

„Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“

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

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



Herausgeber: Sabine Hahn, Harald Stefan, Christoph Abderhalden,
Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann
Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bern

„Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“

„Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“

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

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

Herausgeber:

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

Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik,
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60

Oktober 2012

„Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“

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

Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen

9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien

Hrsg.: Sabine Hahn, Harald Stefan, Christoph Abderhalden, Ian Needham,
Michael Schulz, Anna Hegedüs, Udo Finklenburf, Susanne Schoppmann

Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik,

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,

Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60

Oktober 2012

ISBN 978-3-033-03615-4

Druck und Verarbeitung: resch druck - Thomas Resch KG,

Rosinagasse 19, A-1150 Wien, office@resch-druck.at

Vorwort der Veranstaltenden:

Der 9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“

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

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

Dieser Band dokumentiert Vorträge und Poster des neunten Dreiländerkongress „Pflege in der Psychiatrie“ vom Oktober 2012 in Wien.

Das thematische Motto des Kongresses war ‚Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz: Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung‘.

„Gesundheit“ ist in den letzten Jahrzehnten zu einem zentralen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Wert geworden, und in diesem Zusammenhang erhält das an sich alte sozialpolitische Postulat nach Gesundheitsförderung ein neues Gewicht. Bei dieser Entwicklung spielen auch ökonomische Interessen und Ziele eine Rolle: Zum einen soll Gesundheitsförderung die soziale und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit erhalten und steigern, auf der andern Seite ist Gesundheitsförderung ein neuer Markt geworden, für den es keine Wachstumsgrenzen zu geben scheint.

Wenn wir die Geburt der modernen Pflege mit dem Werk von Florence Nightingale verbinden, war Gesundheitsförderung immer eines der konstituierenden Elemente guter Pflege. Die konzeptionelle Beschreibung von „Gesundheit“ war auch ein wesentliches Element der pflegerischen Theorieentwicklung vor allem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

In der Praxis wurde Gesundheitsförderung über längere Zeit – wohl etwas einseitig – auf die Abgabe von Information konzentriert, und dabei wurden Fragen nach der Rezeption der Informationen bei den Patientinnen und

Patienten und Fragen nach der Integration der Information ins Alltagsleben und nach der tatsächlichen Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu wenig beachtet.

Heute wird Theorie und Praxis pflegerischer Gesundheitsförderung anhand neuerer gesundheitswissenschaftlicher Konzepte kritisch reflektiert und theoretisch und praktisch weiterentwickelt. Eine wichtige Rolle in dieser Diskussion spielt das Konzept der Gesundheitskompetenz.

Gesundheitskompetenz wird von Kickbusch et al (2005, S 10) beschrieben als

„[...] die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“

Personen mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen seltener präventive Maßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen, ihr Gesundheitszustand ist schlechter als jener von gesundheitskompetenten Menschen und Personen mit geringer Gesundheitskompetenz belasten das Gesundheitssystem finanziell stärker.

Gesundheitskompetenz legt die Basis dafür, dass Gesundheitsinformationen verstanden und kritisch beurteilt werden können. Pflegende sind für die Patientinnen und Patienten zentrale Informationsträger und stehen mit ihnen in ständigem Informationsaustausch. Ob diese Informationen verstanden werden und wie mit diesen Informationen umgegangen wird, hängt von der Gesundheitskompetenz ab. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Leistung.

Gesundheitskompetenz ist jedoch auch für die Pflegenden selbst wichtig: Auch sie benötigen diese Kompetenz für den Erhalt und die Förderung ihrer eigenen Gesundheit. Sowohl für die Mitarbeitenden der Gesundheitsberufe als auch für die Patientinnen und Patienten wird die Übernahme von Verantwortung zur Erhaltung und/oder Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden die Herausforderung der nächsten Jahrzehnte.

Eine kritische Betrachtung des Konzepts Gesundheitskompetenz durch die Pflege ist notwendig, da es sich auch zu fragen gilt, welche gesellschaftlichen und persönlichen Konsequenzen mit der selbstbestimmten Verantwortung für die eigene Gesundheit verbunden sind: Was bedeutet die selbstbestimmte Verantwortung für die eigene Gesundheit, für das Prinzip der Solidargemeinschaft? Wie steht es um einen ethischen Schutzraum für kranke Menschen und erwächst daraus nicht auch eine Gefahr der „Freiheit zur Verwahrlosung“, weil Menschen damit überfordert sein könnten Gesundheitsinformationen selbständig aufzufinden, zu verstehen und für sich selbst kritisch zu reflektieren? Welche vorhandenen Ressourcen in der unmittelbaren Umgebung können genutzt werden um aktiv Gesundheit zu fördern und Gesundheitskompetenz zu steigern?

Die Beiträge in diesem Band behandeln das Thema aus ganz unterschiedlichen Perspektiven: Einen grossen Raum nehmen Beschreibungen von praktischen Umsetzungen von Gesundheitsförderung im klinischen Alltag ein, wobei ganz unterschiedliche Aspekte von Gesundheit im Zentrum stehen und auch ganz unterschiedliche Vermittlungsmethoden eingesetzt werden. Ebenso breit ist das Spektrum der Zielpopulationen, zu denen neben verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten auch Angehörige zählen. In mehreren Beiträgen geht es um die Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz bei Pflegenden und um entsprechende Möglichkeiten des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Organisationen und Einzelpersonen aus Deutschland, aus Österreich und aus der Schweiz, welche diesen Kongress unterstützt haben, und bei den Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge zu

diesem Kongressband. Ein besonderer Dank geht an Sabine König, wissenschaftliche Assistentin der Berner Fachhochschule, die dieses Jahr den Kongressband betreut hat.

Wien, im Oktober 2012

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

Literatur

Kickbusch I, Maag D, & Saan H (2005) Enabling healthy choices in modern health societies. European Health Forum, Badgastein

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Veranstaltenden: Der 9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“	5
1. Einführung von Präventionsprojekten in die Fachweiterbildung Psychiatrie Ruth Ahrens	20
2. Jogging als therapeutische Intervention bei affektiven Störungen Fabiane Albrecht, Stephan Witjes, Anna Hegedüs, Bernd Kozel, Katharina Glavanovits	24
3. Ein Trainingshandbuch für die Förderung der psychischen Gesundheit in Einrichtungen und Diensten für ältere Menschen Almut Bachinger, Gert Lang, Martina Welechovszky	29
4. Aufbau von kommunikativen Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden Markus Berner	35
5. Umgang mit freiheitsbeschränkenden/freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in der Pflege Andrea Berzlanovich, Jutta Schöpfer, Wolfgang Keil	38
6. Berufliche Gratifikationskrisen bei Pflegefachkräften in der Psychiatrie: Auswirkungen körperlicher und psychischer Tätigkeitsanforderungen auf Arbeitsaufwand und Gesundheit Hüsniye Bilgiç, Elke Müller	41
7. 'Wenn der Prophet nicht zum Berg kommt... 'oder: Wie funktioniert neurologische Rehabilitation bei psychiatrischen Patienten? Anja Böhlke	46
8. Das Gezeitenmodell – Ein Kompass für die Recovery orientierte Praxis Christian Burr, Gianfranco Zuaboni	49
9. Beziehungspraxis und sozialpolitische Interessenvertretung Andrea Chircop, Catherine Thibeault	55

10.	Mehr Zeit für die PatientInnen und höhere Zufriedenheit der Mitarbeitenden durch Lean Management Jürg Dinkel, Arno Fransen	58
11.	Können wir „gesund“ kommunizieren? Oder – welche Faktoren „kränken“ uns im kommunikativen Miteinander? Barbara Ditton-Hölscher, Alexandra Mika, Roberto Valke	65
12.	Die Einführung der Aromapflege im psychiatrischen Krankenhaus: Ein Seiltanz zwischen Missionieren und Überzeugen Sarah Barbara Etzensperger, Marcel Brockhus	71
13.	"Brücke zur Schule" - eine Chance für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen mit Schulvermeidung Michael Feulner, Oliver Kratz	77
14.	Abgrenzung und Burnoutprophylaxe bei ambulant psychiatrisch Pflegenden Udo Finklenburg	81
15.	Umgang mit Akut- und Krisensituationen in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege Udo Finklenburg	83
16.	Modifiziertes Primary Nursing Fritz Frauenfelder, Markus Bobst, Marcel Binder, Monika Casa, Libuse Jezek, Jakob Kindler, Heinz Marti, Markus Halmer	85
17.	Welche pflegerischen Interventionen im ambulanten Setting unterstützen die Angehörigen, im Umgang mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied? Béatrice Gähler-Schwab	91
18.	Aufsuchende geronto-psychiatrische Betreuung und Pflege in Tirol 2012 Gertrud Geisler-Devich	93
19.	Bauliche Suizidprävention - Handlungsebenen und Ausführungsbeispiele Nadine Glasow	97

20.	Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEPpsy) – Ein Projekt zur körperlichen Gesundheit	101
	Katharina Glavanovits, Annina Sahli, Sulin Bänziger, Christoph Abderhalden	
21.	Einführung der Pflegevisite- Führen mit Inhalt	106
	Stefanie Golik, Cornelia Gianni	
22.	Welche Wissenschaft braucht die (Psychiatrische) Pflege? – Ein kritischer Diskussionsbeitrag zur Theorieentwicklung in der Pflege	111
	Manuela Grieser-Kozel, Caroline Grosser-Ummel, Bernd Kozel, Sabine Weissflog	
23.	Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Wie eruiert eine Institution ihre Forschungsvorhaben?	117
	Caroline Grosser-Ummel	
24.	Psychiatrische Pflege- und Betreuungsprobleme in einem Wohnheim für psychisch und geistig behinderte Bewohner	123
	Caroline Gurtner, Sabine König, Thomas Schwarze, Holger Hoffmann, Dirk Richter	
25.	Abstracts für Kongresse und Zeitschriften schreiben – kurz, knackig und professionell	129
	Sabine Hahn	
26.	Präsentation des Ressourcen-/ Lernzentrum RLZ	130
	Nicole Y. Häusler	
27.	Auswirkungen körperlicher Aktivität auf psychosoziale und gesundheitsbezogene Faktoren von Menschen mit Depressionen – eine Literaturübersicht	133
	Anna Hegedüs, Katharina Glavanovits, Fabiane Albrecht, Stephan Witjes, Bernd Kozel	
28.	Vier - Stufen - Immobilisationskonzept / Patientenorientierte Deeskalation / Alternativen zur Fixierung	140
	Thomas Heinzmann	

29.	Gesunde Mitarbeiter/innen für ein gesundes Unternehmen! Präventionsprojekt zur Unterstützung des nachhaltigen Personalmanagements	143
	Bruno Hemkendreis, Angela Prattke	
30.	Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung	148
	Bruno Hemkendreis, Dorothea Sauter, Michael Löhr, André Nienaber, Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Sabine Hahn, Dirk Richter	
31.	Skillstraining und Psychoedukation als pflegerische Gruppenangebote bei PatientInnen nach psychotischen Erstmanifestationen an einer Psychotherapiestation	153
	Katja Henning, Andrea Parmetler	
32.	Erarbeitung einer Stationsordnung mit forensischen Patienten	156
	Ulrich Heß	
33.	„Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im klinischen Alltag ermöglichen – Implementierung neuer psychiatrischer Behandlungskonzepte, das Weddinger Modell“	163
	Ina Jarchoy-Jàdi	
34.	Depressions-Online-Foren: Präventiver Nutzen oder ein Risiko für Betroffene und Angehörige?	166
	Christoph Karlheim	
35.	Begleitung von Peers in der Praxis: SWOT-Analyse über den Einsatz von Peers auf einer Station des Schwerpunktes „Affektive Erkrankungen“	168
	Milena Kienast-Dobrevà	
36.	Pflegerelevanter Unterstützungsbedarf in stationären Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte und geistig behinderte Menschen	174
	Ruth Klein	
37.	Determinanten der Gesundheit von Patienten mit einer chronisch verlaufenden psychischen Störung	180
	Radojka Kobentar	

38.	Die Kriteriumsvalidität der deutschen Version der Nurses`Global Assessment of Suicide Risk – Scale (NGASR – Scale)	186
	Bernd Koziel, Anna Hegedüs, Theo Dassen, Christoph Abderhalden	
39.	Ein „gutes“ psychiatrisches Pflegeassessment für eine Akutstation in der Erwachsenenpsychiatrie	192
	Debora Küstner, Manuela Grieser	
40.	Angehörige stärken - Gesundheit fördern; Fachstellen für Angehörige von psychisch Kranken - ein Augenschein in die Schweiz	200
	Thomas Lampert	
41.	1:1 Betreuung - Zwischen inhaltlicher Notwendigkeit und psychiatrischem Anachronismus	202
	Michael Löhr, André Nienaber, Bruno Hemkendreis, Michael Schulz	
42.	Kollegiale Beratung für Berufsbildnerinnen in der Praxis – Top oder Flop?	208
	Beatrice Loosli Petoun, Verena Aebi Meister	
43.	Gesunde Mitarbeitende durch herausfordernde Tätigkeiten - ein Pflegeentwicklungsprojekt	213
	Regula Lüthi	
44.	Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern: Was eignet sich für Gesundheitsförderung und die Erhöhung von Bildungschancen?	215
	Katja Makowsky	
45.	Ruhe inmitten des Sturmes - Kultivierung von Achtsamkeit als Basis (pflege-) therapeutischen Handelns und als Praxis der eigenen Gesundheitsförderung	221
	Gerda Malojer	
46.	Aggression betrifft uns – Psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen im Umgang mit Patientenaggression	223
	Michael Mayer	
47.	Integrierte Versorgung auf der Modellstation F1 (nach dem Grundsatz ambulant vor teilstationär vor stationär)	227
	Sandra Meier, Nicole Klaey	

48.	Burnout-Prävention bei psychiatrischen Pflegefachpersonen Silvia Muff, Manuela Grieser	233
49.	Einfach Gemeinsam Singen als gesundheitsförderndes Angebot (auch) der Pflege in der Psychiatrie Hajo Oetmann	239
50.	Die besondere Rolle der Haltung der MitarbeiterInnen im Rahmen der institutionellen Gesundheitsförderung von betreuungsbedürftigen SeniorInnen Susanne Ogris, Thomas Barth	242
51.	„Das Miteinander“ – Beziehung vor Vernunft als Voraussetzung zur Entwicklung sozialer Kompetenz Christine Ottinger, Franz Frömmel	247
52.	Wandel, Individualität, Ressourcen - Drei Leitbegriffe zum Aufbau einer Peer gestützten Recovery Gruppe Hülya Pinkwasser, George Brabetz	253
53.	Vital ins Alter Ein Konzept zur Unterstützung des optimierten Alterns Marion Rechberger	256
54.	Forensische Pflegediagnosen – eine Erweiterung des NANDA- Diagnosesystems für die forensisch-psychiatrische Pflege Thomas Ross, Karin Lehmann, Klaus Hoffman	261
55.	Gesundheitsförderung – Kernaufgabe der psychiatrischen Pflege? Kurt Schalek, Harald Stefan	263
56.	Was kann die Psychiatrie für die Gesundheit von Angehörigen tun? Angebote und Standards Edith Scherer	266
57.	Einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege auf Grundlage der Gewaltfreien oder Einfühlsamen Kommunikation (GFK) nach M.B. Rosenberg Uwe Bernd Schirmer	268

58.	Die Sicherung der Nachhaltigkeit des schriftlichen Pflegeprozesses nach NANDA Julia Schneider	271
59.	„Wohnst Du noch oder lebst Du schon?“ Überlegungen zum Wohnen als einer fundamentalen Lebensdimension - Implikationen für die häusliche psychiatrische Pflege Susanne Schoppmann	275
60.	E-Mental Health als Element der Gesundheitsförderung und als Aufgabengebiet der Psychiatrischen Pflege Michael Schulz	277
61.	E-Mental-Health: Implikationen für die psychiatrische Pflege Michael Schulz	285
62.	Was hindert Pflegende Patienten mit Alkoholproblemen zu entdecken und zu beraten Thomas Schwarze, Sabine Hahn	287
63.	Mindfulness-based stress reduction in erwachsenen mit autismus Annelies Spek, Nadia Van Ham	290
64.	Wirkung von Sport- und Bewegungsinterventionen auf depressionserkrankte Patienten im stationären Setting Manuel Stadtmann, Jutta Dreizler	292
65.	Potentiale online gestützter Angebote bei Menschen mit Borderline-Störung zur Förderung der Health Literacy Hermann Steffen	299
66.	Offene Türen in der Psychiatrie – Eine qualitative Untersuchung zum Erleben der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden Regine Steinauer, Christa Waltenspül	305
67.	Training Emotionaler Kompetenzen Holger Thiel	311
68.	Faktoren der Resilienz bei Pflegefachpersonen im Gefängnissetting im Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz Corina Thomet, Dirk Richter	314

69.	Sektorenübergreifende Verbesserung der Palliativversorgung von älteren Menschen	317
	Markus Weber, Helene Maucher	
70.	Krank ist man nie alleine: Gesundheitsförderung von Angehörigen psychisch kranker Menschen	320
	Judith Wendler, Yvonne Auclair	
71.	Homophobie in der Pflege – latent, existent, verkannt	325
	Peter Wolfensberger	
72.	Praxis und Wirksamkeit der “Therapeutischen Gemeinschaft” auf einer Station für psychosomatische Epileptologie	330
	Christian Zechert, Gilbert Famulle, Beate Severt, Harald Welteke (D)	
73.	Evidence Based Practice - Früherkennung und Behandlung von Psychosen bei jungen Erwachsenen	335
	Ursina Zehnder, Daniel Mohr, Franziska Rabenschlag	
74.	Psychoedukation – Konzeptionierung und Implementierung einer abteilungsübergreifenden Gruppe im Bereich affektive Erkrankungen	340
	Thomas Zimmermann, Simone Tschanz	
75.	„Recovery praktisch!“ Schulungsunterlagen zur Vermittlung des Recovery Ansatzes	346
	Gianfranco Zuaboni, Andréa Winter	
76.	Wir organisieren Gesundheit	349
	Sibylle Ahl, Marcel Wendt	
77.	Präventionsprojekte innerhalb einer Fachweiterbildung Psychiatrie	352
	Ruth Ahrens	
78.	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege - Aktionsprogramm 2009/2010 in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz: Studiendesign und Ziele	356
	Andrea Berzlanovich, Ottilie Randzio, Sebastian Sauer, Astrid Herold-Majumdar, Herbert Plischke, Niko Kohls	

79.	Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege - Aktionsprogramm 2009/2010 in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz: Datenerhebung und Vergleich	358
	Andrea Berzlanovich, Ottilie Randzio, Sebastian Sauer, Astrid Herold-Majumdar, Herbert Plischke, Niko Kohls	
80.	Professionelle reflexive Könnerschaft als Kern salutogenetisch orientierter Pflegearbeit	360
	Ulrike Böhnke	
81.	Der Hausbesuch in der Pflege des psychiatrischen Patienten	363
	Emanuela Ferri, Silvia Ferrari, Wildner Jürgen, Imma Cacciapuoti, Paola Ferri	
82.	Ambulante psychiatrische Pflege bei Menschen mit Depression	367
	Beatrice Gehri, Sabine Hahn	
83.	Die Wechselwirkung von Körperschema/Wahrnehmung und Psyche am Beispiel von Angstsyndrom/Bewegungsverlust bzw. Depression/Geruchs- und Geschmacksverlust	369
	Christiane Friederike Gerum	
84.	Spiel „Kompetenz: Spielend neue Freu(n)de finden“ - innovativer Baustein der multimodalen Therapie bei Menschen mit Schizophrenie	372
	Britta Grund	
85.	Leitlinie 'Intensive Betreuung'	375
	Bruno Hemkendreis, Michael Löhr, André Nienaber, Michael Schulz	
86.	Aromatherapie in der Psychiatrie 'Rühr mich an!'	376
	Roswitha Keller	
87.	Energiemanagement, Entflammen ohne Auszubrennen	378
	Sabine Lettner, Sylvia Erber, Manuel Huttegger	
88.	Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung - eine systematische Übersicht	380
	André Nienaber, Michael Schulz, Bruno Hemkendreis, Michael Löhr	

89.	Prenosologische Verlaufskontrolle der psychophysiologischen Störung bei Grundschulern Aleksej Osnizkij, Sofja Tarasowa	381
90.	Mittel zum Zweck- Der Einsatz von advanced nursing practice zur Qualitätsverbesserung in der psychiatrischen Pflege. Simone Schade	384
91.	MENS SANA IN CORPORE SANO – wie können somatische Themen in der psychiatrischen Pflege integriert werden? Nicole Schäfli, Sanja Ilic, Jana Lehmann, Peter Wolfensberger	386
92.	iNQUIRE: Nurses qualification impact on quality and resources in falls prevention Arndt Schlubach, Sven-Uwe Gau	389
93.	'Experiment mit Psychoedukationsgruppen im langzeitpsychiatrischen Setting' Jana Schnetzler	395
94.	Stressbewältigung und Burnout bei Pflegefachpersonen Ana Stopar Stritar	398
95.	Lebensstil - eine fixe Therapiegröße Christian Thalhammer	401
96.	Vergleich der intuitiven Einschätzung von Suizidalität mit der Skala NGASR bei Pflegefachkräften Carmen Uhlmann	403
97.	Gliederung der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie in Bereichsstrukturen, Wandlungsprozesse aktiv gestalten Cornelia Wessels	405
98.	Autorinnen und Autoren	407

Präsentationen und Workshops

Hinweise

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

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

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

1. Einführung von Präventionsprojekten in die Fachweiterbildung Psychiatrie

Ruth Ahrens

Hintergrund

Seit Ottawa-Charta 1986 und der Neufassung des Krankenpflegegesetzes 2003/2004 ist im Ausbildungsziel (§ 3, Absatz 1) ist Prävention als pflegerische Aufgabe genannt. In wie weit dies im somatischen Bereich Umsetzung gefunden hat, kann hier nicht beantwortet werden. Signifikant bei einer Fachweiterbildung Psychiatrie jedoch war/ist, dass Teilnehmende (TN) sich überwiegend mit bereits Erkrankten auseinandersetzen und Präventionsarbeit ein noch neues, fast unbekanntes Feld für die Fachkollegen ist. Lediglich im Bereich Tertiärprävention ist es z.B. durch Adherence-Arbeit zu Erfolgen gekommen, die zu vielen Fachkollegen noch immer unbekannt sind. Andere Projekte finden vereinzelt oft in Kliniken statt, Projekte welche die Institution Krankenhaus hinter sich lassen und sich ganz allgemein mit der Förderung seelischer Gesundheit befassen, werden selten von der Berufsgruppe der Pflegenden durchgeführt.

Problemstellung

Für den psychiatrischen Bereich wurden bisher nur wenige Präventionsziele in der Pflege erarbeitet. Im Rahmen der Fachweiterbildung Psychiatrie sind Teilnehmende an der Akademie im Park gehalten, Projektarbeiten durchzuführen. Diese Aufgabe wurde dazu genutzt, Prävention als pflegerisches Handlungsfeld zu begreifen und Prävention auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Die Projektarbeiten wurden weiterhin dazu genutzt, ein vorher im Kurs geäußertes professionelles Selbstbild zu überprüfen. Viele Teilnehmende (TN) waren anfänglich sicher, dass Art und Umfang der Projekte zu schwierig für sie seien,

ihr theoretisches Verständnis nicht ausreichen würde und die Projektzeit zu kurz sei.

Ziele

Die Teilnehmenden sollten in Kleingruppen mit bis zu 5 Mitgliedern Projektarbeiten entwickeln, die der Aufgabenstellung entsprechen. Ziele waren:

- Organisation der Gruppenarbeit mit Hilfe von Internet und Telefon über mehrere hundert Kilometer (die TN sind in verschiedenen Einrichtungen im Land Baden-Württemberg eingesetzt)
- Kernkonzepte von Projektarbeit kennen lernen und umsetzen
- ein Präventionsthema bearbeiten, welches in Planung und Durchführung eine echte Neuerung darstellt (also keine Neueinführung von bereits Bekanntem)
- ferner hatten die TN sicherzustellen, dass die Projekte Nachhaltigkeit haben und fortgeführt werden können.

Vorgehen

Von April bis September 2011 erarbeiteten die Teilnehmenden ein Präventionsthema für das Feld psychiatrischer Gesundheit, welches auf mindestens einer der drei Präventionsebenen angesiedelt sein sollte (primär, sekundär, tertiär).

Ergebnisse/Erfahrungen

Durch die hohen Zielerfordernisse gelangen sowohl thematisch wie auch in der Durchführung Neuerungen. Thematisch beschäftigten sich Gruppen z. B. mit „raising hope“ - dem Erzeugen von Hoffnung auf Genesung bei bereits Erkrankten, mit „gender mental health care“ – einem psychoedukativen Ansatz der die Bewältigungsstrategien von Männern in den Blick nimmt in einem Behandlungsangebot, das üblicherweise eher auf weibliche Bewältigungsstrategien zugeschnitten ist. Weitere Projekte waren „die Erfassung von Bedürfnissen von Angehörigen suchtkrank Menschen während des stationären Aufenthaltes“ in Form einer quantitativen und qualitativen Be-

fragung, „Sei stark“ – selbstwertstärkende Strategien für Jugendliche, das in allgemeinbildenden Schulen durchgeführt wurde, ein Drogenpräventionsprojekt in Schulen sowie die Einführung eines pflegegeleiteten Psychoseminars (im dialogischen Stil) für die Allgemeinbevölkerung in Heilbronn.

Diskussion

Die Aufgabe stellte die Teilnehmenden vor Herausforderungen, die sowohl logistische wie auch professionelle Anforderungen hatten. Neben der Gruppenorganisation über die Entfernung hinweg mussten die TN einen Perspektivenwechsel vornehmen: sie beschäftigten sich wesentlich intensiver als in einer Fachweiterbildung üblich mit der Fragestellung seelischer Gesundheit als mit Krankheit. Dies veränderte das Denken und die Haltung gegenüber Patienten nachhaltig und legte neue Schwerpunkte auf ressourcenorientiertes Arbeiten. Dabei spielte auch die Betrachtung eigener Ressourcen eine Rolle. Die TN fanden heraus, dass sie zu wesentlich mehr Leistung, Disziplin und Verantwortung in der Lage waren, als sie selbst zunächst angenommen hatten. Sie verließen z.T. die Institution Krankenhaus und wandten sich neuen Zielgruppen zu und entdeckten, dass Sie die Freude an Ihrer Arbeit anderen Menschen positiv vermitteln konnten. Sie wurden sowohl innerhalb wie außerhalb der Institutionen wahrgenommen und begannen neue Netzwerke zu knüpfen, z.B. mit den allgemeinbildenden Schulen oder wie im Fall des Psychoseminars mit Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderen Sponsoren etc.

Schlussfolgerung

Eine Fachweiterbildung bietet eine geeignete Möglichkeit, Prävention nicht nur theoretisch im Unterricht zu behandeln, sondern sehr praktisch erfahrbar zu machen. Nebeneffekte wie Wissen über Projektmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Dialoge mit anderen Berufsgruppen werden mit hoher Motivation angegangen, fehlendes Wissen zur Durchführung bestimmter Fragestellungen wurde sich angeeignet, neue Medien wurden genutzt. Die Nachhaltigkeit wurde sichergestellt, in dem die Projekte entweder fortgeführt

werden oder wie im Fall der Angehörigenbefragung mit Angeboten auf die Bedürfnisse reagiert wird. Das professionelle Selbstbild der Teilnehmenden erfuhr eine Korrektur dahingehend, dass sie Freude an der Verbindung von Theorie und Praxis erfahren haben und - sobald sie sich mit den Erfolgen ihrer Arbeit konfrontiert sahen, stolz auf ihre Leistungen waren und sind.

Lernziele

Wenn Fachweiterbildungskandidaten eine schwierige Aufgabe gestellt wird und sie die Unterstützung erfahren, die sie brauchen um die Aufgabe zu bewältigen, ist es möglich die Weiterbildung mehr als nur zur Wissensvermittlung zu nutzen, nämlich nachhaltige Projekte im Bereich Prävention zu entwickeln.

Literatur

Dielmann G (2006) Krankenpflegegesetz: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. Frankfurt: Mabuse

2. Jogging als therapeutische Intervention bei affektiven Störungen

Fabiane Albrecht, Stephan Witjes, Anna Hegedüs, Bernd Kozel, Katharina Glavanovits

Einleitung

Um Menschen mit depressiven Erkrankungen zu behandeln, werden vorwiegend die klassischen Methoden der medikamentösen Behandlung mit Psychopharmaka und der Psychotherapie angewendet. Der positive Effekt der körperlichen Aktivität bei Depressionen ist zwar mittlerweile durchaus bekannt, jedoch werden Bewegung und Sport als therapeutische Intervention noch immer sehr selten oder höchstens am Rande einer durch Medikation und Psychotherapie gestützte Behandlung angewendet.

Eine Vielzahl von Studien besagt, dass es durch ausreichend körperliche Aktivität zu einer Verbesserung der Stimmung der Betroffenen kommt, das Wohlbefinden und die körperliche Leistungsfähigkeit werden gesteigert [1]. Es kann ausserdem angenommen werden, dass es durch die Bewegungsintervention zu einer Verbesserung des Selbstkonzepts und der Selbstwirksamkeitserwartung der Menschen mit depressiven Erkrankungen kommt [2].

Aufgrund der Erkenntnisse über den positiven Effekt der Bewegung wurde in der Tagesklinik Bolligenstrasse mit Schwerpunkt affektive Erkrankungen eine therapeutische Jogginggruppe für Patientinnen und Patienten eingeführt.

Thema

Die Jogginggruppe wird über einen Zeitraum von 12 Wochen durchgeführt, gelaufen wird zweimal wöchentlich. Eine Therapieeinheit dauert jeweils ungefähr 90 Minuten. Es handelt sich nicht um eine ausschliesslich körperliche Therapie, durch kurze theoretische Inputs zu Beginn der Gruppe sollen

Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Themen im Zusammenhang mit Sport und dem Effekt auf die Psyche sensibilisiert werden. Es soll bei der Jogginggruppe nicht der Leistungsaspekt im Zentrum stehen, sondern die gesundheitsfördernde Komponente der Bewegung [3].

Die Jogginggruppe wird interdisziplinär geführt, Pflegepersonen, wissenschaftliche Mitarbeitende, im Sportbereich tätige und der Pfarrer und Seelsorger der Klinik leiten die Gruppe gemeinsam und ergänzend zueinander. Dieser Aspekt der unterschiedlichen Herangehensweisen an Bewegung und Sport soll genutzt werden und dazu dienen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von verschiedenen Gesichtspunkten aus Zugang zu Bewegung zu verschaffen.

In den 12 Wochen, während denen die Jogginggruppe durchgeführt und aufgebaut wird, werden jeweils kurze theoretische Inputs gegeben, die im engeren oder weiteren Sinn mit regelmässiger Bewegung in Verbindung gebracht werden können oder auch einen bisher kaum wahrgenommenen Aspekt des Laufens behandelt. Die Inputs werden den Patientinnen und Patienten ergänzend zu den mündlichen Ausführungen durch die Leitenden verschriftlicht abgegeben.

Sie sind so aufgebaut, dass sie jeweils während 2 Sitzungen behandelt werden.

Die Laufeinheiten an sich dauern zwischen 30 und 60 Minuten und werden in Abhängigkeit zu den Vorkenntnissen der Teilnehmenden unterschiedlich gestaltet.

In der Basisgruppe werden Teilnehmende, die noch keine Lauferfahrung haben durch Intervalltraining an das Laufen herangeführt: Es wird zwischen Joggen und Gehen abgewechselt, wobei die Joggingzeit kontinuierlich gesteigert wird und die Gehpausen verkürzt werden.

Neben der Basisgruppe bietet eine zweite Gruppe lauferfahrenen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihr Laufen weiter zu verbessern und zwischen 30 und 60 Minuten am Stück zu joggen; Pausen werden nur eingebaut, wenn die Patientinnen und Patienten sie benötigen oder wünschen.

Einige theoretische Inputs im Überblick

- **Joggingregeln:**

Die Patientinnen und Patienten werden über einige so genannte Joggingregeln informiert: Wichtig ist gutes Schuhwerk, um Fehlbelastungen zu reduzieren oder gar zu verhindern. Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, genügend Flüssigkeit zu sich zu nehmen und nie vollständig nüchtern zu laufen, so treten Schwindel und Übelkeit während des Laufens viel seltener auf. Da beim therapeutischen Laufen zu jeder Zeit im aeroben Bereich trainiert werden soll, ist es wichtig, dass die Teilnehmenden sich während des Joggens unterhalten können, somit ist gewährleistet, dass sich alle auf einem gesunden Niveau bewegen.

- **Belohnung**

Da der Antrieb in einer Depression stark vermindert sein kann und das Wissen über eine verbesserte Stimmung nach dem Laufen häufig als Motivation nicht ausreicht, um sich zu bewegen, ist es wichtig, dass zusätzlich eine Belohnung in Aussicht gestellt wird [2]. Sinnvoll ist, wenn sich die Patientinnen und Patienten für das Teilnehmen an und Durchhalten in der Jogginggruppe selber belohnen. Diese Belohnung soll fester Bestandteil der Vorbereitung auf die Jogginggruppe sein und möglichst unmittelbar nach der Anstrengung vollzogen werden.

- **Effekte des Joggens auf die Psyche**

Die Patientinnen und Patienten werden auf die psychischen Veränderungen durch das Joggen sensibilisiert.

Sie werden dazu angehalten, sich auf Veränderungen der Stimmung zu achten. Vermehrt werden sie zudem aufgefordert, sich ihre eigene Leistungssteigerung und die starke Eigenleistung und Selbstdisziplin vor Augen zu führen und diesen Erfolg auch entsprechend hoch einzustufen.

- **Joggen und Medikamente**

Durch die Einnahme von Psychopharmaka verändert sich die Körperwahrnehmung und das Körpergefühl. Häufig tritt Müdigkeit als Nebenwirkung auf, die es zu überwinden gilt, das Laufen kann in diesem Fall zu mehr Energie und Vitalität verhelfen.

Zudem kann es im Zusammenhang mit der Einnahme von Psychopharmaka zu Appetitsteigerung und Gewichtszunahme kommen; auch diesen Nebenwirkungen der Medikamente kann regelmässige Bewegung entgegenwirken.

- **Jogging und Spiritualität**

Der Pfarrer und Seelsorger der Klinik befasst sich mit der spirituellen Seite des Laufens und gewährt Einblicke in meist verborgene und unbekanntere Aspekte der Bewegung.

Ziele

Ein langfristiges Ziel der Jogginggruppe ist, dass das Laufen als Form von körperlicher und geistiger Bewegung einen festen Platz im Alltag der Patientinnen und Patienten erhält, unabhängig davon ob sie stationär, ambulant oder nicht psychiatrisch betreut werden. Den grössten Effekt hat aerobe körperliche Aktivität [4] bei langfristigen und regelmässigen Interventionen. Es soll erreicht werden, dass Jogging als lustvolles Tun mit positiven Effekten auf die Grundstimmung, die körperliche Leistungsfähigkeit und die physische und psychische Belastbarkeit erkannt und im Alltag eingebaut wird. Bewegung und Sport sollen im Alltag von Menschen mit depressiver Erkrankung eine wichtige und stabilisierende Rolle erhalten.

Literatur

1. *Bartholomew, J.B., Morrison, D., and Ciccolo, J.T., Effects of Acute Exercise on Mood and Well-Being in Patients with Major Depressive Disorder. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2005. 37(12): p. 2032-2037.*
2. *Bartmann, U., Laufen und Joggen für die Psyche. Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit. 2009, Tübingen: dgvtv-Verlag.*
3. *Stoll, O., Ziemainz, H., Laufen psychotherapeutisch nutzen. 2012. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.*

4. *Dunn, A., Trivendi, M. H., Kampert J. B., Clark, C. G., CHambliss, H. O., Exercise Treatment for Depression. Efficacy and Dose Response. American Journal of Preventive Medicine. 2005. 28(1): p. 1-8.*
5. *Taylor, C. B., Sallis, J. F., Needle, R. The Relation of Physical Activity and Exercise to Mental Health. Public Health Report. 1985. 100(2): p. 195-202.*

3. Ein Trainingshandbuch für die Förderung der psychischen Gesundheit in Einrichtungen und Diensten für ältere Menschen

Almut Bachinger, Gert Lang, Martina Welechovszky

Kurzfassung

Im Rahmen des EU-Projekts Mental Health Promotion Handbook¹ werden Trainingshandbücher und -materialien entwickelt, die Wissen und Kompetenzen zur Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit für die drei Settings Schule, Arbeitsplatz und Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen vermitteln. PraktikerInnen in den betreffenden Settings sollen damit in die Lage versetzt werden, Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens zu planen und durchzuführen. Das Forschungsinstitut des Roten Kreuzes ist gemeinsam mit der finnischen Partnerorganisation National Institute for Health and Welfare (THL) für die Handbücher für das Setting (mobile) Dienste und (stationäre) Einrichtungen für ältere Menschen zuständig. Im Februar 2013 werden die Handbücher und Trainingsmaterialien fertiggestellt sein und in sieben Sprachen vorliegen (Englisch, Deutsch, Finnisch, Polnisch, Estnisch, Französisch und Spanisch).

Hintergrund und Fragestellung

Die Bedeutung der Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung wächst [1-3]. Die Anforderungen an das Personal steigen und entsprechend auch die Belastungen der psychischen Gesundheit [3, 4]. Aber auch die Betreuungs- und

¹ Das Projekt MHP handbook (www.mentalhealthpromotion.net, 10. Juli 2012) wird durch das Public Health Programme der Europäischen Union gefördert und in Österreich national kofinanziert durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), einen Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH.

Pflegebedürftigen selbst haben einen steigenden Bedarf an der Förderung ihrer Gesundheit. Psychische Gesundheit ist eine Voraussetzung für Lebensqualität und Wohlbefinden, speziell auch im höheren Lebensalter, und trägt das Potenzial, den Gesamtgesundheitszustand von Pflege- und Betreuungsbedürftigen langfristig und nachhaltig zu verbessern. Demgegenüber ist jedoch das österreichische Gesundheitssystem wenig auf präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen ausgerichtet [vgl. z.B. 5]. Dabei kann die Förderung der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen auch die Arbeitsbedingungen für das in der Pflege und Betreuung eingesetzte Fachpersonal erleichtern, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkt und langfristig Kosten und Folgekosten vermeiden kann [6-10].

Mit den Trainingsmaterialien zur Förderung der psychischen Gesundheit soll über adäquate Weiterbildung zur Kapazitätsentwicklung (i.e. Weiterentwicklung von Wissen und Fertigkeiten, Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen und Vernetzung) im Setting Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen und zu einer gesteigerten Gesundheitskompetenz beigetragen werden [4, 11, 12].

Methode

Das Handbuch wurde auf Basis des neuesten evidenz- und praxisbasierten Wissens – vor allem aus dem Bereich der Gesundheitsförderungsforschung – entwickelt. Für den Praxis- und Übungsteil wurden in einer Bedarfserhebung vier qualitative Gruppendiskussionen mit insgesamt 25 Fachkräften aus der mobilen wie stationären Langzeitpflege und -betreuung älterer Menschen in Finnland und in Österreich durchgeführt und ausführlich dokumentiert. Darauf aufbauend wurden Methoden, Übungsbeispiele und Instrumente recherchiert oder selbst gestaltet und pädagogisch aufbereitet. Im Sinne eines Projekt- bzw. Programmzyklus können die Materialien entweder bei der Bedarfserhebung und -planung, Umsetzung oder Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung hilfreich sein.

Die Erstversion wurde im Frühjahr und Sommer 2012 von potenziellen NutzerInnen der Handbücher evaluiert. Insgesamt nahmen an der Evaluation 36

Fachkräfte in Finnland (21) und Österreich (15) teil. In Österreich wurden Angehörige von Pflege-, Betreuungs-, Sozial- und Gesundheitsberufen sowohl des mobilen als auch des stationären Sektors sowie aus Wissenschaft und Forschung eingeladen. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation wird schließlich die finale Version der Handbücher und Trainingsmaterialien erstellt.

Ergebnisse

Das Trainingshandbuch verfolgt im Rahmen des Gesundheitsförderungsansatzes das Ziel der praxisnahen Vermittlung und Stärkung setting-spezifischer Gesundheits- bzw. spezieller gesundheitsförderlicher Kompetenzen bei Fachkräften, die in Diensten und Einrichtungen für ältere Menschen tätig sind. Damit werden der nötige Wissensspielraum und das Handlungspotenzial aufgebaut, um die psychische Gesundheit von älteren Menschen als endbegünstigte Zielgruppe zu fördern. Um diesem Ansinnen gerecht zu werden, vermittelt das Trainingshandbuch Grundlagen der Gesundheitsförderung und insbesondere der Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Leitprinzipien der Gesundheitsförderung, positiver Ressourcenansatz, Erfolgsfaktoren, ethische Gesichtspunkte) aber auch praxisrelevante Anleitungen zur Planung, Durchführung und Evaluation von Initiativen. Für die praxisnahe Umsetzung wurden mehrere Instrumente entwickelt. Sie werden im Handbuch übersichtlich strukturiert, indem jeweils eine Arbeitsdefinition und fundierte Begründung für die Maßnahme geboten und die Umsetzungsschritte detailliert beschrieben werden. Darüber hinaus werden weiterführende Beispiele und vertiefende Literatur geboten. Als Ergänzung zum Handbuch stehen zahlreiche weitere Instrumente zur Umsetzung als elektronische Ressource online auf der Projektwebsite zur Verfügung.

Das Handbuch deckt das Themenfeld der Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens auf sehr breiter Basis ab. Auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse wurden drei Themenfelder ausgewählt. Den Schwerpunkt der Handbücher bildet die Beschreibung dieser

Schlüsselthemen, geeigneter Methoden und von Instrumenten zur Förderung der psychischen Gesundheit. Für das Setting der Langzeitbetreuung und -pflege älterer Menschen wurden die Schlüsselthemen Lebensstil und gesundheitsförderliche Aktivitäten (gesunde Lebensstil, Bewegung, Lernen, Kreativität), soziale Beziehungen und Partizipation sowie Gestaltung der Lebensbedingungen (Unterstützung pflegender Angehöriger, Wohnraumsicherheit) ausgearbeitet. Zudem wurde aufgrund der Evaluationsergebnisse der Bereich der künstlerischen und kreativen Betätigung noch stärker einbezogen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen setzen sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Verhältnisebene an. Körperliche, psychische und soziale Gesundheit werden in ihren Wechselwirkungen aufeinander unterstützt und bei den genannten Maßnahmen aufgezeigt. Somit wird ein breiter Überblick über Möglichkeiten der Förderung der psychischen Gesundheit gegeben.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sollen in die täglichen Routinen von Fachkräften Eingang finden. Wie die Bedarfserhebung ergab und auch erste Ergebnisse der Feldversuche vermuten lassen, ist das angesichts der Ressourcenknappheit im Setting Langzeitpflege und -betreuung von besonderer Wichtigkeit. Ein weiterer herausragender Aspekt, der sich sowohl bei der Bedarfserhebung als auch im Zuge der Evaluation herauskristallisierte, ist die Notwendigkeit einer guten organisationalen und strukturellen Einbettung von Fördermaßnahmen - auf dieser Ebene setzt übrigens das Projekt Mind Health an, ein weiteres Projekt des Europäischen Netzwerks zur Förderung der psychischen Gesundheit (ENMHP), zu dem auch Mental Health Promotion Handbooks gehört (vgl. www.mentalhealthpromotion.net, 10. Jul. 2012). Zur Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit ist ein multiprofessioneller und -disziplinärer Ansatz erforderlich und die entsprechenden Schlüsselrollen erfordern ein hohes Maß an Fertigkeiten und Fähigkeiten. Diese variieren jedoch beträchtlich und sind stark abhängig von den verschiedenen Aspekten oder Elementen der gesundheitsförderlichen Intervention. Effektive und nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit erfordert zudem die Einbeziehung einer Reihe rele-

vanter Kriterien und AkteurInnen (Stakeholdern) im jeweiligen Setting [13]. Jedoch nehmen die mit der Umsetzung assoziierten Rollen und die damit betrauten Berufsgruppen eine herausragende Position in einer Gesundheitsförderungsmaßnahme ein und es bedarf eines möglichst breiten Spektrums an Wissen und Fertigkeiten.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Vortrag widmet sich der Darstellung des Konzepts und der konkreten Inhalte der Trainingshandbücher zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen. Dabei werden Ziele und Potenziale sowie Grenzen von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit aus den Bereichen Bedarfsplanung, Umsetzung und Evaluation anhand von Beispielen aus dem Trainingshandbuch, dargestellt.

Die Trainingsmaterialien verstehen sich als nachhaltiger und praxisnaher Beitrag zur Kapazitätsentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. der Förderung der psychischen Gesundheit. Sie verfolgen den hohen Anspruch, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren. Insofern stellen sie den praxeologischen Versuch dar, Gesundheitskompetenzen bei professionellen Schlüsselpositionen zu erhöhen um eine multiplikatorische Hebung salutogener Potenziale in der gesamten Bevölkerung zu ermöglichen.

Literatur

1. *EC, Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Hochrangige EU-Konferenz gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (12.-13. Juni 2008). 2008, Brüssel: Europäische Kommission.*
2. *Lang, G., et al., Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older People. 2010, Luxembourg: European Communities.*
3. *Lang, G., A. Bachinger, and D. Bammer, Kriterien der Nachhaltigkeit für die Förderung der psychischen Gesundheit. Am Beispiel des European network for Mental Health Promotion (ENMHP), in Symposium 2011. Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung, E. Gollner and M. Stangl, Editors. 2011, Fachhochschul-*

- studiengänge Burgenland Ges.m.b.H und E. Weber Verlag GmbH.: Pinkafeld, Fachhochschul-Studienzentrum Pinkafeld. p. 29-38.
4. Bammer, D., G. Lang, and A. Bachinger, *Weiterbildung von Führungs- und Fachkräften als Beitrag zum aktiven Altern. Der Bereich der Gesundheitsförderung. Magazin für Erwachsenenbildung, 2011. 2011(13): p. 141-148.*
 5. Aiginger, K., *Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem. 2011, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WiFo): Wien.*
 6. Barry, M., M and R. Jenkins, *Implementing Mental Health Promotion. 2007: Elsevier.*
 7. DoH, *New Horizons: Confident communities, brighter futures. A framework for developing wellbeing. 2010, London: HMSO, Department of Health.*
 8. Herrman, H. and E. Jané-Llopis, *Mental Health Promotion in Public Health. International Union for Health Promotion and Education, Paris, FRANCE (1994-2008) (Revue), 2005.*
 9. Jané-Llopis, E. and M.M. Barry, *What makes mental health promotion effective? Promotion & Education, 2005. 12(Supplement 2): p. 47-53.*
 10. Jané-Llopis, E., et al., *Mental health promotion works: a review. Promotion & Education, 2005. 12(Supplement 2): p. 9-25.*
 11. Potter, C. and R. Brough, *Systemic Capacity Building: a Hierarchy of Needs. Health Policy and Planning, 2004. 19(5)(Oxford University Press): p. 336-345.*
 12. Gugglberger, L., et al., *Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen. SWS-Rundschau, 2012(2).*
 13. Lang, G., A. Bachinger, and D. Bammer. *Nachhaltigkeit bei der Förderung der psychischen Gesundheit: am Beispiel des European Network for Mental Health Promotion (ENMHP) in Symposium: „Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung“ (9. Juni 2011). 2011. Pinkafeld, Fachhochschul-Studienzentrum Pinkafeld: Fachhochschule Pinkafeld und Fonds Gesundes Österreich.*

4. Aufbau von kommunikativen Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden

Markus Berner

Hintergrund

In der Ausbildung von Pflegefachpersonen wird grosses Gewicht auf die Vermittlung von Fachwissen gelegt. Ein wichtiger Teil der Ausbildung beinhaltet das vermitteln von kommunikativen Kompetenzen. Kommunikation wird aus dem lateinischen *communicare* abgeleitet, wobei *com* mit „gemeinsam, zusammen“ und *munus* mit „Aufgabe“ oder „übernommene Pflicht“ übersetzt werden kann. Die Bedeutungsdimension von *communicare* umfasst "gemeinsam machen" oder spezifischer "gemeinsam sprechen" [1]. Kommunikation kann somit als zwischenmenschlicher Kontakt und Austausch gesehen werden und beinhaltet die zusammenhängenden Komponenten von Sich-Ausdrücken und sich gegenseitigem Verstehen [2]. Dabei bilden wichtige Faktoren wie Fachwissen, persönliche Haltung, soziale Orientierung und die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle.

Problem

Als Grundlage können in der Ausbildung von Pflegenden Konzepte aus der Kommunikation unterrichtet werden. Die theoretische Schulung von Konzepten reicht jedoch nicht aus, um Studierenden die nötige Übung und Sicherheit in der Kommunikation und kommunikativen Kompetenzen zu vermitteln.

Ziele

Kommunikation, beziehungsweise kommunikative Kompetenzen müssen von Studierenden in möglichst realitätsnahem Setting geübt werden können. Studierende brauchen zudem aus dem Übungssetting Feedback, damit sie persönliche Ressourcen erkennen und ausbauen und zudem aus „Fehlern“ lernen können.

Vorgehen

Die Pflegenden erhalten in Ihrer Ausbildung in mehreren Sequenzen die Möglichkeit, kommunikative Kompetenzen zu üben. Als Lernsetting wird Studierenden das Kommunikationstraining angeboten. Das Training findet mit ausgebildeten Schauspielern statt, die als standardisierte Patienten den Studierenden als Gesprächspartner zur Verfügung stehen. Zusätzlich werden die Studierenden durch eine Studienkollegin im Training beobachtet. Im Anschluss erhalten die Studierenden ein Feedback vom standardisierten Patienten und von der beobachtenden Studierenden. Das Training wird via Kamera aufgezeichnet und im Anschluss als DVD der Studierenden abgegeben.

Die Kommunikationstrainings haben immer Bezug zu den aktuell vermittelten Lehrinhalten.

Anhand der Feedbacks des Schauspielers, der Beobachterin und der aufgezeichneten Filmsequenz reflektieren die Studierenden schriftlich ihr Kommunikationstraining oder sie erhalten ein schriftliches Feedback von der Beobachterin.

Erfahrungen

Die Erfahrungen der Studierenden werden als gut und lehrreich eingeschätzt. Sie erleben das Kommunikationstraining als Herausforderung. Beim Sichten der Filmsequenz und beurteilen der schriftlichen Reflexions- und Feedbackarbeiten ist eine Erweiterung der kommunikativen Kompetenzen der Studierenden feststellbar.

Diskussion & Schlussfolgerung

Das Kommunikationstraining wird aus Sicht aller Beteiligten als sehr wertvoll und lernfördernd betrachtet. Im Moment ist jedoch die Evaluation des Trainings noch unbefriedigend. Die Evaluation mit einem Fragebogen liefert keine bzw. wenig Angaben darüber, welchen Lernzuwachs die Studierenden in ihrer Ausbildung machen können. Die gemessenen Faktoren sind als „weich“ zu bezeichnen, sie machen wenig konkrete Aussagen, da sie nicht konkret messbar sind. Zudem ist es schwierig, zu differenzieren, welche Kompetenzen im Kommunikationstraining gefördert und welche in anderen Settings wie dem Problem-Based Learning oder in Seminaren aufgebaut werden.

