären Setting in die häusliche Versorgung

Barbara Wageneder, BScN, MSc, ANP, Pflegeexpertin APN im Bereich Integrierte Versorgung Salzburg, Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Christian-Doppler-Klinik, Uniklinikum der PMU, Salzburg, Österreich, b.wageneder@salk.at

Wolfgang Mayerhofer, BScN, MSc, ANP, Pflegeexperte APN im Bereich Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Christian-Doppler-Klinik, Uniklinikum der PMU, Salzburg, Österreich

Hintergrund

Die Versorgung von psychisch kranken Menschen entwickelte seit Anfang des 19. Jahrhunderts weg, von der Unterbringung in stationären Langzeiteinrichtungen in denen alle medizinischen und sozialen und finanziellen Probleme für die Betroffenen gelöst wurden, hin zu einer Endinstitutionalisierung anhand individualisierter und gemeindeorientierter Betreuung. Neue Versorgungsformen bzw. Integrierte Versorgungsmodelle sowie die Rolle der APN führen zu einem Paradigmenwechsel in der Behandlung von psychisch schwer erkrankten Personen.

Problemstellung

Therapieabbrüche von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung (severe mental illness, SMI) führen häufig zu Exacerbationen welche wiederum Einweisungen ins Krankenhaus zur Folge haben. Durch die hohe Vulnerabilität der Betroffenen besteht die Herausforderung darin, Wiedereinweisungen im Sinne eines Drehtüreffektes zu verhindern bzw. verringern. Durch die Diskrepanz der Sichtweise auf die Realität der Betroffenen und ihrem Umfeld entstehen häufig Konflikte und ein systemisches Ungleichgewicht. Um wieder ein Gleichgewicht des Systems zu erlangen sind APN's gefordert, alle beteiligten Akteure miteinzubeziehen, denn neben den Betroffenen sind auch An- und Zugehörige, sowie Mitarbeiter_innen von Betreuungseinrichtungen im intra- und extamuralen Bereich Teil des Systems.

Ziele

Vernetzung innerhalb der Betreuungssysteme, gesteuert durch APN, sichert einen durchgängigen Behandlungspfad und schützt Betroffene vor Exacerbationen. Die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und die Sicherstellung eines ungehinderten Zugangs zum Versorgungssystem ist in der Regelversorgung zu verankern.

Vorgehen

Pflegerische Expertise, vermittelt durch APN, in konsiliarischer direkter Pflege im interprofessionellen Versorgungsteam, führt dazu, dass das Schnittstellenmanagement in intra- und extramuralen Einrichtungen neu bewertet wird, um Nahtstellen in der Versorgung Betroffener zu bilden. Mittels systematischer Identifikation von Problemen und deren schrittweisen Lösung erfolgt anschliessend eine Implementierung von Strategien um einen regelgeleiteten Theorie - Praxis Transfer zu ermöglichen.

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Selbstmanagementkompetenzen der Betroffenen werden deutlich gestärkt. Im interprofessionellen Versorgungsteam entsteht durch Psychoedukation und einer geleiteten Fallarbeit ein vertiefendes und erweitertes Fallverstehen. Durch Mikroschulungen der Mitarbeiter_innen evaluieren Pflegendende ihre Pflegehandlungen und adaptieren ihre vorhandenen Lösungsstrategien.

Diskussion

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weisen Krankheitssymptome auf, die mit erheblichen Auswirkungen auf das soziale Funktionsniveau sowie Inanspruchnahme der Behandlungs- und psychosozialen Hilffsystems einhergehen. Durch die Steuerung der APN und der daraus eintretenden Sicherheit der Betroffenen im Behandlungsprozess bedeutet dies die Grundlage für gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne der Adhärenz.

Schlussfolgerung

Die multifunktionale Rolle der APN umfasst neben der klinischen Expertise u.a. Beratung, Konsultation und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Durch gezielte Steuerung der APN im komplexen Behandlungsprozess wird angestrebt der Vulnerabilität aller Beteiligten entgegenzuwirken.