Im Weiteren muss festgehalten werden, dass das Kommunikationstraining einen grossen organisatorischen Aufwand bedeutet und auch erhebliche Kosten verursacht.

Demgegenüber ist zu erwähnen, dass, um den Herausforderungen in der pflegerischen Praxis gerecht zu werden, die professionellen kommunikativen Kompetenzen zielgerichtet auf zu bauen sind und stets zu reflektieren und zu verbessern sind.

In die Zukunft blickend ist es sicher wertvoll, das Kommunikationstraining mit einem Instrument zu überprüfen, das klare Indikatoren misst und aussagen über den Lernzuwachs der Studierenden machen kann.

Literatur

1. Rogall, R.; Josuks, H.; Adam, G.; Schleinitz, G. (2005). *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management* (p. 16). Hannover: Schlütersche.
2. Wingchen, J. (2006). *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe* (p. 18). Hannover: Schlütersche.

5. Umgang mit freiheitsbeschränkenden/freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) in der Pflege

Andrea Berzlanovich, Jutta Schöpfer, Wolfgang Keil

Hintergrund

Freiheitsbeschränkende/freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) werden einerseits bei Sturzgefährdung, Verhaltensstörungen, motorischer Unruhe und zur Sicherung von medizinischen Behandlungen angewandt. Andererseits werden sie zur Vermeidung von Selbstbeschädigungen und suizidalen Handlungen durchgeführt. Die Einschränkung des Bewegungsspielraums von PatientInnen/ BewohnerInnen erfolgt meist durch mechanische Maßnahmen wie Bettgitter und Gurtsysteme

Problemstellung

Die Anwendung von FEM geht nicht nur mit Verlusten von Freiheit, Autonomie und mit Einbußen von sozialen Bezügen einher, es können bei regelmäßigem und dauerhaftem Einsatz auch erhebliche gesundheitliche Komplikationen bei den Betroffenen auftreten. So wird die Entstehung von immobilisationstypischen Komplikationen - Dekubitus, Beinvenenthrombosen, Pneumonien - begünstigt.

Nicht sach- und fachgerecht verwendete Fixierungen können Verletzungen unterschiedlicher Schweregrade, gelegentlich sogar den Tod der Fixierten zur Folge haben. Selbst bei korrektem Gebrauch, jedoch nicht ausreichender Beobachtung der Betroffenen, sind tödliche Unfallgeschehen möglich.

Vorgehen

Im rechtsmedizinischen Obduktionsgut werden immer wieder Todesfälle von Pflegebedürftigen insbesondere im Zusammenhang mit mechanischen Fixierungen festgestellt. Die Kernfrage der Begutachtung ist, ob ein natürlicher oder nicht natürlicher Tod vorliegt. Ein natürlicher Tod besteht, wenn

die Betroffenen krankheitsbedingt verstorben sind. Dabei können diese agonal in eine abnorme Körperhaltung im Fixierungssystem gelangt sein, die bei der Auffindung den einzelnen Todesfall zunächst als unklar bzw. als nicht natürlich erscheinen lassen. Ein nicht natürlicher Tod liegt vor, wenn die Fixierung die eigentliche Ursache für den Todeseintritt ist.

Ergebnisse

Vom 01.01.1997 bis zum 31.12.2010 wurden am Institut für Rechtsmedizin München alle Verstorbenen retrospektiv untersucht, die zum Zeitpunkt des Todes durch ein Gurtsystem und/oder ein Bettgitter mechanisch fixiert waren und deren Todesart von den BeschauärztInnen als „ungeklärt“ bzw. „gewaltsam“ (n=39) attestiert worden ist. Teilergebnisse dieser Studie und verschiedener Folgearbeiten werden vorgestellt.

Diskussion und Schlussfolgerungen

FEM sind eine spezielle Form von Gewalt und daher als ultima ratio auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. Es gibt dazu aber zahlreiche Alternativen, die sowohl pflegbedürftigen Menschen, als auch Pflegekräften das Leben erleichtern können. Der Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses zum „Verantwortungs-vollen Umgang mit FEM in der Pflege“ bietet umfassende Hilfestellung zur Verwendung von alternativen Möglichkeiten. Als weitere Informationsquelle dient gleichfalls eine Lehr-DVD, die im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen produziert worden ist.

Die Dauer der FEM muss begrenzt sein, ihre Notwendigkeit in kurzen zeitlichen Abständen kontrolliert und sorgfältig dokumentiert werden.

Mechanische Fixierungen müssen unbedingt vorschriftsmäßig - nach Gebrauchsanweisung der Hersteller - vorgenommen werden.

Literatur

1. *Bayerischer Landespflegeausschuss, 2009. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses: Vorschläge für Arbeitshilfen. In: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Ed.), Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Mintzel-Druck, Hof/Saale, pp. 52-63.*
2. *Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2010. Eure Sorge fesselt mich. München.*

6. Berufliche Gratifikationskrisen bei Pflegefachkräften in der Psychiatrie: Auswirkungen körperlicher und psychischer Tätigkeitsanforderungen auf Arbeitsaufwand und Gesundheit

Hüsniye Bilgiç, Elke Müller

Nach einer aktuellen Studie, die im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung durchgeführt wurde, verursachen arbeitsbedingte psychische Belastungen Jahr für Jahr bundesweit knapp 30 Milliarden Euro Kosten. Dieser Betrag gliedert sich in folgende zwei Bereiche auf: 10 Milliarden Euro direkte Kosten für arbeitsbedingte psychische Störungen, hauptsächlich Depressionen, Angststörungen und Suchtprobleme aber auch körperliche Krankheiten infolge psychisch belastender Arbeitsbedingungen wie zum Beispiel Muskel-Skelett-, Kreislauf-, sowie Magen- Darmerkrankungen. Den zweiten Bereich stellen mit knapp 19 Milliarden Euro indirekte Kosten wie Arbeitsausfall, Krankengeldzahlungen und krankheitsbedingter Frühverrentungen dar [1]. Ab dem Jahr 2012 wurde die Altersrente stufenweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung begründet dies mit der demographischen Entwicklung und der Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung [2].

Aufgrund der bereits erwähnten demographischen Entwicklung in Deutschland mit der Folge einer immer älter werdenden Gesellschaft und einer abnehmenden Anzahl der erwerbstätigen Menschen, ist es im Interesse der Gesellschaft das Thema des Arbeitsaufwands im Sinne der Arbeitsbelastung und deren Folgen näher zu beleuchten. Dazu gehört die Analyse des Arbeitsaufwands bei verschiedenen Berufen, so wie beispielsweise in Pflegeberufen. Kliniken müssen sich zukünftig darauf einstellen, dass Dienstleistung aufgrund der Verschiebung der Altersstruktur durch vermehrt ältere Beschäftigte erfolgen wird. Die Schwierigkeiten vakante Stellen zu besetzen und der Wettbewerb um die wenigen erwerbsfähigen Menschen werden

zunehmen. Umso wichtiger ist es, die vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sensibilisieren und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass eine ausgewogene Work-Life-Balance stattfinden kann. Es lohnt sich also, den Aufwand bei der Arbeit detaillierter zu betrachten, um adäquate präventive Maßnahmen daraus ableiten zu können.

In der folgenden Studie sollen deshalb der Arbeitsaufwand und die daraus resultierende Belastung auf verschiedenen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg untersucht werden. Anliegen der Studie ist es, Auswirkungen körperlicher und psychischer Tätigkeitsanforderungen auf Arbeitsaufwand und Gesundheit zu untersuchen, um mehr Erkenntnisse in diesem Bereich zu gewinnen. Die Basis des hier eingesetzten Modells der beruflichen Gratifikationskrisen stellt der Arbeitsvertrag dar. Dadurch entsteht ein „Tauschverhältnis“ zwischen der erbrachten beruflichen Leistung und der erfahrenen Belohnung/ Gratifikation im Erwerbsleben. Wertschätzung, Bezahlung, beruflicher Aufstieg beziehungsweise ein sicherer Arbeitsplatz stellen die möglichen Gratifikationsformen dar. Die Gratifikationskrise hingegen definiert das Missverhältnis zwischen einer starken Verausgabung und einer unangemessen niedriger Belohnung im Erwerbsleben. Eine übersteigerte Verausgabungsneigung ist die dritte Modellkomponente; welche sich durch ein immenses Bedürfnis nach Anerkennung, Kontrolle und Erfolg im beruflichen Kontext der beschäftigten Person äußert [3].

Die Fragestellung

Unterscheiden sich Pflegefachkräfte die primär psychische Tätigkeitsanforderungen haben im Vergleich zu Pflegefachkräften die körperliche und psychische Tätigkeiten ausführen in Hinblick auf Arbeitsaufwand (im Sinne von Arbeitsbelastung) und Gesundheit?

Methode und Material

Auf Grundlage des Modells der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist [3] wurde eine Befragung auf insgesamt 4 Stationen des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg in zwei unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen

mittels dem ERI-Fragebogen (Effort-Reward Imbalance) durchgeführt: Erstens ein neuropsychiatrischer Bereich mit körperlichen und psychischen Tätigkeitsanforderungen und zweitens ein psychiatrischer Bereich ohne die primäre Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen mit vorwiegend psychischen Tätigkeitsanforderungen. Befragt wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die dem Pflegebereich zugeordnet sind. Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten auf den vier Stationen insgesamt 53 Beschäftigte im Pflegebereich mit einer dreijährigen Ausbildung. Der Rücklauf aller vier Stationen lag bei 86,6 Prozent. Der verwendete Fragebogen beinhaltet insgesamt folgende drei Subskalen: Effort für Aufwand, Reward für Belohnung und Overcommitment für die übersteigerte Verausgabungsneigung.

Ergebnisse

Es ergaben sich für die zwei Gruppen deutliche Unterschiede in der Subskala Effort, jedoch nicht in der Subskala Reward des ERI-Fragebogens. Der Wert für den Arbeitsaufwand (Effort) liegt im Bereich der Doppelanforderung (körperlich und psychisch) im Mittelwert bei insgesamt 17,88 (Standardabweichung $\pm 1,70$) und im Bereich der primär psychischen Tätigkeitsanforderung bei 15,80 (Standardabweichung $\pm 2,88$). Der Unterschied im Arbeitsaufwand zwischen den beiden Gruppen ist signifikant (t-Test; $t=-2,97$; $p=.004$). Der Unterschied der Mittelwerte für Reward (Gratifikation) zwischen den beiden Gruppen wird nicht signifikant.

Nach dem Modell sind Beschäftigte vor allem dann einem hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt, wenn der Effort-Reward-Quotient über 1 ist (d.h. Arbeitsaufwand ist größer als die erfahrene Gratifikation) und der Summenwert für die dritte Subskala des ERI-Fragebogens Overcommitment (übersteigerte Verausgabungsneigung) im oberen Drittel liegt.

Das Ergebnis für Overcommitment liegt im Bereich der körperlich-psychischen Tätigkeitsanforderung im Mittelwert bei 14,46 (Standardabweichung $\pm 3,41$) und in der Stichprobe der primär psychischen Tätigkeitsanforderung bei 12,50 (Standardabweichung $\pm 2,42$). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen wird signifikant (t-Test; $t=-2,15$; $p=.04$).

Diskussion

In der Studie wurde deutlich, dass Pflegefachkräfte allgemein einem deutlichen Gesundheitsrisiko sowie Gratifikationskrisen ausgesetzt sind. Laut Bödeker und Barthelmes [4] besteht bei Frauen im Pflegeberuf eine Prävalenz mit 16 Prozent für eine Gratifikationskrise. Direkt nach Hilfsarbeiterinnen und Frauen in der Metallverarbeitung. In einem vergleichbaren Modell, das Job-Strain Modell nach Karasek [5], beträgt die Prävalenz für eine Belastung bei der Arbeit für weibliche Pflegefachkräfte 22 Prozent und männliche Pflegefachkräfte 24 Prozent; diese scheinen bei Pflegefachkräften mit einer Doppelanforderung von körperlicher und psychischer Arbeitsanforderung ausgeprägter zu sein. Die Ergebnisse müssen vorsichtig interpretiert werden.

Schlussfolgerung

Pflegefachkräfte mit sowohl körperlicher als auch psychischer Tätigkeitsanforderung haben einen höheren Arbeitsaufwand und auch ein höheres Gesundheitsrisiko. Aber auch bei größtenteils psychischer Tätigkeitsanforderung kommt es häufig zu Gratifikationskrisen und zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko. Wenn man den demographischen Wandel, den Nachwuchsmangel in der Pflege und die teilweise ungünstigen Dienstzeiten einbezieht, wird die Minimierung von Gratifikationskrisen durch Erhöhung der Rewardkomponente umso wichtiger. Für Führungskräfte gilt, sich mit Möglichkeiten der Belohnung von Beschäftigten auseinanderzusetzen.

Außerdem ist für Vorgesetzte die Kenntnis der subjektiven Risikofaktoren bei Beschäftigten wichtig. In solchen Fällen wäre die Zuhilfenahme von präventiven Maßnahmen angezeigt.

Literatur

1. Bödeker, W; Friedrichs M. (2011): *Kosten der psychischen Erkrankungen und Belastungen in Deutschland*, Düsseldorf: Böcklerimpuls.
2. Bundesregierung (2012): *Altersvorsorge*, Online im Internet: „URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/ThemenAZ/>

Altersvorsorge/altersvorsorge-2007-07-13-rente-mit-67-alterssicherung-generationengerecht-gestalten.html [Stand: 04.01.2012]“.

3. *Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe.*
4. *Bödeker, W.; Barthelmes, I. (2011): iga.Report 22. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast in Deutschland. Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes und ergänzende Datenanalysen. In: Initiative Gesundheit und Arbeit 22: 79 - 80.*
5. *Karasek, R. A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. In: Administrative Science Quarterly 24: 285 - 308.*

7. 'Wenn der Prophet nicht zum Berg kommt... 'oder: Wie funktioniert neurologische Rehabilitation bei psychiatrischen Patienten?

Anja Böhlke

Abstract

Nicht angeborene Hirnfunktionsstörungen (NAH) haben im Allgemeinen weitreichende Konsequenzen in allen Bereichen des menschlichen Lebens. Körperliche, kognitive und emotionale Veränderungen können so zu Störungen im Verhalten mit schweren sozialen Problemen führen. Dies kann bei der Rehabilitationsbehandlung von prämorbidem gesunden Patienten bereits vielfältige Schwierigkeiten verursachen, die dann oft einen vorzeitigen Abbruch der Reha-Behandlung mit schlechterem Outcome zur Folge haben.

Was aber, wenn der Patient bereits vor dem NAH-Ereignis eine psychiatrische Erkrankung hat, die in der Folge dazu führen kann, dass eine reguläre, auf Kooperation, Motivation und Einsicht basierende Grundeinstellung des Patienten nicht oder nur unvollständig gegeben ist?

Anhand einiger Fallbeispiele soll die Behandlungsstrategie der Klinik für NAH Huize Padua in Boekel in den Niederlanden erläutert werden, die dann im Vortrag dargestellt werden.

Unser Konzept basiert auf dem Grundsatz 'Volgend revalideren', was so viel heisst wie 'Reha nach Mass'. Hierfür steht eine Aufnahmestation mit 22 Betten zur Verfügung, die Patienten aus dem ganzen Land nach vorheriger schriftlicher Anmeldung durch den behandelnden Arzt und nach telefonischer Abstimmung auf freiwilliger Basis aufnimmt. Es kommt vor, dass Patienten aufgrund ihres Zustandes nicht aktiv zustimmen können, dann kann evtl. eine richterliche Anordnung zum Verbleib in unserer Klinik beim zuständigen Gericht erwirkt werden. Unser Behandlungsteam arbeitet multidisziplinär mit Psychiatern, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten und Kran-

kengymnasten sowie Beschäftigungstherapeuten. Ein Allgemeinmediziner übernimmt die somatische Grundversorgung vor Ort. Das Pflgeteam besteht sowohl aus somatisch geschultem Personal wie auch psychiatrischen Fachpflegekräften, sodass alle Aspekte in die Behandlung integriert werden können.

In den ersten zwei Wochen observieren alle Disziplinen die Verhaltensweisen des Patienten und präsentieren ihre Beobachtungen schriftlich oder auch per Video auf der wöchentlich stattfindenden Behandelkonferenz. Dort wird dann die weitere Vorgehensweise besprochen. Evtl. notwendige ergänzende Diagnostik wird angeordnet und ein Behandlungsplan wird erstellt, der sowohl-wenn möglich- mit dem Patienten selbst als auch mit den Angehörigen besprochen wird. Der Patient erhält einen Wochenplan, der auf ihn abgestimmt ist mit Behandlungs- und Ruhezeiten, die Medikation wird ein- oder umgestellt. Etwaige Verhaltensstörungen werden nun gezielt angegangen und durch alle Teammitglieder in gleicher Weise bearbeitet. Wir haben festgestellt, dass viele destruktive Verhaltensweisen wie etwa Selbstbeschädigung, simulierte Anfälle und Panikattacken von selbst verschwinden, wenn der Patient merkt, dass er hierdurch nicht mehr Aufmerksamkeit, sondern eher weniger erhält. Dagegen validieren wir gesundes Verhalten positiv, Erfolge in den verschiedenen Therapieformen werden hervorgehoben und belobigt. In enger Abstimmung mit der Familie, die durch unsere Bezugspflegerkräfte immer auf dem Laufenden gehalten wird, kann der Patient die Wochenenden zu Hause verbringen, um in gewohnter Umgebung das Gelernte anzuwenden. Wir bieten den Angehörigen auch regelmässig an, als Zuschauer bei den Therapien anwesend zu sein, um so noch deutlicher machen zu können, wie unsere Behandlung aussieht.

In manchen Fällen wird dann auch deutlich, dass eine Rückkehr in die eigene Umgebung nicht mehr möglich ist. Dann suchen wir die passende Wohnform und geben Behandlungstips für die Begleiter in den Wohn- oder Pflegeheimenrichtungen. Bei Bedarf können sich die Kollegen auch jederzeit an uns wenden und uns um Rat fragen.

Auf unserer Resozialisationsstation mit 11 Betten können wir Patienten, die auf eine geeignete Wohnform warten müssen, weiter begleiten. Hier können dann auch beschütztes Arbeiten und Haushaltsführung geübt werden.

Wir sind davon überzeugt, dass diese Vorgehensweise nicht nur evidente Erfolge im Einzelfall hervorbringen kann, sondern dass es auch möglich sein muss, die Behandelstrategien mit Hilfe von single case experimental studies wissenschaftlich zu untersuchen, um die Effizienz dieser Methode zu untermauern. Darum führen wir auch in Zusammenarbeit mit der Universität Maastricht solche Untersuchungen durch. Die Ergebnisse werden im laufenden Jahr publiziert werden.

Lernziele

Auch Patienten mit psychiatrischer Vorgeschichte, die im Laufe ihres Lebens an NAH erkranken, können mit Erfolg rehabilitiert werden, wenn dies in geeigneter Umgebung und auf ihre mentale Belastungsfähigkeit abgestimmt geschieht. Unser Motto lautet: 'Geht nicht gibt's nicht!'

8. Das Gezeitenmodell – Ein Kompass für die Recovery orientierte Praxis

Christian Burr, Gianfranco Zuaboni

Hintergrund

Recovery kann zweifelsohne als einen wichtigen Ansatz in der psychiatrischen Praxis bezeichnet werden. Im englischsprachigen Raum ist er schon weit verbreitet und meist als Forderung auf gesetzlicher Ebene im Sinne eines „Top-Down“ Veränderungsprozesses implementiert worden [1]. Recovery ist aber auch im deutschsprachigen Raum angekommen. Es bestehen schon verschiedene Publikationen, Tagungen und Projekte zum Thema [2]. Die Entwicklung und Implementierung von Recovery in den psychiatrischen Gesundheitsdiensten geschieht hier aber eher dezentral und meist aus Initiativen der Basis, also eher als ein „Bottom-Up“ Veränderungsprozess. Wie Recovery in der hiesigen psychiatrischen Dienstleistungslandschaft integriert werden kann ist noch nicht ausreichend beschrieben.

Einleitung

Ein wichtiger Fokus im Recovery Ansatz ist die Ressourcenorientierung. Darunter versteht man, dass ein Mensch in einer psychischen Krise nicht nur über seine Symptome oder Probleme definiert wird, sondern möglichst die gesunden Anteile, respektive die Ressourcen aktiviert werden. Dies ist unserer Ansicht nach seit jeher eine wichtige Ausrichtung professioneller psychiatrischer Pflege.

Das Gezeitenmodell [3], *the Tidal Model*, wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes in Newcastle, England von Nutzenden, Angehörigen und Professionell Tätigen unter der Leitung von Prof. Dr. Phil Barker entwickelt. Die Fragestellung dabei lautete: *„Wie passen wir die Pflege den spezifischen Bedürfnissen der Person und ihrer Geschichte sowie der gelebten Erfahrung an, sodass sie die Reise zur Genesung beginnen oder ein Stück weiterbringen*

kann?“ [4]. Das Gezeitenmodell weist zahlreiche Parallelen zum personen-zentrierten Recovery – Ansatz auf und kann als eines der meist diskutierten Pflegemodelle der letzten Jahre bezeichnet werden. Als Kompass für eine Recovery-orientierte Praxis eignet sich das Modell hervorragend, da es

- die erforderliche grundsätzliche Haltung formuliert, die von professionellen Helfern eingenommen werden soll, um Betroffene auf ihrer Recovery-Reise zu unterstützen
- strukturelle Voraussetzungen von Recovery-orientierten Dienstleistungen beschreibt
- sowohl aus Einzel- als auch Gruppeninterventionen besteht.

Im Folgenden wird das Gezeitenmodell kurz vorgestellt. Danach werden Möglichkeiten aufgezeigt wie dieses für die pflegerische Praxis nutzbar gemacht werden kann.

Vorstellen des Gezeitenmodells

Die zentrale Metapher

Die Flut und die Ebbe, eine stürmische See und Flauten, diese und weitere maritime Metaphern werden im Gezeitenmodell genutzt um Lebenssituationen zu beschreiben. Metaphern eignen sich sehr, um Gefühlszustände zum Ausdruck zu bringen. Diese Metapher repräsentiert eine der wichtigsten Aussagen des Modells, dass der Wandel immerwährend ist.

Dabei geht das Modell nicht von der Annahme eines Richtigen „Kurses“ aus sondern schaut mehr darauf, welche Form der Unterstützung den Menschen am besten unterstützt, um seinen eigenen (Recovery)-Weg zu gehen.

Die sechs philosophischen Annahmen

Die sechs philosophischen Annahmen wurden aufgrund einer fundierten Rückschau der Entwicklung der Psychiatrie der letzten hundert Jahre und verschiedener therapeutischen Interventionen und pflegerischer Strömungen entwickelt. Diese bilden die Grundlage von welcher anschliessend zehn

Verpflichtungen und die dazugehörigen zwanzig Befähigungen abgeleitet werden:

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

Die zehn Verpflichtungen und die dazugehörigen Befähigungen

Ausgehend von diesen sechs Annahmen wurden Werte entwickelt, die den in der Psychiatrie Tätigen eine Hilfestellung bieten sollen, wie sie ihre Arbeit ausrichten sollen, um den betroffenen Menschen dahingehend zu unterstützen, ihren Weg der Genesung selber und aktiv zu gestalten. Zu jeder dieser wertebasierten Verpflichtung wurden zwei Befähigungen definiert, die die jeweilige Verpflichtung umsetz- und überprüfbar machen. Als Beispiel werden im Folgenden die Verpflichtungen 1 und 4 präsentiert:

Verpflichtung 1: Die persönliche Stimme wertschätzen

Befähigung 1: Der Praktiker weist die Kompetenz auf, der Geschichte eines Menschen aktiv zuzuhören.

Befähigung 2: Der Praktiker beweist Engagement dem Menschen zu helfen, *seine eigene Geschichte in seinen eigenen Worten* festzuhalten als einen kontinuierlichen Aspekt des Pflege- und Versorgungsprozesses.

Verpflichtung 4: Zum Lehrling werden

Befähigung 7: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der, *wenn immer möglich, die Bedürfnisse, Begehren und Wünsche des Menschen ausdrückt.*

Befähigung 8: Der Praktiker hilft dem Menschen spezifische Probleme des täglichen Lebens zu identifizieren und was getan werden kann, diese anzugehen.

Mit dieser kurzen Zusammenfassung beabsichtigten wir, die uns als wichtig erschienenen Aspekte dieses Modells kurz zu beleuchten. Die umfassende Beschreibung des Modells in Buchform ist weiterhin nur in englischer Sprache erhältlich. Die zwei bisher in deutscher Sprache erschienenen Artikel sind in den Literaturangaben erwähnt. Mitte 2013 wird die deutsche Übersetzung einer aktualisierten Fassung des Gezeitenmodells im Huber Verlag Bern publiziert.

Praktische Erfahrungen

An dieser Stelle beschreiben wir kurz eine Möglichkeit, wie ein Teil des Gezeitenmodells, die 20 Befähigungen, in der Praxis nutzbar gemacht werden kann.

Die 20 Befähigungen zur Entwicklung und Reflektion einer Recovery-orientierten Arbeitshaltung

Im Rahmen eines zwei Jahre dauernden Projektes, auf einer psychiatrischen Akutstation in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD), Bern (Schweiz), wurde im Pflorgeteam mit Hilfe der 20 Befähigungen des Gezeitenmodells über mehrere Monate regelmässig an einer Recovery-orientierten Arbeitshaltung gearbeitet [2]. Das Ziel dabei war, dass die Mitarbeiter eine Haltung gegenüber den Betroffenen entwickeln die von Respekt, Glaube an eine Genesung oder Verbesserung, Hoffnung, Ressourcenorientierung und dem Willen und der Bereitschaft, sich auf eine Beziehung einzulassen, geleitet ist.

In einem zeitlichen Abstand von drei bis maximal vier Wochen fanden Teamsitzungen statt, die für dieses Thema reserviert wurden. In jeder Sitzung setzten sich die teilnehmenden Mitarbeitenden mit jeweils zwei Befähigungen auseinander. Sie definierten individuell für sich Ziele zu der aktuell

anstehenden Befähigung und überprüfen, ob sie ihren Zielen aus der vergangenen Sitzung nähergekommen waren (Arbeitshilfe siehe unten). Oft wurden die Befähigungen mit einer Metapher oder einer dazu passenden Erfahrung oder Geschichte illustriert.

Die Erfahrungen und die Evaluation zeigten, dass das regelmässige und über einen langen Zeitraum Arbeiten an den Befähigungen resp. an den individuell dazu definierten Zielen, eine gute Möglichkeit ist, in einem Team an einer Recovery-orientierten Arbeitshaltung zu arbeiten.

Arbeitshilfe am Beispiel der Befähigung 2

Befähigung 2:

Der Praktiker beweist Engagement, dem Menschen zu helfen, seine eigene Geschichte in seinen eigenen Worten festzuhalten und sieht dies als einen kontinuierlichen Aspekt des Pflege- und Versorgungsprozesses an.

Wie kann dies bei der Umsetzung in der Praxis aussehen?

Aussagen in Assessments werden mit den jeweiligen Buchstaben A, B, C gekennzeichnet.

Pat. füllt das Assessment oder Fokusassessment selbständig aus. Ist dies nicht möglich, werden seine Aussagen in seiner Sprache festgehalten.

.....

Wo in meinem Arbeitsalltag kann oder möchte ich diese Befähigung in den nächsten 3 Wochen üben/einbringen?

- ...

Bedenken von mir oder der Teammitglieder für die Umsetzung

- ...

Evaluation der Befähigung 2 (haben sich die Bedenken bestätigt? Was war schwierig, was war gut umsetzbar?)

- ...

Literatur

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

9. Beziehungspraxis und sozialpolitische Interessenvertretung

Andrea Chircop, Catherine Thibeault

Abstract

Gesundheitsförderung und -Kompetenz werden in einem Kontinuum vom Einzelnen zur Gemeinschaft praktiziert. Aufbauend auf dem Konzept von Kickbusch et al (2005), argumentieren wir dass bestimmte Vor-Bedingungen vorhanden sein müssen um Gesundheitskompetenz erst zu ermöglichen.

Als Krankenschwestern/Pfleger praktizieren wir in privilegierten Positionen die uns Einblicke in das Leben gefährdeten Patienten in der Akutmedizin und auch innerhalb der Gemeinde erlauben. Dies ist mit Verantwortung verbunden als Fürsprecher für sozialpolitische Bedingungen zu plädieren, die den Patienten gesunde Entscheidungen ermöglichen.

Zum Beispiel in Kanada gelten biologischen Interventionen als Eckpfeiler der Behandlung in der stationären psychiatrischen Versorgung. Jedoch um die Kapazität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu unterstützen um ihre Krankheit zu verstehen um gesunde Entscheidungen treffen zu können wird mehr benötigt. Die Pflegekraft-Patienten-Beziehung ist von zentraler Bedeutung für die pflegerische Praxis. Eine Beziehungspraxis kann ein Therapieansatz sein, Gesundheitskompetenz zu ermöglichen.

Andererseits, in Community Health Nursing zeigt der Diskurs eine Verlagerung des Förderschwerpunktes von individuellen Verhaltensweisen zu Umweltbedingungen wie soziale Gerechtigkeit die notwendig sind um gesunde Entscheidungen in die Praxis umzusetzen.

Gefährdete Bevölkerungsgruppen mit schweren psychischen Erkrankungen einerseits oder einkommensschwache Mütter andererseits erfahren unsere Betreuung in verschiedenen Umgebungen. Die Herausforderung besteht

darin die politische Natur der Gesundheit zu erweitern, um seinen ethischen Anspruch der Interessenvertretung zu stärken.

Unsere Präsentation konzentriert sich auf Pflegepraxis mit gefährdeten Patienten in der Akutmedizin und mit Familien in der Gemeinde. Unser Ziel ist es aus beiden Perspektiven einen Weg der Praxis vorzuschlagen, der Gesundheitsförderung und-Kompetenz ermöglichen kann. Wir untersuchen Ergebnisse von zwei Forschungsprojekten, eines aus dem Umfeld der stationären psychiatrischen Pflege und das andere aus dem Umfeld eines einkommensschwachen Stadtviertels.

In der ersten Studie, eine Phänomenologie, unternahm die Forscherin eine Reihe von Gesprächen und Beobachtungen auf einer stationären Psychiatrie. In der zweiten Studie, eine Ethnographie, sammelte die Forscherin, über längere Zeit persönliche Erzählungen von niedrig einkommenden Müttern die in einer einkommensschwachen Gegend wohnten um zu untersuchen wie sich dieses Stadtviertel auf Gesundheitsentscheidungen auswirkt.

Die Phänomenologie deckte insbesondere die Themen von „aufeinander eingehen“ und „bewusstes Vorgehen“ auf, die einen Ansatz der Entwicklung von Gesundheitskompetenz illustrieren. Schwestern und Patienten haben engagiert versucht aufeinander einzugehen. Diese Erfahrung mit Beziehungspraxis zwischen Patienten und Krankenschwestern/Pflegern kann dem Patienten einen Sinn im Zusammenhang mit ihrer Krankheit, ihrer Umwelt und ihrer eigenen Menschlichkeit schaffen. In der Ethnographie, wurde das Fehlen von geregelter Kinderbetreuung für Mütter mit niedrigem Einkommen als Hindernis für Gesundheitsförderung identifiziert. Dies führte dann zu einer kritischen Analyse der Kinderbetreuungspolitik deren neoliberale Tendenzen als sozial ungerecht und schädigend aufgedeckt wurden.

Die Patienten und Krankenschwestern in der Phänomenologie näherten sich über ein Feld der Verständigung. Bedeutendes wurde ausgetauscht, und die Patienten zeigten Bereitschaft sich in Richtung Gesundheit zu bewegen. Pflegekräfte in der Gemeinde hingegen, sind aufgrund ihrer längeren Auseinandersetzung mit gefährdeten Bevölkerungsgruppen, in einer idealen Lage

um sich für die gesundheitsfördernden Bedingungen für einkommensschwache Mütter politisch einzusetzen.

In beiden Studien ist die Krankenschwester-Patienten-Beziehung das kritische Element um die Gesundheits-Kompetenz von besonders schutzbedürftigen Personen zu fördern. Deshalb müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden um diese privilegierten Positionen durch Beziehungspraxis sowie sozialpolitischer Verantwortung zu gewährleisten.

Lernziele

Gefährdete Bevölkerungsgruppen erfahren unsere Betreuung in verschiedenen Umgebungen. Die Herausforderung besteht darin die politische Natur der Gesundheit zu erweitern, um seinen ethischen Anspruch der Interessenvertretung zu stärken.

10. Mehr Zeit für die PatientInnen und höhere Zufriedenheit der Mitarbeitenden durch Lean Management

Jürg Dinkel, Arno Franssen

Hintergrund

Die psychiatrischen Kliniken der Schweiz unterstehen einem großen Veränderungsdruck. Die Gesundheitskosten sollen gesenkt werden durch die Öffnung der Märkte mit freier Spitalwahl für alle Versicherten. Die steigenden Eintritts- und Pflagekosten sind mit den bisherigen Ressourcen für Pflege und Behandlung zu bewältigen. Dem gegenüber steht das Risiko des Fachpersonalmangels. Die Kliniken sind gefordert, durch innovative Konzepte ihre Marktpositionen zu erhalten oder sogar auszubauen [1].

Um mit den bestehenden Ressourcen mehr Qualität, Flexibilität und Zufriedenheit sicherstellen zu können entschied sich die Clenia Privatklinik Schlössli im Zürcher Oberland für die Einführung des Lean Managements in allen Bereichen und Stationen der Institution.

Einleitung

Lean Management ist eine vormals aus japanischen Industriebetrieben stammende Managementphilosophie [2, 3]. Aufgrund der großen Erfolge wie beispielsweise bei Toyota wurde das Lean Management für den Dienstleistungssektor adaptiert und in vielen Gesundheitsinstitutionen eingeführt [4-6].

Lean Management dient der Optimierung von Qualität, Kosten und Leistungserbringung mit einem integrierten System aus Prinzipien, Methoden und Werkzeugen [6, 7]. Die Bedürfnisse der PatientInnen als primäre Kunden stehen im Mittelpunkt aller Anstrengungen der Klinik. Die Befähigung der Mitarbeitenden, ihr Arbeitsumfeld eigenverantwortlich und mit Hilfe ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten zu optimieren, führt neben einer qualitativ höheren Produktivität auch zu einer höheren Zufriedenheit.

Lean Management setzt hier an durch die Fokussierung auf die wertschöpfenden Prozesse mit dem Ziel derer stetiger Verbesserung. Das geschieht unter anderem durch die Eliminierung von sogenannten Verschwendungen (Mudas) [4, 6, 7].

Ziele

Mit Hilfe des Lean Managements will die Klinik erreichen, dass die PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit durch mehr Zeit am Patienten erhöht werden kann. Das Wachstumsziel der Klinik soll ohne Kapazitätsausbau organisatorisch sichergestellt werden, wobei das Qualitätslevel gehalten und die Risiken beherrscht sein müssen. Die Arbeitsplatzattraktivität sowie die Mitarbeitendenzufriedenheit sollen erhöht, die Fluktuation gesenkt werden. Primär sollen diese Ziele erreicht werden, indem alle Prozesse entschlackt werden, damit die zur Verfügung stehende Zeit und Energie auf wertschaffende Aktivitäten fokussiert werden können.

Vorgehen

Die Einführung des Lean Management erfolgt mit Hilfe einer Projektstruktur über mehrere Jahre und über alle Patientenstationen wie auch Supportbereiche hinweg (Therapeutische Dienste, Hotellerie, Facilitymanagement, Verwaltung und Berufsbildung). Die Geschäftsleitung definiert als Projektauftraggeberin die Einheiten der jeweiligen einjährig dauernden Roll-Out-Phasen. Die zuständigen Bereichsleitungen steuern und kontrollieren die Umsetzung der Lean Methoden in ihren Bereichen bzw. Supporteinheiten. Die sechs internen Lean Master führen die drei für das klinikeigene Lean Management ausgewählten Methoden Kaizenboard, Blitzkaizen und Wertstromanalyse in den Einheiten ein. Sie unterstützen danach die Stations- bzw. Einheitsleitungen situations- und bedarfsbezogen in der Anwendung der Methoden. Alle Mitarbeitenden sind verpflichtet, an den Lean-Schulungen teilzunehmen und danach kontinuierlich die Lean- und Kaizenaktivitäten durchzuführen.

Das Lean Management ist nicht als ein zeitlich begrenztes Projekt zu verstehen, sondern bildet neben den konkreten Lean-Methoden das Fundament einer auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtete Haltung.

Schulungen

Stufengerechte Schulungen befähigen die Mitarbeitenden der verschiedenen Hierarchieebenen, ihre Verantwortlichkeiten im Rahmen des Lean Management wahrnehmen und ihre Aufgaben erledigen zu können. In regelmäßigen Workshops setzt sich der Kader mit Themen des Lean Leadership auseinander.

Gemba und Warum-Fragen

Lean Management bemisst dem Prinzip „Go-to-Gemba“ [6, 7] einen hohen Stellenwert bei. Dieses besagt, dass Veränderungen und Verbesserungen am Ort des Geschehens vorgenommen werden sollen und nicht von Personen, die sich fern der konkreten Praxissituation auf Lösungssuche begeben.

Die wichtigste Frage bei der Suche nach Ursachen für Verschwendungen ist „Warum?“ („Warum machen wir das auf diese Weise?“). Häufig wird dabei festgestellt, dass routinierte Abläufe nicht mehr zweckmässig sind oder durch geänderte Rahmenbedingungen einfacher gestaltet werden können.

Kaizen – kontinuierliche Verbesserung

Kaizen beinhaltet eine strukturierte Methode, mit welcher die Mitarbeitenden an der kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse in ihrem direkten Arbeitsumfeld beteiligt sind [6, 7]. Das Kaizenboard, ein Whiteboard mit den darauf abgebildeten Kaizen-Prozessschritten, ist das Instrument für die alle zwei Wochen stattfindenden, interdisziplinären Sitzungen. Zwischen den Sitzungen sammeln die Mitarbeitenden auf Zettel Themen (Mudas), welche sie in der alltäglichen Arbeit behindern und hängen diese an das Kaizenboard. Die Sitzungen dienen dazu, für die gesammelten Themen Ursachen zu suchen, einfache und rasch umsetzbare Massnahmen zu generieren und die für die Umsetzung verantwortliche Person zu bestimmen.

Blitzkaizen

Komplexere Themen benötigen eine vertiefte Analyse- und Lösungssuche-Phase. Blitzkaizen sind halbtägige Workshops, in welchen solche Themen von einer kleinen Gruppe ausgewählter, interdisziplinärer Teammitglieder unter der Leitung von 1-2 Lean Master bearbeitet werden. Die Vorgabe verlangt, dass am Ende des Workshops umsetzbare Massnahmen vorliegen.

Wertstrom

Die Stationseinheiten der Klinik bilden in 2-3 Workshops, ebenfalls durch die Lean Master moderiert, ihre Aufnahme- und Austrittsprozesse in sogenannten Wertströmen ab. Wertströme [3, 6, 7] sind grafische Darstellungen der Prozessschritt-Abfolge mit Zuteilung der beteiligten Berufsgruppen. Im nachfolgenden Schritt wird jeder Schritt einer der drei Kategorien zugeordnet:

- eindeutig wertschaffende Tätigkeit: z.B. Zeiten, in denen die PatientInnen direkten Kontakt mit ihrer pflegerischen Bezugsperson stehen,
- nicht direkt wertschaffende, aber notwendige Tätigkeiten wie Rapporte, Verlaufsberichte schreiben,
- unnötige Tätigkeiten (Mudas), wie Wartezeiten, Suche nach Dokumenten usw.

Die Handlungsfelder werden zur weiteren Bearbeitung oder Eliminierung in die Kaizensitzungen oder allenfalls in ein Blitzkaizen mitgenommen.

Ergebnisse/Erfahrungen

Sehr motivierende Erfolge erleben die bis jetzt in das Lean Management-Projekt involvierten Stationen mit Hilfe des Kaizens. Viele häufig bereits bekannte Störungen, aber auch bisher als unvermeidlich angenommene Tatsachen und Handlungen werden als Mudasa erfasst und eliminiert. Durch die Umplatzierung von Geräten an den Hauptort ihres Gebrauchs, die Standardisierung der Verbandswagenkontrolle oder der Dokumentation der interdisziplinären Rapporte usw. erhalten die Mitarbeitenden mehr zeitliche Ressourcen für wertschaffende Tätigkeiten.

Grosse Erfolge konnten im Rahmen der Blitzkaizens entwickelt, umgesetzt und teilweise von anderen Einheiten übernommen werden. Beispielsweise wurden stationseigene EDV-Dateien neu geordnet, ihre Inhalte gesäubert und standardisiert abgelegt. Die Papierversionen der bisherigen Stationsangaben wurden in elektronische Versionen umgewandelt, womit alle NutzerInnen von allen EDV-Portalen aus einen direkten Zugriff darauf haben.

Mit unterschiedlichem Erfolg werden die Wertströme erhoben und bearbeitet. Diese eher abstrakte Darstellungsform der realen Abläufe bereitet vielen Mitarbeitenden Mühe. Sie benötigen eine analytische Kompetenz sowie eine hohe Motivation für das vertiefte Überprüfen der Einzelschritte. Führungspersonen müssen sich mit ihrem Entscheidungsverhalten auseinandersetzen, beispielsweise wie viel Standardisierung sie von ihrem Team einfordern wollen für bisher individuell getätigte Arbeitsabläufe.

Diskussion

Die Analysen im Rahmen des Projektes, z.B. bei den Wertstromerhebungen, zeigen eindrücklich, dass die Mitarbeitenden der Klinik schon vor der Einführung des Lean Managements durch ihren großen und engagierten Einsatz zur hohen Pflege- und Behandlungsqualität und zum erfolgreichen Betriebsergebnis der Klinik beigetragen haben.

Lean Leadership und das Lean Management bieten die Chance, den bereits eingeschlagenen Weg verstärkt zu verfolgen und dadurch weiteres Potential für Prozessoptimierungen aufzuzeigen sowie Verschwendungen aufzuspüren und zu eliminieren. Dies geschieht mit Hilfe der vom Lean Management vertretenen Grundhaltungen zu Führung, zum verstärkten Übergeben von Verantwortung und Handlungsraum an die Mitarbeitenden, sowie der harten und konsequenten Ausrichtung aller Prozesse im Unternehmen an den Bedürfnissen und Anforderungen der Kunden.

Verbesserungen innerhalb einer Station bzw. Einheit können mit Hilfe der Vorgehensweise des Lean Management rasch und effizient umgesetzt werden. Als anspruchsvoll und teilweise konfliktträchtig, aber auch mit einem

sehr hohen Ressourcenpotential gestalten sich viele Optimierungen, welche die Schnittstellen verschiedener Stationen und Einheiten betreffen. Beispiele dafür sind Prozesse zwischen Stationen und dem Labor, der Patientenadministration oder der Hotellerie.

Ob die PatientInnen- wie auch die Mitarbeitendenzufriedenheit nachhaltig verbessert sowie auch die übrigen Projektziele durch das Lean Management umfassend erreicht werden können, kann aufgrund der bisherigen Ergebnisse vermutet werden, lässt sich aber noch nicht abschließend beantworten.

Schlussfolgerung

Lean Management gibt einer psychiatrischen Klinik eine gemeinsame Sprache, Methoden und Instrumente in die Hand, um sich für die Anforderungen des Marktes, des gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Umfeldes fit zu machen. Es zeigt sich, dass Leanmanagement nicht mehr nur als Instrument zur Optimierung in Produktionsbetrieben funktioniert, sondern auch in komplexen Dienstleistungsbranchen angewandt werden kann.

Wichtigster Faktor der Klinik sind dabei die Mitarbeitenden aller Hierarchiestufen und Bereiche. Diese müssen sich ihres Einflusses auf effiziente und wertschöpfende Prozesse im Betrieb bewusst werden und sich die Zeit für kreatives Überdenken und zeitnahes Umsetzen nehmen. Denn ohne ihr Mittun kann das Lean Management seine Wirkung nicht oder nur beschränkt entfalten.

Literatur

1. Kohler, M., Dörflinger, M. (2008): *Lean Process Management im Spital*. In: *Scorecard*; p. 14-15. [abgefragt am 25.05.2012]; Erhältlich unter: http://www.scorecard.ch/tl_files/scorecard/archiv/scorecard_prozesse.pdf
2. Liker, J.K. (2004). *The Toyota Way*. McGraw-Hill, New York.
3. Womack, J.P., Jones, D.T. (2004). *Lean Thinking*. Campus Verlag, München.
4. Abegglen (2012). *Lean Healthcare*. ACE - Allied Consultants Europe Studie 2012. [abgefragt am 25.05.2012]; Erhältlich unter: http://abegglen.com/fileadmin/download/Lean_Service_Report_2012.pdf

1. Jones, D., Mitchell, A. (2006). *Lean thinking for the NHS*. NHS Confederation, London. [abgefragt am 25.05.2012]; Erhältlich unter:
http://www.leanuk.org/downloads/health/lean_thinking_for_the_nhs_leaflet.pdf
2. Graban, M. (2009). *Lean Hospital*. Productivity Press, New York.
3. Gorecki, P., Pautsch, P. (2011). *Lean Management*. Carl Hanser Verlag München.

11. Können wir „gesund“ kommunizieren? Oder – welche Faktoren „kränken“ uns im kommunikativen Miteinander?

Barbara Ditton-Hölscher, Alexandra Mika, Roberto Valke

Hintergrund

Eine empathisch-wertschätzende, nicht vor-verurteilende Haltung, wird bei psychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen als selbstverständliche kommunikative Basiskompetenz in der Begegnung mit PatientInnen und Angehörigen vorausgesetzt. Als solche ist sie auch in Standards und Leitlinien zur "Bezugspflege" und zum "Deeskalationsmanagement" beschrieben und auch für eine wertfreie Dokumentation gefordert.

Die gleiche Grundhaltung findet sich auch in der Gewaltfreien Kommunikation (GfK) nach Marshall B. Rosenberg [1] wieder, der als Schüler von Carl Rogers zu den Vertretern der Humanistischen Psychologie gehört.

Methode der Gewaltfreien Kommunikation (GfK)

Rosenbergs Konzept der GfK [1] entstand in den 60er Jahren, bedingt durch seine Erfahrungen in der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung. Er hat sich in Folge von der Klinischen Psychologie gelöst und verstärkt gesellschaftlichen Problemfeldern zugewandt. GfK wird heute zur Konfliktklärung in vielen gesellschaftlichen Bereichen eingesetzt und ist häufig auch Bestandteil der Ausbildung von MediatorInnen.

Zentrales methodisches Element der GfK sind die "4 Schritte" (Beobachtung – Gefühle – Bedürfnisse – Bitte), mittels derer konfliktbeladene Situationen und Themen bearbeitet und geklärt werden können:

- Beobachtung - Was ist konkret geschehen? (getrennt von persönlicher Interpretation und Bewertung)
- Gefühle (Was fühle/fühlte ich/die andere Person in der Situation?)
- Bedürfnisse (Was brauche ich/er/sie? Was blieb im Mangel?)
- Bitte (konkrete Handlungs- oder Klärungsbitte; verhandelbar)

Problemstellung

Im Rahmen eines interdisziplinären Pilot-Projektes, mit Mitarbeiterschulungen in der GfK auf 3 Stationen der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik II (AP II) am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (PZN) in Wiesloch, stellten wir uns ferner die Frage, inwieweit diese Haltung auch die Kommunikation im multiprofessionellen Team (MPT), mittels GfK als gemeinsamer und verbindender Sprache im Sinne einer Teamentwicklungsmaßnahme, durchdringen kann [2, 3].

Ziele

In Anlehnung an das Unternehmensleitbild wurde folgende Zielsetzung formuliert: "Optimierung der Gesprächsführung und Entwicklung einer Kommunikationskultur, in der Gefühle, Bedürfnisse und Ziele von KollegInnen, PatientInnen und externen Personen wertfrei wahrgenommen und kommuniziert werden können".

Projektverlauf

Projektvorbereitungsphase bis November 2009

- Einladung zu "Schnupper"-Workshops (1/2 Tag) in der GfK durch die duale Klinikleitung an alle MitarbeiterInnen der Klinik AP II
- Vertiefung für interessierte MitarbeiterInnen durch einen Einführungs- und einen Zielfindungsworkshop (jeweils 3 Tage)
- Konstitution der AG "Projektteam GfK" (12 Personen, interdisziplinär besetzt); Ausarbeitung und Genehmigung der Projektakte; Auswahl von 3 Pilot-Stationen

Projektphase März 2010 bis Juli 2011

- Einführungs- und Zielfindungsworkshop für alle MitarbeiterInnen der Pilot-Stationen sowie regelmäßige GfK-Übungsstunden und Team-Supervisionen während des Projektverlaufs; kontinuierliches

Coaching der Pilot-Stationen durch Mitglieder der AG „Projektteam GfK“

- Begleitend: Trainerausbildung in GfK (14 Personen) und eine Mitarbeiterbefragung zur "Kommunikation im Team". Als Instrumente wurden der KomminO [4] und ein selbstentwickeltes Instrument "Interne Kommunikation im Team" (IKiT) eingesetzt.
- Projektabschlussveranstaltung mit Präsentation der Projektabschlussberichte aus den einzelnen Bereichen

Ergebnisse und Erfahrungen

Die freiwillige Mitarbeiterbefragung wurde anonymisiert (Gruppe 1, Gruppe 2, Gruppe 3) durchgeführt. Ein Rückschluss, welches Gruppenergebnis welcher Station zuzuordnen ist, war nicht vorgesehen. Auch war es im Rahmen der Anonymisierung nicht möglich, bei den personenbezogenen Daten die Berufsgruppenzugehörigkeit zu erheben.

Insgesamt wurden 81 MitarbeiterInnen befragt. Der Rücklauf betrug $n = 55$ Personen (68 %). Beide Instrumente hatten als Antwortformat eine 5-fach gestufte Likert-Skala, bei maximal positiver Beurteilung eines Items mit 5 Punkten. Die Ergebnisse entsprachen sich in der Rangreihe der Gruppen (Gruppe 2 > Gruppe 3 > Gruppe 1), wobei die Gruppenmittelwerte des IKiT (Punktwerte 4.0 – 3.7 – 3.1) etwas niedriger scorten als die des KomminO (Punktwerte 4.1 – 4.0. – 3.5).

Im KomminO wurden die Subskalen „Info-Weitergabe-Kanaloffenheit“ und „Vertrauen“ deutlich positiv beurteilt (im Mittel 4.3) die Subskalen „Feedback“ und „Info-Weitergabe-Umfang“ tendenziell negativ (im Mittel 3.0). Diese Hinweise wurden durch die Ergebnisse aus dem IKiT bestärkt. Auch hier zeichnete sich ab, dass gegenseitiges Vertrauen und Abstimmung in der Zusammenarbeit deutlich positiv beurteilt wurden, hingegen Sachlichkeit, Feedback und Anerkennung für geleistete Arbeit tendenziell negativ, wohingegen die persönlich erfahrene Wertschätzung durchwegs sehr positiv beurteilt wurde. Ferner wurde die Kommunikation bei „Spannungen & Konflik-

ten“ und „zwischen verschiedenen Berufsgruppen“ als eher problematisch beurteilt.

Die Projektberichte aus den Pilot-Stationen lieferten zusammengefasst folgende Rückmeldungen der MitarbeiterInnen zum GfK-Projekt:

Positiv

- Klärung/Veränderung in strukturellen & organisatorischen Fragen
- Projekt bot Rahmen für interdisziplinären und stationsübergreifenden Kontakt und Austausch (Kooperation/Unterstützung ↑)
- GfK unterstützt Patientenkontakt positiv (es wird mehr nachgefragt, erhöhte Sensibilität für Gefühle und Bedürfnisse) und ist hilfreich zur Deeskalation angespannter Situationen
- Konfliktbearbeitung im Team verläuft überlegter und sachlicher (Konkurrenzdenken ↓); Vorurteile nehmen ab

Negativ

- Hoher organisatorisch-zeitlicher Aufwand wurde generell kritisiert (Verknappung personeller Ressourcen)
- Es ist auf keiner Station gelungen, alle Berufsgruppen für GfK zu gewinnen (zum Teil auch Lagerbildung „pro und contra“ GfK)
- Sprache der GfK wurde oft als formelhaft und gekünstelt erlebt („fühle mich nicht authentisch“ bzw. „fühle mich manipuliert“)
- Das Aussprechen von eigenen Gefühlen und Bedürfnissen im beruflichen Kontext sei „ungewohnt“ bis „befremdlich“
- Man fühle sich oft „ausgelaugt“ durch ein hohes Maß an geforderter Empathie und Reflexion in der alltäglichen Arbeit mit PatientInnen und möchte im Team nicht auch noch reflektiert und wertfrei kommunizieren müssen

Diskussion

Primär auch als Teamentwicklungsmaßnahme angedacht, hat sich im Verlaufe des Projektes gezeigt, dass GfK einen sehr förderlichen Einfluss auf die Gestaltung des Patientenkontaktes hat und als Methode für eine professionelle Gesprächsführung v.a. in der Bezugspflege hohe Akzeptanz fand.

GfK als verbindliche kommunikative Haltung in das MPT „einzuführen“ traf hingegen auf Widerstände unterschiedlichster Facetten, denen nachzugehen sicher einige Hinweise dafür liefern könnte, was wir ganz im Sinne von GfK „brauchen“, um uns im kommunikativen Miteinander wohl zu fühlen.

Auffällig war, dass in dieser Gruppe psychiatrisch Tätiger, GfK meist als Mittel für eine einfühlsame und wertschätzende Haltung in der Kommunikation für die andere Person verstanden wurde. Der 2. Aspekt der GfK, nämlich empathisch-wertschätzender Umgang mit mir selbst, durch Klärung und Ausdruck eigener Gefühle und Bedürfnisse, wurde oft nicht wahrgenommen oder war auch gar nicht gewünscht. Hier könnte man vielleicht an bekannte Phänomene sozialer Dienstleistungsberufe, wie z.B. dem „Helfer-Syndrom“ anknüpfen, als auch an die aktuelle Diskussion zum Thema „Burn-out“.

Ausblick

Die im Rahmen des Projektes ausgebildeten TrainerInnen bieten nun ein bis zweimal jährlich, im Rahmen des Deeskalationsmanagements der Klinik AP II, GfK-Workshops für neue MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen an. Verbindliche Teilnahme und die interdisziplinäre Zusammensetzung der Workshops ist von der dualen Klinikleitung gewünscht und wird unterstützt. Der 1. Workshop wurde im Juni 2012 erfolgreich durchgeführt. Der Fokus lag auf der einfühlsamen Gesprächsführung mit PatientInnen und in besonderem Maße auch in der „selbsteinfühlenden“ Klärung eigener Gefühle und Bedürfnisse.

Literatur

1. Rosenberg, M. B. (2007) *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann.
2. Körner, M. (2010) *Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus*. In H.-W. Hoefert & M. Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 33-50). Göttingen: Hogrefe.
3. O'Daniel, M., Rosenstein, A. H. (2008) *Professional Communication and Team Collaboration*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 33.
4. Sperka, M., Rózsa, J. (2007) *KomminO Fragebogen zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen*. Göttingen: Hogrefe.

12. Die Einführung der Aromapflege im psychiatrischen Krankenhaus: Ein Seiltanz zwischen Missionieren und Überzeugen

Sarah Barbara Etzensperger, Marcel Brockhus

Ausgangslage

Die gemischte offene Psychiatriestation der kantonalen psychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen hatte eine vorbestehende Kultur sowohl für Komplementär- als auch für Alternativmedizin. Der Umstand, dass die ätherischen Öle relativ zufällig an die PatientInnen abgegeben wurden, zeugt davon, dass die Kultur der Komplementär- und Alternativmedizin etwas verwaist war. Die pflegerischen Mitarbeitenden verfügten zwar über ein breites phytotherapeutisches, nicht aber über ein spezifisches Wissen über ätherische Öle. Des Weiteren wurden die Indikationen für die Anwendung der ätherischen Öle nicht hinreichend dokumentiert.

Spannungsfelder

In der Aromatherapie fehlen noch weitgehend empirische Grundlagen. Am besten dokumentiert sind die Wirkungen des Johanniskrauts und der Immortelle – auch bekannt als „Currykraut“. Der Mangel an empirischen Befunden ruft bei rein naturwissenschaftlich orientierten Mitarbeitenden grosse Skepsis hervor. Diese Skepsis erhält zusätzlich Auftrieb durch Mitarbeitende, die das Gebiet der ätherischen Öle als intuitionsgeleitete Anliegen verstehen. „Mystische“ Äusserungen wie etwa: „Angelikawurzel sei gut, da es dem Empfänger Hilfe durch Engel geben würde“ heizen – verständlicherweise – die Polemik zwischen naturwissenschaftlich und alternativ Denkenden an. Anwender der ätherischen Öle stehen zusätzlich vor der Herausforderung, dass PatientInnen, die Aromapflege wünschen, einen Behandlungserfolg erwarten. Bleibt der Behandlungserfolg aus, so spielt dies in die Hände der Kritiker. Ferner kann der eigene Enthusiasmus des Anwenders ätheri-

scher Öle dazu verleiten, dass bei jedem Symptom ein Einsatz der Aromapflege empfohlen wird.

So steht der Anwender ätherischer Öle vor vielen Herausforderungen und „kämpft“ an vielen „Fronten“. Als Lösungsansatz für diese Herausforderungen wurde der Weg der Erarbeitung und Verbreitung fundierten Fachwissens gewählt.

Der Einsatz ätherischer Öle in der Psychiatrie

Im Folgenden werden einige mögliche Anwendungsgebiete der Aromapflege in der Psychiatrie erläutert.

Schlafstörungen

Viele der Öle haben eine beruhigende und schlafanstossende Wirkung. Besonders hervorzuheben ist dabei der Lavendel, welcher eine anregende Wirkung bei Erschöpfung und eine Beruhigende bei Angst oder Depressionen erzielt. Es gibt jedoch weitere Öle, die sich positiv auf den Schlaf auswirken.

Manie

Ätherische Öle können bei Manien unterstützend wirken. Gute Erfahrungen wurden mit „erdenden“ Ölen, wie zum Beispiel der Tonkabohne, als „Riech-Skill“ gemacht

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Patchuli-Öl wirkt entspannend, ausgleichend, stärkend und hilft bei Abgrenzungsproblemen. Hierzu ein beeindruckendes Einzelbeispiel aus der Praxis der Aromapflege: Bei einem 45jährigen, männlichen Patienten, der über vieles philosophierte und dabei eine „co-therapeutische“ Haltung vertrat, jedoch praktische Vorhaben, wie Wohnungs- oder Arbeitssuche nicht umsetzen konnte, wurde durch die Verabreichung einer Mischung mit Patchuli als Hauptbestandteil zentrierter und zur Handlung fähig.

Suchterkrankungen

Bei Suchterkrankungen kann mit Hilfe eines „Riech-Skills“ das Craving gedämpft werden.

Depression

Besonders die Agrumenöle wirken stimmungsaufhellend bei Depressionen. Bei depressiven PatientInnen kann es zur Reizüberflutung kommen. Es wird deshalb sowohl von zu starken, aber auch von zu vielen verschiedenen Ölen innerhalb einer Mischung abgeraten.

Psychose

Obwohl der Einsatz bei Vorliegen psychotischer Störungen möglich ist, wird hier zu Vorsicht geboten. Die Mischungen sollten stärker verdünnt werden (0.01% bis 0.5%). Da Riechen ein Teil des menschlichen Sensoriums ist, kann es zur Reizüberflutung kommen.

Somatoforme Schmerzstörungen

Hier wirkt vornehmlich die selbstständige Anwendung einer Aromamischung.

Somatische Störungen

Auch in der Psychiatrie gibt es eine Vielzahl von Einsatzmöglichkeiten bei somatischen Beschwerden, beispielsweise bei Atemwegserkrankungen, Muskelbeschwerden, Menstruationsbeschwerden, Hyper- sowie Hypotonie.

Der Aufbau

Da die Implementierung der Aromapflege wie oben erwähnt auf der Basis von Fachwissen beruht, wurde als erstes eine halbstündige Information für die pflegerischen Mitarbeitenden angeboten. Inhalt der Weiterbildung war

die Wirkungsgrundlage der ätherischen Öle und einige mögliche Anwendungen.

Um eine fundierte und professionelle Aromapflege zu erreichen durften nur noch Mitarbeiter, welche einen Basiskurs absolvierten, deren Anwendung übernehmen.

Auf unserer Station legen wir Wert darauf, dass zwischen Aromapflege und Aromatherapie unterschieden wird. In der Aromapflege werden einfache Standard-Mischungen hergestellt und verabreicht. Diese Mischungen sind im Verdünnungsbereich zwischen 0.5% bis 1.0%. In der Aromatherapie werden komplexere Mischungen in höheren Konzentrationen hergestellt und angewendet. Die Aromatherapie ist ausschliesslich mit einem zertifizierten Kursabschluss ausübbar.

Die Dokumentation wurde professionalisiert und standardisiert. Diese beinhaltet den Namen der Patientin/des Patienten, Anwendungsschema (Basisöl, ätherisches Öl, Verdünnung, Indikation, Anwendungsform sowie Häufigkeit der Anwendung, Herstellungsangaben) und Datum des Therapiebeginns.

Bei PatientInnen, die eine Behandlung wünschen, wird eine sorgfältige Aromapflege-Anamnese durchgeführt, um Unverträglichkeiten sowie Kontraindikationen auszuschliessen.

Verschiedene stationseigene Standards in der Handhabung, als auch in den Anwendungsbereichen wurden geschaffen.

Mitarbeitende des medizinischen Bereichs wurden einbezogen, so dass jetzt eine anspruchsvollere Behandlung mit Aromapflege in der interdisziplinären Behandlungsplanung abgesprochen wird.

Fazit und persönliche Erfahrungen

Basierend auf praktischen Erfahrungen bei der Etablierung und Implementierung der Aromapflege ins psychiatrische Krankenhaus wurden folgende Erkenntnisse gewonnen:

- Zur Etablierung eines Aromakzeptes auf der Station braucht es fundiertes Fachwissen
- Im Umgang mit kritischen Meinungen zur Aromatherapie ist Transparenz und Respekt erforderlich
- Die interdisziplinäre Akzeptanz der Aromapflege wird durch Erfolgsmeldungen von PatientInnen an andere Berufsgruppen gefördert
- Kliniken oder Stationen, in denen die Aromapflege von mehr als einer Person getragen wird, kommen schneller und effizienter zur Umsetzung der Aromapflege
- Es ist wichtig über einfache und überschaubare Standards zu verfügen
- Die vernetzte Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch sowohl innerhalb der eigenen Klinik, als auch klinikübergreifend ist förderlich
- Es ist ein „langer Atem“ von Nöten

Durch das Kennenlernen der ätherischen Öle und die Ausbildung als Aromatherapeutin wurde unser Wunsch geweckt, die Aromapflege auf der Station professionell anzuwenden. Durch die Offenheit der Vorgesetzten wurde uns die Möglichkeit geboten, Wissen umzusetzen und Erfahrungen zu sammeln. Die Möglichkeiten und die Begrenzungen der Aromapflege müssen erkannt und akzeptiert werden. Wie oben beschrieben ist es uns wichtig aufgrund von Fakten und Erfahrungen und nicht aufgrund einer missionarischen Überzeugung die Aromapflege anzuwenden. Sie hat den Stellenwert einer wertvollen Komplementärtherapie zur Schulmedizin.

Literatur

1. *Werner M, von Braunschweig R (2006) Praxis Aromatherapie. Stuttgart, Haug Monks Werner /Ruth von Braunschweig/Karl F. Haug Verlag*
2. *Schempp CM (2011) Johanniskraut – eine wichtige Pflanze für die Haut. In: Forum Aromatherapie, Aromapflege, Aromakultur. (37), S. 19-22.*

3. *Kreuzer C, Mühlbacher H (2010) Aromatherapie in der Klinik – für alle ein Gewinn! In: Forum Aromatherapie, Aromapflege, Aromakultur, (36), S. 24-25.*
4. *Badetscher, M, Thum A (ohne Jahresangabe) Schulungsunterlagen der Aromafachschule, Schweiz. Tägerwilen (CH), Eigenverlag aromaVital GmbH.*

13. "Brücke zur Schule" - eine Chance für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen mit Schulvermeidung

Michael Feulner, Oliver Kratz

Hintergrund

Auf jeden Schüler/-in wirken unterschiedliche Einflussfaktoren ein, welche er/sie dementsprechend wahrnimmt und verarbeitet. So z.B. seine Person selbst, die Peergroup/ Freizeit, Eltern/ Verhältnisse, Schule/ Lehrer und das Soziotop/ Gesellschaft. Wir sprechen hier von unterschiedlichen Wirkungsräumen, die in ihrer Gesamtheit auf den einzelnen Schüler mit seiner physischen und psychischen Ausstattung einwirken. Dass hier oftmals unterschiedliche Vorstellungen und Meinungen aufeinandertreffen wird klar ersichtlich. Jedoch kommt es dennoch schlussendlich auf die Konstitution des Einzelnen an, ob sich aus den gegebenen Umständen eine psychische Störung mit schulvermeidendem oder schulverweigernden Verhalten entwickeln kann oder nicht. Während sich die Schulunlust bzw. Schulverweigerung eher in Form von sozialauffälligem Verhalten zeigt, haben wir es bei der Schulvermeidung eher mit internalisierenden Störungen zu tun.

Bei psychischen Störungen mit schulvermeidendem Verhalten wird je nach Ausprägungsgrad der Symptomatik und Dauer der Fehlzeiten in der Schule sehr oft eine stationäre oder teilstationäre jugendpsychiatrische Behandlung indiziert. Das Fernbleiben von der Schule entwickelt sich dabei zu einem eigenständigen, gravierenden Folgeproblem, da viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen nur niedere oder gar keine Schulabschlüsse anstreben können und oft auch im beruflichen Alltag auf der Strecke zurückbleiben. Diese offensichtliche Belastung für die individuelle psychosoziale Entwicklung, stellt aufgrund der langfristigen negativen Effekte auf Glück, Bildung und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bei einer wachsenden Zahl Betroffener auch ein volkswirtschaftlich relevantes Problem dar. Es entsteht hier sozusagen ein Teufelskreis, in welchem sich jeder als einzelnes Individuum

befindet, um den Anforderungen der Gesellschaft sowie deren Normen und Werten gerecht zu werden.

Problemstellung

Schulvermeidung ist oft assoziiert mit „funktionellen“ Symptomen wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Müdigkeit. Eine psychische Ätiologie wird meist erst spät im Sinne einer Ausschlussdiagnose reflektiert, folglich werden Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutionen bei Schulvermeidung oft erst spät und nach längeren Phasen der Krankschreibung mit somatisch-medizinischer Begründung involviert.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutionen werden meist nur sehr zögerlich und eher spät kontaktiert. Hinzu kommen dann meist noch längere Wartezeiten auf einen Erstkontakt, so dass auch bei einer vermuteten Zuordnung der Schulvermeidung zu einer psychischen Störung eine Intervention sehr verspätet einsetzt. Dies wiederum steht der Gesamtsituation extrem kontraproduktiv entgegen, da sich viele ungünstige Verhaltensweisen und Rituale, wie ein verschobener Tag-/ Nachtrhythmus oder Lustlosigkeit und Perspektivenlosigkeit, manifestieren und nur schwer aus dem neu gewonnenen Lebensrhythmus entzogen werden können. Oft zeigt sich eine vollständige Verwerfung des Tagesrhythmus und Einstellung sozialer Kontakte mit Gleichaltrigen. In Deutschland besteht eine neunjährige Schulpflicht, welche von Seiten der Polizei staatlich eingefordert werden sollte, jedoch wird dies von Eltern und Erziehungsberechtigten oftmals nicht in Erwägung gezogen.

Ziele

Ein von uns eingerichtetes, innerhalb von maximal zwei Wochen nach Kontaktaufnahme einsetzendes vormittägliches ambulantes gruppendiagnostisches und gruppentherapeutisches Angebot soll als diagnostische Ergänzung und pragmatische therapeutische Hilfe den betroffenen Patienten weiterhelfen. Die Schüler sollen durch die Heranführung an die schultypische und ähnliche Tagesstruktur für sich wieder eine sinnvolle und sinnstiftende Aufgabe erkennen. Die von unserer Seite aus benannten Ziele wären: Abbau

von Schulangst; Aufbau von Selbstvertrauen; Aufbau sozialer Kompetenz sowie Vermittlung von Freude am Lernen. Durch den intensiven Gruppenkontakt können (differenzial-)diagnostische Überlegungen entscheidend vorangebracht werden. Angelehnt ist das Setting an der Konzeption des Willens aus der ressourcenorientierten Sozialen Arbeit.

Vorgehen

Die Kinder und Jugendlichen, bei welchen angesichts einer längeren Abwesenheit vom Unterricht, von ambulanten Zuweisern oftmals eine teilstationäre- oder eine stationäre Klinikbehandlung bereits empfohlen worden ist, werden nach kinder- und jugendpsychiatrischer Indikationsstellung in unserer ambulanten Übergangsguppe „Brücke zur Schule“ integriert. Die Gruppe wird an drei Vormittagen pro Woche, jeweils von 10.30 bis 12.00 (90 Minuten) angeboten. Ein Einstieg der Teilnehmer ist zu jedem Zeitpunkt möglich, Anwesenheit und Verhalten in der Gruppe werden diagnostisch ausgewertet und dienen auch zur Findung des passenden Behandlungssettings.

Indikationen der „Brücke zur Schule“ wären: Schulvermeidung/ -verweigerung; -angst; -phobie sowie andere psychische Störungen mit Strukturierungsschwierigkeiten im Alltag oder Orientierungslosigkeit und Perspektivenlosigkeit nach beendeter Schulzeit. Inhaltlich werden Themen wie Abbau von Ängsten, Förderung von Tagesstrukturierung, sozialer Kompetenz und Arbeits- und Lernstrategien bearbeitet. Daneben werden erlebnispädagogische Elemente und erlebnisbezogenes Lernen miteingebaut um dadurch eine Freude am Lernen ersichtlich zu machen und die Rückführung zum „normalen“ Schulalltag herzustellen. Reintegrationsversuche mittels Schulbegleitung, Bewerbungstraining und Praktikavermittlung werden nach Möglichkeit zeitnah begleitet. Sollte nach Ablauf der 9 Modultermine die Schulvermeidung bzw. der soziale Rückzug weiterhin bestehen, ist eine individuell zugeschnittene Klinikbehandlung (teilstationär oder stationär) einleitbar.

Angelehnt an die Gruppe findet einmal im Monat eine Elterngruppe statt, in der sich Eltern auf neutralem Boden austauschen können. Viele berichten, dass sie durch uns eine schnelle Hilfe erfahren haben und sie sich mit dem großen Problem nicht mehr alleine fühlten. Der Diskurs zwischen Fachleuten und Eltern wird hier weitergeführt und bringt auch neue Ideen mit auf, die von unserer Seite mit aufgegriffen werden.

Ergebnisse

Eine Evaluation der bisherigen Gruppenverläufe und –ergebnisse sowie der Langzeitkatamnese aus dem Zeitraum Januar 2010 bis September 2010 ergab, dass von 30 Kindern und Jugendlichen, welche die Gruppe besuchten 19 wieder die Regelschule besuchten. 3 Schüler absolvierten mit unserer Hilfe einen erfolgreichen Schulabschluss, 4 begannen eine Ausbildung/ Lehre. Bei 4 Teilnehmern fehlen katamnestische Informationen. Aus dem offensichtlich guten Erfolg heraus, wurde das Projekt von unserer Seite aus im Folgejahr 2011 weiter ausgebaut. Durch Informationen der Schulen im Einzugsbereich entstand eine Offenheit und gute Zusammenarbeit mit unserer Einrichtung und den pädagogischen Einrichtungen vor Ort. So konnten im Jahr 2011 bereits 68 Schüler aus unserem Einzugsgebiet von diesem Projekt profitieren.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die „Brücke zur Schule“ kann einen wesentlichen Bestandteil zu Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen mit schulvermeidender Symptomatik leisten. Speziell durch die angewandte Methodik und Didaktik soll in einer Gruppe von Schülern mit ähnlichen Schwierigkeiten die Freude am Lernen neugewonnen und soziale Ängste reduziert werden. Die Gruppe bietet eine praktische, evaluierbare Entscheidungsgrundlage für die Ebenen des weiter folgenden therapeutischen Vorgehens (ambulant, teilstationär, stationär) und hilft somit auch, weiter gehende Behandlungen effizienter zu machen und zu verkürzen.

14. Abgrenzung und Burnoutprophylaxe bei ambulant psychiatrisch Pflegenden

Udo Finklenburg

Hintergrund

Innerhalb der ambulanten psychiatrischen Pflege kommt die tätige Person häufig in Situationen, in der es schwer ist zu bestimmen, was jetzt noch nötig ist und wo schon Zuviel. Gute Beziehungen zu Ärzten führen häufig dazu, dass Aufträge angenommen werden, obwohl eigentlich keine Kapazitäten mehr vorhanden sind, innerhalb Krisensituationen findet sich häufig kein Entscheidungsträger, der bei der Deeskalation hilft, und manchmal bringt man es schlicht nicht fertig, „nein“ zu sagen, wenn die Klienten ohne Rücksicht auf die persönlichen Bedürfnisse mit ihren Anliegen kommen. Hinzu kommt der Anspruch offizieller Stellen (z.B. Kanton Bern), einen 7/24 Dienst anzubieten.

Problemstellung

Immer öfter kommen Freischaffende aus der Schweiz in Erschöpfungssituationen, da sie die Arbeitsbelastung nicht mehr kontrollieren können oder aber auch vor ethischen Dilemmas stehen (Klient ist hochsuizidal, aber kein Entscheidungsträger will eine Klinikeinweisung verantworten, der Pflegende muss den Klienten quasi sich selbst überlassen). Fehlentscheide, erhöhtes Krankheitsrisiko und geringe Arbeitsplatzzufriedenheit, aber auch Verunsicherung, wie viel Privatsphäre erlaubt ist, sind die Folge.

Ziele

Klärung ethischer Fragen, in wie weit Abgrenzung gerechtfertigt und notwendig ist.

Einschätzungskriterien, welche helfen, die eigenen Belastungsgrenzen zu spüren.

Vorgehen

Erhebung via Survey Monkey, wo innerhalb des APP Alltags die grössten Abgrenzungsschwierigkeiten entstehen, persönliche Lösungsstrategien erfragen, Literaturrecherche.

Schlussfolgerung

Innerhalb der APP ist die persönliche Gesundheit ein wesentlicher Faktor, nicht nur für sich selbst, sondern auch um die Betreuungskontinuität zu gewährleisten. Niemand hat einen Nutzen davon, wenn sich die Akteure aufopfern, und so ist es dringend nötig, dass klare Erwartungsgrenzen gezogen werden.

Lernziele

- Professionalität hat auch mit Gelassenheit zu tun
- Berufsethik geht nicht ohne Selbstschutz

15. Umgang mit Akut- und Krisensituationen in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

Udo Finklenburg

Hintergrund

In der ambulanten psychiatrischen Pflege ist die Pflegefachperson mit allen erdenklichen Situationen konfrontiert. Nicht nur, dass es gilt, den kompensierten, frisch aus der Klinik entlassenen Klienten in einer stabilen Situation zu halten, sondern ebenso gilt es, Akutsituationen und Krisen in jeglicher Form kompetent und gelassen zu begegnen.

Problemstellung

Krisen gehören zum Leben. Beim Gesunden ebenso wie bei unseren Klienten. Innerhalb der APP gibt es keinen Königsweg, Krisen und Akutsituationen zu begegnen. In der einen Situation kann es sinnvoll sein, eine Einweisung in die Klinik anzustreben, in der anderen geht es ums aushalten und dem Klienten zur Seite zu stehen, damit er lernt, an seine eigenen Ressourcen zu glauben. Welches ist der richtige, adäquate Weg?

Ziele

Die Kompetenzen der Psychiatrisch Tätigen reichen völlig aus, jegliche Situation in der ambulanten Pflege zu meistern. Die Kunst liegt darin, persönliche Erfahrung mit Schulwissen, Evidenz und Intuition zu mischen und individuell auf den einzelnen Klienten einzugehen.

Vorgehen

Im Referat am Beispiel konkreter Situationen fachliche Möglichkeiten, rechtliche Verpflichtungen und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten aufzeigen, aber auch auf die Grenzen der eigenen Belastbarkeit hinweisen.

Schlussfolgerung

Innerhalb der APP ist man allein, trägt in den schwierigsten Situationen Verantwortung für den Klienten und die eigene Gesundheit. Einerseits setzt dies grosse Erfahrung in der Pflege voraus, andererseits offenbart sich in der APP genau dadurch die grosse Chance der Psychiatriepflege, sich als eigenständige Berufsgattung zu etablieren.

Lernziele

- Amb. Psych. Pflege verfügt über umfassende Eigenkompetenz
- Krisen können zur Genesung im Sinne einer Stärkung des Selbstbewusstseins führen, wenn die Krise positiv durchlebt wird.

16. Modifiziertes Primary Nursing

Fritz Frauenfelder, Markus Bobst, Marcel Binder, Monika Casa, Libuse Jezek, Jakob Kindler, Heinz Marti, Markus Halmer

Hintergrund

Das Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ist ein überregionales Spezialangebot für Patienten mit sehr schweren psychiatrischen Krankheitsverläufen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, Psychoseerkrankungen sowie Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten, oft in Verbindung mit Dual- oder Trippeldiagnosen. Die Betroffenen weisen äusserst komplexe Beeinträchtigungen sowie Zeichen der Chronifizierung auf und waren in der Regel schon mehrfach psychiatrisch hospitalisiert.

Im Rahmen der betrieblichen Entwicklung fand in den letzten drei Jahren eine generelle Neukonzipierung des Zentrums statt. Innerhalb der Pflege wurden von 2006 bis 2010 anhand einer Pflegestrategie ein Basis-Assessmentinstrument sowie die Pflegeklassifikationen NANDA-I [1] und Nursing Outcomes Classification (NOC) [2] in den pflegerischen Alltag integriert.

Problemstellung

Im Rahmen der Neukonzipierung des Zentrums fanden semi-strukturierte Interviews und Fokusgruppen mit Vertretern aus psychiatrischen Kliniken und sozialtherapeutischen Institutionen statt. Dabei entwickelte sich die Kontinuität der medizinischen und der pflegerischen Ansprechperson zu einem besonderen Diskussionsschwerpunkt. Übereinstimmend wurde darauf hingewiesen, dass sich ein Wechsel der medizinischen und der pflegerischen Bezugsperson sowie eine längere Abwesenheit derselben negativ auf die Befindlichkeit von Patienten auswirken. Im Vordergrund stehen Beziehungsabbrüche für Menschen in äusserst sensiblen Lebenslagen, sowie das

Fehlen von wichtigen Informationsträgern in der interdisziplinären Zusammenarbeit und im Kontakt mit externen Stellen.

Während und nach der Einführung der Elemente des Pflegeprozesses zeigte sich, dass nicht alle Pflegefachpersonen die gleiche Fertigkeitenkompetenz in der strategischen Planung und Gestaltung der Pflege aufweisen. Trotz intensiver Unterstützung bekundeten einige Pflegefachleute erhebliche Schwierigkeiten in der Arbeit mit dem strukturierten und standardisierten Pflegeprozess. Es zeigte sich, dass die meisten dieser Pflegefachpersonen über andere Fähigkeiten und Interessen in Bezug auf die professionelle Pflege verfügen. Im Gegensatz dazu entwickeln andere Pflegefachpersonen grosses Interesse an der strategischen Planung der pflegerischen Arbeit und deren individuelle Umsetzung mit dem Patienten.

Ziele

Die Erkenntnisse aus der Pflegestrategie im Zusammenhang mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Interessen der Pflegefachleute, wie auch aus der Erhebung im Rahmen der Neukonzeptualisierung führten zu einer strukturellen Neuausrichtung der Pflege. Durch die gezielte Förderung von Fähigkeiten und Interessen definierter Gruppen von Pflegenden soll eine Qualitätsverbesserung erzielt werden. Im Streben nach der bestmöglichen Pflegequalität wurden folgende Punkte verfolgt:

- Optimierung sämtlicher pflegerischer Leistungen
- Optimierung der Kontinuität in der Bezugspersonenarbeit
- Optimierung der Interdisziplinären Zusammenarbeit

Vorgehen

Im Mittelpunkt stehen die ärztliche und die pflegerische Bezugsperson, welche neu vom Eintritt bis zum Austritt über sämtliche therapeutischen Settings hinweg für den Patienten verantwortlich und als Ansprechperson zuständig sind. Die herkömmlichen Stationen, welche von einer Patientengruppe aufgrund der psychiatrischen Diagnostik und der erforderlichen

Behandlung während einer Hospitalisation traditionell durchlaufen wurden, sind zu Organisationseinheiten zusammengeschlossen worden, welche unterschiedliche therapeutische und strukturelle Bereiche beinhalten.

Das Pfl egeteam setzt sich neu aus der Gruppe der Bezugspersonen und dem sogenannten Milieuteam zusammen. Die pflegerischen Bezugspersonen arbeiten zu fest definierten Zeiten von Montag bis Donnerstag respektive sie sind vom Eintritt bis zum Austritt über die verschiedenen therapeutischen Bereiche für dieselben Patienten zuständig und begleiten diese als weitgehend konstanten Ansprechpartner durch den Klinikaufenthalt. Die einzelne pflegerische Bezugsperson trägt die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Pflegeplanung sowie deren Umsetzung im Alltag. Sie bearbeitet mit dem Patienten intensiv die Thematik, welche sich in der Pflegediagnose widerspiegelt. Im Weiteren vertritt die Bezugsperson die Pflege im jeweiligen Patientenfall in der interdisziplinären Zusammenarbeit und arbeitet mit externen Stellen in Bezug auf pflegerelevante Themen zusammen. Voraussetzung für die Übernahme als pflegerische Bezugsperson ist die Fähigkeit und das Interesse an der strategischen Planung der Pflege und deren individuelle Umsetzung zusammen mit dem Patienten.

Die Mitglieder des Milieuteams übernehmen entsprechend ihren Fähigkeiten (inkl. Ausbildung) und Interessen unterschiedliche Aufgaben. Dazu gehören verschiedene pflegerische Spezialangebote (z.B. Leiten von pflegetherapeutischen Gruppen, Achtsamkeitstraining), das Krisen- und Notfallmanagement (lebenserhaltende Sofortmassnahmen, Aggressions- und Deeskalationsmanagement) sowie die pflegerelevante Hotellerie und die Ausführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten. Im Weiteren decken Pflegenden aus dem Milieuteam den regulären pflegerischen Schichtbetrieb ab und arbeiten im Delegationsverfahren im Rahmen des Pflegeprozesses.

Die neue Organisationsstrukturierung verlangt nach einem veränderten Kommunikations- und Entscheidungsmodell. Neu ist der jeweilige Informationsträger verantwortlich, dass sein Wissen diejenige Person erreicht, die damit arbeiten muss, respektive für deren Arbeit die Informationen relevant

sind (bilaterale Kommunikation). Im Weiteren sind Gruppeninformationen (z.B. Übergaberapporte) nur mit denjenigen Informationen auszustatten, die für alle Beteiligten auch von Wichtigkeit sind, ansonsten hat die mündliche Kommunikation bilateral zu erfolgen, wobei alle wichtigen Informationen schriftlich und für anderen erreichbar festgehalten werden müssen.

Im Zusammenhang mit der Pflege von Patienten werden Teamentscheide durch individuelle Entscheidungs- und Verantwortungsträger abgelöst. Jede Pflegeperson trifft die Entscheidung für ihr Handeln und ist dafür rechenschaftspflichtig.

Innerhalb der Organisationseinheiten unterstehen sowohl die Gruppe der fallführenden pflegerischen Bezugspersonen wie auch das Milieuteam je einer Leitungsperson, welche sich bei Abwesenheit gegenseitig vertreten.

Ergebnisse / Erfahrungen

Der gezielte Einsatz und die Förderung von persönlichen Stärken und Interessen der Pflegefachpersonen sowie die jeweilige Spezialisierung auf bestimmte pflegerische Handlungen gewährleisten ein hohes Fachwissen und überdurchschnittliche Handlungskompetenzen, welche in die tägliche Arbeit mit dem Patienten einfließen.

Der Patient erfährt eine strukturierte, verbindliche und von hoher Fachlichkeit geprägte Pflege. Die Kontinuität der fallführenden pflegerischen Bezugsperson ermöglicht einen intensiven Kontakt mit dem Patienten. Dabei ist sie in der Lage pflegerische Verläufe zeitnah persönlich zu kontrollieren, kann Verschlechterungen oder Stagnationen frühzeitig erkennen und darauf reagieren. Ebenfalls durch die Kontinuität, aber auch durch das Einbringen von disziplinspezifischen Themen und Interventionen, konnte sich die Pflege verstärkt im interdisziplinären Kontext etablieren und Beachtung verschaffen.

Mit der klaren Rollenteilung und den geregelten Entscheidungs- sowie Verantwortungskompetenzen können Doppelspurigkeiten und Missverständnisse verringert, überflüssige Informationsträger vermieden und zeitliche

Ressourcen im Zusammenhang mit der Informationsweitergabe eingespart werden.

Diskussion

Die Einführung von fallführenden pflegerischen Bezugspersonen sowie die Bildung der Milieuteams sind in der ganzen Klinik abgeschlossen. Das System der Bezugspersonen gewährleistet eine erhöhte Kontinuität und eine deutliche Professionalisierung im Rahmen des Pflegeprozesses. Die pflegerische Zusammenarbeit mit dem Patienten, insbesondere durch die intensive individuelle Auseinandersetzung mit pflegerelevanten Themen, konnte sowohl inhaltlich wie auch strukturell optimiert werden. In Zukunft braucht es in dieser Hinsicht eine verstärkte Vertiefung mit Pflegekonzepten und die daraus resultierenden pflegerischen Handlungsräume im Rahmen von Evidence Based Nursing.

Durch die Spezialisierungen im Milieuteam konnte eine merkbare Steigerung der unterschiedlichen Handlungskompetenzen erzielt werden. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Professionalisierung finden Überlegungen zur weiteren berufsbezogenen Differenzierung statt (Skills- and Grademix). So wird zum Beispiel der Einsatz von Fachangestellten Gesundheit, Fachangestellten Hauswirtschaft, Sachbearbeitungsmitarbeitenden für medizinisch-technische, hauswirtschaftliche oder administrative Verrichtungen diskutiert. In diesem Zusammenhang werden auch Überlegungen zum Einsatz von Advanced Practice Nurses auf der Ebene von pflegerischen Spezialthemen respektive -angeboten angestellt.

Im Rahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sollen generiertes Wissen sowie etablierte Handlungen wissenschaftlich erfasst werden, um eine effektive Abbildung der pflegerischen Arbeit zu erbringen.

Schlussfolgerung

Die klare Zuteilung von Rollen, Verantwortungen und Entscheidungskompetenzen im Pflegealltag anhand von Fähigkeiten und Interessen stellte sich als ein herausforderndes aber äusserst erfolgreiches Verfahren dar. Die Umstel-

lung vom herkömmlichen auf das neue Pflegesystem war für alle Beteiligten eine grosse Herausforderung verbunden mit Unsicherheiten und Ängsten. Sich aber im Berufsalltag vermehrt auf seine Stärken und Interessen zu konzentrieren und sich weiter entwickeln zu können, zeigte sich bald als Gewinn, sowohl für den Patienten, die einzelne Pflegefachperson als auch den gesamten Betrieb.

Literatur

1. *Doenges, M.E. et al. (2002) Pflegediagnosen und Massnahmen. Verlag Hans Huber, Bern.*
2. *Johnson, M. et al. (2005) Pflegeklassifikation (NOC). Verlag Hans Huber, Bern.*

17. Welche pflegerischen Interventionen im ambulanten Setting unterstützen die Angehörigen, im Umgang mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied?

Béatrice Gähler-Schwab

Hintergrund/ Problemstellung

In der Ambulanten psychiatrischen Pflege taucht immer wieder die Frage auf, wie Pflegefachpersonen Angehörige einbeziehen.

Bei Krisensituationen in meinem Berufsalltag stelle ich immer wieder fest, dass Angehörige oftmals lange bevor die Pflegeperson involviert wird, die ganze Last der Erkrankung vom Klienten tragen. Dabei stossen vor allem sie an Grenzen, welche sich nur schwer überwinden lassen, da oft Emotionen und Ängste eine zentrale Rolle im Umgang mit erkrankten Angehörigen spielen. Diese Grenzen sind zum Beispiel Konflikte innerhalb der Familie, nicht erkennen können von seelischen Problemen des betroffenen Angehörigen oder das Umgehen mit und verbalisieren der eigenen Ängste.

Zielsetzung

Sensibilisierung von Pflegefachpersonen auf die Angehörigen. Welche in der Ambulanten psychiatrischen Pflege, genauso wie die Klienten gestützt und geschützt werden sollten.

Vorgehen

Referat anhand von Praxisbeispielen.

Schlussfolgerungen

Aufzeigen wie wichtig der Einbezug der Angehörigen in die Begleitung eines Klienten im ambulanten Setting ist.

Lernziele

Pflegefachpersonen erkennen welche zentrale Rolle die Angehörigen in der ambulanten Pflege haben.

18. Aufsuchende geronto-psychiatrische Betreuung und Pflege in Tirol 2012

– aus einer Maßnahme des § 14 Tiroler Rehabilitationsgesetzes (persönliche Hilfe in Form der „Übergangspflege“) wird eine sprengelfinanzierten Leistung der Mobilien Dienste (Mobile Psychiatrische Pflege – MPP)

Gertrud Geisler-Devich

Abstract

Während der Überlegungen zu diesem Abstract werden gerade die ersten Klienten ins neue Leistungsfeld der Mobile Psychiatrischen Pflege (MPP) beim Verein VAGET aufgenommen.

- I. Die **Erläuterungen** zu Beginn dienen zum Verständnis der derzeit in Tirol im Umbruch befindlichen Gesundheits- und Soziallandschaft für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- II. Vorangestellt wird weiter eine **rechtlich-philosophische Betrachtung des Alterns**, speziell im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.
- III. Dem Abstract nicht beigefügt werden kann eine **erste Bestandsaufnahme** welche beim Kongress in Wien die Veränderungen für Klienten, deren Angehörige sowie für die Mitarbeiter der Vereines VAGET beleuchten wird.

Erläuterungen

Die bewegte Geschichte der VAGET „Übergangspflege“ in Tirol ist eng verbunden mit dem des PSP (Psychosozialer Pflegedienst Tirol). Die Schaffung des aufsuchenden Dienstes für psychisch kranke Menschen war ursprünglich nicht nach Alter bzw. Diagnosen getrennt.

Natürlich war die „Übergangspflege“ in den 90iger Jahren die nach Böhm. Zeitlich begrenzte Maßnahmen für ältere Menschen zur Re-Sozialisation und

Re-Integration in vormalige Familien- und Gesellschaftsumfeld in einer selbstbestimmten und beziehungspflegenden Art waren immer schon die Pfeiler dieser Versorgungsschiene.

Ende der 90iger Jahre erfolgte die Trennung in VAGET als Verbund mehrerer gerontopsychiatrischer Leistungsfelder, wie eben die „Übergangspflege“, das Tagestherapiezentrum für Menschen mit Demenzerkrankungen in Innsbruck, die begleitete Angehörigengruppe „Memory“ sowie der gerontopsychiatrische Konsiliardienst.

Aus einer zeitlich limitierten Rehabilitationsmaßnahme Persönliche Hilfe, Beratungsdienst - „Übergangspflege“, welche vom Land Tirol im Rahmen der Leistungen im Bereich Soziales zuerst über Subventionen, später über Stundensatzabgeltung finanzierte wurde, wird nun eine

- vertragliche (Klient mit VAGET MPP)
- Normkostenmodell finanzierte Leistung der Mindestsicherung
- mit wesentlich Änderungen bei den Selbsthalten verbundene
- Betreuungs- und/oder pflegerische Leistung der psychiatrischen Pflege.

Psychisch krank, über 65 Jahre, finanziell abhängig oder schlecht gestellt – und was nun?

Wenn ältere psychisch kranke Menschen den älteren somatisch kranken Menschen gleichgestellt sein sollen ist das an und für sich ein begrüßenswerter Gedanke.

Die verwaltungstechnische Gedankenwelt, die diese „Gleichstellung“ begründet, ist aber nicht die reale Welt der ständig steigenden Zahl vieler älterer psychisch kranker Menschen. Die sehr kurz gegriffene Formel „Betreuung und Pflege für jede Art des Bedarfes soll ab nun für jeden gleich viel kosten“ geht von eine tatsächliche Gleichstellung eines somatischen und eines psychiatrischen Krankheitsbildes und des daraus resultierenden Betreuungs- und Pflegebedarfes aus. So war es z. B. nicht möglich die Aufnahme in den Katalog der Medizinischen Hauskrankenpflege zu erreichen.

Allein die Praxis der Pflegegeldeinstufung bei psychiatrischen Erkrankungen zeigt, dass gerade bei älteren Menschen der Zugang zum Pflegegeld mit der seit 01.01.2011 in Kraft getretenen Verschärfung der Zugangsbestimmungen oft unrealistisch ist.

Die mangelnde Krankheitseinsicht und die seitens der Angehörigen oft nicht sehr ausgeprägte Bereitschaft für eine psychiatrische Pflegeintervention im häuslichen Umfeld Selbstbehalte zu bezahlen, lassen neben weiteren sozialen Kriterien die Befürchtung zu, dass jene Menschen die der psychiatrischen Pflege und Betreuung am dringendsten bedürfen zukünftig durch den „Rost“ fallen werden.

Unterschieden werden muss weiter zwischen den Langzeit Erkrankten und jenen Personen die jenseits der 65 Jahre erstmals eine psychiatrische Diagnose erfahren. Ebenso die klassischen psychiatrischen Diagnosen und die ausschließlich dem Alter „zugerechneten“ Demenzdiagnosen.

Bestandsaufnahme

... ab dem 01.04.2012 werden neue Klienten bei VAGET nur mehr in der Mobilen Psychiatrischen Pflege aufgenommen und abgerechnet.

Voraussetzungen dafür sind:

- Fachärztliche Zuweisung
- Kein REHA Verfahren mehr - Vertrag zwischen Klient und VAGET MPP
- Betreuungs- und/oder Pflegebedarf Erhebung durch diplomiertes psychiatrisches Fachpersonal
- Selbstbehalt Berechnung gemäß den Kriterien der Abteilung Soziales, Mobile Dienste

Klienten mit REHA Maßnahme können längsten bis 31.12.2013 abgerechnet werden.

Die Fragen

1. Wie hat sich die Nachfrage nach der mit leichterem Zugang möglichen Leistung MPP entwickelt?
2. Wie wirkt sich die neue Möglichkeit des psychiatrischen Case Management auf den Beginn der MPP aus?
3. Mehr Klienten mit weniger Stunden – weniger Klienten mit mehr Stunden? Das Monatsstundenlimit gegenüber der REHA Leistung ist um bis zu dreimal höher (90 Stunden MPP pro Monat möglich).
4. Ist die durch fixe Teams erbrachte Beziehungsarbeit pro einzelnen Klienten aufrecht zu erhalten?
5. Wie wird die Umstellung durch die Mitarbeiter von VAGET beurteilt?
6. Gibt es neue Bedürfnisse und Maßnahmen im Rahmen der MPP, die wir vorher nicht kannten?

Diese Fragen und ein Ausblick auf die Zukunft der MPP in Tirol werden im Rahmen des Vortrages in Wien zu beantworten sein.

19. Bauliche Suizidprävention - Handlungsebenen und Ausführungsbeispiele

Nadine Glasow

Hintergrund

Die Suizidalität von Patienten ist seit jeher ein zentrales Problemfeld der Psychiatrie [1]. Die Suizidraten stationär behandelter Patienten sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwa 5-mal höher [2]. Gleichzeitig geht man davon aus, dass sich ein Mensch mit schwerem psychischem Leiden krankheitsbedingt nicht frei für den Tod entscheiden kann, woraus sich eine Verpflichtung zur Prävention von Suiziden ableitet [1, 3, 4]. In erster Linie geschieht dies durch therapeutische Maßnahmen und eine nahe Begleitung der Patienten. Gleichzeitig versuchen psychiatrische Einrichtungen zunehmend auch baulich auf das Phänomen der Suizidalität zu reagieren, zumal der Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Suizidmethoden und der Suizidrate wissenschaftlich belegt ist [5]. Die ergriffenen baulichen Maßnahmen unterscheiden sich stark zwischen den einzelnen Einrichtungen. Insgesamt suizidieren sich in Deutschland jährlich rund 700 Menschen während stationärer psychiatrischer Behandlung [2], so dass die geringe Anzahl der Kliniksuizide in den einzelnen Kliniken keine generellen Schlüsse über sinnvolle bauliche Präventionsmaßnahmen zulässt.

Untersuchungsdesign

Es wurden die Einflussmöglichkeiten der Architektur stationärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie auf die Suizidraten der Patienten empirisch untersucht. In einer ersten Studie wurden in Sachsen Experteninterviews mit den Chefarzten der psychiatrischen Einrichtungen zu den Erfahrungen mit der baulichen Suizidprävention geführt, die baulichen Gegebenheiten der Kliniken wurden analysiert sowie 144 Kliniksuizide mit architektonischen Variablen erfasst. Dabei konnten die wichtigsten suizidrelevanten Bauele-

mente und Räume ermittelt werden. Für diese wurde in einer zweiten, deutschlandweiten Befragung psychiatrischer Einrichtungen weitere Ausführungsvarianten und Entwurfskriterien erfragt. Weiterhin wurden die Erfahrungen zur Schaffung eines antisuizidalen Milieus mit atmosphärischen Mitteln zusammengetragen sowie 81 weitere Kliniksuizide erhoben. Die erfassten Kliniksuizide wurden mit einer Suiziderhebung der Medizinischen Fakultät der TU Dresden sowie Suiziddaten der Allgemeinbevölkerung verglichen. Neben dieser quantitativen Analyse wurden vier Kliniksuizide qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse [2]

Der Einfluss der Architektur psychiatrischer Einrichtungen auf den Behandlungserfolg und die Suizidrate der Patienten wurde von den befragten Experten durchgehend hoch bewertet. Für die bauliche Suizidprävention konnten drei grundsätzliche Handlungsebenen ermittelt werden. Zum einen kann durch restriktive Maßnahmen, beispielsweise dem Einbau von Sollbruchstellen in der Duschstangenkonstruktion, der Zugang zu Suizidmethoden verhindert werden. Bauliche Möglichkeiten zur Überwachung und Kontrolle von Patienten ermöglichen, den zum Suizid erforderlichen Rückzug der Patienten zu minimieren. In diesem Sinne werden beispielsweise Überwachungsräume geplant. Eine Ausnahme bilden Suizide mit schnellen Methoden wie dem Sturz in die Tiefe, für welche nicht zwingend Ungestörtheit erforderlich ist. Darüber hinaus kann durch atmosphärische Mittel, beispielsweise einer wohnlichen Möblierung, ein antisuizidales Milieu geschaffen werden. Diese drei Prinzipien lassen sich auf nahezu jeden Entwurfsbereich, angefangen von städtebaulichen Gesichtspunkten bis hin zum Ausführungsdetail, anwenden. Bereits durch die Lage der Einrichtung, der Baukörperform, der Fassade oder der Gestaltung des Freibereiches kann die Suizidprävention unterstützt werden. Innerhalb der Kliniken zählen die Patientenzimmer und die Nassbereiche zu den risikoreichsten Räumen. Zu den mit Abstand häufigsten Suizidmethoden, mit einem gemeinsamen Anteil von rund 75 %, zählen Strangulation und der Sturz in die Tiefe. Entsprechend

sind die Schwerpunkte der baulichen Suizidprävention auf die Vermeidung von Befestigungsmöglichkeiten für Strangulationsgurte sowie Möglichkeiten zum Sturz in die Tiefe zu setzen. Als suizidrelevante Bauelemente wurden Fenster, Türen, Pflegestützpunkte und Überwachungsräume, Patientenzimmer, Nassräume, geschlossene Freibereiche sowie Erschließungsflächen ermittelt. Im Zusammenhang mit der baulichen Suizidprävention sind auch technische Aspekte wie Lüftung, Brandschutz und Notrufsysteme in besonderer Weise zu betrachten.

Schlussfolgerung und Ausblick

Es konnte gezeigt werden, dass die Architektur stationärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie die Suizidprävention durch vielfältige bauliche Maßnahmen unterstützen kann. Dabei ist es möglich sowohl die Sicherheitsaspekte als auch die atmosphärischen und die therapeutischen Belange gleichzeitig zu berücksichtigen und adäquate bauliche Lösungen, oft kostenneutral, anzubieten. Die Grundlage für die Entwicklung einer angemessenen Architektur stellt die intensive Auseinandersetzung mit der Arbeitsweise, den Therapiekonzepten und den entsprechenden Nutzerbedürfnissen der Psychiatrie dar. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der stationären Erwachsenenpsychiatrie lassen sich daher nicht grundsätzlich auf alle Bereiche der Psychiatrie übertragen. Insbesondere die Kinder- und Jugend- als auch die Forensische Psychiatrie stellen weitere, interessante Untersuchungsobjekte dar.

Praxisnahe Empfehlungen zur Suizidprävention mit baulichen Mitteln müssen entwickelt und bereitgestellt werden. Mit der Erarbeitung eines Thesepapieres im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention hat sich die Arbeitsgruppe Bauwerke und Umwelt dieser Aufgabe angenommen. Derzeit befindet sich der Entwurf [6] in einem Konsensusprozess.