Transformation einer Klinik in einer psychiatrischen Institution aus einer Führungs- und Lean-Perspektive

Andrew Rutsch, Dr., Leiter Projekt- und Prozessmanagement Direktion Pflege und Bildung, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz

Daniel Zwahlen, MAS / MSG, Leiter Pflege Klinik für Depression und Angst, Psychiatriezentrum Münsingen AG, Schweiz, daniel.zwahlen@pzmag.ch

Einleitung

Das Gesundheitswesen ist mit grossen Herausforderungen konfrontiert. Ökonomisierung, steigende Kosten, Corona und dessen Auswirkungen, informierte Patient_innen mit Erwartungshaltungen, der Mangel an qualifizierten Arbeitskräften. Mit diesen Herausforderungen ist eine Klinik in einer psychiatrischen Institution konfrontiert.

Vor diesem Hintergrund – sowie aufgrund von wesentlichen Qualitäts- und Führungsmängeln in der besagten Klinik – wurde eine neue duale Klinikleitung mit einem neuen Leiter Pflege und einem neuen Chefarzt eingesetzt. Dies, um eine klare Steuerung und Kontrolle zurückzugewinnen und die notwendige Transformation mit den beteiligten Personen aktiv umzusetzen und nachhaltig zu gestalten.

In diesem Transformationsprozess sind klare Ziele auf der Produkt- und Mehrwert-Ebene, auf der strukturellen sowie auf der kulturellen Ebene definiert worden.

Methode

Dieser Prozess wird aktiv koordiniert und gesteuert mit Hilfe der Klinik Landkarte entlang der drei Dimensionen Produkte und Mehrwert, Struktur und Kultur sowie verknüpft und operativ auf den Boden gebracht durch drei zentrale Führungswerkzeuge als Umsetzungs-Hebel:

- Qualitätsboard (Perspektive Patient_innen)
- Huddle Board (Tages-Huddle, Quartals-Huddle)
- Kaizen Board (Perspektive Team)

Die Stationen in der Klinik, sowie deren Leitungen und Teams werden damit innerhalb klarer Leitplanken auf der Führungs- und Umsetzungsebene mit konkreten Werkzeugen ganzheitlich ausgerüstet, unterstützt und gecoacht, um ihre Arbeit im Kerngeschäft zusammen mit den Patient_innen produktiv, wertschöpfend und selbstwirksam auszuführen.

Darüber hinaus wird die Klinik Landkarte als strategisches Dialog- und Lernvehikel eingesetzt. Konkret bedeutet dies, dass die multiprofessionellen Stationsleitungen eingeladen worden sind, sich aktiv mit den drei Landkarten-Dimensionen Produkte und Mehrwert, Struktur und Kultur auseinanderzusetzen und was dies für ihre jeweilige Station im Tagesgeschäft in Bezug auf notwendige Massnahmen bedeutet.

Zusätzlich wird der aktuelle Transformations-Umsetzungsgrad in Prozent zusammen mit den multiprofessionellen Stationsleitenden aktuell, sowie alle 6 Monate erhoben, aktiv thematisiert und diskutiert: Wo stehen wir im Zielerreichungsgrad im laufenden Prozess. Zentrale Erkenntnisse, die in diesem kollektiven Dialog gewonnen werden, werden via den normalen PDCA-Zyklus eingeleitet, in konkrete Massnahmen übersetzt und in der Umsetzung überwacht.

Ergebnisse

Der gestartete Prozess geht einher mit einer positiven Dynamik und Freude bei bestimmten Stationsleitenden auf der einen Seite. Bei anderen besteht noch eine gewisse Zurückhaltung.

Diskussion

Aus einer Führungs- und Lean-Perspektive sind damit erste zentrale Nägel eingeschlagen worden und die Transformation ist auf der Produkt- und Mehrwert-Ebene, auf der strukturellen, sowie auf der kulturellen Ebene klar aufgegleist. Gleichzeitig wird das ganze Lean Spektrum zwischen den Gegenpolen Kaizen (kontinuierliche Verbesserung) und Kaikaku (die Stationen und Prozesse neu denken) auf diese Weise voll ausgenutzt. Die sach- und die psychologische Seite wachsen zusammen durch diesen partizipativen und dennoch klaren Kopf, Hand und Herz-Ansatz.

Schlussfolgerung

Die ersten Rückmeldungen zeigen das grosse Potenzial eines solchen ganzheitlichen Transformationsansatzes auf. Wir denken, dass insbesondere in der Psychiatrie mit ihren interdisziplinären und interprofessionellen Behandlungsteams ein solcher Ansatz und eine solche Herangehensweise zielführend sind.

Vorankündigung!

Der 19. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie findet am 12. und 13. September 2024 in Bern statt.

Bitte reservieren Sie sich das Datum.