Literatur

1. *Wolfersdorf, M.; Etzersdorfer, E. (2011): Suizid und Suizidprävention. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart*
2. *Glasow, N. (2011): Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen, Logos Verlag, Berlin*
3. *Hegerl, U.; Fichter, M. (2005): Suizidales Verhalten und Suizid. In: Verhaltenstherapie 2005;15:S. 4–5*
4. *Eink, M.; Haltenhof, H. (2006): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Reihe Basiswissen, Nr. 8, Psychiatrie-Verlag, Bonn*
5. *Florentin, J.B.; Crane, C. (2010): Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. In: Social Science & Medicine 70 (2010), S. 1626–1632*
6. *Glasow, N.; Reisch, T.; Oppermann, G. (2012): Empfehlungen zur baulichen Suizidprävention in Psychiatrischen Kliniken, Nationales Suizidpräventionsprogramm NasPro, unveröffentlichtes Manuskript*

20. Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEPpsy) – Ein Projekt zur körperlichen Gesundheit

Katharina Glavanovits, Annina Sahli, Sulin Bänziger, Christoph Abderhalden

Hintergrund

Körperlicher Gesundheit von Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Krankheiten wird in den letzten Jahren in der Gesundheitspolitik, der Forschung und der Praxis vermehrt Beachtung geschenkt. Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen haben, im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung, eine deutlich schlechtere körperliche Gesundheit und eine zwischen 10-30 Jahre geringere Lebenserwartung [1, 2]. Mit Suizid sind nur wenige der Todesfälle vor dem üblichen Sterbealter in Verbindung zu bringen; 92% der psychisch erkrankten Personen sterben eines natürlichen verfrühten Todes [3]. Die erhöhte Mortalität ist mit somatischen Komorbiditäten und häufigen Einschränkungen und Risiken in der körperlichen Gesundheit korreliert. Beispielsweise ist die Rate von Patientinnen und Patienten mit Diabetes Mellitus 1,5- bis 2-mal höher als in psychisch gesunden Vergleichsgruppen. Auch das Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen ist 2- bis 3-mal häufiger als bei psychisch Gesunden [4]. Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung im affektiven Bereich infizieren sich gegenüber der Gesamtpopulation auch 3- bis 8-mal häufiger mit dem HI-Virus [5].

Als Ursachen für die körperlichen Gesundheitsprobleme werden die Behandlung mit Neuroleptika und/oder Antidepressiva diskutiert, aber auch ungenügendes Vorsorgeverhalten, eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Nikotinabusus [6].

Zusätzlich werden Komorbiditäten und Krankheitsrisiken häufig nicht oder erst spät erkannt. Insbesondere die ambulante psychiatrische Versorgung tendiert dazu, die körperliche Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu vernachlässigen. Oftmals wird diese Aufgabe weder von den Hausärztinnen

und Hausärzten noch den Psychiaterinnen und Psychiatern übernommen und auch in der psychiatrischen Pflege lässt sich ein Defizit in der Erfassung und Behandlung körperlicher Risikofaktoren feststellen [7, 8].

Die Entstehung des GEP^{PSY}

Vor diesem Hintergrund wurde in Großbritannien das „Health Improvement Profile“ (HIP) für Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung entwickelt. Es erfasst 27 mögliche Gesundheitsrisiken sowie dazugehörige Vorsorge- oder Verhaltensempfehlungen. Es liefert dadurch eine Übersicht über verschiedene Aspekte der körperlichen Gesundheit mit direkten Hinweisen auf mögliche Interventionen. Neben Medikamentennebenwirkungen und kardiovaskulären Risikofaktoren werden auch das Gesundheits- und das Vorsorgeverhalten erfasst. Die Items umfassen unter anderem Laborwerte, Vitalzeichen, Ernährung, Bewegung, Raucherstatus, ärztliche Untersuchungen und Safer Sex. Zu jeder Frage wird eine mögliche Intervention vorgeschlagen, wie z.B. Instruktion zur Selbstuntersuchung auf Brustkrebs [7]. Durch das Screening mit dem HIP werden somit spezifische Risiken erkannt und eine Grundlage für die interdisziplinäre Behandlung und die pflegerische Beratung ist gegeben.

Der HIP-Fragebogen wurde von Sahli und Schmid ins Deutsche übersetzt und an schweizer Normwerte angepasst. Das „Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie“ (GEP^{PSY}), wie HIP auf Deutsch genannt wird, wurde in mehreren Schritten entwickelt und eingeführt. Die Übersetzung und Anwendbarkeit wurde 2009 in einer kleinen Pilotstudie mit 23 ambulanten Patientinnen und Patienten getestet [9]. In einer Projektgruppe wurden 2011 der Interventionsanteil und die Referenzwerte im Hinblick auf die Evidenzbasierung überprüft und den lokalen Gegebenheiten angepasst. Nach der Entwicklung zweier geschlechtsspezifischer Versionen des Screeningbogens mit je 27 Items wurden Schulungen von S. Bänziger (UPD, CH) und J. White (University of Hull, UK) für alle beteiligten Pflegefachpersonen durchgeführt.

GEP^{psy} – Das Projekt zur körperlichen Gesundheit

Seit September 2011 wird bei jeder Patientin und jedem Patienten der ambulanten und tagesstationären Einheiten der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern einmal jährlich eine Befragung (Screening) mit dem GEP^{psy}-Bogen durchgeführt. Bei neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten wird die Erfassung des vollständigen Fragebogens innerhalb der ersten zwei Wochen durchgeführt. Davon abgeleitet sollen neben den Interventionen auch individuell häufigere Nachkontrollen, z.B. einzelner Blutwerte welche im Risikobereich lagen, durchgeführt werden. Ausgebildete Pflegefachkräfte wurden für die Durchführung der standardisierten Screenings geschult und dazu angeleitet, die Patientinnen und Patienten bei bestehenden Risiken zu Gesundheitsvorsorge und –verhalten zu beraten und falls nötig, eine Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen vorzunehmen. Fachpersonen aus anderen Disziplinen (z.B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) sind dazu aufgefordert ihre Patientinnen und Patienten aktiv den Pflegenden zum jährlichen Screening zu überweisen. Es werden vier Kopien des ausgefüllten GEP^{psy} Bogens gemacht. Eine Kopie erhält die Patientin oder der Patient, die übrigen sind für die Assistenzärztinnen und -ärzte und die Patientendokumentation, sowie für extern behandelnde Fachpersonen.

Die Evaluation der ersten Durchführungsphase ergab, dass sich der Großteil der 21 beteiligten Pflegefachkräfte sowohl bei der Erhebung, bei der Entscheidung ob ein Risiko besteht, als auch bei der Beratung sicher oder eher sicher gefühlt haben. Auch bei der Frage, ob die Schulung ausreichend/hilfreich gewesen sei, antwortete die Mehrheit mit ja oder eher ja. 21 von 23 willkürlich ausgewählten befragten Patienten konnten sich an die Schulung erinnern, 13 konnten konkrete Ratschläge nennen, welche sie während des Screenings erhalten hatten. Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten, welche an der Evaluation teilnahmen, fanden die Fragen zu den verschiedenen Gesundheitsbereichen sinnvoll oder eher sinnvoll. 30% der befragten Patientinnen und Patienten haben nach der Befragung versucht ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern. Aus den Rückmeldungen

geht hervor, dass die Patientinnen und Patienten die Befragung als wichtig und sinnvoll empfinden, falls sie regelmäßig durchgeführt wird.

Der Fragebogen GEP^{psy} kann, zusammen mit dem dazu verfassten Begleithandbuch, in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der UPD zum Selbstkostenpreis bezogen werden

Ziele des GEP^{psy}

- Eventuell bestehende Risiken bei Patientinnen und Patienten sollen frühzeitig erkannt werden.
- Durch die Beratung, soll das Gesundheitsverhalten der Patientinnen und Patienten positiv beeinflusst werden.
- Die Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen stellt eine Möglichkeit dar um interdisziplinäre Brücken zu bilden, die Tendenz die körperliche Gesundheit zu vernachlässigen zu durchbrechen und so den Patientinnen und Patienten zu einer besseren gesundheitlichen Verfassung zu verhelfen.

Gestaltung

Das GEP^{psy} wird vorgestellt, dabei wird insbesondere auf die Gesundheitsparameter des Screeningbogens und die möglichen Interventionen eingegangen. Erfahrungen der Implementierung sowie die Ergebnisse der Evaluation werden mit den Teilnehmenden des Workshops diskutiert.

Lernziele

- Die Teilnehmenden kennen die besonderen Risiken von Menschen mit psychischen Erkrankungen für körperliche Begleiterkrankungen.
- Sie kennen das Instrument GEP^{psy}.
- Sie reflektieren die Rolle/Verantwortung psychiatrisch Pflegenden im Bereich körperlicher Gesundheit und die Möglichkeiten zum Einsatz eines systematischen Screenings.

Literatur

1. Laursen, T.M., et al. (2012) *Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. Current opinion in psychiatry.* 25(2): p. 83-88.
2. *The mental and physical health platform (2009) Mental and Physical Health Charter: Bridging the Gap between Mental and Physical Health.*
3. Pack, S. (2009) *Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. Nursing standard.* 23(21): p. 41-45.
4. Bänziger, S. (2011) *Körperlich krank in der Psychiatrie : Gesundheitsförderung. Krankenpflege SBK = Soins infirmières = Cure infirmieristiche.* 104(12): p. 24-25.
5. Robson, D., et al. (2007) *Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. International journal of nursing studies.* 44(3): p. 457-466.
6. Bänziger, S., et al. (2011) *Benachteiligt: Werden psychisch Kranke anders behandelt? Heilberufe.* 63(12): p. 14-16.
7. White, J., et al. (2009) *The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile. Journal of psychiatric and mental health nursing.* 16(5): p. 493-498.
8. Smith, S., et al. (2007) *A well-being programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort. International journal of clinical practice.* 61(12): p. 1971-1978.
9. Sahli, A., et al. (2009) *Körperliche Gesundheit bei ambulant behandelten Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Störungen: Bedarfsabklärung zur Bestimmung von Problembereichen und davon abgeleiteten Handlungsfeldern im ambulanten Setting der Psychiatriepflege.*

21. Einführung der Pflegevisite- Führen mit Inhalt

Stefanie Golik, Cornelia Gianni

Hintergrund

Im Rahmen des Lehrgangs zur Leitung einer Station, führte ich das Projekt "Einführung der Pflegevisite- Führen mit Inhalt" auf der Station 12/ 4B am Isar- Amper- Klinikum, München Ost durch. Das Instrument "Pflegevisite" kann zur Evaluation der Pflege und der gegenseitigen Beratung der MitarbeiterInnen eingesetzt werden, um so professionelle Pflegeleistung darzustellen. Meine Aufgabe als Führungskraft ist es, unter anderem, MitarbeiterInnen durch zielgerichtete Fort- und Weiterbildung in ihrem Arbeitsbereich zu unterstützen und zu fördern, d.h. - "Führen mit Inhalt". Durch erfolgreiche Implementierung von Pflegediagnosen an unserem Klinikum, wird eine systematische, vollständige und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Pflegedokumentation in die Pflegepraxis umgesetzt. Durch die Verknüpfung der Inhalte dieses Instrumentes mit der Pflegevisite, wird die Arbeit im Pflegeprozess optimal ergänzt.

Problemstellung

Die Arbeit im Bezugspflegesystem und im Pflegeprozess, insbesondere mit der Pflegediagnostik, erfordert von den pflegenden MitarbeiterInnen auf einer akut psychiatrischen Aufnahmestation am Isar-Amper-Klinikum, München-Ost das Umsetzen von hohem pflegfachlichem Wissen. Im Pflegeteam der Station 12/4B sind unterschiedliche Qualifikationen und Berufserfahrungen vorhanden. Daraus ergibt sich ein sehr unterschiedliches Wissensniveau, welches sich in der praktischen Durchführung des Pflegeprozesses, und auch inhaltlich, in der Pflegedokumentation, abbildet. Bei diversen Erhebungen werden immer wieder Schwachstellen gefunden, die es zu beheben gilt.

Ziele

Die Pflegevisite verfolgt unterschiedliche Ziele bezogen auf die Patienten, MitarbeiterInnen und Führungskräfte. Diese werden ausführlich im Vortrag vorgestellt. Nach den Vorteilen der Pflegevisite habe ich mir die Ziele für mein Projekt gestellt:

- Die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität auf der 12/4B ist durch festgelegte Bewertungskriterien für die Pflegedokumentation des Pflegeprozesses gewährleistet
- Pflegevisite findet 1-mal in der Woche (am Mittwoch, 10 Uhr), anhand von festgelegten Bewertungskriterien (Checklisten) statt.
- Ein ggf. notwendiger Schulungsbedarf ist erhoben und es finden zeitnahe Mitarbeitergespräche statt.

Vorgehen

Für die Durchführung der Pflegevisite gibt es keine vorgeschriebenen Strukturen. Die drei Phasen der Pflegevisite gelten als Wegweiser. Da es in Fachkreisen [1] eine Vielzahl von praktischen Anwendungen zu Pflegevisiten gibt, wurde ein Konzept erstellt, das praxisnah die Bedingungen und Voraussetzungen der Station berücksichtigt. Es wurden Bewertungskriterien erarbeitet, nach denen die Pflegequalität eingeschätzt werden kann. Anhand dieser Einschätzung wird entschieden, ob und wie viel der einzelne Mitarbeiter an Fortbildung benötigt, um der Qualifikation zu entsprechen.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Da die Pflegevisite bei uns ein neues Instrument ist, verfügen die Mitarbeiter über keinerlei Erfahrung in diesem Bereich. Dies brachte anfängliche Ängste, Unsicherheit, Skepsis und Misstrauen hervor. Die Pflegevisite wird auch zum Teil als Belastung und zusätzliche Arbeit angesehen. Die Ursache könnte in einer bestehenden Überlastung in Verbindung mit Personalmangel und den Abläufen in der Akutpsychiatrie liegen. Dazu kommt ein leicht erhöhter Dokumentationsaufwand und gerade im Anfangsstadium verlän-

gerte Pflegevisitendauer. Anfänglich zeigten sich noch Unsicherheiten in der Gesprächsführung. Pflegevisite als Kontrollinstrument und Überwachungsmethode wurde und wird noch teilweise gefürchtet.

Damit Pflegevisite positiv vom Team angenommen und auch optimal genutzt werden kann, haben ich und die Mitglieder des Projekts Maßnahmen erarbeitet, die den genannten negativen Annahmen und Auswirkungen entgegen wirken können. Auf diese Maßnahmen möchte ich im Vortrag eingehen.

Wie, wann und wie oft die Pflegevisite durchgeführt wird, sollte jede Station für sich selbst entscheiden. Die drei Phasen der Pflegevisite gelten als Wegweiser bei der Durchführung und dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Natürlich spielen dabei Personal- oder Zeitmangel eine große Rolle. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass ohne konkrete Aufbau- und Ablauforganisation solch ein Organisations- und Personalentwicklungsprozess kaum leistbar ist. Jede Führungskraft muss über den Nutzen einer Pflegevisite informiert sein, um dann, die für sie geeignete Form der Pflegevisite zu finden und auf Station zu installieren.

Diskussion

Das Projekt „Einführung der Pflegevisite- Führen mit Inhalt“ befindet sich momentan in der Stabilisierungsphase. Durch erforderliche Änderungen und Anpassungen der ersten Befürchtungen gewinnt die Pflegevisite einen hohen Stellenwert und Verankerung im Alltag. Mit wachsender Sicherheit und Routine bei der Durchführung der Pflegevisite verringerte sich deutlich der Zeitaufwand. Die anfänglichen Unmutsäußerungen und die damit verbundene Distanziertheit gegenüber der Pflegevisite, konnten bisher weitgehend abgebaut werden. Zum jetzigen Zeitpunkt kann eine positive Resonanz der MitarbeiterInnen in Bezug auf die Pflegevisite festgestellt werden.

Nach den anfänglichen Befürchtungen, dass Pflegevisite zu Kontrollzwecken dient, ist es inzwischen so, dass die MitarbeiterInnen für sich die Pflegevisite als Unterstützung in Form der Beratung und Wertschätzung nutzen. In der

Auswertung von Pflegevisiten werden auch die Stärken der MitarbeiterInnen herausgearbeitet. Dadurch fühlen sie sich anerkannt und motiviert. Die Pflegevisite ist als Bestandteil des regelmäßigen Mitarbeitergespräches etabliert und zu einem wichtigen Beratungs- und Führungsinstrument geworden.

Schlussfolgerung

Es zeigte sich, dass der Pflegeprozess mit Unterstützung der Pflegevisite langfristig qualitativ und zielorientiert beeinflusst werden kann. Durch einen regelmäßigen Austausch und die gegenseitige Beratung Pflegenden erreichen Pflegeplanungen ein hohes fachliches Niveau. Im Austausch mit Patienten und pflegenden Kollegen wird Kreativität gefördert und das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten erweitert. Die MitarbeiterInnen können ihren Routineablauf in der Pflege unterbrechen und sich über Problemlösungen professionell beraten. Gemeinsam mit dem Patienten werden Pflegeziele und Maßnahmen ermittelt. Dadurch hat der Patient gute Möglichkeiten, die eigene Situation zu verstehen und aktiv zu seiner Genesung beizutragen. Die Pflegevisite ist ein effektives Mittel um die professionelle Beziehung zum Patienten zu gestalten und eine bewusste Zusammenarbeit mit und für den Patienten zu schaffen. Durch die Pflegevisite hat die Pflege die Chance eigene Kompetenzen zu fördern und auszubauen. Das Fördern der MitarbeiterInnen durch gezielte Fort- und Weiterbildungen ist damit ebenso planbar geworden. Die unterschiedlichen Interessen, Begabungen und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen sind für die Führungskräfte gut erkennbar und tragen so zu einem hohen Maß an Mitarbeiterführung bei.

Literatur

4. *Ehmann, M. 1. Auflage (2005) Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, Urban & Fischer Verlag München*
5. *Heering, C. (Hrsg.) 2. unveränd. Auflage (2006) Das Pflegevisiten-Buch, Verlag Hans Huber: Bern*

6. *Hellmann, S. Kundmüller, P. (2003) Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege, Brigitte Kunz Verlag Hannover Literaturverzeichnis*

22. Welche Wissenschaft braucht die (Psychiatrische) Pflege? – Ein kritischer Diskussionsbeitrag zur Theorieentwicklung in der Pflege

Manuela Grieser-Kozel, Caroline Grosser-Ummel, Bernd Kozel, Sabine Weissflog

Einleitung

In einem Artikel erarbeitet Heinrich Friesacher [1] vor dem Hintergrund der Machttheorie Foucaults und der kritischen Theorie eine „kritische Theorie der Pflegewissenschaft“. Friesacher greift eine wichtige Debatte auf, indem er Vorschläge zur zukünftigen Ausrichtung der Pflegewissenschaft und zur Theoriebildung in der Pflege macht. Im Folgenden werden ausgewählte Thesen von Heinrich Friesacher aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und diskutiert:

Bernd Kozel: Perspektive Pflegewissenschaft

Ich möchte auf folgende zwei Aussagen von Heiner Friesacher [1] eingehen:

1. *„Eine stark philosophisch beziehungsweise grundlagentheoretisch ausgerichtete Theorie ist zentral für die Disziplin Pflege.“*

Im Gegensatz zu Heiner Friesacher bin ich nicht der Meinung, dass die Pflege eine weitere „Globale Theorie“ benötigt. Unter „Globaler Theorie“ verstehe ich eine praxisferne, grundlagentheoretisch ausgerichtete Pflegetheorie auf hoher Abstraktionsebene [2]. Einerseits gibt es bereits genug entsprechende Theorien [3]. Andererseits plädiere ich dafür, den pflegewissenschaftlichen Fokus auf praxisnahe „Theorien mittlerer Reichweite“ und „Mikrotheorien“ zu legen [2]. Damit meine ich konkrete Theorien, die einen Beitrag zur klinischen Pflegepraxis (Assessment, Diagnose, Intervention, Evaluation) liefern können. Aus meiner Sicht kann die Pflege(wissenschaft) auf „Globale Theorien“ verzichten, auf klinisch orientierte Praxistheorien aber nicht.

2. „Bisherige Theorieentwürfe blenden wesentliche Aspekte pflegerischer Wirklichkeit wie Ökonomisierung, Machtverhältnisse, Herrschaftsverhältnisse und organisatorische Zwänge aus.“

Ökonomisierung, Machtverhältnisse, Herrschaftsverhältnisse! Die Beschäftigung mit diesen Themenfeldern ist meines Erachtens nicht Aufgabe der „Pflegerwissenschaft“. Es handelt sich hier um Themenfelder der Wirtschaftswissenschaften, der Politikwissenschaften und der Soziologie. Pflegewissenschaft sollte sich mit den Situationen auseinandersetzen, in denen Menschen gepflegt werden. Das muss der Fokus der Pflegewissenschaft sein, wenn sie eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin sein will. Es geht um Forschung „in der Pflege“ und nicht um Forschung „über die Pflege“! Das heißt nicht, dass ökonomische oder politische Bedingungen im Zusammenhang mit pflegerischen Fragestellungen nicht wichtig wären. Für diese Fragestellungen gibt es die Berufsverbände, die hier aktiv werden müssen.

Manuela Grieser-Kozel: Perspektive direkte Pflege

H. Friesacher fordert [1], handlungstheoretisch fundierte Konzeptionen für die direkte Pflege. Dabei stellt er das kommunikative Handeln in den Mittelpunkt. Gleichzeitig kritisiert er die Interventionsforschung nach dem Evidence based Nursing Konzept mit dem Argument „nicht hinreichend für die Kritik von Herrschaftsverhältnissen und Machtinteressen zu sein“.

Ich stimme Friesachers Forderung zu, der Interaktion zwischen Klienten und Professionellen mehr Aufmerksamkeit zu schenken und diese durch qualitative Designs zu beforschen. Für Pflegefachpersonen und Klienten können Erkenntnisse in diesem Bereich ein besseres Verstehen im intersubjektiven Kontakt bedeuten. Ich bin nicht der Meinung, dass Interventionsstudien nach dem Evidence based nursing Konzept „nicht hinreichend“ für die direkte Pflegepraxis sind. In einer immer komplexer werdenden Angebotsstruktur benötigen Klienten und Professionelle Einschätzungssysteme, welche Aussagen zur Qualität von Interventionen machen können [4].

H. Friesacher postuliert, die Pflege ist geprägt von hierarchischen, ökonomisierenden und prozessoptimierenden Umgebungsstrukturen [5]:

Bereits Florence Nightingale schrieb [6]: „die grundlegenden Elemente von Krankenpflege sind so gut wie unbekannt“. Diese Aussage trifft bis heute zu und wird in wissenschaftlichen Fachartikeln diskutiert [7-9]. Pflege muss einen eigenen Gegenstandsbereich haben, der sich von Medizinern, Psychologie und Sozialarbeit unterscheidet. Nur dann hat sie Machtverhältnissen und ökonomischen Interessen etwas entgegen zu setzen. Eine wichtige Aufgabe der Pflegewissenschaft wäre es, das „Genuin“ der Pflege zu beschreiben.

Caroline Grosser-Ummel: Perspektive Professionalisierung

Auf der Basis seines Theorieentwurfs, problematisiert Friesacher die zunehmende Orientierung der Pflegewissenschaft an der Ökonomie und deren Folgen für die Pflegepraxis. Pflegearbeit würde vor allem als eine Praxis angesehen, die effektiver, kontrollierbarer, messbarer und kalkulierbarer gestaltet werden muss. Dies schränke unter anderem die Selbstbestimmung von PatientInnen erheblich ein und führe auf Seiten der Professionellen dazu, dass *„wichtige Arbeitsformen wie Wohlbefindensarbeit, Gefühlsarbeit und Biografiearbeit, die immer schon unter dem Mangel an ‚Sichtbarmachung‘ litten, jedoch für eine gelingende Pflegebeziehung zentral sind, zu einem Randphänomen der Pflege“* werden.

Friesacher sieht die Aufgabe seines Theorieentwurfs darin, *„diesen Entwicklungen ein gehaltvolles Korrektiv gegenüberzustellen“* und zur „Etablierung einer angemessenen Pflegepraxis“ beizutragen sowie die Theoriebildung in der Pflege voranzutreiben [1]. Was jedoch genau eine angemessene Pflegepraxis ist, lässt der Artikel offen. Die Frage von Angemessenheit lässt sich mittels einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft nicht beantworten, sondern muss zunächst am konkreten Fall geklärt werden. Einen solchen fallorientierten Blick lässt der Aufsatz jedoch vermissen. Deshalb stellt sich die Frage, ob nicht diese „Globaltheorie“ – ähnlich wie die vom Autor kriti-

sierte Standardisierung - zu einer Subsumtion führt, durch die pflegerische Praxis immer schon aus einem bestimmten theoretischen Blickwinkel wahrgenommen wird, ohne die Chance zu haben, unverstellt zur Darstellung zu kommen.

Die Analyse und Darstellung pflegerischer Handlungsstrukturen bietet die Chance, typische Strukturprobleme der Pflege zu identifizieren und zu kritisieren und ihre Professionalisierung im Sinne einer angemessenen Pflegepraxis und im Sinne einer Entwicklung zu einer eigenständigen Profession vorantreiben zu können. Damit wird zugleich eine Pflege-theorie auf materialer Basis entwickelt. Methodisch eignen sich dafür rekonstruktive Verfahren [10]. Ergänzend dazu braucht es gegenstandsbezogene Theorien wie beispielsweise die strukturelle Professionalisierungstheorie [10].

Sabine Weissflog: Perspektive Erlebenswelt Betroffener

Die Frage nach der Konstituierung von Wissen und den Prozessen, aus denen ein gemeinsam geteiltes Wissen im Gesundheitssystem resultiert, führte Stevenson & Cutcliffe zur Untersuchung von Praktiken der Beobachtung als Mittel zur Kontrolle von Risikosituation in der Pflege. Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass die Aussagen der Menschen, welche an psychischen Problemen leiden, vom psychiatrischen Gesundheitsteam ausgegrenzt werden und allein das Fachwissen zum Handeln führt [11]. Powers Untersuchung zur Pflegediagnostik zeigt auf: „das die Pflege die Sprache der Wissenschaft, der Professionalität und der Medizin benutzt, um sich dafür zu rechtfertigen, daß sie die Stimme der Menschen ignoriert“ [12]. Am Beispiel des Qualitätsdiskurses untersuchte Heiner Friesacher die Problematik der Bedürfnisinterpretation und führt aus: *„wie sowohl die Patienten als auch die Pflegenden im Sinne neoliberaler Subjektbildung geformt werden und letztlich pflegerisches Handeln zu ökonomischem Handeln transformiert wird“* [5].

Huntington & Gilmour erklären in ihrer Studie, dass Menschen und ihre Erfahrungen nicht im Mittelpunkt der klinischen Versorgung stehen, sondern an den Rand eines Krankheitsdiskurses gedrängt werden [13]. Das

heißt, Studien, welche das Wissen der Pflegenden zum Krankheitserleben und der klinischen Versorgung untersuchen, explizieren Notstände in der Pflegepraxis, welche nicht in der Praxis produziert werden [12, 13]. Die Auswirkungen dieser Notstände beeinflussen das „Personen-Pflege-Geschehen“ und führen bis zur Ignoranz der Stimme des Menschen. Um die Notstände und ihre Entstehung zu verstehen, benötigt die Pflegewissenschaft wissenssoziologische Analyseansätze, die sich mit der Frage der gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit auseinandersetzen und die Konstituierungsprozesse rekonstruieren.

Literatur

1. Friesacher H., „Vom Interesse an vernünftigen Zu-ständen ...“. *Bedeutung und konstitutive Elemente einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Pflege*, 2011. 24: p. 373-388.
2. Hunink G., *Pflegetheorien. Elemente und Evaluation* 1997, EICANOS: Bocholt.
3. Fawcett J., *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. 1999, Bern: Hans Huber Verlag.
4. Behrens J. and Langer G., *Evidence based Nursing and Caring. methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 2010, Bern: Hans Huber.
5. Friesacher H., *Foucault's concept of governmentality: an instrument to analyse nursing science. Pflege*, 2004. 17(6): p. 364-74.
6. Nightingale F., *Bemerkungen zur Krankenpflege [1860]*, 2005, Mabuse: Frankfurt/ Main.
7. Clarke L., *So what exactly is nursing knowledge. Journal of Psychiatric an Mental Health Nursing*, 2011. 18: p. 403-410.
8. Bryant R., *Promoting access to health care: a nursing role and responsibility. Int Nurs Rev*, 2001. 58(4).
9. Cutcliff J. and Ward M., *Key Debates in Psychiatric/Mental Health Nursing* 2006, Langford Lane. Kidlington: Churchill Livingstone (Elsevier).
10. Oevermann U., *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisier-ten Handelns, in Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns., Combe A. and Helsper W., Editors. 1996, Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 70-182.*
11. Stevenson C. and Cutcliffe J., *Problematizing special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2006. 13(6): p. 713-21.

12. Powers P., *Pflegediagnosen: Was leisten sie – was leisten sie nicht?*, in *Ergebnisband des ersten dezentralen Kolloquiums des DV Pflegewissenschaft an der Alice-Salomon-Fachschule Berlin am 26. Juni 1998*, Kollak I. and Georg M., Editors. 1999, Mabuse: Frankfurt am Main.
13. Huntington A.D. and Gilmour J.A., *Re-thinking representations, re-writing nursing texts: possibilities through feminist and Foucauldian thought*. *Journal of Advanced Nursing*, 2001. 35(6): p. 902-8.

23. Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Wie eruiert eine Institution ihre Forschungsvorhaben?

Caroline Grosser-Ummel

Hintergrund

Eine Institution kann Forschung betreiben, die nicht direkt auf das professionelle Kerngeschäft zielt. Zum Beispiel interessieren sie die institutionellen Prozesse und Abläufe oder die Entwicklung psychischer Krankheiten. Sie kann aber auch Forschung betreiben, die direkt an der professionellen Praxis ansetzt. Arbeitsbeziehungen zwischen Professionellen und Klienten, Normalitätsvorstellungen von Professionellen oder diagnostische Zugangsweisen unterschiedlicher Berufsgruppen können hierbei Gegenstand ihres Forschungsinteresses sein. Auf diese Forschungsperspektive konzentriere ich mich im Weiteren.

Professionelle haben es mit Klienten zu tun, die mit ihren psychischen und sozialen Ressourcen nicht mehr durch den Alltag kommen und in eine Krise geraten. Sie versuchen, diesen Menschen bei der Überwindung ihrer Krisen zu helfen. Professionelle haben es also nach strukturaler Professionalisierungstheorie [1] mit Krisen zu tun. Was das für die professionelle Problemlösung bedeutet, kann man sich vergegenwärtigen, wenn man professionelles Handeln mit dem Handeln eines Mechanikers oder eines Ingenieurs vergleicht [2].

Ein Mechaniker hat es mit dem Funktionieren einer Maschine zu tun. Er wendet sein Wissen, das ein hochspezialisiertes Wissen sein kann, auf einen Funktionszusammenhang an, beispielsweise auf ein Auto. Das Funktionieren eines Autos ist normierbar. Das bedeutet, dass für alle Autobesitzer der Zustand eines intakten Autos der gleiche ist, er entspricht der Norm oder er entspricht eben nicht der Norm. Diese Norm muss nicht zwischen dem Berufsmenschen und dem Kunden ausgehandelt werden. Die Nichtverhandelbarkeit dieser Norm drückt sich im TÜV oder in der deutschen Industrie-

norm aus. Das Auto als Funktionszusammenhang ist standardisiert, das heisst seine Prozesse und Einzelteile sind standardisiert. So kann beispielsweise der Mechaniker in einem Buch nachschauen, welches Teil er genau für den Motortyp des Saabs braucht, um den beschädigten Motor reparieren und schliesslich das Auto wieder funktionstüchtig machen zu können. Das Wissen, mit dem der Mechaniker hier arbeitet, ist formalisierbar und abgeschlossen. Als Fazit aus diesem Beispiel können wir erstens festhalten, dass der Mechaniker keinen direkten Klientenbezug kennt, sein direktes Gegenüber ist das zu reparierende Auto. Sein Bezug zu dessen Besitzer ist rein rollenförmig. Der Inhaber des Autos ist demnach auch kein Klient, sondern ein Kunde, der für eine Dienstleistung bezahlt. Die Leistung, die der Mechaniker für ihn erbringt, ist vollständig überführbar in einen ökonomischen Gegenwert. Zweitens ist deutlich zu sehen, dass es keine Krise gibt. So werden die kaputten Autoteile durch neue oder gebrauchte ausgetauscht, und sollte das Auto gänzlich zusammenbrechen, kann es durch ein anderes ersetzt werden. Damit ist das Problem für den Mechaniker gelöst. Drittens lässt sich am Handeln des Mechanikers erkennen, dass er sein Wissen unverändert anwendet, er kann es in technische Problemlösungen überführen. Bei einer Problemlösung, die es mit Krisen zu tun hat, geht es um Gesundheit, für die es auch einen Normzustand gibt. Das lässt sich daran ablesen, dass jemand sagt „ich will gesund sein“ oder „ich will nicht gesund sein.“ Die Massgabe dafür ist die jeweilige Geschichte der Krankheit. Für den schweren Zwangsneurotiker ist es zum Beispiel ein Fortschritt, wenn er sich statt 20 nur noch 10 Mal die Hände wäscht. Für einen Aussenstehenden ist diese Zwangshandlung immer noch beängstigend oder schlimm. Die Definition von Gesundheit lässt sich nicht standardisieren, weil jede Krankheit eine konkrete spezifische Geschichte hat. Man kann nicht objektiv bestimmen, was Gesundheit in Bezug auf zwanghaftes Verhalten ist. Zu jeder Geschichte einer Krankheit kommt hinzu, dass sie ein Subjekt kennt, das Leib und Seele umfasst. Als Fazit daraus ist deshalb festzuhalten, dass der Professionelle einen Klientenbezug hat, und dass er sein Wissen nicht anwenden kann. Die Krankheit seines Gegenübers ist in keinster Weise standardisierbar. Natür-

lich arbeiten Professionelle auch mit Routinen, diese Anwendung von Wissen ist aber sekundär, zentral ist die Interventionspraxis. Deren Logik besteht darin, dass für nicht-standardisierbare Problemstellungen (Krisen) nicht-standardisierbare Problemlösungen (Bewältigungen) gefunden werden müssen.

Problemstellung

Gemäss strukturaler Professionalisierungstheorie kann Forschung dann zum Einsatz kommen, wenn mittels Interventionspraxis die Probleme von Klienten nicht mehr gelöst werden können. Wenn Forschung in diesen Zusammenhang eingebunden ist, dann ist es Klinische Forschung bzw. Klinische Soziologie, die eine Strukturanalogie zur Supervision aufweist [3, 4, 5]. In dem Moment, in dem die Professionellen mit ihren Mitteln die Krisen ihrer Klienten nicht mehr stellvertretend bewältigen können und also die professionellen Routinen selbst in eine sekundäre Krise geraten, wird Forschung notwendig. Diese klinische Forschung ist ebenfalls fallspezifisch, weil die Geschichte der Problemlösung Gegenstand der Analyse ist. Wie die Krankengeschichte des Klienten so ist auch die Geschichte der Problemlösung nicht standardisierbar, sodass Forschung, die hier ansetzt, nicht standardisierend oder kategorisierend sein sollte. Wie kann nun, um zur Ausgangsfrage zurückzukehren, eine Institution Ihre Forschungsvorhaben eruieren?

Zum einen ist es vorstellbar, dass Professionelle die Möglichkeit haben, ihre Krisen zu kommunizieren. Es gibt also so etwas wie eine Kultur der Veröffentlichung des Scheiterns. Es gibt in diesem Sinne ein Bewusstsein in der Institution darüber, dass das Scheitern professionellen Handelns zur professionellen Praxis dazugehört. Es gibt einen Ort, an dem Professionelle dies artikulieren können. Der Soziologe Ulrich Oevermann sagt, dass solche Orte bei Lehrern zum Beispiel fehlen und dies ein massives Problem darstellt. Ist das in Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch so? Mir sind hierfür unter anderem Gefässe wie Supervisionen oder Interventionen bekannt. Klinische fallorientierte Forschung wäre ein Pendant dazu in Bezug

auf die Funktion, das Scheitern der Beziehung zum Klienten zu durchleuchten.

Zum anderen kann eine Institution von sich aus Interesse bekunden zu wissen, wo es hakt oder wo mögliche Probleme liegen. Dafür gibt es wiederum die Möglichkeit, dass man die Professionellen in der Institution befragt. Für die Entwicklung einer auf sozialpädagogischen und pflegewissenschaftlichen Fragestellungen fokussierten Forschungsagenda für die Kinder- und Jugendpsychiatrie habe ich als Forschende diese Zugangsweise ins Zentrum gestellt, die ich im Folgenden skizziere.

Vorgehen

Anlass für die Entwicklung der Forschungsagenda war ein allgemeines Interesse der Institution an sozialpädagogischen und pflegewissenschaftlichen Fragestellungen, zudem gibt vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Diskurses entsprechenden Forschungsbedarf für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In offenen Interviews wurden insgesamt 11 Professionelle einer grossen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik befragt. Die Interviewten wurden nach den Kriterien ihrer fachlichen Herkunft (unter ihnen befanden sich Sozialarbeiter, Therapeuten, Pflegende oder Ärzte), ihrer Berufserfahrung und, wenn sie diese innehatten, ihrer Leitungsfunktionen in der Institution ausgewählt.

Das Interview wurde von mir durch folgende erzählgenerierende Eingangsfrage eröffnet:

„Wenn Du so an Deine Arbeit jetzt hier zurückdenkst bis jetzt, gab es da eine oder mehrere Situationen, bei denen Du gedacht hast, das wäre jetzt mal interessant zu beforschen?“

Dieser Zugang eröffnet die Möglichkeit, dass die Interviewten aus ihrer konkreten Praxis erzählen, in der Probleme oder Krisenmomente professionellen Handelns liegen können. Im Vergleich zu einer standardisierten Fragebogenerhebung, in der entsprechende Antwortkategorien vorgegeben sind,

können die Befragten entscheiden, was und wieviel sie erzählen möchten. Bei dieser Erhebungsform geht es nicht darum, Meinungen oder Befindlichkeiten abzufragen, sondern die Professionellen können eine Erzählung aus ihrer Praxis entwickeln, die somit zur Darstellung kommt. Aufgabe der Interviewerin ist es, genau zuzuhören und gegebenenfalls nachzufragen.

Die ca. 1 bis 1,5 stündigen Interviews wurden jeweils aufgezeichnet und verschriftet.

Ergebnisse

Insgesamt liessen sich 8 Gruppen von Forschungsdesideraten eruieren, die ich vor allem auf der Basis des empirischen Datenmaterials entwickelt habe. Aufschlussreich war beispielsweise der folgende Interviewauszug:

„Manchmal sind es wirklich ganz kleine Sachen. Einmal hat mir ein Bub im Affekt ein Müntschi auf die Wange gegeben. Und ich hab wirklich grad nicht gewusst ... und dann war er schon wieder gegangen. Und dann war die Situation schon wieder vorbei. Und dann habe ich erst im Nachhinein gemerkt „nein, das war nicht gut“. Oder auch mit den Eltern, wenn sie kommen und dann sagen „ich bin der soundso“ also Duzis anbieten. Ist auch schon vorgekommen. Wo ich gemerkt habe, das ist wirklich eine Grenzüberschreitung. Das ist nachher nicht professionelles Arbeiten untereinander. Und man merkt das Kind hat das Problem auch, also kommt es von irgendwo. Aber man musste es lange diskutieren, bis der Vater akzeptiert hatte, dass wir per Sie bleiben.“

Hier sieht man, dass eine problematische Situation über die Erzählung authentisch zur Darstellung kommen kann. Darin liegt genau die Chance der Erkennung von Krisen: Das Erzählte kann aufgezeichnet und interpretiert werden. Dann kann daraus eine Forschungsidee entwickelt werden, die ein Vorschlag zur Behebung des Problems darstellt.

Ich habe diese Aussage in die von mir entwickelte Kategorie des „Arbeitsbündnisses“ genommen und dort spezifisch als das Problem der „Nähe und Distanz in den Arbeitsbeziehungen zu den PatientInnen“ markiert.

Schlussfolgerung

Es ist sinnvoll, wenn eine Institution ihre Forschungsvorhaben eruiert, weil es helfen kann besser zu verstehen, welche professionellen Prozesse nicht so gut laufen. Wenn eine Institution dies wissen will, tut sie gut daran, sich dem professionellen Handeln mit einer offenen Methodik anzuschmiegen, wie sie von der qualitativen Forschung seit einigen Jahrzehnten entwickelt wird und gut erprobt ist. Wer sich dafür interessiert, kann Einblick in die Forschungsagenda nehmen. Darin finden sich auch Forschungsdesiderate, die nicht auf das Kerngeschäft professionellen Handelns zielen, aber auch ihre Berechtigung haben.

Literatur

1. Oevermann U., *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*, in *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.*, Combe A. and Helsper W., Editors. 1996, Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 70-182.
2. Oevermann U., *Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns*, in *Biografie und Profession*, Kraul, M., Marotzki, W. and Schweppe, C., Editors 2002, Klinkhardt: Bad Heilbrunn, p. 19–63.
3. Hildenbrand, B., *Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie: ein Erfahrungsbericht*, Source: Universität Jena, Fak. für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Soziologie; Jena: 2000 [working paper]
4. Oevermann, U., *Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik (Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung)*. Frankfurt am Main: Goethe-Universität, 2002, URL: <http://publikationen.ub...de/volltexte/2005/540/>
5. Ummel, H., *Fallrekonstruktionen als Form der Qualitätssicherung in professionalisierbaren Handlungsfeldern*, in *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*, 2003, 2 (7), p. 2-9.

24. Psychiatrische Pflege- und Betreuungsprobleme in einem Wohnheim für psychisch und geistig behinderte Bewohner

Caroline Gurtner, Sabine König, Thomas Schwarze, Holger Hoffmann, Dirk Richter

Hintergrund

Wohnheime für psychisch und geistig behinderte Menschen stellen einen wichtigen Bestandteil der psychiatrischen Versorgung dar. Die Klientel psychiatrischer Wohneinrichtungen besteht aus Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen, die durch eine erhebliche Schwere der Behinderung und einen hohen Pflegebedarf gekennzeichnet sind. Die Arbeit mit diesen Bewohnern erfordert von den Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung spezifische Kompetenzen und eine adäquate Organisation.

Zusätzlich kommen neue Herausforderungen von außen auf solche Wohneinrichtungen zu. Sie verlangen eindeutige Betreuungsziele hinsichtlich der Rehabilitation, des Weiteren entwickelt sich die zukünftige Betreuungsarbeit in Richtung sozialer Inklusion, Empowerment und Recovery. Deutlich unterbelichtet in der bisherigen Forschung ist zudem auch die Perspektive der Bewohner.

Ziele

Das Forschungsprojekt soll die Frage beantworten, ob die derzeitigen Kompetenzen der Mitarbeitenden in einem Wohnheim für psychisch und geistig behinderte Bewohner ausreichend sind für den Umgang mit den psychiatrischen Pflege- und Betreuungsproblemen der Bewohner und dem daraus entstehenden Pflege- und Betreuungsbedarf. Das Verhältnis zwischen Mitarbeitendenskills, Pflege- und Betreuungsbedarf und Bewohnerbedürfnissen ist nach Einschätzung der EU-Residential-Care-Studie entscheidend für die Lebensqualität der zu betreuenden Personen und dies in unmittelbarer Relevanz nach der Behinderung selbst [1].

Methode

Das methodische Vorgehen bestand aus einem Mix quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden. Die quantitativen Daten wurden mit einem Fragebogen erhoben und durch die Bezugspfleger der jeweiligen Bewohner ausgefüllt. Bestandteile dieser Vollerhebung waren soziodemografische Daten, biografische Angaben, Einschätzungen zur Schwere der Behinderung, sowie Daten zur sozialen Inklusion. Als Einschätzungsinstrument für die Pflegeprobleme wurde die deutsche Version der „Health of the nation Outcome Scale“ (HONOS) verwendet. Die deutschsprachige Version dieses Instruments verfügt über zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften [2]. Inhaltlich werden folgende Verhaltens- und Problembereiche psychisch kranker bzw. behinderter Menschen abgebildet: Selbst- und fremdaggressives Verhalten, Substanzmittelkonsum, psychopathologische Symptome, soziale Aktivität und aktuelle Lebensbedingungen.

Die Sichtweise der Bewohner sowie der Mitarbeitenden wurde mit leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews gewonnen. Ein bis zwei Interviewerinnen leiteten jeweils 4 Fokusgruppen mit Bewohnern und Mitarbeitenden. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über die Leitung des Wohnheims.

Resultate

Von den insgesamt 260 verteilten Fragebogen, wurden 255 Exemplare von den Bezugspfleger ausgefüllt. Bei der Stichprobe sind 46,3 % der Bewohner weiblich und 53,7% männlich. Das Durchschnittsalter beträgt ca. 60 Jahre. 37,6% der Bewohner lebten zu diesem Zeitpunkt in einer Pflegewohngruppe, 58,8% in einer betreuten Wohngruppe und 3,5% in einem Studio mit Anschluss an eine Wohngruppe.

Biografische Angaben

Knapp ein Viertel der Bewohner hat keinen Schulabschluss. Jeweils 20% haben einen Sonder- respektive Primarschulabschluss. Bei 13% der Bewohner ist der höchste erreichte Schulabschluss unbekannt. Beinahe zwei Drittel

der Bewohner verfügt zudem über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Über die Hälfte der Bewohner wurde zwischen 2000 und 2009 ins Wohnheim aufgenommen. Im Durchschnitt leben sie seit 15,3 Jahren dort.

Mehr als 20% der Bewohner lebten bereits vor dem Eintritt ins Wohnheim in einem anderen Heim und 18,4% in einer psychiatrischen Klinik. Nur gerade 18% der Bewohner lebte in einem nicht betreuten Setting, sei dies in einer eigenen Wohnung (10.2%), mit ihrer Familie/Partner in einer eigenen Wohnung (2%) oder in der Wohnung der Ursprungsfamilie (5,9%).

Betreuung und Schwere der Behinderung

Die Bezugspersonen schätzen mehr als zwei Drittel der Bewohner als körperlich pflegebedürftig ein. Die Gesamtpunktzahl der BESA-Einschätzung der Pflegebedürftigkeit wurde in 5 Stufen eingeteilt und ergibt folgendes Bild: 6,7% der Bewohner haben einen geringen/gelegentlichen Pflegebedarf, 38% einen leichten Pflege- und Betreuungsbedarf, 38,8% einen mittleren und 16,5% einen schweren/umfassenden Pflege- und Betreuungsbedarf. Als schwerste Behinderung wurde in 103 Fällen die geistige Behinderung und in 104 Fällen die psychische/seelische Behinderung genannt.

Soziale Integration

Knapp 80% der Bewohnerinnen und Bewohner haben Kontakte zu ihren Angehörigen. Bei etwa der Hälfte sind auch Kontakte zu Freunden und Bekannten vorhanden. Die Häufigkeit dieser Kontakte variiert jedoch stark. Bei den Kontakten innerhalb der Institution spielen naturgemäss Kontakte zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohner eine bedeutsame Rolle (70,6%). 40% der angegebenen sonstigen bedeutsamen Kontakte bestehen überwiegend aus Mitarbeitenden der Institution. Der Erhalt der psychischen, sozialen und gesundheitlichen Funktionen der Bewohnerinnen und Bewohner steht beim betreuenden Personal im Vordergrund. Einen Wechsel in eine selbstständigere Wohnform sehen sie nur in 1,6% der Fälle als prioritäre Perspektive an.

Krankheiten

120 Bewohner leiden unter einer psychischen Erkrankung, 53 Bewohner unter zwei und 42 Bewohner leiden unter drei oder mehr psychischen Erkrankungen. Als wichtigste psychiatrische Diagnose wurde 89 mal Schizophrenie und 62 mal Depression genannt. 38 Bewohner leiden unter einer Zwangserkrankung.

Ergebnisse aus den Interviews mit den Bewohnern

Die Mehrheit der befragten Bewohner sagte aus, dass für sie eine Beschäftigung sehr wichtig sei. Dies können Arbeiten in einem „Werkhaus“, der Gärtnerei oder auch „Ämtli“ auf der Wohngruppe sein. Dabei ist es für die Bewohner wichtig, dass die Tätigkeiten abwechslungsreich sind und sie zeigten sich stolz und erfreut über den Verdienst. Ihre Freizeit verbringen die meisten der Befragten mit spazieren, basteln, sammeln von Fanartikeln oder lesen.

Die Frage nach den Bedürfnissen der Bewohner konnte folgenden Themen zugeordnet werden: Beschäftigung, Grundbedürfnissen wie Essen und Trinken, Privatsphäre (zum Beispiel Einzelzimmer), Selbstbestimmung und Selbstständigkeit. In Bezug auf den Unterstützungsbedarf schätzen sich die Bewohner mehrheitlich als „selbständig“ ein und benötigen gemäss ihren eigenen Angaben nur wenig Hilfe wie zum Beispiel zum „Haare waschen“ oder „kochen und waschen“. Im Gegensatz dazu werden die wichtigsten Tätigkeiten der Mitarbeitenden in diesem Bereich, wie zum Beispiel das Vermitteln einer Tagesstruktur, das Fördern und Erhalten der Selbstständigkeit und Ressourcen und das Krankheits- und Medikamentenmanagement von den Bewohnern nicht explizit erwähnt oder möglicherweise nicht wahrgenommen.

Die Kontaktmöglichkeiten innerhalb und ausserhalb des Wohnheims sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Eine konstante pflegerische Beziehung zu einer Bezugsperson scheint für die Bewohner sehr wichtig zu sein. Dabei spielen auch persönliche Gespräche und Informationen aus dem privaten Umfeld der betreuenden Mitarbeiter eine zentrale Rolle.

Ergebnisse aus den Interviews mit den Mitarbeitenden

Der berufliche Hintergrund und die bereits absolvierten Weiterbildungen der befragten Mitarbeitenden sind sehr vielseitig. Die Bandbreite reicht von Informatik über kaufmännische Berufe bis hin zu Pflegeberufen und Assistenzberufen wie „Pflegehelferin“ oder „FaSRK“. Weiterbildungen wurden im Bereich der Erwachsenenbildung, Aktivierung, Psychiatriepflege und gewaltfreien Kommunikation besucht.

Die grössten beruflichen Herausforderungen im Umgang mit den Bewohnern sehen die betreuenden Personen in folgenden Bereichen: Aggression und Gewalt, Administration, „Non Compliance“, Veränderung des Klientel und im Zusammenleben. Die Mitarbeitenden sehen sich mit einer Zunahme an administrativen Arbeiten, wie das Ausfüllen von diversen Formularen für die Leistungserfassung, konfrontiert. Dadurch fehle ihnen auch Zeit für Gespräche und die Möglichkeit, auf die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Bewohner adäquat reagieren zu können.

Die Grundhaltung der Mitarbeitenden ist von Wertschätzung geprägt. Sie möchten dem Bewohner Sicherheit, Stabilität und ein Gefühl von „zu Hause“ vermitteln. Die Mitarbeitenden schätzen die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen auf den einzelnen Wohngruppen und können untereinander von den unterschiedlichen Kompetenzen profitieren. Um den Anforderungen mit den Veränderungen des Klientels zu begegnen, wünschen sich die Mitarbeitenden Weiterbildungen im Bereich der Psychiatrie und weitere spezifische Fähigkeiten.

Diskussion

Die Bewohner fühlen sich im Wohnheim wie „zu Hause“ und auch die Mitarbeitenden möchten die Bewohner darin unterstützen, „sesshaft“ zu werden. Dieses Betreuungsziel wird durch die Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden erreicht. Es findet eine sehr gute Inklusion in die Gemeinschaft von Bewohnern und Mitarbeitenden statt; weniger gut ist die Inklusion ausserhalb der Einrichtung vorhanden. Der Umgang mit Multimor-

bidität (Alterserkrankungen, psychischen Störungen, körperlichen Erkrankungen, geistige Behinderung) gehört zu den zukünftigen Herausforderungen solcher Einrichtungen. In diesem Zusammenhang muss die Einrichtung sich der Frage stellen, ob die Ausbildungen und Fertigkeiten der Mitarbeitenden (Grade- und Skill-Mix) für den erheblichen psychiatrischen Betreuungsbedarf adäquat sind. Ausserdem wird eine Diversifizierung der Betreuungssettings mit Angeboten ausserhalb der Einrichtung vorgeschlagen.

Literatur

1. *Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J.: Deinstitutionalisation and community living - outcomes and costs: report of a European study. Volume 2: Main report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent 2007.*
2. *Andreas, S. (2005). Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen -Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes "Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D" zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems, Universität Hamburg (Dissertation)*

25. Abstracts für Kongresse und Zeitschriften schreiben – kurz, knackig und professionell

Sabine Hahn

Der Vortrag geht auf die wichtigsten Punkte im Verfassen von Abstracts beziehungsweise Beiträgen für Kongresspräsentationen ein. Themen sind die klassischen „Do’s and Don’ts“, die wichtigsten Voraussetzungen für erfolgreiches Einreichen und warum es dann trotzdem nicht klappen kann.

Das genaue Studium der Kongressseite, der durch die Veranstalter präsentierten Ausführungen und Anleitungen werden aufgegriffen. Es wird diskutiert, ob weniger wohl mehr ist.

Die grundlegenden Anforderungen an einen Text bezüglich Aufbau, Struktur und Inhalt, werden präsentiert. Themen, wie Attraktivität der Texte für Reviewer und Kongressveranstalter werden gestreift.

Für alle, die auch morgen wieder einen Abstract einreichen wollen, bietet der Vortrag einen idealen Platz um Know-how zu tanken und sich auszutauschen.

26. Präsentation des Ressourcen-/ Lernzentrum RLZ

Nicole Y. Häusler

Hintergrund

Die Lernenden Fachfrauen/ Fachmänner Gesundheit (FaGe) führen selbständig ein Dienstleistungszentrum im Herzen der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern – ein Lernfeld für fachliche- und überbetriebliche Kompetenzen.

Die UPD bilden jährlich acht FaGe Lernende in den verschiedenen Versorgungsbereichen aus. Die FaGe Ausbildung ist eine 3 jährige Berufslehre. Eine FaGe pflegt und betreut die Klienten im Gesundheitswesen in körperlichen, sozialen und psychischen Belangen. Dabei unterstützt sie die Pflegefachfrau in ihren Aufgaben.

Die Jugendlichen beginnen ihre Ausbildung meist nach der obligatorischen Schulzeit und sind noch sehr jung(ab 15 Jahre). Die Bildungsverordnung FaGe in der Schweiz schreibt vor, dass die FaGe Ausbildung in allen Versorgungsbereichen im Gesundheitswesen, also auch in der Psychiatrie angeboten wird.

Problem

Die UPD stellen sich die Frage, wie sie die jungen Menschen möglichst sicher und sorgsam in die Arbeit mit psychisch kranken Menschen heranführen kann. Zudem findet die Ausbildung unter anderem auch auf akutpsychiatrischen Stationen statt, wo sie teilweise in schwierige und anspruchsvolle Situationen gelangen.

Die Lernenden sind unterschiedlich weit in ihrer Persönlichkeit entwickelt und stehen in einer herausfordernden Lebensphase, der Adoleszenz.

Es geht also auch darum die überfachlichen Kompetenzen der Lernenden/Jugendlichen zu fördern.

Ziele

Die Lernenden FaGe erfahren eine sorgsame und eng begleitete Einführung in die Begleitung und Betreuung von psychisch kranken Menschen.

Das Lernen ist ein integrierter Bestandteil ihres Arbeitstages und wird praxisnah initiiert.

Die Lernenden werden gezielt in der Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenz (überfachliche Kompetenzen) gefördert.

Vorgehen

Die Lernenden FaGe führen während ihrem ersten Ausbildungsjahr eigenständig ein Dienstleistungszentrum, genannt das Ressourcen-/ Lernzentrum (RLZ). Sie bieten versch. Stationen an Werktagen fixe und variable Dienstleistungen in den Bereichen Administration, Logistik, Hauswirtschaft und Alltagsgestaltung an. Die Verantwortung für das RLZ tragen die Lernenden selbst, unterstützt und kontrolliert werden sie dabei von Berufsbildnerinnen (BB).

Mit den BB können sie regelmässig schwierige Patientensituationen besprechen und dadurch ihr Verhalten reflektieren und anpassen. Regelmässig finden auch Fortbildungen oder Lernnachmittage für die Lernenden statt, um sie auf die Arbeitswelt der Psychiatrie vorzubereiten.

Erfahrung

Die jungen Lernenden schätzen den Kontakt zu den Patienten meist sehr und fühlen sich in diesem geschützten Rahmen/Zentrum sicherer.

Die Lernenden selber erleben sich gegenüber anderen Lernenden gut am Arbeitsplatz eingebettet, erfahren Struktur und Zeit zum Lernen. Schwierige zwischenmenschliche Situationen auf den Stationen können aufgefangen und besprochen werden. Zudem erwerben sie in hohem Masse überfachliche Kompetenzen und erhalten so zusätzliche Unterstützung für ihre persönliche Entwicklung.

Da keine pflegerischen Kompetenzen im RLZ angeboten werden, fehlt den Lernenden die Vernetzung vom pflegerischen theoretischen Wissen in die Praxis.

Diskussion

Im Vortrag werden Möglichkeiten der Einführung und Strukturierung der FaGe Ausbildung in der Psychiatrie aufgeführt. Vor- und Nachteile aus der Sicht der Lernenden und beruflichen Praxis werden diskutiert.

Schlussfolgerungen

Diese selbständige Arbeitsform ermöglicht den Lernenden ein transferwirksames praxisnahes Lernen. Das Lernen ist ein aktiver und sozialer Prozess, was wiederum zu erhöhter Motivation in der Ausbildung führt und auch einen wichtigen Beitrag zu ihrer Gesundheitsförderung leistet.

An die Teilnehmer

Mein Ziel ist es, Ihnen liebe Teilnehmer, meine Arbeit mit den Lernenden ein wenig näher zu bringen. Sie erhalten, einen Einblick in das FaGe-Ausbildungsmodell der UPD Bern. Weiter, sind Sie über die Vor- und Nachteile dieses Ausbildungsmodell informiert.

Sie erfahren, was es für die Lernenden bedeutet, selbständig ein Dienstleistungszentrum zu führen.

Ich freue mich auf Ihre Fragen und stehe Ihnen gerne mit meinem Wissen zur Verfügung.

27. Auswirkungen körperlicher Aktivität auf psychosoziale und gesundheitsbezogene Faktoren von Menschen mit Depressionen – eine Literaturübersicht

Anna Hegedüs, Katharina Glavanovits, Fabiane Albrecht, Stephan Witjes, Bernd Kozel

Einleitung

Die Depression ist eine der häufigsten Erkrankungen des 21. Jahrhunderts [1].

Zur Behandlung von depressiven Erkrankungen bei Erwachsenen hat das National Institute for Health and Clinical Excellence eine Leitlinie veröffentlicht [2]. Sie empfiehlt die medikamentöse Behandlung, psychosoziale Interventionen (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) aber auch körperliche Bewegung zur Behandlung depressiver Symptome [2].

Die Frage nach der Wirkung von Sport- und Bewegungsprogrammen auf depressive Symptome wurde in mehreren Studien untersucht. Die Ergebnisse solcher Studien wurden in einigen Reviews oder Meta-Analysen zusammengefasst. Krogh et al. [3] stellten beispielsweise fest, dass die Teilnehmenden von Bewegungsgruppen (z.B. Joggen, Walken, Krafttraining) weniger depressive Symptome hatten, als die Teilnehmenden in den Kontrollgruppen. Dieser Effekt war jedoch nur gering und es konnte keine langanhaltende Wirkung festgestellt werden. Einen stärkeren positiven Effekt stellten Mead et al. [4] fest. Körperliche Bewegung führte zu einer signifikant größeren Reduktion der depressiven Symptomatik, als keine Behandlung. Als jedoch nur qualitativ gute Studien in die Analyse eingeschlossen wurden, war der Effekt nur noch moderat. Im Vergleich zu Behandlungen mit Antidepressiva oder kognitiver Verhaltenstherapie war körperliche Aktivität gleich effektiv [4].

In Reviews und Meta-Analysen werden fast ausschließlich Outcomes gemessen, die sich auf depressive Symptome beziehen. Pflegerelevante Outcomes werden nicht oder nur sehr oberflächlich untersucht. Dies obwohl körperliche Aktivität sich auch gerade auf diese psychosozialen und gesundheitsbezogenen Faktoren (z.B. Lebensqualität, Selbstbewusstsein) auswirken können, die besonders wichtig für den Umgang mit der Erkrankung sind.

Für die bessere Beurteilung der Evidenz von Bewegungsprogrammen zur Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, sollte auch deren Einfluss auf psychosoziale und gesundheitsbezogene Faktoren untersucht werden. Eine Literaturübersicht bietet die Möglichkeit, bereits vorhandene Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet zusammenfassend darzustellen. Das Ziel unserer Arbeit war, den Einfluss körperlicher Aktivitäten auf psychosoziale und gesundheitsbezogene Outcomes von Menschen mit einer depressiven Erkrankung zu ermitteln.

Methode

Wir haben eine Literatursuche in den Datenbanken Medline, Embase und Cochrane Library durchgeführt.

Eingeschlossen wurden alle in und nach 2005 publizierten, randomisiert kontrollierten Studien (RCT), die als Intervention eine körperliche Aktivität (z.B. Ausdauer-/ Krafttraining) bei erwachsenen Menschen mit einer depressiven Erkrankung untersuchten. Weiterhin wurden nur Studien eingeschlossen, in denen psychosoziale und gesundheitsbezogene Outcomes (z.B. Hoffnung, Lebensqualität, Angst, Selbstbewusstsein) gemessen wurden. Ausgeschlossen wurden alle Studien im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder einer somatischen Erkrankung (z.B. Karzinome, Diabestes).

Die interne Validität der eingeschlossenen Studien beurteilten 3 Personen unabhängig voneinander anhand des Beurteilungsschemas von Behrens und Langer [5]. Im Konsens wurde jeweils eine abschließende Beurteilung vorgenommen (1=sehr gut bis 6=sehr schlecht).

Ergebnisse

Unsere Literatursuche ergab 1313 Treffer. 7 RCTs entsprachen den Einschlusskriterien und wurden in die Literaturübersicht eingeschlossen. Die Qualität von 2 Studien wurde nur als ausreichend (Note 4) beurteilt.

Tabelle 1: Eingeschlossene Studien

Qualität	Autor/Jahr	Stichprobengröße		Intervention	Kontrollgruppe	Follow-up	Ergebnisse
		IG	KG				
4	Bartholomew 2005 [6]	20	20	30min auf Laufband gehen	30min ruhig sitzen	60min danach	signifikante Verbesserungen ¹ : psychisches Wohlbefinden, Lebenskraft nicht signifikant: Anspannung, Depression, Ärger, Fatigue, Verwirrtheit, Leid
3	Knapen 2005 [7]	104	101	psychomotorisches Fitness Training (Ausdauer + Krafttraining), 45min, 3x/Woche, 16 Wochen	Psychomotoriktherapie: 2x körperliche Aktivität (Tanz, Spiele), 1x progressive Muskelrelaxation, je 45min, 16 Wochen	nach Intervention	nicht signifikant: physische Selbstwahrnehmung, Selbstwertgefühl, Angst
2	Hoffman 2008 ² [8]	104	49	3x/Woche, 16 Wochen eigenständiges oder geführtes Training	Sertralin	nach Intervention	signifikante Verbesserung: exekutive Funktionen (z.B. Anpassung an neue Arbeitssituationen, Aufmerksamkeitssteuerung, Fehlerrückmeldung) nicht signifikant: (Arbeits-)Gedächtnisleistung, Wortflüssigkeit
			49		Placebo		nicht signifikant: exekutive Funktionen, (Arbeits-)Gedächtnisleistung, Wortfluss

¹ p<0.05

² dreiarmlige Studie (1 Intervention-, 2 Kontrollgruppen)

Qualität	Autor/Jahr	Stichprobengröße		Intervention	Kontrollgruppe	Follow-up	Ergebnisse
		IG	KG				
1	Krogh 2009 ³ [9]	55	55	Krafttraining 4 Monate, 2x/Woche, je 90min	Entspannungsgruppe, 4 Monate 2x/Woche, je 90min	12 Monate	signifikante Verbesserung: weniger Tage abwesend von Arbeit nicht signifikant: kognitive Fähigkeiten
		55		Ausdauertraining 4 Monate, 2x/Woche, je 90min			nicht signifikant: weniger Tage abwesend von Arbeit, kognitive Fähigkeiten
4	Oeland 2010 [10]	27	21	90min Ausdauer + Kraft im Fitnessstudio, 2x/Woche, 20 Wochen	Standardbehandlung	12 Wochen	signifikante Verbesserungen: Lebensqualität
2	Schuch 2011 [11]	15	11	16kcal/kg/Woche, 3x wöchentlich, individ. ausgeführt	Standardbehandlung	Austritt aus Klinik	signifikante Verbesserungen: Lebensqualität (psychische Komponente) nicht signifikant: Lebensqualität (physische Komponente)
3	Callaghan 2011 [12]	22	21	12x Laufband (3x/Woche), bevorzugte Intensität	12x Laufband (3x/Woche), vorgeschriebene Intensität	keine Angaben der Autoren	signifikante Verbesserungen: Selbstwertgefühl, Lebensqualität

³ dreiarmlige Studie (2 Interventionen, 1 Kontrollgruppe)

Diskussion & Schlussfolgerung

Wir haben nur 7 Studien gefunden, die auch psychosoziale und gesundheitsbezogenen Outcomes untersucht haben. Dies lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass medizinische und psychologische Studien eher symptombezogene Outcomes fokussieren.

Studien bei gesunden Menschen zeigen, dass körperliche Aktivitäten, wie zum Beispiel Joggen, vielfältige Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben (z.B. besserer Schlaf, bessere Stressbewältigung, mehr Selbstbewusstsein, weniger Angst) [13]. In diese Arbeit eingeschlossenen Studien untersuchten vor allem die Outcomes Lebensqualität, Selbstwertgefühl und kognitive Fähigkeit. Viele Bereiche in denen gesunde Menschen durch körperliche Bewegung Verbesserungen zeigten, wurden in Studien mit Menschen mit einer Depression nicht erhoben.

Die Ergebnisse unserer Literaturübersicht zeigen, dass sich die Lebensqualität durch Ausdauer-/Krafttraining verbessern kann. Positive Wirkung treten allerdings kurz nach der körperlichen Betätigung auf, wobei andauernde Verbesserungen nur durch längerfristige Interventionen zu erwarten sind.

Zusammenfassend können wir sagen, dass körperliche Bewegung sich positiv auf psychosoziale und gesundheitsbezogenen Outcomes (vor allem Lebensqualität und Selbstwertgefühl) von Menschen mit einer depressiven Erkrankung auswirken kann.

Um dieser Aussage mehr Gewicht zu verleihen, müssten jedoch mehr qualitativ hochwertige Studien zur Verfügung stehen, die auch entsprechende Outcomes beurteilen.

Literatur

1. WHO. Depression. [abgefragt am 2.7.2012]; Erhältlich unter: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
2. National Institute for Health & Clinical Excellence, Depression. The treatment and management of depression in adults 2010: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

3. Krogh, J., et al., *The Effect of Exercise in Clinically Depressed Adults. The Journal of Clinical Psychiatry*, 2011. 72(04): p. 529-538.
4. Mead, G.E., et al., *Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev*, 2009(3): p. CD004366.
5. Behrens, J. and G. Langer, *Evidence-based Nursing an Caring*2010, Bern: Hans Huber Verlag.
6. Bartholomew, J.B., D. Morrison, and J.T. Ciccolo, *Effects of Acute Exercise on Mood and Well-Being in Patients with Major Depressive Disorder. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2005. 37(12): p. 2032-2037.
7. Knapen, J., et al., *Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients. Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005. 74(6): p. 353-361.
8. Hoffman, B.M., et al., *Exercise Fails to Improve Neurocognition in Depressed Middle-Aged and Older Adults. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2008. 40(7): p. 1344-1352.
9. Krogh, J., et al., *The DEMO Trial: A randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of strength versus aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate depression. J Clin Psychiatry*, 2009. 70(6): p. 790-800.
10. Oeland, A.M., et al., *Impact of exercise on patients with depression and anxiety. Nord J Psychiatry*, 2010. 64(3): p. 210-7.
11. Schuch, F.B., et al., *Exercise and severe depression: Preliminary results of an add-on study. Journal of Affective Disorders*, 2011. 133(3): p. 615-618.
12. Callaghan, P., et al., *Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. BMC Public Health*, 2011. 11(1): p. 465.
13. Bartmann, U., *Laufen und Joggen für die Psyche. Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit.*2009, Tübingen: dgvtv-Verlag.

28. Vier - Stufen - Immobilisationskonzept / Patientenorientierte Deeskalation / Alternativen zur Fixierung

Thomas Heinzmann

Hintergrund/Problemstellung

Auf psychiatrischen Akutstationen kann es erkrankungs- und situationsbedingt zu Fixierungen von Patienten kommen, um Eigen- und/oder Fremdgefährdung zu verhindern.

Verbale Deeskalation ist in solchen Situationen oft nicht mehr ausreichend. Die Autonomie der betroffenen Patienten wird durch Sicherheitsfixierung eingeschränkt. Weiter Auswirkungen können neben dem Erleben von Hilflosigkeit und Ausgeliefert-Sein auch eine Belastung der Beziehung zu den Mitarbeitern sein.

Ziele

die Autonomie, Absprachefähigkeit und Kooperation der Betroffenen gleichermaßen zu erhalten oder so früh wie möglich wieder an Patienten zurückzugeben

Fixierungen soweit möglich zu vermeiden, Fixierzeiten zu reduzieren und die Beziehung zu den Mitarbeitern durch Kooperation zu erhalten.

Vorgehen

Eine 4-stufige Vorgehensweise erlaubt Mitarbeitern und Patienten zu vier Zeitpunkten den Ausstieg aus einem normalerweise in einer Fixierung mündenden Ablauf. Durch Gesprächsführungstechniken, Kontakt und Beziehung, Halten und Immobilisation gelingt es in vielen Fällen die Beziehung zum Patienten wieder herzustellen und verlässliche Absprachen zu treffen.

Dadurch kann die Kontrollübernahme durch Fixierung oftmals verhindert werden.

Ergebnisse

Durch die verbale Zuwendung und durch die Gesprächsinterventionen während der Immobilisation wird die Krisensituation für den Patienten sehr viel humaner als bei der bisherigen Vorgehensweise. Der Patient hat nach der Kontrollübernahme Einfluss auf das weitere Geschehen mit ihm und kann durch Einräumen von Alternativen die Fixierung verhindern.

Das Vier-Stufen-Konzept wurde auf einer psychiatrischen Akutstationen seit Oktober 2010 als Projekt für ein Jahr erprobt und anhand eines spezifischen Fragebogens evaluiert, zusätzlich wurden die Häufigkeit und Dauer fixierter Patienten mit einer Nachbarstation, welche gleiche Bedingungen aufwies (gleiches Klientel und Personalschlüssel), nach dem Ablauf des Jahres verglichen.

Das Ergebnis war mehr als erfreulich, die Fixierungshäufigkeit konnte um über 50% und die Fixierungsdauer um über 85% reduziert werden. Das Ergebnis wurde im November 2012 auf dem DGPPN – Kongress in Berlin durch einen Vortrag und Posterpräsentation veröffentlicht. Das Vier – Stufen – Konzept ist nun Praxisalltag und zeigt weiterhin eine deutliche Reduktion der Fixierungen und eine bessere Beziehung zu den Patienten.

Diskussion

Laut Hr. Prof. Steinert, Leiter der AG Gewalt und Zwang hat sich in der deutschen psychiatrischen Praxis in den letzten 200 Jahren was Fixierungen angeht nicht viel verändert. Diese neue Methode könnte eine Chance sein, eine Veränderung zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen herbeizuführen. Siehe Artikel: Prof. Steinert ' nach 200 Jahren Psychiatrie ' Psychiatrische Praxis.

Lernziele:

1. Weg von der alten Methode Fixierung: Zwangsmaßnahme als Abbruch der Therapie zugunsten einer Sicherheitsmaßnahme.

2. Hin zur Immobilisation mit gleichzeitiger therapeutische Intervention: das heißt während der Immobilisationsphase, auf den Patienten verbal deeskalierend einzuwirken um zu einer gemeinsamen Lösung zu gelangen und den Patienten nach dem Halten wieder los lassen zu können. Der Patient wird aktiv in die Krisenintervention miteinbezogen.

29. Gesunde Mitarbeiter/innen für ein gesundes Unternehmen! Präventionsprojekt zur Unterstützung des nachhaltigen Personalmanagements

Bruno Hemkendreis, Angela Prattke

Hintergrund:

Der moderne Arbeitsalltag ist geprägt von vielfältigen Belastungsfaktoren, die den Beruf einerseits attraktiv und spannend machen. Andererseits können sie jedoch auch zu Überforderungen führen, die krank machen. Nicht zuletzt unter Berücksichtigung des demographischen Wandels stehen wir vor besonderen Herausforderungen.

Psychosomatische/psychische Erkrankungen gehören mittlerweile zu den häufigsten Gründen für Frühberentungen. Laut einer Studie von Hasselhorn und Nübeling [1] zum Auftreten psychischer Erschöpfung finden sich Angehörige der Sozialberufe auf den vordersten Plätzen. Zu diesem Problem gehören sicherlich zunehmend die komplexer werden Arbeitsanforderungen, die ja gerade für ältere Arbeitnehmer eine besondere Herausforderung darstellen. Nach Skirbekk [2] und Schneider [3] zeigen gerade ältere Arbeitnehmer eine abnehmende Auffassungsgabe, Verarbeitungsgeschwindigkeit und Abstraktionsfähigkeit.

Im Arbeitsbereich Psychiatrie sind Gewalterfahrungen, Bedrohungen und das Erleben von Suiziden als zusätzlicher Belastungsfaktor zu beachten. Eine Studie des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe [4] untersuchte von 2007 bis 2010 die Arbeitsunfälle in ihren Einrichtungen. Es stellte sich heraus, dass Patientenübergriffe einen Unfallschwerpunkt von 40% darstellen. Im Jahr 2008 wurden 125 Fälle registriert, die zu einer Ausfallzeit von 990 Tagen geführt haben. Sieht man sich die Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an, so lassen sich unter den Hauptdiagnosen Psychische Störungen mit 27,4% finden.

Betrachtet man allein diese drei Komponenten, so ist ein Präventionskonzept schier unverzichtbar für jede Einrichtung, die an der Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter interessiert ist.

Problemstellung

Viele belastende Faktoren, denen Mitarbeiter ausgesetzt sind, sind mehr oder weniger allgemeingültig. Sie kommen in fast allen Arbeitsbereichen vor. Mitarbeiter sind konfrontiert mit, unregelmäßigen Arbeitszeiten, Personalmangel, minderqualifizierten Kollegen, hohen Leistungsanforderungen aus der mittleren und oberen Führungsebene, den Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern, Patienten, Angehörigen der Patienten und dem sozialen Umfeld. Sie stehen unter Termindruck, Kostendruck, haben weniger direkte Kommunikation, immer mehr E-Kommunikation, dabei zunehmende Filterschwierigkeiten – was wichtig wäre, bei der Flut an Information.

Beobachtbar ist zunehmendes Konkurrenzdenken, Mobbing, Arbeitsplatzunsicherheit und die Sorge um Versetzungen.

Präventionsmaßnahmen und -angebote können helfen, ein flexibles Anpassungsverhalten im Umgang mit belastenden Situationen und Krisen zu ermöglichen, damit das Leistungspotential erhalten und der Mitarbeiter psychisch ausgeglichen bleiben, trotz beeinträchtigender Umstände und sogar nach potentiell traumatischen Belastungen.

Ziele

Alle Mitarbeiter sollten Basis- und Schlüsselkompetenzen im Umgang mit schwierigen Situationen, sowie persönlichen Resilienzfaktoren vermittelt bekommen. Mit dem Ziel, vermehrten Ausfallzeiten, psychischen Problemen, Suchtmittelabhängigkeiten und dauerhaften Belastungseinbußen vorzubeugen.

Bisherige Erfahrungen mit der Kollegialen Beratung, Suchtberatung, verpflichtenden Deeskalationstrainings und der engen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten zeigen positive Effekte und spornen

uns an, diesen Weg weiter zu verfolgen und zu intensivieren. So konnte gezeigt werden, dass eine sofortige Hilfe nach belastenden Ereignissen, wie Übergriffen oder Patientensuiziden die Ausfalltage drastisch reduzieren. Ebenfalls sehr erfolgreich war die konsequente Umsetzung verpflichtender Deeskalationstrainings.

Nur wenn Mitarbeiter ihr Präventionswissen - was Sie im Beruf gesund erhält und wie sie sich besser auf berufsbedingte Risikosituationen vorbereiten - anwenden können, haben sie Schlüsselqualifikation erlangt.

Diese Vorbeugung hilft, dass Mitarbeiter als gesunde Mitarbeiter im Unternehmen weiterarbeiten können, statt als Lösungsmöglichkeit im Umgang mit belastenden Situationen stoffgebundene oder ungebundene Abhängigkeiten zu entwickeln oder an einem Burnout-Syndrom oder einer Depression, mit eventuell dauerhaften Belastungseinbußen zu erkranken. Lange Krankenhausaufenthalte und Abwesenheitszeiten durch Rehabilitationsmaßnahmen werden somit verhindert.

Nach dem Motto, Rom ist auch nicht an einem Tag erbaut worden und ster Tropfen höhlt den Stein, erhält man diese Basiskompetenz auch nur durch wiederholte Thematisierung von Problemen, Gefühlen und Überlegungen zu Lösungsstrategien. Für unsere Klinik haben wir einen Handlungsleitfaden entwickelt, der mittlerweile in die Umsetzung gekommen ist. Der erste Baustein zum Gelingen, ist die Einführung des Konzeptes durch Unterstützung der Führungskräfte, als Vorbild.

Dazu ist es wichtig, die ersten Informationen an Führungskräfte der mittleren und oberen Führungsebene zu übermitteln. Sie müssen über das Problem und Möglichkeiten der Interventionen informiert werden. Die Führungskräfte sollen anschließend die Verantwortung in der Umsetzung übernehmen und durch regelmäßige Rückmeldungen bei ihren Besprechungen Strategien für die eigene Einrichtung optimieren. Ein Verantwortlicher ist für die Protokollierung und den Verlaufsbericht an die Projektleitung zu benennen.

Im ersten Schritt geben die Führungskräfte der oberen Führungsebene allgemeine Informationen an ihre Mitarbeiter zur Sensibilisierung in der Thematik über das Klinikintranet. Bei uns in der Klinik nutzen wir zusätzlich eine Mitarbeiterzeitung. In der neugeschaffenen Rubrik, Mitarbeiter/-innen im Mittelpunkt-, ist pro Ausgabe ein Artikel geplant. Für die ersten Themen ist es sinnvoll, sich allgemeinen Themen zu widmen. Hier unsere Auswahl: Stress am Arbeitsplatz und Möglichkeiten des Umgangs mit Stress, psychische Belastungen am Arbeitsplatz und Möglichkeiten des Umgangs mit belastenden Situationen, Konflikte am Arbeitsplatz und Möglichkeiten des Umgangs mit Konflikten und Gesundheit am Arbeitsplatz und Möglichkeiten des Mitarbeiters im Unternehmen gesund zu bleiben. Nach den ersten vier Artikeln liegt es in der Verantwortung der Erstautoren, einen anderen Autor anzuwerben, der für den Folgeartikel steht. Thema des Folgeartikels wird gemeinsam (Erstautor und Folgeautor) erarbeitet. Gleichzeitig wird eine Sparte im Intranet der Klinik eingerichtet, damit Mitarbeiter sich frühzeitig informieren und beraten lassen können. Auch hier ist es unerlässlich, dass die Betriebsleitung die einführenden Worte an die Mitarbeiter richtet. Der Text könnte beginnen mit: „Unsere Klinik hat sich verstärkt das Ziel gesetzt, Sie und Ihre Gesundheit zu unterstützen... Immer wieder kann es durch Krisen, die Ihr Arbeitsalltag unter Umständen mitbringt zu belastenden Situationen kommen....Sie haben in unserer Klinik Ansprechpersonen, die für Informationen und zur Unterstützung gern zur Verfügung stehen. Ihre Ansprechpartner zum Thema psychische Belastungen, Traumatisierungen, substanzbezogene Störungen und Arbeits- und Gesundheitsschutz sind...

Die Führungskräfte der mittleren Führungsebene sind gleichzeitig in der Verantwortung, Gesundheitsthemen verbindlich in ihrem Team zu thematisieren. Wir halten es für realistisch, dass monatlich 15 Minuten in Teamsitzungen dem Thema Gesundheit belegt werden. Mögliche Themen könnten gesundes Essen im Schichtdienst, Licht und Gesundheit, gesund durch den Winter, alternative Schmerzinterventionen und Medikamente und Nebenwirkungen sein. Ein Themen- und Materialaustausch zwischen den Leitungen hilft den Arbeitsaufwand deutlich zu minimieren.

Der zweite Schritt soll den Schwerpunkt des Teamtrainings und Mitarbeitercoachings haben. Mit Hilfe eines Coaches mit lösungsorientierter Ausbildung oder einem Resilienztrainer werden Mitarbeiter in der Selbstwahrnehmung, des Herstellens der eigenen Balance und Konfliktfähigkeit durchwiederholte Übungen kompetent. Auch hier macht Übung den Meister. Sicherlich ist regelmäßiges Training von einem halben Jahr Minimum. Auch zum zweiten Schritt gehört die Einführung eines jeden neuen Mitarbeiters und Mitarbeiter nach einer Freistellungsphase in das Deeskalationstraining mit anschließendem jährlichem Update.

Obwohl mittlerweile viele Studien deutlich machen konnten, dass sich die Implementierung von Gesundheitsvorsorge- und Präventionsmaßnahmen auch monetär positiv auswirken, scheuen sich viele Unternehmen, finanzielle oder personelle Ressourcen für derartige Maßnahmen freizustellen.

Das Projekt „Gesunde Mitarbeiter/innen für ein gesundes Unternehmen!“ koordiniert schon vorhandene präventive und unterstützende Angebote im LWL – Klinikum und erweitert sie durch zielgerichtete und ressourcenorientierte Maßnahmen zu einem Gesamtkonzept.

Literatur

1. Hasselhorn, H.-M., Nübeling, M., *Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland*, in: *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 39, 11 (2004), S. 568-576/
2. Skirbekk, Vegard. / *Age and Individual Productivity: A Literature Survey*, MPIDR Working Paper, WP 2003-028, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock 2003
3. Schneider, L. (2007): *Alterung und technologisches Innovationspotential – Eine Linked-Employer-Employee-Analyse*, IWH-Diskussionspapier Nr. 2/2007, Institut für Wirtschaftsforschung
4. Halle, Halle 2007
5. Stefani, Maria / *Gesundheitsbericht 2011 LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen | 2012/ Seite 09-32*

30. Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung

Bruno Hemkendreis, Dorothea Sauter, Michael Löhr, André Nienaber, Susanne Schoppmann, Michael Schulz, Sabine Hahn, Dirk Richter

Position der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege DFPP

Am 04.05.12 fand bei der deutschen Bundesärztekammer eine Expertenanhörung zum Thema Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung statt. Die unabhängige Zentrale Ethikkommission ZEKO hat einen Arbeitskreis eingerichtet, mit dem Ziel einer Stellungnahme, welche die kritische Reflexion der Praxis innerhalb der Ärzteschaft anstoßen soll. Zur Anhörung wurden Vertreter der Betroffenen, Angehörigen, Ärzteschaft, Juristen und Vertreter der DGPPN, DGSGb, Aktion Psychisch Kranke e.V., BPE, Für alle Fälle e.V., Betreuungsgerichtstag e.V. und der DFPP eingeladen. Vorab wurde den Referenten ein Fragenkatalog zugesandt, der einerseits schriftlich beantwortet werden sollte, andererseits in einem jeweils 30-minütigem Vortrag im Arbeitskreis vorgestellt wurde. Für die DFPP nahm der Autor an der Anhörung teil. Der Fragenkatalog wurde im Netzwerk der DFPP mit den Mitautoren diskutiert, in Form eines „Kettenbriefes“ durch die Ko-Autoren bearbeitet und vom Erst-Autor in die Endfassung geschrieben. Im Folgenden werden die Fragen der ZEKO und die Kernaussagen der DFPP - Stellungnahme dargestellt.

Wann besteht eine medizinische Indikation für Zwang bei der Behandlung?

Eine medizinische Indikation im ‚reinen‘ Sinne ist eher die Ausnahme. Mögliche Auslöser für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sind:

- aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten
- selbstschädigendes Verhalten
- Behandlungsbedürftigkeit (mangelnde Krankheitseinsicht)

Eine medizinische Maßnahme ist indiziert, wenn sie bei einer definierten Störung/Krankheit eine nachgewiesene Besserung erbringt und – in Relation zur Bedrohung durch die Störung – gut verträglich ist. „Wenn Fixierung oder Isolierung ein neu einzuführendes Medikament wären, würden sie bei der gegenwärtigen Datenlage keine Zulassung erhalten“ [1]. Nach Vrijlandt wird die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nicht durch die Psychopathologie, sondern durch den psychosozialen Behandlungskontext bestimmt [2].

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die Anwendung von Fixierungen in der Psychiatrie mehr mit Merkmalen wie dem zahlenmäßigen Verhältnis von MitarbeiterInnen zu PatientInnen und dem Ausbildungsstand des Personals [3] mit den Schichtzeiten oder mit dem Geschlecht des Personals [4] als mit dem Zustand oder dem Verhalten der betroffenen PatientInnen zu tun hat. Viele Studien kommen zu dem Schluss, dass es dramatische Variationen in der Handhabung gibt, die wenig mit den Merkmalen der betroffenen Patientengruppen zu tun haben [5].

Haben sich in den letzten Jahren Wandlungen in den medizinisch/pflegerischen Standards in Bezug auf Zwang bei Behandlungen vollzogen?

In den letzten 15 – 20 Jahren sind durchaus positive Trends zu verzeichnen. Insbesondere in der Pflege werden vermehrt ethische Diskussionen geführt, in vielen Kliniken gehören Deeskalationstrainings und Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen zum Standard. Gleichzeitig gibt es jedoch im medizinischen Bereich einen zunehmenden Trend zur rechtlichen Absicherung, der nicht selten zu unverhältnismäßigen Zwangsmaßnahmen führt. Dabei werden Begriffe wie „forensische Absicherung“ und „ärztliche Letztverantwortung“ argumentativ genutzt, um berufsgruppenübergreifende Diskussionen zu vermeiden.

Anerkannte Methoden, Zwangsmaßnahmen zu verringern, wie Behandlungsvereinbarungen, systematische Risikoeinschätzung über die Brøset-

Violence-Checklist [6] oder der Einbezug von Peers werden bislang kaum flächendeckend genutzt.

Welche niederschwelligen Möglichkeiten gibt es, Zwangsbehandlungen zu vermeiden?

Zwangsmaßnahmen im stationären Setting hängen viel vom Milieu, Kommunikationsstil und der Mitarbeiterkompetenz ab [7]. Erfahrene Kollegen und ausreichend bis gut besetzte Schichten senken das Risiko von Aggressionsereignissen wie auch von Zwangsmaßnahmen.

Niederschwellige ambulante Angebote als Alternative zur Klinik, wie Hometreatment, Need Adapted Treatment, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie haben bisher in Deutschland weder eine flächendeckende Umsetzung erfahren, noch sind sie der Mehrheit psychiatrisch Tätiger bekannt. In einer Befragung zum Entlassmanagement psychiatrischer Kliniken in der Schweiz, Österreich und Deutschland über alle beteiligten Berufsgruppen wurde von der Mehrheit der Befragten angegeben, dass etwa 50 – 90 % der Patienten ein nachstationäres psychiatrische Angebot benötige, jedoch weit weniger als die Hälfte der Patienten dieses in der Praxis bekäme. Als wichtigstes Angebot wurde die Ambulante Psychiatrische Pflege gewertet, gefolgt von ambulanter Psychotherapie, Ambulant betreutes Wohnen, Soziotherapie und Ergotherapie [8].

In der Adherence-Therapie werden individuelle Schwierigkeiten, Probleme, Ängste oder Vorurteile bzgl. der Medikation „auf gleicher Augenhöhe“ mit den PatientInnen besprochen. Hierbei liegt der Fokus auf Diskrepanzen und Ambivalenzen in Bezug auf individuelle Lebensziele und dem Umgang mit der Erkrankung und Behandlung. Aus unserer Sicht liegt in der Intervention die Chance, präventiv zukünftige Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Ähnliche positive Effekte können mit psychoedukativen oder recovery-orientierten Angeboten erzielt werden. Je mehr der Patient über seine Erkrankung, über individuelle Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien weiß, desto größer ist die Chance, zukünftig Zwangsbehandlungen zu vermeiden.

Sollte die Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen fachübergreifend getroffen werden?

Aus unserer Sicht sollte die Entscheidungsfindung regelhaft interdisziplinär geschehen. Auf jeden Fall müssen die beiden relevanten Professionen Medizin und Pflege involviert sein. Es wäre auch ethisch nicht vertretbar, ärztliche Kollegen mit einer Entscheidung, die die Menschenrechte des Patienten derart massiv einschränkt, alleine zu lassen. Hier bedarf es zwingend einen Konsens der beteiligten Berufsgruppen. Neben der Anordnung muss auch das Aufheben von Zwangsmaßnahmen diskutiert werden. Hier ist es ethisch als kritisch zu werten, wenn das Aufheben von Zwangsmaßnahmen ausschließlich durch den Arzt angeordnet wird. Sollte ein Berufsangehöriger aus einer der nicht ärztlichen Berufsgruppen feststellen, dass eine Zwangsmaßnahme nicht mehr notwendig erscheint, so ist er rechtlich wie auch ethisch verpflichtet, die Aufhebung der einschränkende Maßnahme anzuregen. In jedem Fall müssen alle an einer Zwangsmaßnahme beteiligten Personen auch an der Entscheidungsfindung beteiligt sein, weil dabei ethische Prinzipien (Autonomie/Fürsorge) persönlich angewandt werden müssen, und es sich demnach um eine moralische Entscheidung handelt, die in Übereinstimmung mit dem eigenen Gewissen getroffen werden muss. Menschen zur Beteiligung an Zwangsmaßnahmen zu verpflichten, ohne sie an der Entscheidungsfindung zu beteiligen, ist daher äußerst fragwürdig.

Welche Probleme bestehen bei der individuellen Behandlung in der Praxis sowie in Bezug auf strukturelle Fragen, z.B. der Verzahnung ambulant – stationär?

In vielen Versorgungsregionen Deutschlands existieren zu wenig Krisendienste bzw. ambulante psychiatrische Angebote außerhalb der Klinikstrukturen. Die Aufteilung der Finanzierung in unterschiedliche Säulen der Sozialgesetzgebung (SGB V / SGB XII) befördert strukturelle Defizite in der Versorgungsgestaltung, wie Einbrüche in der Behandlungs- und Beziehungskontinuität, sowie Unterversorgung, weil die unterschiedlichen Kostenträger die

Pflicht beim jeweils anderen sehen. Dadurch werden in der Praxis oftmals dringend notwendige unbürokratische und individuelle Lösungen verhindert. Bisher ist es in Deutschland kaum gelungen, eine patientenorientierte Verzahnung ambulant- stationär regelhaft zu implementieren. Der allseits proklamierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ scheint in der Praxis jedoch an unterschiedlichen Faktoren, wie konkurrierenden Kostenträgern oder Besitzstandswahrungen einzelner Institutionen zu scheitern.

„Das tagesbezogene Verhältnis der durchschnittlichen Finanzierung ambulanter: teilstationärer: vollstationärer Entgelte spricht für sich: Es beträgt ca. 1:50:90“ [9].

Erfolgsversprechende Angebote wie Ambulante Psychiatrische Pflege, Psychotherapie oder sektorenübergreifende Integrierte Versorgung sind noch weit von einer Regelversorgung entfernt.

Zahlen zur Zwangsbehandlung?

Die Zahlen zu Zwangsunterbringungen nach PsychKG entsprechen offenbar den insgesamt gestiegenen Wiederaufnahmeraten in der Psychiatrie. Die Unterbringungen nach Betreuungsrecht (§ 1906 I-II) steigen seit Jahren an. Der stärkste Zuwachs geht offenbar von unterbringungsähnlichen Maßnahmen (§ 1906 IV) aus [10]. Bei den Unterbringungsähnlichen Maßnahmen kommen neben Fixierungen, Zwangsmedikationen, Bettgittern, Steckischen, sedierende Medikamente auch komplizierte Türschließenrichtungen und elektronische Überwachungen vor. Insgesamt sind aufgrund unterschiedlicher Ländergesetzgebungen keine belastbaren Vergleichszahlen darzustellen. Deutlich wurde diese Situation auch in der von der FDP durchgeführten Befragung zu Zwangseinweisungen in Deutschland [11].

31. Skillstraining und Psychoedukation als pflegerische Gruppenangebote bei PatientInnen nach psychotischen Erstmanifestationen an einer Psychotherapiestation

Katja Henning, Andrea Parmetler

Aufgrund einer Veränderung der stationsführenden Oberärzte wurden seit Jänner 2010 auch PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zur Psychotherapie stationär aufgenommen. Um dieser neuen Situation gerecht zu werden und den zusätzlichen Anforderungen Rechnung zu tragen musste das Angebot von Seite der Pflegepersonen für diese an der Station „neuen Patienten“ erweitert werden. Studien belegen, dass gut informierte Patienten ein besseres Selbst-Management bezüglich ihrer Erkrankung haben. Sie können die verschiedenen Krankheitsphasen besser erkennen, danach handeln und sich bei Bedarf Unterstützung holen. Insgesamt benötigen sie dadurch weniger Krankenhausaufenthaltsstage [1].

Das Pflorgeteam dieser Station ist seit langem eng in den Therapieverlauf eingebunden und hat im Rahmen dieser neuen Gesamtbehandlung Konzepte für neue Gruppenangebote ausgearbeitet. Das Ziel ist, die Patienten in ihrem Selbst-Management zu stärken, sie über ihre Erkrankung zu informieren sowie sie mit Skills zu rüsten, um die Rückfallshäufigkeit zu senken.

Die Implementierung einer Psychoedukationsgruppe wurde geplant. Im Rahmen eines Projekts wurde ein Modell gesucht, dessen Inhalt sich mit dem des bereits angebotenen Gruppenprogramms ergänzt. Die Entscheidung fiel auf das Alliance-Programm [2], das an die Gegebenheiten der Station (geplante Turnusaufenthalte von 8 Wochen, aufbauende Inhalte der Gruppen, etc.) angepasst und implementiert wurde.

Psychoedukationsgruppe

Psychoedukation macht den Patienten zum Experten seiner Erkrankung. Im Vordergrund dieser vom Pflegepersonal geleiteten Gruppe stehen aktive

Informationsvermittlung, der Austausch der Betroffenen sowie das Besprechen allgemeiner Krankheitsaspekte nach einem strukturierten Konzept. Die Themen des Alliance-Programmes sind neben Ursachen und Symptomen z. B. psychosoziale Strategien, Belange des Lebensstils, Angehörige, Beziehungen etc. Der Profit für die Teilnehmer wurde zwischenzeitlich mittels Fragebögen evaluiert und fließt in das künftige Gruppenprogramm ein. Es zeigte sich, dass die Patienten Informationen über die Erkrankung schätzen und davon profitieren. Der wirklich persönliche, hilfreiche Austausch kommt meist erst nach einer Kennenlernphase zustande. Allerdings gab ein hoher Anteil der Patienten bei einer Evaluierung der Gruppe an, Probleme damit zu haben, das neu erworbene Wissen in den persönlichen Alltag zu integrieren. Seitdem wird in der Gruppe auf das Lebensumfeld der einzelnen Teilnehmer vermehrt eingegangen. Verschiedene Möglichkeiten, Veränderungen im Alltag zu integrieren, werden besprochen um auch Details, an denen die Veränderungen scheitern könnten, näher zu beleuchten. Mit einer genaueren Vorstellung wird den Teilnehmern Angst vor einer Veränderung genommen und sie bekommen Unterstützung bei der anwendbaren Gestaltung.

Training sozialer Fertigkeiten (Skillsgruppe) bei schizophrenen Patienten

Die bestehende Skillsgruppe wurde an die neue Patientengruppe adaptiert. Die Patienten werden angeleitet alternative Fertigkeiten zu trainieren, um so einen besseren Umgang mit der Erkrankung zu erlernen. Es werden Strategien vermittelt, welche die Bereiche Stresstoleranz, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Umgang mit Gefühlen und Achtsamkeit betreffen. Anhand der Übungen lernen die Patienten beispielsweise belastende Situationen zu beschreiben ohne zu bewerten um dadurch eine neutralere Wahrnehmung zu erlangen sowie auch Gefühle anhand von Gesichtsausdrücken zu benennen und richtig zuordnen zu können. Ein Selbstbeobachtungsbogen hilft ihnen ihre Eigenwahrnehmung zu verbessern. Ebenso wichtig ist das Erkennen von Frühwarnzeichen (Schlafmangel, etc.) um rechtzeitig Gegenmaß-

nahmen zu ergreifen und so eine neuerliche psychotische Episode zu verhindern.

Durch gezieltes Vermitteln von Wissen wird eine Verbesserung der oft mangelnden Krankheitseinsicht bzw. Akzeptanz angestrebt und dient auch der Krankheitsbewältigung, vor allem um Über- und Unterforderung bzw. Isolation zu vermeiden. Hilfreich dabei ist der Austausch mit Mitpatienten. Ein wesentlicher Bestandteil der Gruppenarbeit ist die Erarbeitung einer Tagesstruktur, um ein verstärktes Gefühl von Sicherheit zu erlangen. Durch Expositionsübungen werden die erlernten Strategien anfänglich mit Unterstützung in Form von Ausgängen geübt und gefestigt, mit der Zielsetzung, dass sie später von den Patienten alleine durchgeführt werden.

Das Ziel wurde durch die Rückmeldungen der Patienten am Ende des stationären Aufenthalts erreicht. Sie bestätigen, dass sie sich nach einem Therapieaufenthalt nicht mehr willkürlich den Symptomen ausgeliefert fühlen. Sie haben bewährte Strategien als Handwerkzeug bereit, die sie unterstützen. Das vermehrte Wissen ermöglicht es ihnen, die Symptome besser einzuschätzen und insgesamt mit der Erkrankung besser umzugehen bzw. sich zeitgerecht um Unterstützung kümmern.

Diese beiden pflegerischen Gruppenangebote ergänzen das therapeutische Gesamtkonzept für diese Patientengruppe. Jede Intervention kommt aus einem anderen Blickwinkel, der Patient, der im Mittelpunkt steht, kann sozusagen auswählen, aus welcher Richtung für ihn passenden Angebote kommen. Die beiden Gruppenleiterinnen stellen die Inhalte ihrer Gruppen vor und berichten über ihre Erfahrungen.

Literatur

1. *Bäuml, J., et al (2008) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*
2. *Fleischhacker, W., et al (2005) Das Alliance Programm - Arbeitsbuch*

32. Erarbeitung einer Stationsordnung mit forensischen Patienten

Ulrich Heß

Einleitung

Regeln und Normen spielen in der forensischen Therapie eine entscheidende, milieubestimmende Rolle. Diese Regeln sollten für die Patienten nachvollziehbar und erklärbar sein.

Aus dieser Überlegung heraus erstellten die 20 Bewohner Station H2 der Klinik Nette-Gut für forensische Psychiatrie, eine gültige Stationsordnung. Diese Stationsordnung wurde in einer pflegerisch begleiteten Gruppe von Patienten mit Minderbegabungen und/oder Psychosen erstellt.

Als Vergehen, welche zur Unterbringung im Maßregelvollzug geführt haben, sind in erster Linie Taten wie Körperverletzungen, Tötungsdelikte und sexuell motivierte Delikte zu nennen.

Zugrundeliegend für die Idee, war die These von Dörner/Plog, dass die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln besser möglich ist, wenn der Patient Mitspracherecht hat [1]. In diesem Zusammenhang ist es offensichtlich erforderlich, dass er die Erfahrung machen kann, dass er Einfluss auf Regeln hat. Auch auf welche Regeln der Patient Einfluss hat, wie er Einfluss hat und auf welche er keinen hat. Daneben stellte sich die Frage, ob eine, gemeinsam mit Patienten erstellte Stationsordnung, eine direkte Auswirkung auf das Stationsmilieu hat und ob sich das Zusammenleben der Patienten verbessert. Aber auch, ob diese Regeln für Patienten besser nachvollziehbar und einzuhalten sind.

Ziele

Neben dem Ziel der Ausarbeitung einer Stationsordnung ergaben sich aus den Vorüberlegungen, sowie den Prinzipien der Sozio-Milieuthherapie, folgende Ziele für die Gruppe:

- Übertragung von Verantwortung (Autonomie)
- Mitspracherecht vermitteln
- Förderung von Eigenständigkeit
- Patienten machen persönliche Erfahrungen bzgl. Einfluss auf Regeln (auf welche Regeln habe ich Einfluss, auf welche nicht?)
- Regeln sind erklär- und nachvollziehbar
- Stationsordnung ist überschaubar
- Verbesserung (bzw. Vereinfachung) des Zusammenlebens
- Unterstützung eines aggressionshemmenden Milieus
- Empowerment soll gestärkt werden
- Entgegenwirken der totalen Institution
- Entgegenwirken von Reaktanz

Vorgehen

Die Gruppe „Regelwerk“ hat ein, für alle Patienten der Station H2, verbindliche Stationsordnung erstellt und beinhaltete 4 Treffen.

Im ersten Treffen wurde die Idee vorgestellt und der Gruppenkontrakt geschlossen. Hier zeigten sich die meisten Patienten interessiert und es zeigte sich schon eine recht gute Arbeitsatmosphäre.

In der zweiten und dritten Stunde wurde anhand der vorhandenen Stationsordnung ein, für die Patienten angepasstes und an die Wirklichkeit orientiertes Regelwerk entwickelt. Dieses umfasste aber hauptsächlich organisatorische Punkte. Als wichtige Veränderungen zu der alten Stationsordnung sind hier folgende Punkte zu nennen:

- Die Essenszeiten wurden eigenverantwortlich von den Wohngruppen festgelegt.
- Die Patientenzimmer werden als privater Raum wahrgenommen.
- Keine festen Zeiten mehr für die Nutzung der Waschmaschinen und Trockner, sondern diese werden in Eigenverantwortung und sozial verträglich genutzt.

Das Arbeitsklima in diesen Gruppentreffen ist als konstruktiv zu beschreiben.

In der vierten und letzten Stunde wurde erarbeitet, wie sich die Patienten der Station H2 das gemeinsame Zusammenleben vorstellen und wie sie sich gegenüber dem Anderen und der Struktur verhalten möchten. Auch hier fand ein reger Austausch statt, mit konstruktiven Arbeitsergebnissen. Die einzige und zentrale Regel wurde hier formuliert: "Wir möchten uns gegenseitig so behandeln, wie wir selbst gerne behandelt würden. Das heißt, uns ist respektvoller Umgang mit der nötigen Distanz wichtig. Ebenso Ehrlichkeit und Offenheit gegeneinander. Wir versuchen zuverlässig und pünktlich zu sein. Höflichkeit und Freundlichkeit sind uns selbstverständlich, genauso die Achtung vor dem Anderen."

Als Abschluss wurde noch ein gemeinsames Resümee des gesamten Gruppengeschehens gezogen.

Anschließend ist das Regelwerk von dem Gruppenleiter und einem Patienten in eine ansprechende Form gebracht worden und wurde im nächsten Großteam von dem Gruppenleiter vorgestellt.

Evaluation

Die Patienten evaluierten die Stationsordnung und den Verlauf der Gruppe mit Hilfe eines Fragebogens.

Dieser Fragebogen umfasste 10 Fragen und bezog sich auf die Ziele sowie den gewünschten Wirkungen der neuen Stationsordnung und der Gruppe "Regelwerk". Die Beantwortung geschah in einer Skalierung von 1 (trifft zu) bis 4 (trifft überhaupt nicht zu). Zum besseren Verständnis wurden noch "Smilies" den entsprechenden Stufen zugeordnet.

Im Weiteren wurde noch darum gebeten, die wichtigste Regel zu benennen. 70% der Befragten sahen die Regel. "Wir möchten uns gegenseitig so behandeln, wie wir selbst gerne behandelt würden." als die wichtigste an.

Die Fragen des Bogens und die Auswertung waren wie folgt:

Frage	Zutreffend zu
Ich habe den Eindruck, die Stationsordnung ist näher an den Bedürfnissen der Bewohner	87%
Ich fühlte mich in der Gruppe als Mensch wahrgenommen	90%
Mir fällt es leichter, mich an die selbst aufgestellten Regeln zu halten	83%
Die Stationsordnung hat Zuviel Regeln	37%
Die Stationsordnung hat das Zusammenleben vereinfacht	80%
Ich denke, dass mit der Stationsordnung die Eigenständigkeit gefördert wird	70%
Die Regeln der Stationsordnung sind für mich nachvollziehbar und erklärbar	93%
Ich hatte Mitspracherecht bei der Erstellung der Stationsordnung	93%
Ich konnte erfahren, dass ich Einfluss auf Regeln haben kann	87%
Es war für mich klar, dass die Stationsordnung nicht im Widerspruch zur Hausordnung stehen darf	93%

Ergebnisse / Erfahrungen

Ob die Stationsordnung unmittelbaren Einfluss auf die Anzahl der Aggressionsereignisse hatte, lässt sich nur sehr schwer nachvollziehen. Die Stationsordnung kann aber als ein Baustein für ein aggressionshemmendes Milieu verstanden werden. Nach der persönlichen Beobachtung des Autors, gelingt es den Patienten heute besser, Konflikte unter sich zu regeln bzw. bei einer moderierten Konfliktbearbeitung sich besser auf das Gegenüber einzulassen ("Wenn Sie sich an den zentralen Satz der Stationsordnung erinnern, wie lautete dieser?").

Eine gewünschte Wirkung der Gruppe zur Erarbeitung der Stationsordnung war, dass Empowerment gestärkt werden sollte. Geht man von der Definition nach Theunissen/Plaute aus, "...steht Empowerment "für einen Prozess, in dem Betroffene ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen. Leitperspektive ist die selbstbestimmte Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens" [2] kann festgestellt werden, dass diese Vorgehensweise geeignet ist Empowerment zu unterstützen und unterstützt hat.

Eine weitere, gewünschte Wirkung war die Entgegenwirkung einer totalen Institution.

Die Auswirkungen einer totalen Institution nach Goffman sind häufig in der forensischen Psychiatrie besonders spürbar.

In seinem Buch Asylums, das 1961 erschien, fasst Erving Goffman (1922-1982) in vier Aufsätzen seine mehrjährigen soziologischen Studien über die Insassen psychiatrischer Kliniken zusammen [3]. Goffman kommt hierbei zu zwei Schlussfolgerungen:

- Das Verhalten von Insassen psychiatrischer Anstalten wird weit mehr durch die psychiatrische Anstalt als durch ihre Krankheit geprägt.
- Das Wesen psychiatrischer Anstalten (und ähnlicher Institutionen) wird nicht durch ihre offizielle Zielsetzung (Besserung der Insassen) bestimmt, sondern ergibt sich aus der Notwendigkeit, mit geringem personellen Aufwand eine große Anzahl von Menschen dauerhaft unterzubringen und zu versorgen.

Die Wirkungen der Stationsordnung auf die Merkmale und Auswirkungen einer totalen Institution:

- Regression (resigniertes passiv werden, Abstumpfen)
 - o Gruppe zur Stationsordnung konnte ein Zeichen setzen.

- Aggressionsdurchbrüche (Enthemmung und Revolte gegen das Spüren der eigenen Machtlosigkeit)
 - o Stationsordnung ist ein Baustein für ein aggressionshemmendes Milieu.
- Dequalifizierung (intellektuell und in Alltagsbewältigung)
 - o wenig spezielle Auswirkungen
- Auflehnung (permanenter Kleinkrieg gegen die Institution)
 - o konnte abgemildert werden.
- Kolonisierung (sich einrichten und es sich gemütlich machen)
 - o unverändert bis unterstützend.
- Konversion (sich zur Institution bekehren, Hilfsfunktion übernehmen, Musterpatient aus Überzeugung werden)
 - o unverändert bis unterstützend.

Eine weitere gewünschte Wirkung war die Reaktanz bei den Patienten herabzusetzen.

Um diese Wirkung zu erzielen, wurde u.a. darauf geachtet, dass die Stationsordnung in ihrem sprachlichen Ausdruck möglichst wenig direktive Aussagen macht und möglichst großen Freiraum für eigene Entscheidungen lässt.

Erfahrungsteil

Eine Stationsordnung mit Patienten zu erstellen empfand ich als eine sehr spannende Entwicklung. Besonders überraschend war für mich, auf welchen fruchtbaren Boden diese Idee bei allen Beteiligten fiel. Von Seitens des Teams und der Vorgesetzten habe ich keine Bedenken erlebt, vielmehr wurde diese Idee von allen Seiten unterstützt.

Bei der Moderation der Gruppe hat es mich sehr begeistert, wie ernsthaft die Patienten diesen Auftrag nahmen und wie effektiv die Gruppe arbeiten konnte. Die Patienten sahen die Chance, etwas für sich zu erarbeiten. Diese Chance wurde von ihnen auch genutzt.

Nachdem sich die Stationsordnung etabliert hat, ist auch eine große Portion Stolz bei verschiedenen Patienten spürbar. Dies wird für mich daran deutlich, dass, wenn diese Patienten die Stationsordnung anderen Patienten (z.B. Neuaufnahmen) vorstellen, beginnen sie häufig mit der Aussage: "Das ist unsere Stationsordnung, die haben wir erstellt."

Abschließend lässt sich für mich feststellen, dass die Erarbeitung einer Stationsordnung, gemeinsam mit Patienten, für sich genommen, eine recht einfache Gruppe in der Umsetzung war. Für mich aber auch eine der spannendsten der ich bisher beigewohnt bzw. umgesetzt habe.

Anmerkung

Eine Prozessdarstellung dieser pflegerisch moderierten Patientengruppe zur Erstellung einer Stationsordnung, erhielt den 3.Preis beim Bundespflegepreis 2012 der BFLK und kann beim Autor per Mail angefordert werden.

Literatur

1. *Klaus Dörner/Ursula Plog; Irren ist menschlich; Psychiatrie Verlag 1996*
2. *Theunissen/ Plaute; Empowerment und Heilpädagogik, Ein Lehrbuch; Lambertus Verlag 1995*
3. *Goffman, Asyle Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen; Verlag Suhrkamp 2010*

33. „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im klinischen Alltag ermöglichen – Implementierung neuer psychiatrischer Behandlungskonzepte, das *Weddinger Modell*“

Ina Jarchov-Jàdi

Hintergrund

Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit des Einzelnen im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf seine Gesundheit auswirken, Gesundheitsförderung die Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potentiale erreicht werden sollen.

Problemstellung

Dem stehen oft Krankenhausstrukturen und Haltungen gegenüber, die dies schwer ermöglichen. Die tradierten paternalistischen Strukturen, vor allem im stationären Bereich, und die Diagnosefokussierung als Grundlage für die Entwicklung von Behandlungskonzepten, geben dem Patienten wenig Raum für Individualität und die selbstverantwortlichen Mitbestimmung dessen, was sein Leben perspektivisch maßgeblich beeinflussen wird. Ressourcen, die der Patient als „Experte in eigener Sache“ mitbringt, werden kaum erfragt.

Die unzureichende Partizipation des Patienten bei der Therapieentscheidung und die mangelnde Partnerschaftlichkeit haben Differenzen zwischen den Krankheitskonzepten von Behandlern und Betroffenen zur Folge (Aderhold, 2007). Es kommt zu einem subjektiv erlebten Machtgefälle, das die Gesundheitskompetenz der Betroffenen lähmt und Gesundheitsförderung nur unzufrieden stellend ermöglicht. Therapieabbrüche, so genannte man-

gelnde Compliance und Drehtüreffekte sind einige der logischen Konsequenzen.

Sicherlich gibt es viele moderne therapeutische Behandlungsansätze und befriedigende Behandlungsverläufe im klinischen Alltag. Sie sind aber meistens isoliert, personenabhängig und entbehren einer synergischen Vernetzung mit dem Gesamtsystem. Progressive Modelle werden nicht selten in „Eliteeinheiten“ mit ausgewählten Mitarbeitern und Patienten umgesetzt, was zu einer gefühlten „Exklusion“ der nicht Privilegierten führen kann und eine Ausweitung der Konzepte erschwert.

Die Psychiatrische Universitätsklinik im St. Hedwigkrankenhaus Berlin hat aus der Praxis heraus mit dem „Weddinger Modell“ ein klinisches Gesamtkonzept entwickelte, in dem sich theoretische Ansätze wie die des „Recovery“ und „Resilienz“ (Amering & Schmolke, 2007; Needham, 2008; Davidson, 2003), der „Salutogenese“ (Antonovsky 1997), des „Empowerment“ sowie systemische und psychodynamische Ansätze der Psychotherapie (Alanen et al., 2003) wiederfinden. Das Konzept wird seit 2010 erfolgreich umgesetzt und erhielt 2011 den DGPPN-Preis für Pflege- und Gesundheitsberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Fragestellung

Wie ist es möglich eine dialogisch ausgerichtete, an den Konzepten der Partizipation orientierte und von allen Berufsgruppen getragene therapeutische Haltung flächendeckend in den Alltag einer Psychiatrischen Klinik zu implementieren? Wie kann ein solcher Implementierungsprozess aussehen, welche strukturellen Veränderungen sind notwendig, welche Herausforderung stellt der damit verbundene Perspektivwechsel an die verschiedenen Berufsgruppen und wie sollte dieser begleitet werden?

Ziel

Ziel ist es den Anreiz zu schaffen neue psychiatrischer Behandlungskonzepte, die Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenz ermöglichen, für die eigene Institution zu denken. Dabei soll das Konzept des „Weddinger

Modells“ und die erworbenen Implementierungserfahrungen einen impulsgebenden Beitrag leiste

Ablauf

In der ersten Hälfte des Workshops werden die theoretischen Grundlagen, die Projektkonzeption, der Implementierungsverlauf und aktuelle Ergebnisse sowohl aus der Begleitforschung als auch der fortlaufenden Evaluation des „Weddinger Modells“ in Form einer PowerPoint Präsentation referiert. In der zweiten Hälfte sollen Teilnehmer beziehend auf ihre eigene Arbeitsrealität die Möglichkeit haben im Diskurs das Weddinger Modell kritisch zu hinterfragen. Dabei können die oben gestellten Fragen als Diskussionsgrundlage dienen.

Lernziele

1. Das Verstehen um die besondere Wichtigkeit eines gesundheitsfördernden Klimas in der Klinik als wichtiger Baustein zum Erwerb für Gesundheitskompetenz der Betroffenen im therapeutischen Netzwerk
2. Die Erkenntnis, dass die Implementierung und die Umsetzung moderner patientenzentrierter dialogisch ausgerichteter Behandlungskonzepte gesamtklinisch möglich ist

34. Depressions-Online-Foren: Präventiver Nutzen oder ein Risiko für Betroffene und Angehörige?

Christoph Karlheim

Hintergrund

Wenn es darum geht, gesundheitsrelevantes Wissen zu erschließen, ist das Internet mittlerweile das Medium der ersten Wahl. Längst ist es zum Leitmedium der Patienteninformation und -beratung avanciert, genauso wie Gesundheitsportale Informationen zu einzelnen Erkrankungen und Behandlungsmethoden anbieten, therapeutische Maßnahmen online offeriert werden und sich Laien-Online-Foren zu Themen psychischer Erkrankungen/Gesundheit konstituiert haben.

Davon ausgehend und vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl der Onliner in allen Altersgruppen und sozialen Schichten, ist es auch von wachsender Bedeutung für die psychiatrische Pflege, Chancen und Risiken der Neuen Medien/des Internets in Bezug auf Prävention, therapeutische Nachsorge und Recovery zu reflektieren. Gerade für die psychiatrische Pflege spielt es eine wichtige Rolle, sich diesem neuen Bereich zuzuwenden, da sich die Lebenswelt vieler Patientengruppen in immer mehr Bereichen in und über die Neuen Medien ausbreitet. So stellt sich die erste Aufgabe, Kenntnisse über diese neuen Lebenswirklichkeiten zu erlangen. Darüber hinaus besteht die zweite Aufgabe darin, diese neuen Kommunikationswege und -möglichkeiten in die psychiatrische Versorgung zu integrieren.

Spezielle Fragestellung

In der relativen Anonymität, die das Internet bietet, können sich Menschen über Themen informieren und austauschen, die im alltäglichen Leben tabuisiert werden. Darunter fallen auch depressive Erkrankungen. Seit einigen Jahren gibt es eine steigende Anzahl an Online-Foren, die den inhaltlichen Schwerpunkt auf das Thema „Depression“ gelegt haben. Über die Depressi-

ons-Online-Foren wird kontrovers diskutiert. Über gesundheitsfördernde Aspekte sowie Risikofaktoren für die NutzerInnen gibt es keine einheitlichen Aussagen und bislang nur sehr begrenzte gesundheitswissenschaftliche und psychiatrische Forschung. Im Vortrag wird die Frage im Mittelpunkt stehen: Welche Erwartungen verknüpfen NutzerInnen mit der Teilnahme am Forum und welche Idee und Zielsetzung der Betreiber steht hinter den virtuellen Angeboten? Auf Grundlage der Ergebnisse der qualitativen Analyse, werden sowohl der bisherige Forschungsstand als auch erste Ergebnisse des Forschungsvorhabens vorgestellt.

35. Begleitung von Peers in der Praxis: SWOT-Analyse über den Einsatz von Peers auf einer Station des Schwerpunktes „Affektive Erkrankungen“

Milena Kienast-Dobrevá

Rahmenbedingungen

Im stationären Setting auf einer offenen Akutstation, welche Teil des Schwerpunktes „Affektive Erkrankungen“ der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern ist, sind wir stets für Verbesserungen offen, um unseren Patienten eine optimale zeitgemässe Behandlung anbieten zu können. Der Recovery -Trend in der Psychiatrie hat die Pflegefachleute motiviert, einen Peer auf der Station einzustellen.

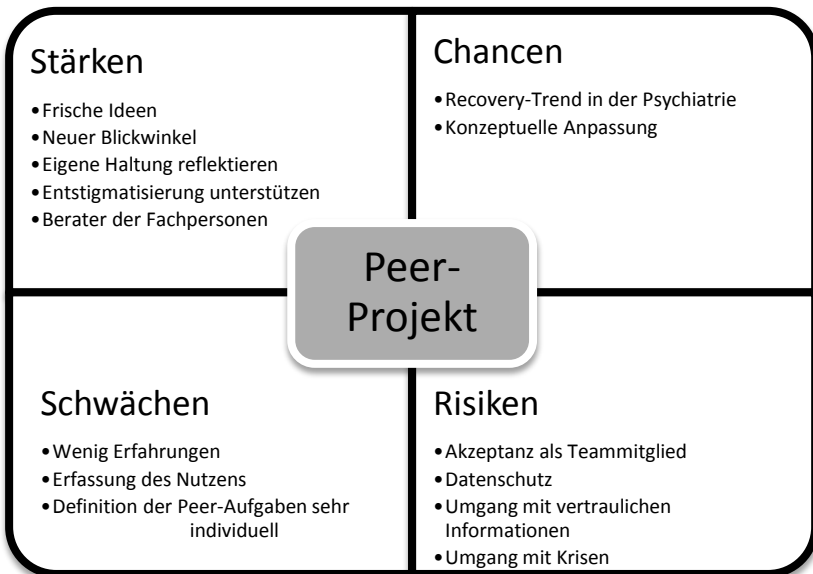
Die Phasen der Vorbereitung, Auswahl, Einführung und Evaluation dieses Projektes und die damit verbundenen Herausforderungen für das Team und die Leitung werden hier erläutert.

SWOT-Analyse über den Einsatz von Peers

Als Methode für die Beurteilung des Erfolges des Peer-Projektes wurde die SWOT-Analyse ausgewählt. Die Berücksichtigung der Stärken und Schwächen in der Gegenwart kann Aufschluss über die bestmögliche Aufgabengestaltung geben, aber die Chancen und Risiken bestimmen die neuen Entwicklungen und die Massnahmen, welche die Umsetzung des Projektes lenken. Im Folgenden wird die SWOT-Analyse grafisch aufgezeigt, um einen Überblick über die gegenwärtigen Ressourcen und die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten zu geben. Das Ziel dieser Analyse ist es, in die Zukunft zu schauen, sich darauf vorbereiten und sie sogar zu beeinflussen.

Die gemeinsame Definition der Stärken und Schwächen des Projekts ermöglicht ein intensives Feedback zu den wichtigsten Eckpunkten. Die Innovation steht dabei im Vordergrund: Wir werden durch die Einstellung eines Peers unseren Blickwinkel erweitern, gemeinsam frische Ideen generieren, und

unsere Interventionsmöglichkeiten als Bezugspersonen erweitern. Dazu kommen die Reflexion unserer eigenen Haltung und ein klares Signal, dass wir als Team gegen die Stigmatisierung aktive Schritte unternehmen. Dabei nutzen wir die Chancen, welche durch die Recovery-Bewegung entstehen, und ermöglichen die Einbindung der Ideen ins Behandlungskonzept der Station.



In Kenntnis der hervorragenden Vorteile, welche das Peer-Projekt genießt, fällt es leichter, sich mit den Schwächen und Risiken konstruktiv auseinanderzusetzen. Die unklare Definition der Aufgaben des Peers als „Hoffungsvermittler“ ermöglicht einen grossen Spielraum für die Gestaltung. Praktisch wurden hier die Aufgaben an die Person angepasst. Die wenigen praktischen Beispiele von Peer-Einsätzen und die heterogenen Tätigkeitsfelder erschweren auch die Erfassung des Nutzens bei Einsatz eines Peers.

Die Risiken werden vor allem bei der Akzeptanz des Peers als gleichwertiges Teammitglied gesehen. Dazu kommt die Unklarheit beim Umgang mit vertraulichen Informationen und dem Datenschutz der eigenen Patientenakte der Peers. Diese Punkte sorgten schon beim Start des Projekts für Diskussionen. Einfache Lösungen zeigten sich dabei sehr wirkungsvoll, im Gegensatz dazu blieb der Umgang mit Krisen sehr präsent.

Empfehlungen für die Umsetzung

Unter Berücksichtigung der Stärken und Schwächen werden die verschiedenen Phasen von der Idee bis zum Abschluss des Projektes aufgezeigt, sowie Interventionen, welche bei der Begleitung eines Peers in der Praxis unterstützend und präventiv eingesetzt werden können und welche sich bei unserem Peer-Projekt als wirksam erwiesen haben.

Auswahl

Person-Job-Anpassung

Die Verantwortung der Stationsleitung, einen Peer einzustellen, welcher am besten den Anforderungen der Arbeitsaufgaben entspricht, bedingt die Definition der Hauptaufgaben. Zudem muss sich der Vorgesetzte im Klaren sein, welche Personen sich für eine Peer-Stelle interessieren könnten. Die Anstellung erfolgte nach einer Spontanbewerbung.

Ein wichtiges Kriterium damit die Identifikation mit der UPD als Institution gestärkt und hohe Arbeitszufriedenheit erreicht werden kann, ist eine optimale Person-Job-Passung. Dies wird dem Peer helfen, die Einstiegschwierigkeiten zu bewältigen. Diese Kongruenz vereint verschiedene Kriterien: Es geht einerseits darum, wie Peers die Zusammenarbeit mit Kollegen und Pflegenden, das interdisziplinäre Team, die Klinik und die Unternehmenskultur erleben. Andererseits existiert die Schwierigkeit, ausgehend aus der Perspektive der Patienten, sich in den Alltag mit Selbstverständnis als Berater der Professionellen einzubringen.

Die Identifikation und Auswahl von Mitarbeitenden, die zur Organisation passen, wird als wichtiger Faktor für den Erhalt und für die Bindung angesehen. Eine subjektive Passung ist mit höherer Arbeitszufriedenheit und höherem organisationalem Commitment verbunden [2].

Vorbereitung und Angebotsdefinition

Als erster Schritt wurden die Aufgaben des Peers definiert und die Rahmenbedingungen vorbereitet. Ein entscheidender Motivationschub für das Projekt war die Entwicklung gemeinsamer Ideen und die Umsetzung von Aktivitäten, welche aus Sicht der Betroffenen hilfreich sind. Ein Erfahrungsaustausch war in dieser Phase sehr wertvoll.

Einführung

Die Einführung in den Stationsalltag erfolgte, in dem der Peer an allen Aktivitäten und Arbeiten auf der Station teilnahm, analog zur Einführung einer Pflegefachperson. Besonders waren dabei die Begleitung und das Mentoring durch die Stationsleitung. Wöchentliche Gespräche haben sich für die Klärung von Fragen bewährt.

Ein grosses Anliegen des Peers war es, sich im Team zu integrieren und ein Teammitglied zu werden, stets im Wissen darum, dass die Mitarbeiterin in der Rolle als Peer sich zwischen den Patienten und den Fachpersonen befindet.

Umsetzung des Angebotes

Aus der Zusammenarbeit sind folgende Konzepte für Angebote durch unseren Peer entstanden:

Freizeit – und Gesundheitsförderungsgruppe

Die Freizeitgestaltung wird durch wöchentliche Aktivitäten und Ausflüge trainiert. Die spontane Kommunikation, welche dabei entsteht, kommt einer praktischen Beratung über die Freizeitgestaltung bei der Genesung sehr

nahe: Die vermittelten Werte sind z.B. aktiv werden und bleiben, Verantwortung übernehmen und Neues ausprobieren.

Austrittsgesprächsgruppe

Dies ist eine durch Pflegepersonen moderierte Gesprächsgruppe, welche den Fokus auf die Vorbereitung des Austritts legt. Monatlich nimmt der Peer an der Gruppe teil, um das Recovery-Package „Das Leben wieder in den Griff bekommen“ vorzustellen und über die eigenen Erfahrungen mit den Instrumenten „Persönlicher Recovery-Plan“ und „Vorausverfügung“ zu berichten. Anschliessend entstehen Einzelgespräche mit fokussiertem direkten Peer-to-Peer Support.

Kurs „Einfach schön“

Dieser Kurs findet zwei Mal pro Monat statt, mit folgenden Zielen:

- Förderung und Motivation zu regelmässiger Gesichts- und Körperpflege (besonders) in psychisch schwierigen Zeiten
- Steigerung des persönlichen Wohlbefindens, Förderung der Beziehung zu sich selbst und des Selbstwertgefühls [1]

Dabei werden praktische Anwendungen zur Selbstpflege in der Gruppe diskutiert und der Spassfaktor erhöht, indem selbsthergestellte Pflegecremen oder -masken in der Gruppe ausprobiert werden.

Beurteilung des Nutzens eines Peer-Einsatzes

Die Pflegefachpersonen arbeiten für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Der Einbezug dieser Menschen in die Behandlung und die Konzeptentwicklung hat entscheidende Vorteile für die Modellierung von individuellen Massnahmen und Programmen. Die Peers helfen uns, den Blickwinkel zu erweitern, indem sie reflektiert ihre eigenen Erfahrungen einbringen.

Schlussfolgerung

- Ein Peer-Involvement bringt mehr Vorteile mit sich, wenn man sich auch bewusst mit den möglichen Schwächen und Risiken befasst.

- Die Begleitung soll durch Vorgesetzte sorgfältig vorbereitet werden.
- Eine klare Definition und Kommunikation der Aufgaben innerhalb des interdisziplinären Teams soll von Anfang an sichergestellt werden.
- Der Umgang mit Krisen wird wie bei jedem anderen Mitarbeiter oder jeder anderen Mitarbeiterin individuell festgelegt.

Literatur

1. *Konzept Einfach schön, Station Freiburghaus 2012*
2. *Daft, R. (2006) The new era of management. Australia et al. 2006*
3. *Cappelli, P. (2000) A Market-Driven Approach to Retaining Talent. In: Harvard Business Review, 78. Jg. 2000, Nr. 1, P. 339-365*
4. *Van Vuuren, M. et al (2007) The congruence of actual and perceived person-organization fit. In: The International Journal of Human Resource Management, 2007, Nr. 18, P. 1736-1747*

36. Pflegerelevanter Unterstützungsbedarf in stationären Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte und geistig behinderte Menschen

Ruth Klein

Hintergrund

Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe stehen seit einigen Jahren vor der Herausforderung, sich mit Fragen des Älterwerdens und mit dem in diesem Kontext entstehenden Pflegebedarf ihrer Klienten auseinanderzusetzen.

In den entsprechenden Einrichtungen der Behindertenhilfe sind die Auswirkungen des demografischen Wandels im Hinblick auf den pflegerischen Unterstützungsbedarf, der im Zuge von normalen Alterungsprozessen entstehen, mittlerweile spürbar.

Ein Grund für den verspätet einsetzenden Handlungsbedarf ist unter anderem in den Auswirkungen des Nationalsozialismus zu suchen. Psychisch und geistig beeinträchtigte Menschen wurden im Rahmen von Euthanasieprogrammen systematisch ermordet oder wurden in großem Umfang Opfer von Zwangssterilisationen [1].

Heute tragen auch verbesserte Lebensbedingungen und die bessere medizinische Versorgung dazu bei, dass die entsprechenden Klienten eine deutlich höhere Lebenserwartung haben.

Bei der Erfassung des pflegerelevanten Unterstützungsbedarfs muss berücksichtigt werden, dass sich die Strukturen in der stationären Langzeitversorgung in zentralen Elementen von bekannten pflegerischen Versorgungsstrukturen wie Akutpflege oder stationäre Altenhilfe unterscheiden. In Einrichtungen der Behindertenhilfe für chronisch psychisch erkrankte und geistig beeinträchtigte Menschen stehen Aspekte der Teilhabe und Wiedereingliederung in die Gemeinde, verbunden mit der Verbesserung und dem

Erlernen und Wiedererlernen von alltagspraktischen Kompetenzen von in der Regel körperlich gesunden Menschen, klar im Fokus. Dementsprechend sind in den entsprechenden Einrichtungen auch unterschiedliche Berufsgruppen mit sozialer, psychotherapeutischer oder heilpädagogischer Qualifikation neben Pflegekräften tätig.

Fragestellung

In welchem Umfang und in welchen Bereichen liegen pflegerelevante Einschränkungen der Alltagsaktivitäten bei Klienten mit psychischen Beeinträchtigungen und geistigen Behinderungen in entsprechenden Einrichtungen vor?

Diese Frage wird exemplarisch durch eine Vollerhebung in einer Einrichtung für chronisch psychisch und geistig beeinträchtigte Menschen, in der unterschiedliche Betreuungsschwerpunkte vorhanden sind, beantwortet.

Methode

Es wurde eine quantitativ-deskriptive Studie mittels eines vollstandardisierten Assessment-Instruments (Barthel-Index auf der Grundlage des „Hamburger Manuals“ durchgeführt [2]). Die Daten wurden in Form einer Vollerhebung innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen erfasst. Der Datensatz umfasste 235 Klienten, die in unterschiedlichsten stationären Wohnformen der Langzeitbetreuung in einer Einrichtung für psychisch und geistig beeinträchtigte Menschen leben.

Darüber hinaus wurden Daten wie Alter, Geschlecht und vorhandene Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungskriterien des Sozialgesetzbuches XI erhoben. Des Weiteren erfolgte eine Zuordnung zu psychischer oder geistiger Behinderung. Dazu wurde auf vorhandene Datenbanken der Einrichtung zurückgegriffen und die Daten ergänzend ausgewertet.

Ergebnisse

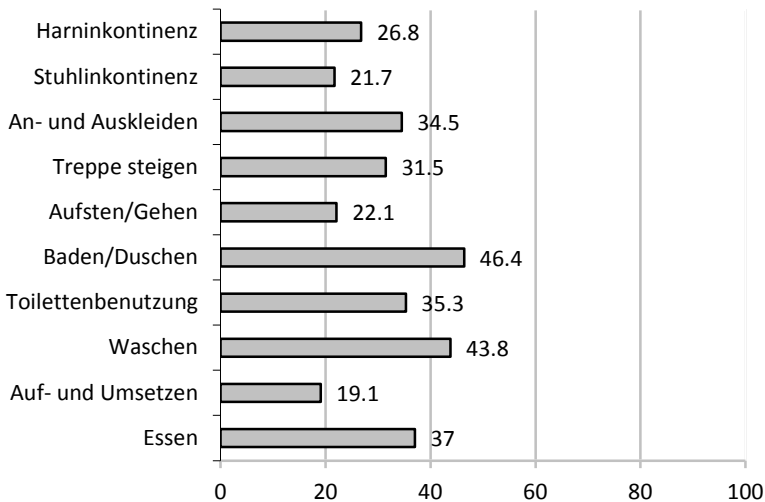
Von den 235 erfassten Klienten waren 49 weiblich und 186 männlich.

Bei 33 Personen lag eine geistige Beeinträchtigung vor, bei 200 Personen eine psychiatrische Diagnose. Bei 2 Klienten konnte keine Zuordnung vorgenommen werden.

Das Alter der Klienten reichte von 19 bis 87 Jahren. Das Durchschnittsalter für alle erfassten Klienten lag bei 55 Jahren. 69 Prozent waren 50 Jahre alt und älter.

Im Bereich der Altersgruppe 70 plus lag der Anteil der Klienten mit einer Pflegestufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz mit 86,7 Prozent in etwa so hoch wie in der stationären Altenhilfe in Deutschland.

In der folgenden Grafik sind die Anteile der Bewohner dargestellt, die Einschränkungen in den basalen Alltagsaktivitäten aufweisen (Angaben in Prozent).



Bei der Betrachtung aller Klienten fällt auf, dass Einschränkungen vor allem bei Verrichtungen der Körperpflege wie Baden/Duschen (46,4 Prozent Einschränkungen) oder Waschen (43,8 Prozent Einschränkungen) sehr ausgeprägt sind. Auch Einschränkungen im Bereich der selbständigen Ernährung oder im Bereich des Unterstützungsbedarfes beim An- und Auskleiden finden sich in höherem Umfang. Die höchsten Werte im Hinblick auf Unabhängigkeit im Rahmen der Alltagsaktivitäten sind bei Transfer (Auf- und Umsetzen) und Stuhlinkontinenz zu beobachten.

In der Altersgruppe 50 plus nahm der Umfang an Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten in allen erfassten Bereichen zu. Im Bereich der Körperpflege (Baden/Duschen) hatten 60,7 Prozent der Klienten Unterstützungsbedarf (Waschen 55,8 Prozent).

In der Auswertung der Gruppe 70 plus reichten die Einschränkungen von Baden/Duschen (80 Prozent der Bewohner) bis zum niedrigsten Wert Unterstützung beim Auf/Umsetzen (35,6 Prozent).

Ein direkter Vergleich mit Senioren aus der „Berliner Altersstudie“ [3] zeigte, dass die Klienten der Untersuchungsgruppe in der vergleichenden Altersstufe in allen Bereichen einen deutlich höheren Unterstützungsbedarf haben. In der Altersgruppe der Männer zwischen 70 und 84 Jahren waren beispielsweise 90,7 Prozent im Bereich Baden/Duschen selbständig, wohingegen der Anteil der Selbständigkeit in der Studiengruppe nur bei 18,4 Prozent lag.

Diskussion

Es finden sich in fast allen Altersgruppen deutliche Einschränkungen in den Alltagskompetenzen. Diese sind jedoch auffällig erhöht in den Altersgruppen „50 plus“ und „70 plus“.

Die Ergebnisse decken sich mit Erkenntnissen und mit dem Wissen über bekannte Selbstpflegedefizite im Kontext vieler chronisch psychischer Erkrankungen und geistigen Beeinträchtigungen, entsprechenden Folgeerscheinungen und somatischen Problemen [4].

Schlussfolgerungen

Chronisch psychisch und geistig behinderte bzw. beeinträchtigte Menschen sind im Hinblick auf die Entwicklung eines erhöhten Pflege- und Unterstützungsbedarfes insbesondere im Kontext von Alterungsprozessen als eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe zu betrachten und benötigen somit eine erhöhte Aufmerksamkeit. Einrichtungen der Behindertenhilfe übernehmen mit dem Wissen um eine niedrigere Lebenserwartung im Kontext der Auswirkungen vieler chronisch psychischer Erkrankungen, um die deutlichen Folgen von Alterungsprozessen sowie durch den deutlichhöherem Anteil von Personen mit Einschränkungen in den basalen Alltagskompetenzen eine besondere Verantwortung für ihre Klienten. Die Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten und die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitativ angemessene Betreuung und Pflege werden somit zu einer Verpflichtung, der sich alle Einrichtungen mit entsprechendem Klientel stellen müssen. Mit dieser Verantwortung ist eine aktive Auseinandersetzung im Hinblick auf angemessene Organisationsstrukturen oder im Hinblick auf die Weiterentwicklung von gesundheitsförderlichen und pflegespezifischen Qualitätsstandards verbunden. Pflegefachkräfte können hier durch ein salutogen orientiertes Pflegeverständnis daran mitwirken, die Entwicklung entsprechender Standards zu fördern und umzusetzen.

Da der Bedarf an pflegerelevanter Unterstützung in den entsprechenden Langzeiteinrichtungen eher als inhomogen zu bewerten ist, besteht Handlungsbedarf in der Entwicklung von Basisscreenings zur Identifikation der entsprechenden Klienten.

Chronisch psychisch beeinträchtigte Menschen mit zunehmendem Pflegebedarf müssen als Zielgruppe stärker in den Fokus der Pflegewissenschaft rücken. Es stellen sich dabei Forschungsfragen im Hinblick auf den spezifischen Bedarf an pflegerelevanter Unterstützung, der im Kontext der jeweiligen psychiatrischen Erkrankung betrachtet werden muss. Außerdem stellen sich Fragen der interdisziplinären Zusammenarbeit in Einrichtungen für chronisch psychisch erkrankte Menschen. Die Suche nach einem gemeinsa-

men Pflege- und Betreuungsverständnis, das konzeptionelle Grundlagen der Behindertenhilfe wie beispielsweise die Prinzipien eines personenorientierten Ansatzes, einen gemeindenahen und niedrigschwelligen Betreuungsansatz oder den Erhalt und die Förderung von Selbständigkeit miteinander verbindet, wird dabei von elementarer Bedeutung sein.

Literatur

1. Rudnick, M. (Hrsg.), (1990): *Aussondern-Sterilisieren-Liquidieren: Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin, Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH.
2. Lübke, N., Meinck, M., Renteln-Krusel von, W. (2004): *Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (37), S. 316-326.
3. Lindenberg, U., Smith, J., Mayer, K. U., Baltes, P. B. (Hrsg.), (2010): *Die Berliner Altersstudie. 3. erweiterte Auflage*. Berlin, Akademie Verlag.
4. Ding-Greiner C., Kruse A. (Hrsg.), (2010): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

37. Determinanten der Gesundheit von Patienten mit einer chronisch verlaufenden psychischen Störung

Radojka Kobentar

Hintergrund

Die professionelle Betreuung von Patienten mit chronisch verlaufenden psychischen Störungen, stellt hohe Ansprüche an alle Beteiligten. Medizinischer Behandlung und psychosozialer Rehabilitation zum Trotz, können akute Krankheitsausbrüche das tägliche Leben und Funktionieren dieser Patienten stark beeinträchtigen [1, 2, 3, 4]. Ein chronischer Verlauf von psychiatrischen Störungen äußert sich in Form eines persistierenden Krankheitszustandes oder durch intermittierende Krankheitsphasen. Wobei sich die letztere Verlaufsform durch häufige Hospitalisierungen der Betroffenen auszeichnen und oft mit einem progressiven Verlauf des Defizitenabbaus und Motivationsverringering [1, 5, 6]. Eine vollständige und anhaltende Remission der Symptomatik ist in solchen Fällen oft unerreichbar. Die Wirkung von herkömmlichen Therapien ist oft gering und die Komorbidität, beispielsweise durch eine Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, ist hoch. Eine klassische Dauerbehandlung führt so leider oft dazu, dass der Patient das Bewusstsein über seine Fähigkeiten verliert, wodurch sich dessen Möglichkeiten, um den Ausgang der Behandlung positiv zu beeinflussen deutlich verringern [4].

In der ambulanten Betreuung ist es daher notwendig die Ressourcen der Patienten zu erkennen und die erhaltenen Stärken zu stützen und zu fördern. Diese Herangehensweise soll zur Erhaltung, Verbesserung und Entwicklung der Fähigkeiten führen und dadurch deren Selbständigkeit der Patienten zu Hause zu fördern und Hospitalisationen zu verhindern. Dieser Aspekt der Gesundheit wird als innere Kohärenz aufgefasst, die eine sinnvolle Lebensorientierung ausmacht. Die innere Kohärenz beinhaltet zwei bedeutende Fähigkeiten: „Freude“ und „Sozialkompetenz“ [7].

Die Reaktionen der Patienten auf den Krankheitsverlauf hängen von persönlichen Merkmalen der Betroffenen ab, wie auch von der Art des Krankheitsverlaufes / Krankheitsgeschehens und werden zudem von Sozial- und Umweltfaktoren beeinflusst. Diese Faktoren bilden den Rahmen für professionelle Interventionen zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes zwischen Gesundheit und Krankheit bei Patienten, und dessen Gefühl die Krankheit und das eigene Leben kontrollieren zu können [8, 9]. Hierfür ist eine gezielte Verantwortungsübernahme der Patienten bei der Behandlung notwendig. Um dies zu erreichen ist ein partizipatives Vorgehen der Fachpersonen gefordert [1, 9, 10].

Problemstellung

Über welche Ressourcen zur Stabilisierung und Förderung ihrer Gesundheit verfügen Menschen mit psychischen Störungen? Welche Faktoren sollen unterstützt und gefördert werden, um die Belastung zu verringern und eine Grundlage für eine autonome Lebensführung der Patienten zu schaffen?

Ziele

Das Ziel dieser Studie war es, Gesundheitsdeterminanten von Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen zu erkennen, daraus gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln, zu beurteilen und im Behandlungsprozess zu implementieren.

Vorgehen

Unsere Studie erfasste Patienten in Langzeitbehandlung, die vollständig den folgenden Einschlusskriterien entsprachen: Diagnose einer psychiatrischen Störung mit chronischem Verlauf mit mindestens drei Hospitalisationen im vergangenen Jahr. Zur Analyse griffen wir auf den standardisierten Fragebogen zur Lebensqualität COMQOL 5 zurück [11]. Unter vorheriger Zustimmung der Ethikkommission umfasste die Pilotstudie 133 Patienten der Psychiatrischen Klinik in Ljubljana.

Ergebnisse

An der Studie nahmen 70 männliche und 63 weibliche Probanden teil, 52,8% der Befragten waren zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie zwischen 20 und 49 Jahre alt und 47,2% waren älter als 50 Jahre. Der Familienstand umfasste 48,1% Alleinstehende, 24,2% Verheiratete, 8,3% unverheiratete und 19,4% in einer Partnerschaft lebende Teilnehmer. Der Gesundheitszustand deren zeigt, dass 72,7% unter somatischen Beschwerden leiden und 85% hierfür vom Arzt verschriebene Medikamente einnehmen. Die Resultate zeigen ein geringer Anteil an Psychiatriepatienten in der Altersgruppe unter 39 Jahren (20,4%), die mit Ehe- oder Lebenspartnern leben (32,4%), mindestens ein Hochschulabschluss haben (43,9%), Wohnungsbesitzer sind (66,1%) und ein Monatseinkommen von 400 EUR erhalten (42,7%).

Interesse weckten auch die allgemeinen Gesundheitsfaktoren wie regelmäßige monatliche Arztbesuche (56,9%), Wahrnehmung von eigenen Gesundheitsproblemen (71,1%) und Verordnung regelmäßiger Medikation (85,8%). Nur 89 Probanden, 66,9% aller Befragten, haben die letztere Frage beantwortet. Patienten, die an der Studie teilnahmen, bekommen eines oder mehrere Medikamente verordnet, diese sind: Antipsychotika (69,7%), Antidepressiva (15,5%) und Stimmungstabilisatoren (14,6%). Mehr als ein Drittel der Befragten nehmen keine regelmäßige Medikation ein. Etwas mehr als die Hälfte deren bestätigte, dass sie gut schlafen (51,1%) und sich zu Hause sicher fühlen (68,4%).

Die Linearkorellation zwischen einzelnen sozialen Variablen zeigt, dass eine höhere Ausbildungsstufe eine positive Korellation mit Live-Auftritt Besuchen ($r=0,27$) zeigt und, dass gesellige Aktivitäten positiv mit dem Besuch des Gottesdienstes ($r=0,32$), sowie Besuchen von Live-Auftritten ($r=0,28$), dem Gespräch mit den Nachbarn ($r =0,36$) und Kinobesuchen ($r =0,37$) verbunden sind.

Die Ergebnisse bestätigen, dass der Bildungsstand auch mit Geselligkeitsaktivitäten ($\chi=4,48$, $\sigma=1,45$), sowie mit regelmäßigen Arztbesuchen ($\chi=4,58$, $\sigma=1,64$) ein sehr hoher Mittelwert zeigt.

Die Skalenwerte von Aktivitäten sind von 1 (unbedeutend) bis 5 (bedeutend) bezeichnet. Die geringste Bedeutung geben die Patienten bei den Aktivitäten außerhalb des Hauses ($\chi=3,56$, $\sigma=1,12$) an. Die Probanden haben ebenfalls eigenes Eigentum ($\chi=3,80$, $\sigma=1,09$) und eigene Leistungsmöglichkeiten ($\chi=3,91$, $\sigma=1,03$) niedrig bewertet. Die maximalen Bewertungen schrieben die Patienten der Bedeutung der Gesundheit ($\chi=4,59$, $\sigma=0,72$) und den sozialen Beziehungen zu ($\chi=4,45$, $\sigma=0,79$).

Diskussion

Diese Pilotstudie zeigt, dass zwar ein Drittel aller erfassten Patienten keine reale Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten, der sozialen Beziehungen und Gesundheitsprobleme hat, dass 15% verordnete Medikamente nicht einnehmen und, dass 44% keine regelmässigen Arztbesuche wahrnehmen. Deshalb müssen diese Determinanten zusätzlich definiert werden, um eine verbesserte systematische Beratung zu ermöglichen.

Besonders wichtig ist dabei auch der Bezug zu den sozialen Determinanten der Gesundheit, die von nur 60,1 % aller Befragten beantwortet wurde. Dazu gehörten Fragen zu Freizeitaktivitäten wie Fernsehen, Unterhaltung, Geselligkeit, Besuchen von Kinos und Live-Auftritten oder Besuch eines Gottesdienstes. Da psychische Störungen zu sozialer Exklusion führen ziehen sich Patienten im Verlaufe ihrer Krankheit oft zunehmend von der Außenwelt zurück, so dass diese für sie immer unverständlicher und fremder wirkt. Trotz der erschwerten Bedingungen der Patienten, konnten gesundheitsbezogene Ressourcen identifiziert werden, die allgemeine, subjektive und soziale Faktoren umfassen und zum Erhalten der sozialen Integration und Lebensqualität beitragen können.

Eine soziale Integration und die Unterstützung der Patienten muss für eine effiziente und hohe Lebensqualität außerhalb der Institution sorgen [7, 8, 10, 13]. Deshalb muss die Gesundheitsarbeit mit Patienten die Aufmerksamkeit auf Förderung der positiven gesundheitlichen Ressourcen verstärkt anstreben und die Patienten zur Selbstbestimmung befähigen, um damit auch Ihre Lebensqualität zu erhöhen [2, 8, 9, 10].

Zur Prävention von chronischen Verläufen ist eine adäquate medizinische Betreuung mit psychosozialen Interventionen bei Menschen mit Erstpsychose von zentraler Bedeutung. Ein Beispiel hierfür ist ein problemorientiertes Gespräch mit dem Patienten und deren Familie in den ersten 24 Stunden zu führen, welches in einer systematischer Weise die individuellen Probleme klärt, den Weg zu einem Dialog öffnet und die Chance für eine Minimaldosierung von Neuroleptika erhöht [9, 2, 13, 14].

Schlussfolgerung

Die Umfrageergebnisse unterstreichen die Realisierbarkeit des Projektes, welche eventuell zur Verringerung der akuten Erscheinungen und zur Reduzierung der Krankenhausaufenthalte führt. Mit permanenter Beratung können Patienten so einen optimalen Gesundheitszustand bewahren was zur Verbesserung im Funktionieren in der häuslichen Umgebung führt.

Literatur

1. Berger H. *Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt. Tagungsdokumentation. Fachhochschule Wiessbaden, 2005.*
2. Kortrijk HE, Muder CL, Roosenschoon BJ, Wiersma D. *Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment. Community Ment Health J. 2010;46:330-36.*
3. Švab V. *Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT-Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004.*
4. Baumann-Hölzle R. *Leiden von chronisch kranken Menschen – was hilft? Primary Care, 2006;6:34-35.*
5. Kotwicki JR, Compton TM. *Key Features of a Unique Community Psychiatry Fellowship: The Emory University Fellowship in Community Psychiatry/Public Health. Community Ment Health J. 2010; 46:403-8.*
6. Williams C. C., MCarthy M. M. *Care: Giving, Reciving and Meaning in the Context of Mental Illness. Psychiatry 2006;. 69 (1): 26-46.*
7. Schulze-Steinmann, L. *Salutogenese- von der Gesundheit psychisch Kranker, erhältlich unter <http://www.tup-online.com/media/md2731D.pdf> [abgefragt am 17.5.2012].*
8. Salyers PM, McGuire BA, Rollins LA, Bond RG, Mueser TK, Macy RV. *Intergrading Assertive Community Treatment and Illness Menagement and Recovery for Consumers with Severe Mental Illness. Community Ment Health J. 2010;46:319-39.*

9. Aderhold V, Greve N. *Das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell – Need Adapted Treatment Model. Soziale Psychiatrie. 2004;1:5-8.*
10. Schmitz M, Berghofer G, Lang A, Steiner E, Kutzellnig A. *in Rudas S. Perspektive Studie zur Sicherung optimaler psychosozialer Versorgung in Wien – Themenschwerpunkt Medikamente: Medikamenteneinnahme, Nutzen, Nebenwirkungen. J Neurol Neurochir Psychiatr 2004; 5 (4): 38-44*
11. DevillyJG. *COMQOL5-Comprehensive Quality of Life Inventory. The University of Melburn. Australia:2000.*
12. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos AR, Barley E., et al. *WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry. 2010;9:67-77.*
13. Pinninti RN, Fisher J, Thompson K, Steer R. *Feasibility and Usefulness of Training Assertive Community Treatment Team in Cognitive Behavioral Therapy. Community Ment Health J. 2010;46:337-41.*
14. Chow W, Law S, Andermann L. et al. *Multi-Family Psycho-Education Group for Assertive Community Treatment Clients and Families of Culturally Diverse Background: A Pilot Study. Community Ment Health J. 2010; 46:364-71.*

38. Die Kriteriumsvalidität der deutschen Version der Nurses`Global Assessment of Suicide Risk – Scale (NGASR – Scale)

Bernd Kozel, Anna Hegedüs, Theo Dassen, Christoph Abderhalden

Hintergrund

Der Suizid ist ein weltweit vorkommendes Gesundheitsproblem, das unter anderem hauptsächlich Menschen mit einer psychischen Erkrankung betrifft, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden [1, 2]. Der tägliche Umgang mit Suizidalität ist somit eine häufig vorkommende Praxis-situation für die Pflege in der Psychiatrie. Einige Experten empfehlen die Verwendung geeigneter Einschätzungsinstrumente [3, 4], um die Risiko-Pflegediagnose „Suizidgefährdung“ in der klinischen Praxis stellen zu können. Die deutsche Version der Nurses` Global Assessment of Suicide Risk – Scale (NGASR-Scale) ist eine dichotome Rating Skala zur systematischen Erfassung von 16 Risikofaktoren für Suizid [5]. Die deutsche Version der NGASR - Scale wurde nach der Übersetzung aus dem Englischen mehreren Pretests unterzogen, danach folgte die Testung der Interrater – Reliabilität [6]. Im Zuge der weiteren Entwicklung der NGASR-Scale haben wir eine Überprüfung der Kriteriumsvalidität des Instrumentes vorgenommen. Die Gültigkeit der Ratings zu den 16 Items der NGASR-Scale sollten dadurch empirisch überprüft werden.

Fragestellung

Inwieweit stimmen die Ratings zu den 16 Items der NGASR - Scale (Testvariablen) bei stationären psychiatrischen Patienten mit den Ratings anderer Instrumente (Kriteriumsvariablen) überein, die eine gleiche Messgröße erfassen?

Methoden und Material

Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität der deutschen Version der NGASR-Scale haben wir die Ratings der einzelnen Items der NGASR - Scale (Testvariablen) mit den Ratings anderer Instrumente (Kriteriumsvariablen) im Hinblick auf eine Übereinstimmung verglichen. Bei einer hohen Übereinstimmung von Test- und Kriteriumsvariable kann dies als ein Beleg für die Kriteriumsvalidität angesehen werden [7].

Die Außenkriterien (Kriteriumsvariablen) die mit den 16 Items der NGASR – Scale (Testvariablen) verglichen wurden, bestanden aus sechs Instrumenten: 1. Strukturiertes klinisches Interview 2. Skala zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-R Skala) [8] 3. Beck Depressions Inventar (BDI) [9] 4. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [10] 5. Lübecker Alkoholabhängigkeits und – missbrauchs-Screening-Test (LAST) [11] 6. Internationale Diagnosecheckliste für ICD-10 (IDCL) Abhängigkeit von Drogen/Medikamenten [12]. Die Ratings der Außenkriterien transferierten wir in eine dichotome Form, um sie mit den Ratings der NGASR – Scale vergleichen zu können. Zur Überprüfung der Übereinstimmung der Kriteriumsvariablen mit den Testvariablen berechneten wir den AC1 – Koeffizienten [13]. Zur Interpretation der AC1 – Koeffizienten wurde von uns das Interpretationsschema nach Landis & Koch [14] verwendet (siehe Abbildung 1).

Tabelle 1: Interpretationsschema

AC1-Koeffizient	Übereinstimmung
<0.00	Keine
0.00 – 0.20	Sehr geringe
0.21 – 0.40	Geringe
0.41 – 0.60	Mittlere
0.61 – 0.80	Hohe
0.81 – 1.00	Sehr hohe

Ergebnisse

Insgesamt haben wir 89 Patienten zur Teilnahme an unserer Studie angefragt, davon erklärten sich 61 Patienten zur Teilnahme bereit. Das durchschnittliche Alter lag bei 43.8 Jahren (Min.: 20 Jahre, Max.: 81 Jahre). Es nahmen 28 Männer und 33 Frauen an unserer Studie teil, sieben Patienten hatten einen Freiheitlichen Fürsorge Entzug FFE.

In der Studienpopulation traten folgende Diagnosen nach ICD-10 [15] auf: 9.9% F10 – F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), 9.8% F20 – F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), 49.2% F30 – F39 (Affektive Störungen), 16.3% F40 – F48 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) und 14.8% F60 – F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Eine Zweitdiagnose wurde bei 29 Patienten (47.5%) gestellt, sieben Patienten (11.5%) hatten eine dritte Diagnose.

Die ermittelten AC1 – Koeffizienten lagen alle im Bereich von 0.21 bis 1.00 (siehe Tabelle 1). Fünf AC1 - Koeffizienten zeigten gemäss Interpretationschema [14] eine „geringe Übereinstimmung“.

Bei zwei Items lag eine „mittlere Übereinstimmung“ vor, neun AC1 – Koeffizienten zeigten eine „hohe“ bis „sehr hohe Übereinstimmung“ (Item 3 „Stimmen hören / Verfolgungsideen“, Item 6 „Suizidabsicht“, Item 7 „Plan zur Suizidausführung“, Item 10 „Psychotische Störung“, Item 11 „Witwe / Witwer“, Item 12 „Frühere Suizidversuche“, Item 14 „Alkohol- oder anderer Substanzmissbrauch“, Item 15 „Terminale Erkrankung“, Item 16 „ Mehrere Hospitalisationen, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung“).

Der Mittelwert für alle AC1 – Koeffizienten lag bei 0.63 und der Median bei 0.64.

Tabelle 2: Die Übereinstimmung der Test- mit den Kriteriumsvariablen

NGASR - Scale Item	AC1 - Koeffizient
1. Hoffnungslosigkeit	0.31
2. Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse	0.39
3. Stimmen hören/ Verfolgungsideen	0.82
4. Depression	0.35
5. Sozialer Rückzug	0.55
6. Suizidabsicht	0.88
7. Plan zur Suizidausführung	0.87
8. Familienvorgeschichte psychiatrischer Probleme oder Suizid	0.57
9. Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung	0.28
10. Psychotische Störung	0.88
11. Witwe/ Witwer	0.95
12. Frühere Suizidversuche	0.70
13. Sozioökonomische Verhältnisse	0.25
14. Alkohol – oder anderer Substanzmissbrauch	0.63
15. Terminale Krankheit	1.00
16. Psychiatrische Hospitalisationen, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	0.65

Diskussion und Schlussfolgerung

Unsere Studie zur Kriteriumsvalidität der NGASR – Scale weist einige Limitationen auf. Zunächst ist hier der Mangel an geeigneten Kriteriumsvariablen in Form von „Goldstandards“ für die meisten NGASR – Scale Items zu nennen. Unter „Goldstandards“ verstehen wir anerkannte Instrumente, die aufgrund ihrer Gütekriterien (Reliabilität und Validität) eine hohe Qualität

aufweisen. In diesen Fällen verwendeten wir als sogenannten „Goldstandard“ ein strukturiertes klinisches Interview (Experteneinschätzung), das gegebenenfalls durch eine Analyse der Patientendokumentation ergänzt werden konnte. Das bedeutet, dass die Gütekriterien (Reliabilität und Validität) des verwendeten Außenkriteriums (strukturiertes klinisches Interview) bei diesen Items als eingeschränkt bezeichnet werden müssen.

Eine weitere Schwäche der Studie besteht in der Rekrutierung der Patienten. Die Auswahl der Patienten erfolgte nicht-probabilistisch auf der Basis einer bewussten Auswahl. Diese Vorgehensweise könnte unter Umständen zu Verzerrungen geführt haben, beispielsweise in der Form, dass nur bestimmte Patienten zur Teilnahme angefragt wurden.

Eine Limitation unserer Studien stellt auch die hohe Zahl an Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der affektiven Erkrankungen dar. Fast 50% der Patienten hatten eine entsprechende Diagnose aus dem Bereich ICD-10 F30 - F39.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Einschränkungen zeigen neun Items der NGASR – Scale gültige Einschätzungen in der klinischen Praxis. Der empirische Nachweis der (Kriteriums)Validität der NGASR – Scale Items ist mit Einschränkungen ansatzweise gelungen.

Weiterhin muss überlegt werden, inwieweit die Kriteriumsvalidität der deutschen Version der NGASR – Scale verbessert werden kann. Denkbar wäre eine Optimierung der Schulung und der Durchführungsanleitung, besonders bei den Items mit einer geringen Übereinstimmung.

Im Vordergrund sollten die Items Depression und Hoffnungslosigkeit stehen, da bei diesen beiden wichtigen Kriterien viele falsch – negative Fälle auftraten. Eine weitere Massnahme in diesem Zusammenhang könnten regelmäßig stattfindende Auffrischkurse für die Anwender in der klinischen Praxis sein.

Literatur

1. Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T., Rössler, W. (2009) Inpatient suicide. A 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 120: p. 71-75.
2. Nordentoft, M., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B. (2011) Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives in General Psychiatry*. 68: p. 1058-1064.
3. Bryan, C.J., Rudd, M.D. (2011) *Managing suicide risk in primary care*. New York: Springer Publishing Company.
4. Jobes, D.A. (2006) *Managing suicidal risk. A collaborative approach*. New York: Guilford Press.
5. Cutcliffe, J.R., Barker, P. (2004) The nurses' global assessment of suicide risk: developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursin*. 11: p. 393-400.
6. Kozel, B., Grieser, M., Rieder, P., Seifritz, E., Abderhalden, C. (2007) Nurses' Global Assessment of Suicide Risk – Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*. 1: p. 17-26.
7. Moosbrugger, H., Kelava, A. (2007) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
8. Krampen, G. (1994) *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen)*. Deutsche Bearbeitung und Weiterentwicklung der H-Skalen von Aron T. Beck. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
9. Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995) *Beck – Depressions – Inventar (BDI)*. Testhandbuch. Bern: Verlag Hans Huber.
10. Overall, J.E., Gorham, D.R. (1962) *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychological Reports*. 10: p. 799-812.
11. Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U. (2001) *LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits und –missbrauchs-Screening-Test*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
12. Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (2004) *IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Verlag Hans Huber.
13. Gwet, K. (2002) Inter – rater reliability: Dependency on trait prevalence and marginal homogeneity. *Statistical Methods for Inter-Rater Reliability Assessment Series*. 2: p. 1-9.
14. Landis, J.R., Koch, G.G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33: p. 159-174.
15. Dilling, H., Freyberger, H.J. (2006) *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.

39. Ein „gutes“ psychiatrisches Pflegeassessment für eine Akutstation in der Erwachsenenpsychiatrie

Debora Küstner, Manuela Grieser

Hintergrund

Der Pflegeprozess ist eine systematische Möglichkeit, Probleme und Ressourcen eines Klienten zu erkennen und zu behandeln. Der Pflegeprozess setzt sich aus einer Reihe von Schritten zusammen, welche dynamisch und auch überschneidend sein können. Der erste Schritt in diesem Prozess ist das Pflegeassessment. Diese Ersteinschätzung beinhaltet Techniken wie die allgemeine Beobachtung, die Befragung (Anamnese) und die Untersuchung des Klienten. Die gesammelten Informationen geben die Richtung des weiteren Vorgehens an. Die Qualität der Assessmentdaten ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses [1]. Liegen ungenügende oder falsche Angaben vor, wird der weitere Planungsprozess nicht zielführend sein und es kann dem Patienten Schaden zugefügt werden [2-3].

Problemstellung

Seit den 1990er Jahren steigt das Interesse am Pflegeprozess/ an der Pflege Diagnostik in der Schweiz stetig. In der klinischen psychiatrischen Praxis werden verschiedene Modelle in der Umsetzung des Pflegeprozesses verwendet [4]. Zwei Entwicklungen aus meiner eigenen Praxis bewegten mich, vorliegendes Projekt umzusetzen:

1. In unserer Klinik hat man sich 2010 entschieden, die Qualität des Pflegeassessments zu überprüfen.
2. Eigene Beobachtungen im beruflichen Alltag zeigen mir auf, dass die Anliegen der Klienten beim Eintritt in die Klinik zu wenig erfragt werden.

Fragestellung

Für mich ergaben sich folgende Fragestellungen:

1. Welche (Qualitäts-)kriterien finden sich in der Literatur für den Aufbau und die Durchführung eines Pflegeassessments?
2. Entspricht das Pflegeassessment unserer Erwachsenen Akutstation diesen Kriterien?

Methode

1. Es wurde eine Literatursuche durchgeführt mit dem Ziel, strukturierte Pflegeassessments zu identifizieren und Strukturmerkmale für Assessments zu beschreiben.
2. Es werden Qualitätsmerkmale für Assessments in der Literatur identifiziert und zusammengefasst.
3. Mit den unter 1 und 2 gewonnen Erkenntnissen, wurde ein IST - SOLL Vergleich mit dem Assessmentbogen unserer Klinik durchgeführt.

Ergebnisse

Welche (Qualitäts-)kriterien finden sich in der Literatur für den Aufbau und die Durchführung eines Pflegeassessments?

In der Literatur werden drei Arten von Messkriterien unterschieden [5]:

- Kriterien zur Durchführung von Assessments: Zumutbarkeit, Transparenz gegenüber des Klienten, geringe Verfälschbarkeit, geringe Störanfälligkeit, Abbildung relevanter Phänomene
- Klassische messtheoretische Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität, Validität
- Kriterien für den Einsatz in der Praxis: Ökologische Validität, Verfügbarkeit, Ökonomie

Bezüglich eines Assessment - Aufbaus finden sich in der Literatur verschiedene Ansätze für ein Eintrittsassessment. Ich habe 6 verschiedene Modelle

gewählt, welche auf eine Umfrage basierend in der deutschschweizer psychiatrischen Praxis Verwendung finden:

- (1) Die Transkulturelle Pflegeanamnese [6-7]
- (2) Aktivitäten des täglichen Lebens erweitert nach Ch. Abderhalden [8-9]
- (3) Biopsychosoziale Aspekte [6]
- (4) Der Pflegediagnoseorientierte Anamnesebogen nach Stefan, Almer, Eberl et al. [10]
- (5) Der Anamnesebogen nach NANDA [11]
- (6) Die Funktionellen Verhaltensmuster von Marjory Gordon [12]

Eine inhaltsanalytische Aufstellung der im jeweiligen Assessment befragten Domänen findet sich in der Übersicht in Tabelle 1.

Tabelle 1: Domänen von Eintrittsassessment - Instrumenten

Domänen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Biografie	x					
Atmung, Körpertemperatur		x		x		
Wasserhaushalt, Ausscheidung		x		x	x	x
Ernährung	x	x	x	x	x	x
Wünsche/ Erwartungen an die professionelle Versorgung	x		x			
Schlaf		x	x	x	x	x
Freizeitgestaltung/ Bewegung		x	x	x	x	
Sexualität		x		x	x	x
Selbstpflege		x	x	x		
Schmerz/ Wohlbefinden	x			x	x	

Domänen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kommunikation	x	x		x		
Soziale Interaktion, Beziehungen	x	x	x	x	x	x
Beruf/ Arbeit/Ausbildungsgrad	x	x	x	x		x
Umgebung/ Wohnen	x	x	x			
Sozioökonomische Aspekte		x	x			
Gesundheits- und Krankheitsverständnis (Co- ping)	x	x	x	x	x	x
Sinn finden/ Religion/ Spiritualität	x	x	x	x	x	x
Rolle/ Selbstwert/ Selbstbild	x	x	x	x	x	x
Psychischer Status (Orientierung, Antrieb, Stimmung, Denken)			x	x	x	
Sicherheit (Aggression, Suizidalität)	x	x	x	x	x	x
Rechte/ Pflichten, Spezifische Situationen (Aufenthaltsstatus, Migration, Zugehörigkeit)		x				

Entspricht das Pflegeassessment unserer Erwachsenen Akutstation diesen Kriterien?

Definition des IST – Zustandes

Um der Zielsetzung gerecht zu werden das derzeit in der Clenia Schlössli AG verwendete Assessment zu evaluieren möchte ich zuerst kurz die Struktur- und Prozesskriterien des verwendeten Assessments beschreiben. Aktuell verwenden wir acht Leitfragen und vier Risikoeinschätzungen im Pflegeassessment. Diese wurde im Rahmen eines mehrstufigen Projekts von 2002 bis 2006 im Haus entwickelt.

Strukturkriterien

1. Wie, mit wem, woher kommt der Patient / Kontaktpersonen
2. Einweisungsgrund
3. Ersteindruck auf der Station (Denken, Orientierung, Stimmung, Antrieb)
4. Sind allfällige Betreuungsaufgaben geregelt (Menschen, Tiere)
5. Soziale Prioritäten (Familien, Arbeitgeber, Finanzen)
6. Somatisches (Schlafen, Essen, Trinken, Schmerzen, Medikamente, Allergien ...)
7. Wichtigste Anliegen / Befürchtungen des Patienten bezüglich stationärer Behandlung
8. erste Pflegediagnose (Verdachts-, Risikodiagnose)

Zusätzlich werden folgende Risikoeinschätzungen erhoben: Suizidalität, Fremdgefährdung, Entweichungsgefahr, Entzugsrisiken (Delir / Epileptische Anfälle).

Prozesskriterien

Die ersten vier Punkte und die Risikoeinschätzungen müssen zwingend in den ersten zwei Stunden nach dem Eintritt des Patienten erfasst werden, die Punkte 5 bis 8 innerhalb von 24 Stunden.

Definition des SOLL – Zustandes

Auf Basis der Literaturrecherche komme ich auf folgende Vorschläge zu den Strukturkriterien:

1. Wie, mit wem, woher kommt der Patient / Kontaktpersonen und Adressen/Tel.nr
2. Eintrittsumstände ; Eintrittsgrund aus Sicht des Patienten
3. Ziele und / oder Erwartungen des Patienten
4. Bereitschaft zur Zusammenarbeit
5. Ersteindruck auf der Station (Denken, Orientierung, Stimmung, Antrieb, Angst)

6. Sind allfällige Betreuungsaufgaben geregelt (Menschen, Tiere)
7. Risikoeinschätzungen: Suizidalität, Fremdgefährdung, Entweichungsgefahr, Entzugsrisiken (Delirium / Epileptische Anfälle).
8. Soziale Prioritäten (Wohnsituation, Familie, Arbeitgeber, Finanzen, Freizeitgestaltung, soziales Netz)
9. Somatisches (Schlafen, Essen, Trinken, Schmerzen, Medikamente, Allergien, Kommunikation, Diabetes ...)
10. Abhängigkeiten (Alkohol, Medikamente, Cannabis etc.)
11. Copingstrategien des Patienten, Sinnfindung
12. Wichtigste Anliegen / Befürchtungen des Patienten bezüglich einer stationären Behandlung
13. erste Pflegediagnose (Verdachts-, Risikodiagnose)

Die *Prozesskriterien* würde ich folgendermassen anpassen:

Die ersten sechs Punkte (1-7) müssen zwingend in den ersten zwei Stunden nach dem Eintritt des Patienten ausgefüllt werden, die Punkte 8 bis 13 innerhalb von 24 Stunden.

Bezüglich der Berücksichtigung der Qualitätskriterien von Messinstrumenten empfehle ich gemäss Tabelle 2:

Tabelle 2: Empfehlungen zu den Qualitätskriterien

Bewertungs-richtung	Kriterium	Empfehlung
Assessment - Durchführung	Zumutbarkeit	Beobachtung und Befragung des Klienten während und nach dem Assessment
	Transparenz für Klient	das Assessment dem Klienten vorstellen und erklären, Einsicht gewähren
	Verfälschbarkeit	-Abbildung relevanter Phänomene durch überprüft
	Störanfälligkeit	
	Abbildung relevanter Phänomene	- neu vorgeschlagenes Assessment durch Anwender viertel-

Bewertungs-richtung	Kriterium	Empfehlung
		jährlich evaluieren bezüglich Verfälschbarkeit, Störanfälligkeit, abgebildeter Phänomene.
Klassische Messkriterien	Durchführungsobjektivität	Standard wie, wann und durch wen das Assessment erhoben wird
	Inhaltsvalidität	Wurde durch vorliegende Literaturarbeit überprüft.
Andere Praxiskriterien	Ökologische Validität	In einer Dokumentenanalyse sollte überprüft werden, ob die erhobenen Assessmentdaten letztendlich auch zu einer Pflegediagnose und einer sinnvollen Pflegeplanung führen.
	Ökonomie	Es sollte eine Evaluation des Nutzens und des Zeitaufwandes für vorliegendes Assessment durchgeführt werden.

Diskussion

Wenn ich unsere Pflegeanamnese mit der Literatur vergleiche, sind wir auf einem sehr guten Weg. Die wichtigsten Themen und die in der Fachliteratur definierten Inhalte sind bereits erfasst. Einen besonders wichtigen Punkt sehe ich im Miteinbezug des Klienten. Ob unser Assessment den Qualitätskriterien von Messinstrumenten entspricht muss eingehend in evaluierenden Untersuchungen geprüft werden. Da es sich um ein phänomenologisches Instrument handelt, können keine klassischen Messkriterien getestet werden. Besonders wichtig erscheint uns die ökologische Validität (finden die Daten auch Anwendung im Pflegeprozess?), die Objektivität und die Zumutbarkeit für den Klienten.

Literatur

1. Brobst R.A. and et al., *Der Pflegeprozess in der Praxis*. 2007, Bern: Verlag Hans Huber.
2. Lohr M., et al., *Hat die Bezugspflege einen Einfluss auf den Pflegeprozess?, in Depressivität und Suizidalität – Prävention – Früherkennung – Pflegeintervention – Selbsthilfe*. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel., Schulz M., et al., Editors. 2010, IBICURA: Unterostendorf.
3. Müller-Staub M., *Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess*. *Pflege*, 2006. **19**: p. 275-279.
4. Abderhalden Ch., et al., *Pflegediagnosen bei Patienten und Patientinnen psychiatrischer Aufnahmestationen in der Schweiz und in Österreich: Gemeinsamkeiten und Unterschiede*. *Pflege*, 2007. **20**: p. 149–156.
5. Reuschenbach B. and Mahler C., *Pflegebezogene Assessmentverfahren: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. 2011, Bern: Hans Huber.
6. Boyd M. A. and *Psychiatric Nursing*. 2008, Lippincott Williams & Wilkins.
7. Gross S. and et al., *Transkulturelle Pflegeanamnese*. http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-undsoziales/integration/downloads/Kultursensible_Pflege_-Doris_Nyfeler_05.PDF 1997. **Access Date 26.1.2011**.
8. Abderhalden C. and Needham I., *Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)*. <http://www.needham-abderhalden.ch/ATL-Herisau.pdf>, n.d. **Access date 26.1.2011**.
9. Abderhalden C., *Gibt es ein "Pflegemodell Abderhalden"? Was sagt Abderhalden selbst dazu?* *Psych Pflege heute*, 1999. **5(3)**: p. 176-178.
10. Stefan H., et al., *POP Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele - Massnahmen*. 2009, Wien: Springer-Verlag.
11. Townsend M.C., *Pflegediagnosen und Massnahmen für die psychiatrische Pflege*. 2000, Bern: Hans Huber.
12. Carpenito-Moyet L.J., *Nursing Diagnosis. Application to clinical Practice the Point*, ed. W.K. health. 2008, Lippincott: Williams and Wilkins.

40. Angehörige stärken - Gesundheit fördern; Fachstellen für Angehörige von psychisch Kranken - ein Augenschein in die Schweiz

Thomas Lampert

Hintergrund

Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind oft über lange Zeit massiven Belastungen ausgesetzt und in Sorge um den erkrankten nahestehenden Menschen. Sie haben dringende Fragen zu Krankheitsbildern, Medikamenten und dem Umgang mit der erkrankten Person. Um in dieser oft monatelangen Stresssituation nicht selber krank zu werden, brauchen Angehörige professionelle Unterstützung.

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, bieten verschiedene Kantone Fachstellen für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung an. Diese eigenständigen Fachstellen haben sich in einem Verbund des Netzwerks Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) zusammengeschlossen, um Beratungen nach einheitlichen Minimal Kriterien anzubieten.

Problemstellung

Es besteht Gefahr, dass Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch das Stigma von psychischen Erkrankungen isoliert und ausgegrenzt werden. Oft steht diesen Menschen keine Anlaufstelle zur Verfügung, insbesondere wenn die Erkrankung (noch) nicht diagnostiziert wurde. Um in ihrer Hilflosigkeit und Ohnmacht nicht selbst krank zu werden, brauchen Angehörige dringend Anlaufstellen und Unterstützung.

Themen

Fachstellen für Angehörige, Minimal Kriterien, Zahlen 2011, Ableitungen für die Forschung.

Ziele

Die Präsentation soll auf bestehende Angebote für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung aufmerksam machen und für die Belastungen der Angehörigen sensibilisieren.

Vorgehen

Impulsreferat mit PowerPoint Präsentation, Diskussion

Schlussfolgerung

Es ist uns ein Anliegen, Angehörige im breiten ihrer Belastungen zu erfassen, ihnen eine Anlaufstelle anzubieten und auf weitere Hilfsangebote hinzuweisen.

Lernziele

Die Teilnehmenden lernen die Möglichkeiten und Strukturen der Angehörigenberatungsstellen kennen.

Die Teilnehmenden setzen sich mit der Abgrenzung der Angehörigenarbeit im Behandlungsprozess und der Fachstellen von Angehörigen auseinander.

Die Teilnehmenden erfassen die Dimension und Bedeutung der psychischen Erkrankung für die Angehörigen.

41. 1:1 Betreuung - Zwischen inhaltlicher Notwendigkeit und psychiatrischem Anachronismus

Michael Löhr, André Nienaber, Bruno Hemkendreis, Michael Schulz

Einleitung

Psychiatrische Pflege in der stationären Psychiatrie ist regelmäßig mit Einzelbetreuungen, 1:1-Betreuungen, Sichtkontrollen, Überwachungen, Sitzwachen usw. konfrontiert. Die Begrifflichkeiten sind weder einheitlich geregelt, noch sind sie durch inhaltliche Konzepte begründet, nicht selten werden diese Maßnahmen als Überwachung interpretiert und genutzt. Damit bekommt die Intervention per Wortstamm einen sichernden Aspekt [1] und ist dann grundsätzlich nicht therapeutischer Natur. Diese Intervention hat damit einen sehr niedrigen Status innerhalb der Hierarchie (psychiatrischer) Interventionen, und sie ist aufgrund der hohen Personalbindungszeit einer der kostenintensivsten Interventionen im psychiatrischen Setting [2]. Die Durchführung liegt in der Regel in der Verantwortung der psychiatrisch Pflegenden. Sie bewegen sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen Sorge und Ordnung. Zwangskontexte implizieren grundsätzlich ethische Konflikte, weil die Entscheidung für oder gegen Zwang jeweils nicht mit einem einzelnen ethischen Prinzip begründet werden kann. Der Respekt vor der Patientenautonomie steht im Konflikt mit der Fürsorgepflicht und der Verpflichtung, Schaden vom Patienten abzuwenden (non-maleficence) [3]. Dieser Beitrag setzt sich mit den vorhandenen Definitionen von Überwachung und Betreuung auseinander und geht der Fragestellung nach, welche Faktoren zu einer Überwachung führen können.

Definitionen enger Betreuungs- und Überwachungssettings

„...Die intensivste Form der Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege ist die kontinuierliche Begleitung (1:1 Betreuung oder Intensivüberwachung). Es handelt sich um eine besonders intensive Form der Zuwendung, die aber auch einen Aspekt von Zwang und Eingriff in die Intimsphäre hat und seitens der Betreuten auch so erlebt werden kann.“ So in der Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ [4, S. 12] definiert.

Die Leitlinie beschreibt ein Kontinuum der Beobachtung von völlig beziehungsloser Beobachtung bis sehr beziehungsintensiver Interaktion [Abb. 1]. Die Pflege wird hier als durchführende Berufsgruppe expliziert. Die Leitlinie nimmt zudem die Empfehlung der WHO aus dem Jahre 2005 auf, dass es während Zwangsmaßnahmen einen aktiven und persönlichen Kontakt mit den Betroffenen geben muss [4]. Dies kann so interpretiert werden, dass bei Zwangsmaßnahmen eine Beobachtung im rein technokratischen Sinne nicht ausreicht. Die Beziehung zum Patienten muss aktiv gestaltet werden.

Eine einheitliche Definition der divergenten Benennungen von Interventionen mit hohen Personalbindungszeiten („Überwachungen“, „Observationen“ oder „Betreuungen“), ist national noch nicht ausreichend geschehen. Aufgrund der fehlenden Definition sind die Ausführungen und Ausführungsbestimmungen für 1:1 Betreuungen von Klinik zu Klinik und häufig auch innerhalb der Kliniken unterschiedlich [5]. Es existieren internationale Definitionen zur Überwachung psychiatrischer Patienten. Zur Vermeidung sprachlicher Verwirrung wird im Folgenden der englischsprachige Begriff „observation“ mit dem deutschen Begriff der Überwachung übersetzt.

Die NICE Guideline zum Umgang mit Aggression und Gewalt in der Psychiatrie bezeichnet die Überwachung von Patienten als „special observation (SO)“. Diese beinhaltet die spezielle Überwachung akut verhaltensgestörter Patienten zur Verhinderung selbstverletzenden Verhaltens, des Negierens von Stationsregeln und des Verlassens der Station. SO wird als eine Möglichkeit für vermehrte Betreuung zur Schadensverhinderung in den be-

schriebenen Krisen gesehen. Die Definition der SO geht auf Jones et al. [6] zurück, die diese in 2 Stufen unterteilten. Die erste Stufe (Level 1) beinhaltet die „constant observation“ (konstante Überwachung). Menschen sind in direkter Griffweite und stehen ununterbrochen unter Sichtkontakt. Die zweite Stufe (Level 2) wird als „close observation“ (sehr nahe Überwachung) bezeichnet [6]. SO liegt vom Aufwand über der für alle Patienten üblichen Zuwendung [5]. Die NICE Guideline unterscheidet zwei Formen der SO, intermittierende und konstante SO.

Bei der intermittierenden SO werden Patienten zu definierten Intervallen aufgesucht. Konstante SO beinhaltet die SO in Sichtweite (kontinuierliche visuelle Überwachung des Patienten, mit einer räumlichen Distanz) und die SO in Armlänge (direkte und unmittelbare Überwachung ohne räumliche Distanz) [7]. Die „formal observation (FO)“ ist ein weiterer Definitionsversuch, der einen Überbegriff für enger beschreibende Formen der Überwachung herstellen soll. Unter FO werden routinemäßigem engmaschige Überwachungen sowie Intervalle von 15 oder 30 Minutenkontakten verstanden [8].

Überwachungsgründe

In Deutschland definiert die Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ Überwachungsgründe: „*Werden besondere Risiken wie Suizidalität, Gefahr der Selbstverletzung oder Gefahr der Gewalttätigkeit gegenüber anderen vermutet,*“ [4; S.12]. Die genannten Aspekte finden sich auch in der internationalen Literatur wieder. So stellten Bowers et al. [9] fest, dass die meisten Überwachungen aus folgenden Gründen stattfinden:

- Reduktion des Risikos selbstverletzenden Verhaltens
- Reduktion des Suizidrisikos
- Prävention aggressiven Verhaltens
- Fluchtgefahr

Moore et al. untersuchten Gründe für konstante Überwachungsmaßnahmen in somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern. Sie identifizierten folgende Faktoren: Aggressives Verhalten gegenüber anderen, selbstverletzendes Verhalten, Anzeichen von Suizidalität, aktuelle Suizidalität, Suizidversuche, Patienten in mechanischen Fixiersituationen, agitierte Patienten [10]. Je nach Autor und Studiendesgin ist die Liste der Gründe noch zu erweitern [7]. Die unterschiedlichen Faktoren wurden in verschiedenen Studien durch Multivarianz- und Regressionsanalysen getestet. So konnte z.B. ein Zusammenhang zwischen der konstanten Beobachtung und der Fluchtgefahr gefunden werden, nicht aber zwischen verbaler und physischer Aggression oder selbstverletzendem Verhalten und der Anordnung von Überwachungsmaßnahmen [11]. Andere Autoren fanden Zusammenhänge zwischen der Zunahme von Überwachung und der Schwere von Suizidalität. Gruppen von Patienten, die mit größerer Wahrscheinlichkeit eine intermittierende Überwachung erhielten, waren Patienten, die sich weigerten zu essen oder zu trinken, die eine große Ambivalenz zum Thema Medikamente mitbrachten [7]. Eine Studie auf der Basis klinischer Beurteilung Pflgender ergab, dass aktuelles Patienten-Verhalten mehr Einfluss als anamnestiche Variablen auf die Entscheidungen über die Nutzung der Intervention zu Überwachung hatte. Fremdaggressives und ausagierendes Verhalten waren weniger relevant für die Überwachung als Zurückhaltung und Abgeschlossenheit des Patienten [12].

Fazit

Auch wenn engmaschige Überwachungen von Patienten indiziert sind und Anwendung finden, handelt es sich meist ausschließlich um eine Erhöhung der Betreuungsfrequenz. Eine Überwachungssituation beinhaltet grundsätzlich keine therapeutischen Aspekte und ist in der Praxis häufig mit anderen Maßnahmen wie z. B. der Anwendung von Deeskalationstechniken oder der Gabe von Bedarfsmedikation verbunden. Es liegt an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, diesen Interventionsrahmen mit Fachlichkeit zu füllen. Ob sie den engen Kontaktrahmen für Beziehungsgestaltung und weitere Inter-

ventionen nutzen, bleibt unklar. Zukünftig sollten professionell Pflegende mehr Verantwortung bei der Einschätzung von Ein- und Ausleitung kontaktintensiverer Interventionen übernehmen [1]. Die 1:1-Betreuungen können dann sinnvoll sein, wenn der enge Kontaktrahmen dazu dient, weitere therapeutische und individualisierte Interventionen durchzuführen. Sollte sie aber aus forensischen Aspekten, ohne Beziehungs- und Therapieangebot, der ausschließlichen Überwachung dienen, ist dies einem anachronistischen Verständnis zuzuschreiben.

Literatur

1. Nienaber A., Schulz M., Hemkendreis B., Löhr, M. *Die intensive Überwachung von Patientinnen und Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung – eine systematische Literaturübersicht. Eingereicht im Juli 2012, Psych-Praxis.*
2. Flood C, Bowers L, Parkin D. *Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. Nurs Econ 2008; 26: 325-330, 324*
3. Steinert T. *[Ethical attitudes towards involuntary admission and involuntary treatment of patients with schizophrenia]. Psychiatr Prax 2007; 34 Suppl 2: S186-190*
4. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2010). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Maassnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf. [Stand:10.07.2012]*
5. Horsfall J, Cleary M. *Discourse analysis of an 'observation levels' nursing policy. J Adv Nurs 2000; 32: 1291-1297*
6. Jones J, Ward M, Wellman N et al. *Psychiatric inpatients' experience of nursing observation. A United Kingdom perspective. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2000; 38: 10-20*
7. Stewart D., Bilgin H., Bowers L. (2010) *Special observation in psychiatric hospitals: a literature review Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Section of Mental Health Nursing, Institute of Psychiatry. Internet: http://www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/blob/downloads/locator/_436_LitRevSpecObs.pdf Aufruf am 10.07.2012.*

8. Bowles N., Dodds P., Hackney D., et al. (2002) *Formal observations and engagement: a discussion paper*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 255–260
9. Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000) *Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies*. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 2, pp. 437-444
10. Moore, P., Berman, K., Knight, M., & Devine, J. (1995) *Constant Observation: Implications for nursing practice*. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 33, no. 3, pp. 46-50.
11. Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Nijman, H., & Warren, J. (2007) *Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins Acute Ward Study*. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 53, no. 1, pp. 75-84.
12. Holzworth, R. J. & Wills, C. E. (1999) *Nurses' judgements regarding seclusion and restraint of psychiatric patients; a social judgement analysis*. *Research in Nursing and Health*, vol. 22, no. 3, pp. 189-201.

42. Kollegiale Beratung für Berufsbildnerinnen in der Praxis – Top oder Flop?

Beatrice Loosli Petoun, Verena Aebi Meister

Hintergrund

Die Ausbildung von Auszubildenden in Pflegeberufen geschieht in der Schweiz im dualen System. Die Ausbildungsinstitutionen vermitteln den Auszubildenden die theoretischen Inhalte. An einem sogenannten 3. Lernort, erhalten die Auszubildenden die Gelegenheit in Skillslabs erstmals Fertigkeiten zu üben. Die praktische Ausbildung wird von den Praktikumsbetrieben eigenständig angeboten. Die Bildungsverantwortlichen sind verantwortlich für die inhaltliche Steuerung der praktischen Ausbildung und für die Führung der Berufsbildnerinnen im pädagogischen Bereich. Pro Station übernimmt eine diplomierte Pflegende die Rolle der Berufsbildnerin.

Problemstellung

Die Berufsbildnerin ist als Verantwortliche für die Steuerung des Lernprozesses der Auszubildenden verschiedener Ausbildungsstufen (gemeinsam mit diesen) in vielfältiger Weise gefordert. Beispielsweise können Auszubildende Lernschwierigkeiten zeigen, sich unangepasst verhalten, vom Pflege-team ausgeschlossen werden oder nicht gemäss ihrem Ausbildungsstand eingesetzt werden. Die Aufgabe der Berufsbildnerin ist es, in solchen Situationen klärend einzugreifen. Weiter ist die Berufsbildnerin verantwortlich für die Umsetzung des Ausbildungskonzeptes auf der Station.

Zur Unterstützung der Berufsbildnerinnen fanden bisher vier mal im Jahr Qualitätszirkel statt. Diese wurden durch die Bildungsverantwortliche moderiert. Gerade erfahrene Berufsbildnerinnen fanden diese jedoch häufig wenig hilfreich und langweilig, da sich dadurch, dass neue Berufsbildnerinnen dazukamen, die Themen wiederholten. Der Ablauf der Qualitätszirkel war klar strukturiert und liess wenig Freiraum.

Daher machten es sich die Bildungsverantwortlichen zur Aufgabe ein ansprechendes Angebot zur pädagogischen, fachlichen und organisatorischen Unterstützung der Berufsbildnerinnen zu entwickeln. Die Einführung musste im Rahmen von bereits geplanten Anlässen stattfinden.

Ziel

Einführung eines Gefässes zur pädagogischen, fachlichen und organisatorischen Unterstützung der Berufsbildnerinnen ohne Inanspruchnahme zusätzlicher zeitlicher Ressourcen mit einer hohen Ergebnisqualität.

Vorgehen

September – Oktober 2011

Die Bildungsverantwortlichen überprüften gemeinsam unterschiedliche Beratungsmethoden.

Die Wahl fiel auf die kollegiale Beratung nach Tietze [1]. "Kollegiale Beratung ist ein strukturiertes Beratungsgespräch in einer Gruppe, in dem die Teilnehmer von den übrigen Teilnehmern nach einem feststehenden Ablauf mit verteilten Rollen beraten werden mit dem Ziel, Lösungen für eine konkrete berufliche Schlüsselfrage zu entwickeln [1]." Die kollegiale Beratung bietet eine Vielzahl an Methoden, die Teilnehmenden nehmen unterschiedliche Rollen ein. Die Berufsbildnerinnen können dabei zusätzlich ihre Beratungskompetenz erweitern. Die Methode ist in einem gut verständlichen Taschenbuch ansprechend beschrieben.

November – Dezember 2011

Die Bildungsverantwortlichen erstellten Arbeitshilfsmittel für die Einführung der kollegialen Beratung. Beratungsmethoden und -ablauf wurden auf laminierten Karten kurz beschrieben.

Im Rahmen des Jahresabschlusses fand die Einführung für die Berufsbildnerinnen statt. Die Bildungsverantwortlichen übernahmen die Rollen der Moderatorin, Fallerzählerin und Beraterin. Die Berufsbildnerinnen wurden aufgefordert, die Rolle der Beraterinnen einzunehmen. Jede Phase (Casting,

Spontanbericht, Schlüsselfrage, Methodenwahl, Beratung, Abschluss) wurde zuerst kurz erläutert und dann gleich in einem Rollenspiel durch die Bildungsverantwortlichen und Berufsbildnerinnen angewendet. Dabei wurden drei unterschiedliche Beratungsmethoden (Brainstorming, Kopfstand-Brainstorming, Resonanzrunde) eingeführt.

Den Berufsbildnerinnen wurde aufgezeigt, dass mit der Methode zwei Ziele verfolgt werden, einerseits die Lösung anstehender Probleme in ihrem beruflichen Alltag als Berufsbildnerin, andererseits die Entwicklung der eigenen Beratungskompetenz.

Jede Berufsbildnerin erhielt ein Exemplar des Buches "Kollegiale Beratung"

Ab Februar 2012

Die Kollegiale Beratung findet in zwei Gruppen zu 10-12 teilnehmenden Berufsbildnerinnen statt. Pro Gruppe werden pro Jahr sechs Termine angeboten. Die Teilnahme ist verbindlich an vier Terminen pro Jahr. Eine Bildungsverantwortliche ist jeweils bei der Beratung dabei.

Fortlaufend sollen durch die Bildungsverantwortlichen weitere Beratungsmethoden eingeführt werden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Bisher erleben die Berufsbildnerinnen die kollegiale Beratung als hilfreich. Die bearbeiteten Themen gehen von konkreten Situationen mit Studierenden, bis hin zu Fragen der Arbeitsorganisation und der Rollengestaltung als Berufsbildnerin im Team.

Die Rollenverteilung gestaltete sich zeitweise schwierig, die Berufsbildnerinnen nahmen die Rolle der Moderatorin zögerlich ein und versuchten die Rolle an die anwesende Bildungsverantwortliche zu delegieren.

Als Methode wurde häufig das Brainstorming oder die "guten Ratschläge gewählt". Innerhalb der ersten Beratungen wurden bisher keine neue Methoden eingeführt.

Es fiel auf, dass der Ablauf nicht immer genau eingehalten wurde. Dies führte manchmal zu wenig greifigen Resultaten. Der Beratungsprozess wurde nicht jedesmal ausgewertet.

Nicht alle Berufsbildnerinnen nahmen regelmässig teil. Zu Beginn gab es eine Unklarheit, ob eine Anmeldung zur kollegialen Beratung notwendig ist. Dies wurde geklärt und die Berufsbildnerinnen aufgefordert, sich an- oder abzumelden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der kurzen Einführung fehlte eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Grundlagen zum Beratungsverständnis insbesondere zum Thema Kollegialität und dem Einbringen geeigneter Fälle.

Tietze [1] definiert vier grundlegende Merkmale der Kollegialität:

- die wechselseitige Hilfsbereitschaft der Teilnehmer
- vergleichbares berufliches Tätigkeitsfeld
- die Umkehrbarkeit der Beratungsbeziehung
- die Gleichberechtigung der Gruppenmitglieder

Gerade die zwei letzten Punkte sind durch die Teilnahme einer Bildungsverantwortlichen nicht gewährleistet. Die Bildungsverantwortliche ist in pädagogischen Fragen die Vorgesetzte der Berufsbildnerin und beurteilt deren Leistungen. So können sich Berufsbildnerinnen gehemmt fühlen und unter Umständen ein Thema nicht einbringen. Die übergeordnete Rolle und der dadurch veränderte Fokus muss von den Bildungsverantwortlichen selber gut reflektiert werden. Die Rolle der Bildungsverantwortlichen müsste greifig definiert werden. Vielleicht beschränkt sich der Auftrag der Bildungsverantwortlichen auf Rückmeldungen an die Gruppe zum Verlauf und den Rollen der Beratung und auf das Einführen neuer Beratungsmethoden.

Die Fälle der Fallröhrerinnen sind nicht immer gut geeignet, entsprechen nicht den Kriterien nach Tietze [1]. Dort ist Weiterbildung für die Berufsbildnerinnen angezeigt, zum Beispiel am nächsten Jahresabschluss.

Die Gruppen in der Beratung sind sehr heterogen, einige Berufsbildnerinnen haben jahrelange Erfahrung, andere kommen neu dazu. Dies bleibt eine grosse Herausforderung. Dadurch dass erfahrene Berufsbildnerinnen auch mal in die Rolle der Moderatorin schlüpfen können, ist die Beratung auch für sie eine Bereicherung.

Die Beratungen laufen noch nicht immer gut strukturiert ab. Damit sich das verändert, müssen die einzelnen Beratungssequenzen in der Gruppe ausgewertet werden. Nur so können die Berufsbildnerinnen ihre Kompetenz in der Rolle als Moderatorin erweitern.

Deutlich wird auch, dass drei Methoden zur Beratung nicht genügen. Von den Bildungsverantwortlichen müssen dringend weitere Methoden eingeführt werden.

Die Berufsbildnerinnen nutzen wenig vertraute Methoden selten, und wenn, dann zurückhaltend. Doch könnten mit unbekanntem, kreativen Methoden vielleicht gute Lösungsansätze entwickelt werden.

Das Ziel, eine solche komplexe Methode in einer kurzen Veranstaltung einzuführen und dann fortlaufend mit der Gruppe weiterzuentwickeln ist ambitioniert. Ein Anfang ist gemacht, wenige Grundlagen sind geklärt, aber das Thema wird uns auch weiterhin beschäftigen

Literatur

1. *Tietze, K.(2010) Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam Entwickeln. Reinbeck bei Hamburg. Rohwolt Taschenbuch. 4. Auflage.*

43. Gesunde Mitarbeitende durch herausfordernde Tätigkeiten - ein Pflegeentwicklungsprojekt

Regula Lüthi

Hintergrund

Neben den individuellen Kompetenzen, gesund zu bleiben, spielen strukturelle Rahmenbedingungen einer Institution eine mindestens so wichtige Rolle, um Mitarbeitende gesund zu erhalten. Dabei ist der Faktor 'herausfordernde Tätigkeiten' (Global Workforce Study 2007 - 2008) einer der wichtigsten.

Vorgehen

Als Psychiatrische Institution, die dem 'Swiss Network of Health Promoting Hospitals and Health Services' angehört, haben wir im Rahmen der Pflegeentwicklung Themen ausgewählt, die ALLE diplomierten Pflegefachpersonen Psychiatrie mit dem Faktor der herausfordernden Tätigkeiten beschäftigt. Die stationären und ambulanten Pflgeteams haben aus einem von fünf Themen ihr für sie relevantes Thema ausgesucht und werden es 2012 mit Unterstützung des Pflegemanagements und des pflegwissenschaftlichen Stabs bearbeiten.

Ergebnisse

Im Referat wird von zwei der fünf Themen berichtet. In erster Linie wird vorgestellt, wie die Teams die Themen aufgegriffen haben, wie sie dabei unterstützt wurden und was erste Ergebnisse sind. Die zwei Themen lauten: Umsetzung von Recovery bedeutet Arbeit an der eigenen inneren Haltung / Formulierung neuer Aufgaben von Pflegefachpersonen Psychiatrie in interdisziplinären Teams.

Schlussfolgerungen

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz müssen in die strategische Gesamtausrichtung einer Institution eingebaut werden und bedeuten mehr als gesundheitsförderliche Angebote (wie z.B. Sport, gesunde Ernährung, Absenzenmanagement etc.)

Lernziele

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz der Pflegefachpersonen Psychiatrie werden durch kreative und herausfordernde Tätigkeiten gefördert. Pflegemanagement und Pflegewissenschaft stehen dabei zur Umsetzung in gemeinsamer Verantwortung

44. Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern: Was eignet sich für Gesundheitsförderung und die Erhöhung von Bildungschancen?

Katja Makowsky

Hintergrund

Kinder, die ihren subjektiven Gesundheitszustand positiv einschätzen und keine chronischen Erkrankungen haben, lernen schneller [1]. Die Ergebnisse der KIGGS-Studie zeigen, dass sich Kinder und Jugendliche, die einen Mangel an Unterstützung erfahren auch vielfach in ihrer Gesundheit beeinträchtigt fühlen [2].

Betrachtet man das Vorkommen emotionaler Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten und Probleme mit Gleichaltrigen bei 11 bis 17 Jährigen, werden von 17% in mindestens einem der aufgeführten Bereiche Auffälligkeiten genannt [3]. Die Bedeutung elterlicher psychischer Erkrankungen für die kindliche Gesundheit ist aufgrund eines Mangels an verlässlichen Daten lange Zeit unterschätzt worden [4]. Zusätzlich zu schlechteren Bildungschancen weisen Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko auf, im Laufe ihres Lebens ebenfalls psychisch zu erkranken, das auf genetische und umweltbedingte Faktoren zurückzuführen ist [5]. Bereits seit 1986 ist bekannt, dass Kinder psychisch kranker Eltern seltener im Erwachsenenalter psychische Auffälligkeiten zeigen, wenn sie als Kind eine stabile und gute Bezugsperson hatten [6].

Angaben zur Anzahl der Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Eltern teil zusammenleben, reichen von mindestens 500.000 [7] bis zu 2-3 Millionen Kindern in Deutschland [8, 9]. Ca. 10-30% der Patienten psychiatrischer Kliniken sind Eltern minderjähriger Kinder [10]. Wird über die Jugendhilfe Hilfe zur Erziehung gewährt, liegt bei ca. jeder 10. Familie eine diagnostizierte psychische Erkrankung eines Elternteils vor [11]. Unter anderem vor dem Hintergrund des vermehrten Vorkommens von Kindeswohlgefährdung [12]

bei elterlichen psychischen Erkrankungen, wird eine familien- und kindgerechte psychiatrische Versorgung gefordert [7].

Metzing fasst auf Grundlage ihrer systematischen Literaturanalyse zentrale Wünsche von Kindern, die einen Angehörigen pflegen oder gepflegt haben, zusammen:

- jemanden zum Reden zu haben (kann sowohl eine erwachsene Person als auch ein Kind sein),
- Unterstützung durch Außenstehende zu erhalten,
- medizinische und pflegerische Informationen zu erhalten,
- Anerkennung zu bekommen [13].

Festgestellte Wünsche dieser Kinder werden in aktuellen Versorgungssettings kaum berücksichtigt. Vielmehr greifen Hilfen oft erst dann, wenn die Kinder selbst behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Präventiv ausgerichtete Maßnahmen und Angebote, die erfolgversprechend sind, weil sie sich an der Situation der gesamten Familie orientieren [5], stehen vielfach nicht zur Verfügung oder scheitern an unklaren Kostenzuständigkeiten [7]. Als besonders geeignet gelten Interventionen, die an der natürlichen Lebenswelt der Kinder und Familien ansetzen (Setting-Ansatz) [14]. Die Begleitung der Kinder psychisch kranker Eltern sollte auf eine Reduktion der bestehenden psychosozialen Belastung ausgerichtet sein, individuelle und soziale Schutzfaktoren der Familie stärken und eine normale kindliche Entwicklung fördern [5].

Obwohl sich das Konzept, Kindern in belastenden Lebenslagen eine konstante Bezugsperson in Form eines Paten an die Seite zu stellen, als vorteilhaft erwiesen hat und der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildungschancen seit langem bekannt ist, werden diese Aspekte in bisherigen Angeboten kaum umgesetzt. An dieser Stelle setzt die geplante Evaluation an. So sollen in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund Osnabrück bisherige Angebote im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Erhöhung von Bildungschancen systematisch evaluiert werden.

Fragestellungen

1. Welche Versorgungsangebote bestehen für die Betreuung und Begleitung von Kindern psychisch kranker Eltern? (regional, bundesweit)
2. Wie wirken sich die unterschiedlichen Angebote auf ausgewählte Aspekte von Gesundheit und Bildung aus? / Wodurch können Bildungschancen erhöht werden?
3. Was beeinflusst die Inanspruchnahme und Zufriedenheit der einzelnen Interventionen?
4. Welche Interventionen eignen sich aus der Perspektive exemplarisch einbezogener Lehrer besonders, um Bildungschancen zu erhöhen?

Methode und Material

Systematische Internetrecherchen und ggf. telefonische Nachfragen bilden den ersten Schwerpunkt der geplanten Studie. Orientiert an einem standardisierten Fragebogen bzw. Kriterienkatalog werden auf diese Weise Versorgungsangebote, die die Betreuung psychisch erkrankter Menschen sicherstellen, hinsichtlich ihrer Konzepte zur Einbeziehung von Angehörigen – insbesondere von Kindern – analysiert.

Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten und -methoden. Orientiert an dem Ziel einer Evaluation, die die Effizienz eingesetzter Interventionen im Hinblick auf Gesundheitsförderung (insbesondere Förderung des Wohlbefindens) und die Erhöhung von Bildungschancen hinterfragen soll, werden Erhebungsinstrumente entwickelt, die geeignet sind, Auswirkungen der Interventionen aus der Perspektive der Kinder (und ggf. ihrer Eltern sowie weiterer Bezugspersonen), exemplarisch einbezogener Lehrer und Paten zu erfassen. Dabei sollen sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren zum Einsatz kommen.

Quantitative Verfahren eignen sich beispielsweise, um die Auswirkungen von Gruppenangeboten sowie Betreuungen durch Paten aus der Perspektive der Kinder zu mehreren Zeitpunkten und nach Möglichkeit im Design einer

Interventionsstudie mit Kontroll(warte)gruppe zu erfassen. Qualitative Vorgehensweisen sind z.B. angemessen, um aus der Perspektive exemplarisch einbezogener Lehrer der betreuten Kinder Erfahrungen zu Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankungen auf kindliche Bildungschancen zu erheben.

Erwartete Ergebnisse

Erwartet wird ein detaillierter Einblick in die derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation von Kindern als pflegende Angehörige von psychisch kranken Eltern. Darauf aufbauend sollen bestehende Angebote im Hinblick auf die Verbesserung von Gesundheit und Bildungschancen hinterfragt werden. Übergeordnet werden Empfehlungen aufgestellt, um Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern langfristig bundesweit zu etablieren, die geeignet sind, die Gesundheit der Kinder präventiv zu fördern und hierdurch auch ihre Bildungschancen nachhaltig zu erhöhen.

Diskussion

Gesundheit und Bildungschancen für Kinder hängen maßgeblich von den familiären Lebensverhältnissen ab. Sind Eltern durch einen eingeschränkten Gesundheitszustand zum Beispiel aufgrund einer psychischen Erkrankung zeitweilig nicht in der Lage, die Betreuung ihrer Kinder umfassend sicher zu stellen und ihre Kinder angemessen zu unterstützen, kann sich dies nachteilig auf die seelische Gesundheit und kognitive Verfassung des Kindes, und damit auf die Bildungschancen, auswirken. Eine bundesweite Übersicht zeigt unterschiedliche Angebote für die Begleitung von Kindern als pflegende Angehörige (psychisch) kranker Eltern, die bislang noch nicht wissenschaftlich im Hinblick auf ihre Effizienz evaluiert sind.

Schlussfolgerung

Eine Evaluation bestehender Programme zur Begleitung von Kindern psychisch kranker Eltern steht noch aus. Die Ergebnisse der Evaluation exemplarisch ausgewählter Angebote soll einerseits Möglichkeiten der Evaluation

von Versorgungsangeboten im Bereich der psychiatrischen Versorgung aufzuzeigen und andererseits Grundlagen für eine familienorientierte psychiatrische Versorgungsgestaltung unter besonderer Beachtung der Kinder als pflegende Angehörige liefern.

Literatur

1. Coneus, K., Spieß, K. (2008): *The Intergenerational Transmission of Health in Early Childhood*. ZEW Discussion Paper. Nr. 08-073. Mannheim
2. Seyda, S. (2009): *Der Einfluss der Familie auf die Gesundheit und Bildungslaufbahn von Kindern*. In: *IW-Trends*, 36. Jahrgang, Heft 3/2009. Vierteljahresschrift zur empirischen Sozialforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft. Deutscher Instituts-Verlag. Köln
3. RKI (Hrsg.) (2006): *Erste Ergebnisse der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*.
4. RKI (2004): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland*. In: http://www.rki.de/clin_169/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht.pdf.
5. Abruf: 27.02.2011
6. Mattejat, F., Remschmidt, H. (2008): *Kinder psychisch kranker Eltern*. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Bd. 105. 413-418.
7. Tress, W. (1986): *Die positive frühkindliche Bezugsperson – Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen*. In: *Psychother. med. Psychol.* 36, 51-57
8. Maywald, J. (2009): *Kinder kranker Eltern – Hilfebedarf und Hilfemöglichkeiten bei Kindern und Angehörigen*. In: Bitzer, E. M., Walter, U., Lingner, H., Schwartz, F.-W. (Hrsg.) (2009): *Kindergesundheit stärken*. Springer. Heidelberg. 275-283
9. Remscheid, H., Mattejat, F. (1994): *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychischen Erkrankung*. Hogrefe. Göttingen
10. Lenz, A. (2005): *Kinder psychisch kranker Eltern*. Hogrefe. Göttingen
11. Grube, M., Dorn, S. (2007): *Elternschaft bei psychisch Kranken*. In: *Psychiatrische Praxis*. 34, 66-71
12. Schnapka, M. (2004): *Begrüßung und Eröffnung der Tagung: „Einer ist krank – alle leiden“*. Perspektiven gegen Angst und Überforderung. In: *Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung des LVR*. 25.03.2004. Köln

13. *Stadt Osnabrück, Arbeitskreis Kinderschutz (Hrsg.) (2009): Kinderschutz geht uns alle an. Eine Osnabrücker Arbeitshilfe für den Umgang mit Kindeswohlgefährdung. Broschüre. Osnabrück*
14. *Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. Huber Verlag. Bern.*
15. *Waller, H. (2002): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. Kohlhammer Verlag. Stuttgart*

45. Ruhe inmitten des Sturmes - Kultivierung von Achtsamkeit als Basis (pflege-) therapeutischen Handelns und als Praxis der eigenen Gesundheitsförderung

Gerda Malojer

Seit Ende der 90er Jahre hat sich „Mindfulness“, übersetzt mit „Achtsamkeit“, als ein Verfahren in der Psychotherapie etabliert. Inzwischen spricht man von einem neuen Achtsamkeits-Paradigma: das Interesse in der Psychotherapie an den Erfahrungen und am Umgang mit Erfahrungen, als die „Dritte Welle der Verhaltenstherapie“. Menschen befreien sich von Erwartungen, die nicht mehr erfüllbar sind, von Bewertungen und Emotionen, die ihnen den Blick auf die Wirklichkeit und sich selbst verstellen, von Plänen und Verpflichtungen, die sie fesseln, von Bindungen, die sie nicht brauchen, von unproduktiven Gedanken. Sie finden heraus, dass alle ihre Gefühle und Wünsche ungefährlich und in Ordnung sind, einfach weil sie keine Handlungen sind, sondern eben Gefühle und Wünsche. Sie fühlen, dass es oft genügt, einfach da zu sein. Sie entdecken, dass jede gegenwärtige Situation neue und unerwartete Aspekte hat und dass sie dann, wenn diese Aspekte belastend und schrecklich sind, darauf vertrauen können, dass sie sich auch verändern, wenn sie nicht eingreifen. Sie sehen, dass sie sich und anderen das Leben unnötig schwer machen, und dass sie dann erschöpft sind, wenn es darauf ankommt, Entscheidungen zu treffen und zu handeln. Das Erlebnis freier zu sein, geht mit dem Erlebnis einher, in der Gegenwart angekommen zu sein und dort bleiben zu können – etwas länger, etwas leichter wenigstens, jedenfalls lange und leicht genug, um ein anderes Lebensgefühl zu spüren [1].

Aber Achtsamkeit ist kein abgehobenes psychotherapeutisches Konzept. Jeder individuelle Recovery-Prozess beruht auf dem „Prinzip Annahme“. Knuf [2] betont wie wichtig es ist den Kampf gegen die eigene Erkrankung aufzugeben, sich mit Einschränkungen auszusöhnen und nicht länger je-

mand anderer sein zu wollen, als der, der man nun einmal ist. Ohne Anerkennung der Gegenwart ist keine Veränderung möglich. Dabei darf Annahme nicht mit Resignation verwechselt werden.

Achtsamkeit ist allerdings nicht eine blosse Therapietechnik. Achtsamkeit als Basis therapeutischen Handelns stellt auch ein solidarisches hierarchien- und autoritätsabschwächendes Konzept dar: Therapeuten wie Patienten sind Übende, die in der Übung immer wieder Begrenzungen und Scheitern erfahren und dennoch unermüdlich auf dem Weg sind [3].

Achtsamkeit hat sich mit den Arbeiten von Kabat-Zinn [4] auch als Bewältigungsmöglichkeit von chronisch aversiver emotionaler und psychophysiologischer Belastung bewährt und ist somit ein Weg der Burn-out Prophylaxe.

Literatur

1. Huppertz M.: *Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart*, 2009, Junfermann: Paderborn
2. Knuf A.: *Das „Prinzip Annahme“*, *Psych Pflege*, 2010, 16: 241-247, Thieme: Stuttgart, New York
3. Zarbock G., Ammann A., Ringer S.: *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*, 2012, Beltz: Weinheim, Basel
4. Kabat-Zinn J.: *Gesund durch Meditation*, 2011, Knauer: München

46. Aggression betrifft uns – Psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen im Umgang mit Patientenaggression

Michael Mayer

Einleitung

In psychiatrischen Akutstationen ist das Risiko, mit Aggression oder Gewalt von Patienten konfrontiert zu werden hoch. Die psychiatrische Pflege ist ein Risikoberuf. Nach der Polizei sind psychiatrisch Pflegende die Berufsgruppe, die in ihrer Arbeit am häufigsten mit aggressivem Verhalten konfrontiert wird [1]. Mitunter kann es dabei sogar zu körperlichen Verletzungen kommen. Diese sind meist sichtbar. Wie aber sieht es mit den psychischen Folgen dieser Konfrontation mit Aggression und Gewalt aus? Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Konfrontation mit Aggression und Gewalt zu nicht unerheblichen psychischen Belastungen führen kann [6, 9]. Allerdings werden die psychischen Beeinträchtigungen von den Kollegen und Vorgesetzten oft nicht erkannt, obwohl sie häufiger sind als die körperlichen Verletzungen [9]. Möglicherweise sind die Kollegen für eine erfolgreiche Bewältigung der psychischen Belastungen aber eine wichtige Ressource.

Fragestellung

Können Ressourcen, wie soziale Unterstützung und Angstkontrolle, die psychische Belastung durch Patientenaggression abpuffern oder direkt reduzieren?

Methode

Für die Untersuchung konnten 62 Pflegepersonen in einer psychiatrischen Klinik befragt werden. Der dazu erstellte Fragebogen verwendete folgende Instrumente:

- VAQ - Violence Aggression Questionnaire, Fragebogen zur Erfassung von Aggression und Gewalt in der stationären Pflege [2]

- SALSA - Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse [10] mit den Subskalen zur sozialen Unterstützung
- ACQ-R - Angst-Kontroll-Fragebogen [4], eine deutsche Kurzform des Anxiety Control Questionnaire [8]
- MBI-D - Maslach Burnout Inventory - Deutsche Fassung [3]
- Fragenbogen Irritation [5]

Außerdem wurden soziografische Daten erhoben.

Ergebnisse und Diskussion

Verbale Aggression ist die Aggressionsform mit der Pflegende am häufigsten konfrontiert werden. Dies konnte auch in anderen Studien bereits bestätigt werden [z.B. 7]. Interessanterweise nehmen Teilnehmer an einem Deeskalationstraining verbale Aggression sogar häufiger wahr als nicht Nicht-Teilnehmer. Möglicherweise führt das Deeskalationstraining zu einer Sensibilisierung der Wahrnehmung für verbal aggressives Verhalten, was ein durchaus gewünschter Effekt für ein solches Training wäre.

Die psychischen Beeinträchtigungen sind in der unersuchten Gruppe im Mittel eher gering ausgeprägt. Die stärksten Zusammenhänge mit Patientenaggression zeigen sich für Burnout, wobei verbale Aggression eher mit Distanzierung von Patienten zusammenhängt, während emotionale Erschöpfung mit fast allen Formen von Aggressionen zusammenhängt.

Soziale Unterstützung könnte psychische Beeinträchtigung abpuffern. Für das Burnout-Phänomen „emotionale Erschöpfung“ lies sich der erwartete signifikant negative Zusammenhang mit mitarbeiterorientiertem Vorgesetztenverhalten und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte nachweisen. Aber auch für das Stressphänomen „Irritation“ besteht ein signifikant negativer Zusammenhang mit sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte. Außerdem gibt es auch in der vorliegenden Arbeit Hinweise darauf, dass die Unterstützung innerhalb der Arbeit wichtiger ist, als soziale Unterstützung aus dem privaten Bereich [vgl. auch 11]. Insbesondere die Unterstützung durch Vorgesetzte scheint wichtig zu sein.

Leider sind aufgrund des Querschnittsdesigns der Untersuchung keine kausalen Interpretationen möglich. Der geringe Stichprobenumfang führte außerdem zu einer Einschränkung der statistischen Auswertungsmöglichkeiten.

Schlussfolgerung

Die Konfrontation mit aggressivem Patientenverhalten kann zu psychischen Beeinträchtigungen bei den Pflegenden in psychiatrischen Stationen führen. Ein unterstützendes Verhalten von Vorgesetzten könnte eine wichtige Ressource sein, um die psychischen Beeinträchtigungen abzuf puffern. Die Führungskräfte sind dafür zu sensibilisieren.

Literatur

1. Beech, B., & Leather, P. (2006). *Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models*. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27–43.
2. Büssing, A., & Perrar, K.-M. (1992). *Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D)*. *Diagnostica*, 38(4), 328–353.
3. Büssing, A., & Höge, T. (2004). *Aggression and Violence Against Home Care Workers*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 206–219.
4. Hoyer, J., Helbig, S., & Margraf, J. (2005). *Diagnostik der Angststörungen*. Göttingen: Hogrefe.
5. Mohr, G., Rigotti, T., & Müller, A. (2005). *Irritation-ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen-und Itemparameter aus 15 Studien*. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie A&O*, 49(1), 44–48.
6. Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). *Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (3), 283–296.
7. Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., & Jansen, G. (2005). *Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression*. *Aggressive Behavior*, 31(3), 217–227. doi:10.1002/ab.20038
8. Rapee, R. (1997). *Perceived threat and perceived control as predictors of the degree of fear in physical and social situations*. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 455–461.
9. Richter, D., & Berger, K. (2009). *Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter*. *Der Nervenarzt*, 80 (1), 68–73.

10. Rimann, M., & Udris, I. (1997). *Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SAL-SA*. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten : ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik, Organisation* (S. 281–298). Zürich: vdf Hochschulverl. an der ETH Zürich.
11. Schat, A. C. H., & Kelloway, E. K. (2005). *Workplace Aggression*. In J. Barling, K. E. Kelloway, & M. R. Frone (Hrsg.), *Handbook of work stress* (S. 189–218). Thousand Oaks Calif.: SAGE Publications.

47. Integrierte Versorgung auf der Modellstation F1 (nach dem Grundsatz ambulant vor teilstationär vor stationär)

Sandra Meier, Nicole Klaey

Hintergrund

In der Gesundheitsplanung für psychisch kranke Menschen hat in den letzten Jahrzehnten die personenzentrierte Betrachtung von Behandlungsmöglichkeiten an Bedeutung gewonnen. Ausgangspunkt dieser Betrachtung sind Behandlungserfordernisse für den Patienten, ohne dass damit schon eine institutionelle Festlegung erfolgt. Bei der institutionellen Umsetzung von Behandlungsangeboten steht im Vordergrund, den Betroffenen ohne Einbusse medizinischer Qualität in der Versorgung die größtmögliche Autonomie mit möglichst wenigen Einschränkungen zum normalen Lebensbezug zu ermöglichen. Eine stationäre Aufnahme wird diesem Grundsatz häufig in mehrerer Hinsicht nicht gerecht: Einerseits werden Autonomie und Freiheit der Betroffenen wesentlich eingeschränkt sowie der Lebensbezug unnötig geschwächt. Andererseits ist die stationäre Unterbringung die teuerste Versorgungsform, ohne dass zwangsläufig daraus eine bessere medizinische Versorgungsqualität resultieren würde [1].

Ende 2010 hat sich die Zahl der stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken in der Schweiz verdoppelt. Gleichzeitig ist die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer im Kanton Zürich von 46.7 Tagen (1996) auf 29 Tage (2006) gesunken [2].

Problemstellung

Die psychiatrische Behandlung von Patienten erfolgt im stationären, teilstationären und im ambulanten Setting. Hierbei sind diese räumlich, inhaltlich und personell klar voneinander getrennt.

Häufig stellt ein Wechsel des Settings für den Patienten eine grosse Schwierigkeit dar. Dies bedeutet für den Patienten ein gewohntes und sicheres

Umfeld zu verlassen und sich zusätzlich auf Veränderungen einzulassen. Der Wechsel des Settings beinhaltet, neben der räumlichen Veränderung auch die des Behandlungsteams. Als Folge des Wechsels müssen Beziehungen zum Behandlungsteam neu aufgebaut und Behandlungsaufträge gegebenenfalls definiert werden; die Behandlungsdauer verlängert sich. Diese verschiedenen Aspekte beinhalten implizit die sich ergebende Problemstellung des erneuten Vertrauensaufbaus zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam.

Ein optimaler Informationsfluss zwischen den verschiedenen Behandlungsteams in den unterschiedlichen Settings ist schwierig herzustellen. Einzelne Faktoren in der Beziehungsgestaltung können nur schwierig übermittelt werden und sind durch andere Personen nur partiell umsetzbar.

Um diesen verschiedenen Problemstellungen lösungsorientiert gerecht zu werden, wurde die Modellstation F1 mit dem integrierten Versorgungsauftrag konzipiert und umgesetzt.

Ziele

Auftrag

Die Modellstation F1 dient als ambulanter, teilstationärer und stationärer Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsort für Menschen mit allen psychischen Störungen. Das integrierte Versorgungsmodell verhindert stationäre Hospitalisationen; dies durch die Möglichkeit Patienten teilstationär oder ambulant zu betreuen. Die Verweildauer in psychiatrischen Kliniken wird durch eine teilstationäre und ambulante Betreuung verkürzt. Die Behandlung erfolgt ressourcenorientiert und nach dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“. Die verschiedenen Behandlungsangebote werden flexibel basierend auf den Patientenbedürfnissen eingesetzt [1].

Zielgruppe

In der „Integrierten Versorgungsstruktur“ werden 18- bis 65-jährige Menschen aus dem ganzen Spektrum der psychiatrischen Diagnosen behandelt,

die an einer akuten psychiatrischen Krankheit leiden und absprachefähig sind.

Vorgehen

Aufnahme

Aufnahmen erfolgen nach ärztlicher Zuweisung hausintern, von anderen Institutionen oder durch den Patienten selbst, sofern die Ein- bzw. Ausschlusskriterien erfüllt sind. Bei der Aufnahme des Patienten wird das Behandlungssetting festgelegt.

Das Aufnahmekriterium stellt die Absprachefähigkeit (therapeutische Vereinbarungen einhalten) des Patienten dar.

Behandlung

Das Behandlungsangebot folgt einem bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz. Für jeden Patienten wird bei Eintritt ein individuelles Behandlungsangebot zusammengestellt. Standardelemente sind ärztliche Gespräche, medikamentöse Behandlung und Bezugspflege. Fakultativ werden weitere Behandlungsangebote für jeden einzelnen Patienten zusammengestellt.

Behandlungsangebot

Nachfolgende Behandlungsangebote bietet der integrierte Versorgungsauftrag:

- Einzel- und Gruppengespräche
- Psychiatrische Diagnostik
- Psychotherapie
- Psychopharmakotherapie
- Psychoedukation
- Skillsgruppe
- Gruppen zu den Themen Wohnen und Freizeit
- Schlafschulung

- Genussgruppe
- Soziales Training
- Kochgruppen
- Ergotherapie
- diverse Alltagsgesprächsgruppen
- Tanz- und Bewegungstherapie
- Musiktherapiegruppe

Unabhängig vom Setting werden Gruppenangebote von allen Patienten, gemäß ihrem Behandlungsbedarf, besucht. Dem Bedarf steht ein funktionaler Ansatz zu Grunde, der sich an den konkreten Funktionseinschränkungen der Patienten orientiert und nicht vorwiegend an den psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10.

Behandlungsziele

Ziele der Behandlung auf der Modellstation F1 sind eine wirksame und umfassende medizinisch-psychiatrische Behandlung. Dies beinhaltet:

- Bewältigung der aktuell belastenden Lebenssituation
- Stabilisierung, Besserung oder Symptombefreiheit
- Erhaltung und Stärkung vorhandener Fähigkeiten und sozialer Kontakte
- Förderung und Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Erlernen von Copingstrategien
- Befähigung zum selbständigen adäquaten Krankheitsmanagement

Weiterbehandlung

Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Zustandsbild des Patienten. Sollte sich die akute Krise, welche zum Eintritt führte, entaktualisiert haben, trotzdem eine intensivere Weiterbetreuung erforderlich sein, können die bestehenden Angebote des integrierten Versorgungsauftrages genutzt werden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Mit dem integrierten Versorgungsauftrag wird ein innovativer Ansatz in der psychiatrischen Behandlung verfolgt. Die **Ressourcen- und Personenorientierung** in der Begleitung der Patienten ist das Kernelement der integrierten Versorgung.

Im Sinne der Personenorientierung wird sowohl von den Patienten als auch von den fallführenden (Bezugsperson/Assistenzarzt) die Kontinuität gelebt. Dies meint zum einen die Kontinuität in der Behandlung, bei einem Wechsel der Behandlungsmodalität (stationär – teilstationär – ambulant) ändert sich für den Patienten das Behandlungsteam nicht. Zum anderen ist die Kontinuität in der Beziehungsgestaltung durch das Behandlungsteam ein wesentliches Merkmal der Personenorientierung. Die Fallführenden müssen die Patienten in den verschiedenen Settings konstant einschätzen und gegebenenfalls intervenieren. Dies fordert eine professionelle Beziehungsgestaltung.

In den Gruppenangeboten findet der Lernprozess sowohl über den Inhalt wie auch über Erfahrung von „erfahrenen“ Mitpatienten statt. Darum besuchen Patienten aus allen Settings, in unterschiedlichen Krankheitsphasen, die gleichen Gruppenangebote; dies im Sinn der Ressourcenorientierung.

Die Fallverantwortung wird durch die Pflegenden durch das Bezugspersonensystem wahrgenommen. Die Behandlung in drei Settings fordert, dass die Bezugsperson immer den Behandlungsprozess im Fokus hat und permanent gewährleistet. Anforderungen wie Flexibilität und Verantwortung werden in neuen Dimensionen, seitens des Patienten und der Fallführenden, wahrgenommen.

Die Bezugsperson arbeitet therapeutisch. Dies ist eine ausgewiesene Kompetenz, der die Pflegeperson gerecht werden muss. Diese Kompetenz stellt einerseits eine enorme Herausforderung dar und ist andererseits der hohe Motivator, um sich im integrierten Versorgungsauftrag zu professionalisieren.

Dieses professionelle Arbeiten ist in sich sinngebend und bindet dadurch die Pflegefachpersonen an ihren Arbeitsort.

Diskussion / Schlussfolgerung

Das tagesklinische Setting der Modellstation F1 hat im Vergleich zu anderen Tageskliniken im Kanton Zürich signifikant weniger Abwesenheiten. Auch Pflegemitarbeiter weisen weniger Absenzen auf und die Personalfuktuation ist im Vergleich zu anderen Stationen deutlich geringer. Gründe dafür könnten in der empfundenen sinngebenden Arbeit sowie in der Verantwortung durch die Fallführung liegen. Die persönliche Identifikation mit dem Modell könnte ebenfalls motivierend einwirken.

Der integrierte Versorgungsauftrag fordert die Flexibilität in den drei Settings. Dies hat zur Folge, dass die Transparenz der Fallführenden gegenüber dem Patient und dem Behandlungsteam erhöht ist. Dies zeigt sich in der Interdisziplinärität, sowohl in den Schnittstellen als auch in der therapeutischen Arbeit. Damit wird der Komplexität der einzelnen Patientensituation am besten begegnet und das professionelle Handeln entwickelt sich ständig weiter. Um das Behandlungsteam in der Entwicklung zu unterstützen, müssen diese Kompetenzen durch gezielte interdisziplinäre Schulungen vertieft werden.

Das integrierte Versorgungsmodell stellt einen innovativen, sinnvollen und mondänen Weg der psychiatrischen Versorgung dar, welchen sowohl Patienten als auch das Behandlungsteam gehen und bereits gegangen sind. Dieser Weg wird gemeinsam konstant und beharrlich weiter gegangen, konsolidiert, gefestigt und ausgebaut; nach dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“.

Literatur

1. *Rössler, W. (2008) Offene Akutstation F1 mit integriertem teilstationärem und ambulantem Angebot, Konzept, klinikinternes Dokument.*
2. *Theodoridou, A., Heidebrunn, S. (2010) Konzept Integrierte Versorgung „F1“ ambulanter – teilstationärer – stationärer Bereich, klinikinternes Dokument.*

48. Burnout-Prävention bei psychiatrischen Pflegefachpersonen

Silvia Muff, Manuela Grieser

Hintergrund

1974 stellte der New Yorker Psychoanalytiker H. J. Freudenberger bei Ärzten ein inneres Ausbrennen fest, welches er „Burn-out“ nannte [1]. Burnout bedeutet „ausgebrannt“ sein (Burn = brennen, out = aus). Burnout ist keine Diagnose, sondern nach der Definition von Maslach ein Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung mit unterschiedlichen Symptomen [2]. Die Zusammenhänge sind unter anderem langfristige emotionale Überbelastungen am Arbeitsplatz und der Verlust der Sinnhaftigkeit bei der Ausführung der Tätigkeit. Zahlreiche Untersuchungen weisen nach, dass Pflegefachpersonen von Notfallstationen und Intensivstationen eine erhöhte Burnoutgefahr aufweisen [3].

Dass Burnout bei psychiatrischen Pflegefachpersonen ein Gesundheitsproblem darstellen kann wurde in Untersuchungen nachgewiesen [3-5]. Ich arbeite seit 35 Jahren als Leitung in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel auf einer Depressionsabteilung. Gerade auf Depressionsabteilungen, wo es häufig zu Übertragungs- und Gegenübertragungspänomen kommt, scheint mir ein Burnout – Risiko gegeben. Aus diesem Grund ist es mein Ziel, eine Ist-Analyse bezüglich Burnoutgefahr bei Pflegefachpersonen auf meiner Station durchzuführen.

Problemstellung

- 1) Besteht bei den Pflegenden auf der Depressionsabteilung der UPK Basel eine akute Burnout - Gefahr?
- 2) Welche Maßnahmen können Burnout vorbeugen?

Zielsetzung

Es soll ein Ist-Zustand der Burnoutgefahr beim Personal der Depressionsabteilung der UPK Basel erhoben werden. Es sollen Maßnahmen zur Burnout Prävention definiert werden, welche in der Praxis Umsetzung finden.

Methode

- 1) Es wurde eine schriftlicher Befragung mit dem Maslach-Burnout-Inventory MBI-D [6] auf der Depressionsabteilung der UPK Basel durchgeführt. Das MBI ist ein validiertes Instrument. Es erfasst die Komponenten emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Erfüllung. Die statistische Auswertung wurde in Form von Mittelwertvergleichen vorgenommen.
- 2) Ein selbstentwickelter Fragebogen mit 30 Items wurde verteilt. Dieser enthielt Fragen zum Gesundheitszustand, Beziehung zu Vorgesetzten, Teambeziehung und Organisationsstrukturen.

Zu 1) und 2): Die Abteilung für affektive Störungen der UPK Basel hat 12 Personen Stammpersonal. Es wurden 12 Fragebögen verteilt. Der Rücklauf lag bei 100%. Die Befragung wurde im März 2011 anonymisiert durchgeführt. Vorab wurden die Pflegefachpersonen über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert und die Genehmigung der Spitalleitung eingeholt.

- 3) Es wurde eine Literaturrecherche vorgenommen. Die Ergebnisse wurden zusammenfassend dargestellt.

Ergebnisse

Besteht bei den Pflegenden auf der Depressionsabteilung der UPK Basel eine akute Burnout - Gefahr?

MBI: 12 der 12 Fragebogen konnten ausgewertet werden. Alle Befragten liegen mit einem Mittelwert (MW) von unter 3 im „gesunden“ Bereich; Eine

Burnout Gefährdung liegt nicht vor. Betrachtet man die 3 Subskalen einzeln, so lassen sich folgende Aussagen treffen:

Emotionale Erschöpfung: Zwei der Befragten liegen mit ihren Angaben im mittleren Bereich (19-26), die restlichen acht im tiefen Bereich (<19). Der MW = 15.7.

Dehumanisierung: Zwei der Befragten liegen mit ihren Angaben im mittleren Bereich (6-9), acht sind im tiefen Bereich (<6). Der MW = 4.3.

Persönliche Befriedigung: Alle 10 Befragten liegen mit ihren Angaben im hohen Bereich (<34). Der MW = 17.7. Das heißt, sie weisen eine hohe persönliche Befriedigung auf.

Selbstentwickelter Fragebogen:

Es herrscht eine große Übereinstimmung in der Beantwortung der Fragen. Nicht ganz einig sind sich die Pflegenden nur bei drei Fragen:

1. „Ich habe das Gefühl, früher fitter gewesen zu sein“
2. „wenn das Team nicht wäre, würde ich die Arbeit nicht aushalten“
3. „Ich schätze die interdisziplinäre Zusammenarbeit“

Welche Maßnahmen können Burnout vorbeugen?

Zuerst soll die Frage auf der persönlichen Ebene betrachtet werden.

Für das Pflegepersonal gibt Burisch [7] folgende Empfehlung:

- 4) Die Situation analysieren und nicht verleugnen: (Wo ist mein Anteil bezüglich der Burnout Entwicklung? Wo habe ich zu wenig Abgrenzung? Wo überfordere ich mich? Gibt es Umweltfaktoren die mich belasten? Bei welchen kann ich etwas verändern?)
- 5) Freiräume müssen in Arbeit und Freizeit geschaffen werden.
- 6) Durch Kreativität die Probleme zu lösen, bedeutet die Arbeitssituation so zu erleichtern, dass die Motivation und die Freude am Beruf wieder entflammen.
- 7) Die Psychohygiene hat bei Burnout noch einen höheren Stellenwert und sollte beachtet und ernst genommen werden.

- 8) Bei der Arbeit sollten die Routinearbeiten reduziert oder umverteilt werden.
- 9) Fort- und Weiterbildungen sollten nicht nur ein Muss sein sondern auch Spaß machen. Die vorhandenen Angebote der Abteilung sollten genutzt werden zum Beispiel Supervision, Fallvorstellung und Teamsitzungen.
- 10) Gewisse Charaktereigenschaften sind hilfreich wie zum Beispiel Gelassenheit, oder etwas annehmen und akzeptieren können so wie es ist.
- 11) Sich nicht für alles verantwortlich fühlen. Gewisse Einstellungen müssen verändert werden zum Beispiel, dass die Pflege nur so viel pflegen kann wie der Patient es zulässt.
- 12) Eigene Charaktereigenschaften, die Burnout begünstigen sollten verändert werden, zu diesen gehören: Ziele nicht zu hoch stecken, mehr emotionale Distanz zu Patienten, den Idealismus verringern wie auch die Überidentifizierung mit der Arbeit sinken lassen.

Im Folgenden wird das Phänomen auf Einflussfaktoren hin betrachtet.

Die **Führung** sollte die Fähigkeit sowie die Bereitschaft haben, sich mit ihrem eigenen Führungsstil auseinander zu setzen, sowie den Mitarbeitern die Möglichkeit für Rückmeldungen geben [8].

Zum Aufgabenbereich der Führung gehört ein wichtiges Instrument: Die Planung. Die Planung sollte so gestaltet sein, dass niemand zu lange am Stück arbeiten muss, der Dienstschluss eingehalten wird, zusätzliche für den Mitarbeitenden wichtige Freitage gewährt sind und im Dienstplan Vereine oder Kurse berücksichtigt werden. Der Vorgesetzte sollte immer wieder persönlichen Kontakt mit seinen Mitarbeitenden aufnehmen (Wertschätzung).

Nicht jeder Tag muss mit dem gleichen Arbeitspensum ausgeführt werden (Prioritätensetzung).

Es müssen **Ressourcen** identifiziert werden. Drei Bereiche für Ressourcen werden benannt: Arbeit, Privatleben und Persönlichkeit.

Bei der *Arbeit* sollte auf folgende Punkte geachtet werden:

- Wie viel Arbeitsbelastung habe ich?
- Wie ist die Art der *Arbeit* (Teamkonstellation, Klienten-Kontakt, Beeinflussbarkeit, intellektuelle Anregungen)?
- Wie sind die ergonomischen Verhältnisse (Platz, Licht, Geruch)?
- In welcher Beziehung stehe ich zu den Kollegen (Rollenklarheit)?
- Welche Unternehmungskultur wird gelebt?
- Welche persönlichen und fachlichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten habe ich?
- Welche materiellen Ressourcen gibt es am Arbeitsplatz für mich?

Im *Privatleben* sind folgende Punkte maßgebend:

- Was habe ich für einen Lebensplan (Familie, Partnerschaft, Hobbys)?
- Welche Gesprächspartner, Freundschaften habe ich?
- Welche Aufgaben sind mir sonst noch wichtig z.B. Wohnung, Haus, Verein, Politik?

Bei der *Persönlichkeit* sollte auf Folgendes geachtet werden:

- kenne ich, und nehme ich meine Grenzen wahr?
- Lebe ich meine eignen Bedürfnisse?
- Wie sieht mein Selbstvertrauen aus?
- Wie kommuniziere ich?
- Wie ist meine Konfliktfähigkeit?
- Wie ist meine innere Autonomie?
- Was habe ich für eine Lebensphilosophie, Sinnhaftigkeit?
- Wie gehe ich mit Ungewissheit um?
- Wie ist mein Gesundheitsverhalten, sowie welche Wertorientierung habe ich?

Stress spielt bei Burnout eine wichtige Rolle. Der krankmachende negative Stress hat auf die Psyche und den Körper Auswirkungen. Es wird angenommen, dass Burnout Patienten neurobiologische Symptome einer entgleisten

neuroendokrinen Stressregulation aufweisen können. Stress mobilisiert unser Alarmsystem im Gehirn durch hormonelle Ausschüttungen [9].

Bei der Psychohygiene sollte auf folgendes geachtet werden: Auf das Selbstbild, sich bewusst ablenken, nicht einfach herunterschlucken, Sich immer wieder einen Neuanfang zutrauen, Entspannung suchen, sowie umsetzen.

Diskussion und Schlussfolgerung

In den UPK Basel auf der Abteilung für affektive Störungen besteht derzeit keine akute Burnout-Gefahr bei den Pflegefachpersonen. Es ist trotzdem wichtig als Leitung auf dieses Thema sensibilisiert zu sein. Es könnte ein Katalog von präventiven Interventionen entwickelt werden, welche Burnout entgegenwirken. Erste Erkenntnisse über die Umsetzung dieser Präventionsmassnahmen können beschrieben werden.

Literatur

1. *Burisch M., Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 2006, Berlin: Springer.*
2. *Maslach C. and Jackson S. E., Burnout – The Cost of Caring. 1982, New York, Prentice Hall: Englewood Cliffs.*
3. *von Klitzing W. and von Klitzing K., Psychische Belastungen in der*
4. *Krankenpflege. 1995, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.*
5. *Messenzehl M., et al., Burn-out bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken Psychiatrie Praxis [elektronische Version], 2007. 34: p. 151 – 152.*
6. *Dondalski J., Zur Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege. Psychiatrie Pflege [elektronische Version], 2003. 9: p. 192 -197.*
7. *Maslach C. and Jackson S. E., Maslach Burnout Inventory: Second edition.. 1986, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.*
8. *Burisch M., Das Burnout – Syndrom; Theorie der inneren Erschöpfung, Zahlreiche Fallbeispiele, Hilfen zur Selbsthilfe. 2010, Heidelberg: Springer.*
9. *Loffing C., Mitarbeiter richtig führen: Erfolgreiche Führungskräfte führen flexibel. 2005, Stuttgart: Kohlhammer.*
10. *Lazarus R. S. and Launier R., Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt., in Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, Nitsch J.R., Editor. 1989, Asanger Verlag: Heidelberg.*

49. Einfach Gemeinsam Singen als gesundheitsförderndes Angebot (auch) der Pflege in der Psychiatrie

Hajo Oetmann

Abstract

Gemeinsames Singen macht nicht nur Freude und „erwärmt“ das Herz, es fördert auch die Bewältigung von Belastungen und die physische wie seelisch-psychische Gesundheit.

Singen ist eine zugleich einfache wie auch tiefgehend-intime Aktivität. Einfach, da wir unser Instrument Stimme „immer bei uns“ haben und das Modulieren von Tönen und das Formen von Melodien in der Regel schon in der Kindheit spielend erlernt wird. Tiefgehend und intim insofern, als wir uns singend mehr als sonst im Alltag öffentlich zeigen, das Singen Menschen emotional tief berühren und angenehme wie auch unangenehme Gefühle und Erinnerungen in ihnen wecken kann.

Inzwischen mehren sich die Berichte aus der Praxis wie aus der Forschung, die bestätigen, dass Singen heilsam und gesundheitsförderlich sein kann. Dies gilt in besonderem Maße für das gemeinsame Singen in Gruppen, da hier zu den Wirkungen des Singens und Klingens an sich noch die Erfahrung der Gemeinschaft mit anderen hinzukommt. „Eine der krankmachendsten Erfahrungen unserer Gesellschaft ist das Sozial-Ausgeschlossen-Sein“, sagt der Musiktherapeut Wolfgang Bossinger, der das Singen im Gesundheitswesen mit seinem Netzwerk „Singende Krankenhäuser“ aktiv fördert. Entsprechend heilsam kann die Erfahrung des gemeinsamen Singens in einer Gruppe sein- singend kann ich mich mit anderen Menschen in besonderer Weise verbunden fühlen.

Als sehr förderlich haben sich dabei Lieder mit einfachen, oftmals aus verschiedenen Kulturen stammenden Melodien und Texten erwiesen. Diese Lieder ermöglichen recht schnell das Erlebnis, gemeinsam, ohne Vorkenntnisse und ohne zu große Konzentration auf die Texte sehr schön miteinander

der zu singen und zu klingen. Bei dieser Art des Singens geht es nicht um Leistung, sondern ausschließlich um das gemeinsame Tun und Wahrnehmen im Augenblick. Dieses Erlebnis kann für gesunde wie kranke Menschen gesundheitsförderlich sein. Es stimuliert nachweislich die Immunabwehr, dämpft Angst und mobilisiert eigene physische wie psychische Ressourcen, die die Lebensfreude, die Kreativität, das Lernen, die Emotionsregulation, das Selbstwertgefühl sowie die Bewältigung von Stress und Belastungen fördern können.

Als pflegerisch-therapeutisches Angebot zielt das gemeinsame Singen ausdrücklich nicht auf die Förderung von Regression und die Aufarbeitung von pathogenen Lebensereignissen. Das gemeinsame Singen in diesem Rahmen kann aber innere Räume erweitern, die psychische Abwehr lockern und so Material zu Tage fördern, das dann, bei gelingender Vernetzung mit psychotherapeutisch tätigen KollegInnen, im Setting von Psychotherapie bearbeitet werden kann.

Darüber hinaus kann das gemeinsame Singen über das Erlebnis des gemeinsamen Tuns die Beziehung zwischen Pflegenden und KlientInnen/ PatientInnen bereichern und stärken. Dies kommt nicht nur der Behandlung der PatientInnen zugute, sondern kann auch für die Zufriedenheit und die seelische Gesundheit der Pflegenden sehr förderlich sein.

In diesem Workshop wird zunächst ein Überblick über das Angebot des Gemeinsam Singens, über seine inzwischen erforschten physischen wie psychischen Effekte sowie Erfahrungen aus der Praxis gegeben. Im Anschluss daran wird das Angebot mit den Workshop-Teilnehmenden praktisch erprobt; nach einer kurzen Auflockerung werden einige Lieder gemeinsam gesungen. Die dabei selbst gemachten Erfahrungen werden gemeinsam reflektiert. Abschließend werden Überlegungen zur Strukturierung von Gruppenangeboten, Wege zur praktischen Umsetzung eigener Ideen in verschiedenen Settings sowie mögliche Komplikationen und der Umgang damit diskutiert.

Lernziele

Gemeinsames Singen macht Freude und tut gut.

Gemeinsames Singen ist ein lohnendes, ergänzendes Angebot (auch) in der Psychiatrie.

50. Die besondere Rolle der Haltung der MitarbeiterInnen im Rahmen der institutionellen Gesundheitsförderung von betreuungsbedürftigen SeniorInnen

Susanne Ogris, Thomas Barth

Hintergrund/Problemstellung

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung sind gesellschaftlich brandaktuelle Begriffe, die in den letzten Jahren als Schlagwörter in vielen Leitbildern, Pflege- und Betreuungskonzepten von Einrichtungen des Gesundheitswesens auftauchen. Sie finden jedoch nur eingeschränkt Umsetzung in der täglichen Arbeit mit älteren und hoch betagten Menschen mit Unterstützungsbedarf in physischer, kognitiver, psychologischer oder sozialer Hinsicht, wenn diese einmal den Weg in geriatrische Institutionen (sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich) gefunden haben. Der Schritt in eine Institution ist grundsätzlich bei jedem Menschen – ob alt oder jung - mit Regression und Abgabe von Selbstbestimmtheit, Kontrolle und Selbstverantwortung in allen Lebensbereichen bis zu den elementaren Bedürfnissen wie Essen, Schlafen, Körperpflege und Ausscheidung verbunden. Häufig wird dieses Phänomen noch durch institutionelle Rahmenbedingungen und eine defizitorientierte Haltung des Personals gegenüber den KlientInnen verstärkt. Bei hohen Defiziten und umfangreichem Unterstützungsbedarf des/der KlientIn ist es für Pflegende und anderes Fachpersonal häufig schwierig, eine ressourcenorientierte, gesundheitsfördernde und ganzheitliche Herangehensweise beizubehalten, zumal die notwendige Behandlung der Defizite den Fokus bildet und häufig die Wahrnehmung der gesunden Anteile einer Person verstellt. Verstärkt wird diese Dynamik noch durch das Wissen um die terminale Lebensphase des/der Betroffenen.

Ziele/Fragestellung

Die Kernfragen sind: Wie können alte Menschen im institutionellen Rahmen in ihrer ureigenen Gesundheitskompetenz gestärkt und in ihren nach wie vor vorhandenen Ressourcen (seien diese auch noch so gering) durch gezielte, individuell und biographisch angepasste gesundheitsfördernde Maßnahmen zu mehr Selbstbestimmtheit „empowered“ werden, und wie kann ihrer Regression entgegengewirkt werden, ohne dass vorhandene Defizite ignoriert oder überbetont werden? Und welche Bedeutung kommt in diesem Prozess der im Alltag gelebten salutogenetischen Grundhaltung des Personals zu bzw. was sind die Voraussetzungen für die Entwicklung einer solchen Haltung?

Vorgehen

Für die Beantwortung dieser Fragen wird neben einigen theoretischen Prämissen (Salutogenese nach Aaron Antonovsky [1], Empowerment-Ansatz nach Julian Rappaport [3], Capability-Ansatz nach Amartya Sen [4] und Martha Nussbaum, [2]) auf die multiprofessionellen Erfahrungswerte im Rahmen eines integrativ-geriatrischen Tageszentrums mit transkulturellen gesundheitsfördernden sowie rehabilitativen Angeboten Bezug genommen.

Die Bedeutung des Betreuungssettings

Aus diesen Einflüssen entwickelte sich über die Jahre ein Betreuungssetting, das u.a. folgende Charakteristika aufweist:

Die KlientInnen haben sowohl bei kollektiven Aktivitäten als auch in individualsbezogenen Belangen Mitsprache- und Mitgestaltungsrecht. Sie vollziehen subjektiv sinnstiftende Tätigkeiten, die sich häufig auch aus ihren biographischen Zusammenhängen ergeben und erfüllen soziale Aufgaben für die Gruppe bzw. für Einzelne (z.B. gegenseitiges Helfen). Sie werden weder nur gepflegt, noch nur unterhalten, sondern ihnen wird durch die Qualität der Rahmenbedingungen ein ideeller Raum zur Verfügung gestellt,

den sie je nach Gesundheitszustand, Persönlichkeit und Talenten für sich gestalten und beleben können.

Dieser Raum wird vom gesamten Personal (d.h. von der Reinigungskraft bis zur Geschäftsleitung) durch Sicherheit und Geborgenheit, Wertschätzung und Respekt, narzisstische Zufuhr und Ermutigung, durch Beziehung auf Augenhöhe und Unterstützung dort, wo sie notwendig ist, geschaffen. Aus dem Zusammenwirken all dieser Bedingungen ergeben sich Selbstwirksamkeit, Bedeutung und Lebenssinn für das Individuum und das Kollektiv. Damit wird es im Sinne des Empowerment- Ansatzes für den/die KlientIn möglich, innerhalb eines durch Beeinträchtigungen de facto eingeschränkten Aktionsradius noch ein gewisses Maß an Selbstbestimmung aufrechterhalten zu können. Metaphorisch gesprochen: Es ist besser, auf einem kleinem Tisch zu tanzen, als gar nicht mehr.

Wir gehen davon aus, dass eine im ambulanten und stationären Betreuungs- und Pflegealltag vom Personal gelebte salutogenetische Haltung das, was bei einem Menschen noch an Ressourcen vorhanden ist sowie Faktoren, die dessen Gesundheit fördern, in den Vordergrund stellt. Sie sieht ihn als ganzheitliches menschliches Wesen mit einer zu respektierenden Persönlichkeit, eigenen Gedanken, Gefühlen und natürlich auch mit seinen behandlungsbedürftigen Defiziten, aber eben nicht nur als „Fall“, reduziert auf seine pathologischen Anteile.

Sie umfasst im vorliegenden Zusammenhang auch scheinbar so nebensächliche und oft übersehene Dinge wie z.B.: die Art und Weise, wie ein/e KlientIn begrüßt, angesprochen oder verabschiedet wird; die Fragen: Wird überhaupt begrüßt? Wird er oder sie – physisch wie metaphorisch - von oben herab behandelt oder auf gleicher Augenhöhe angesprochen? Wird angeklopft, bevor man das Zimmer eines Heimbewohners/ einer Heimbewohnerin betritt? Welche Kleidung wird ihm oder ihr (oft aus pragmatischen Gründen) angezogen und welche Kleidung trägt das Personal? Werden Namen von KlientInnen veralbernd verwendet? Werden Pflegehandlungen verbal angekündigt und während ihrer Durchführung verbal begleitet? Haben Be-

wohnerInnen innerhalb ihrer autonomen Entscheidungskompetenz überhaupt noch irgendwelche Freiheitsgrade? Wird ihnen de facto ihre Würde innerhalb ihres subjektiven Erlebens noch gelassen? Werden sie in ihren Bedürfnissen überhaupt wahrgenommen und ernst genommen und werden ihre Grenzen respektiert?

Um den Praxisbezug zu verdeutlichen, wird beim Vortrag eine szenische Vignette skizziert, die sowohl das jeweilige Erleben der daran Beteiligten als auch ihre Interaktionen unter den oben benannten Aspekten einer salutogenetischen Grundhaltung beleuchtet. Zudem wird ein alternativer szenischer Entwicklungsverlauf, wie er ebenfalls auftreten kann, wenn diese Haltung nicht berücksichtigt wird, kontrastierend dargestellt.

Ergebnisse/Erfahrungen

Unseren Erfahrungen nach zeigte sich, dass MitarbeiterInnen - unabhängig von Profession oder hierarchischer Position – dann fähig sind, eine salutogenetische Grundhaltung in ihren Interaktionen mit KlientInnen authentisch einzunehmen und zu vermitteln, wenn sie bestimmte Grundvoraussetzungen wie emotionale Intelligenz, Offenheit und ein hohes Maß an Empathiefähigkeit mitbringen. Sie sollten zudem fähig sein sich einen solchen ressourcenorientierten Ansatz mental überhaupt vorzustellen (kognitiver Aspekt), sich damit gefühlsmäßig identifizieren (emotionaler Aspekt) und diese in Handlungen umsetzen können (operativer Aspekt). Dabei spielt sowohl das soziale Lernen (Lernen am Modell) eine wesentliche Rolle, das das langsame Hineinwachsen in einen solchen Umgang und emotionales Lernen ermöglicht, als auch die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion, die in regelmäßiger Supervision und dichter Teaminterviews geschult und gefördert werden kann.

Wie bei allen Methoden und Techniken können diesem Zugang dennoch strukturelle wie individuumsbezogene Grenzen der Machbarkeit und Umsetzbarkeit gesetzt sein. Z.B. wird es zunehmend schwierig, eine salutogenetische Grundhaltung zu bewahren, wenn bei einem betreuungsbedürftige ältere Menschen die unbewusste Identifizierung mit der Regression als Aus-

druck der Krankheit bereits in fortgeschrittenem Ausmaß zu einem mit sekundärem Krankheitsgewinn verbundenen Ich-syntonen Persönlichkeitsmerkmal geworden ist und durch Wiederholungen in Interaktionen mit anderen Personen aus seinem unmittelbaren Umfeld zusätzlich verstärkt wird. Oder wenn durch Strukturzwänge (z. B. wie eine Einrichtung des Gesundheitswesens oder eine „Pfleßemaßnahme“ fachlich benannt werden) die Haltung der dort tätigen MitarbeiterInnen gegenüber ihrer Klientel in Richtung einer pathogenetischen Sichtweise a priori beeinflusst wird und damit zu einer Art Entfremdung des Personals führt.

Schlussfolgerung

Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Lebensalter ist unseren Erfahrungen nach im Rahmen geriatrischer Institutionen möglich und wichtig, da bei diesem Zugang sowohl der alte Mensch selbst, als auch dessen Angehörige und die Betreuenden gewinnen.

Wird die Gesundheitsförderung als Haltung gegenüber jedem Individuum gelebt und nicht nur als korrekt durchgeführte Maßnahme angewendet, steigt ihre Effektivität (Erhöhung der Selbstständigkeit, des Gefühls der Selbstwirksamkeit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität, erfolgreichere Integration irreversibler Defizite ins Selbstbild etc.) und die Zufriedenheit aller im Betreuungsprozess Beteiligten.

Literatur

1. Antonovsky, A. (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGTV- Verlag.
2. Nussbaum, M. (1999) *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
3. Rappaport, J. (1985) *Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze*. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* Jg. 17, S. 257-278.
4. Sen, A. (2000) *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Carl Hanser Verlag.

51. „Das Miteinander“ – Beziehung vor Vernunft als Voraussetzung zur Entwicklung sozialer Kompetenz

Christine Ottinger, Franz Frömmel

Hintergrund

Die Gesundheitsförderung im Krankenhaus ist fester Bestandteil des Pflegeprozesses und des gesamten Behandlungspfades. PatientInnen verlassen das Krankenhaus nach der Betreuung in einem ausreichend stabilisierten Zustand. Trotz dieses Erfolges kommt es in vielen Fällen zu erneutem Aufflackern der psychiatrischen Symptomen und somit zur Wiederaufnahme im stationären Bereich.

Psychiatrische Verhaltensauffälligkeiten und soziale Isolation stehen oft in Wechselwirkung. Die wiederkehrende Einsamkeit, nach den gesundheitsfördernden sozialen Kontakten auf der Station, ist für die PatientInnen erneut destabilisierend und traumatisierend zugleich.

Um zu gewährleisten, dass kognitive Behandlungsempfehlungen überhaupt umgesetzt werden können, beginnt Gesundheitsförderung im Rahmen der Übergangspflegebetreuung schon vor der Entlassung mit dem dosierten Transfer der stabilisierenden Beziehungsfaktoren, wie z.B. gemeinsame soziale Kontakte beim Einkaufen üben, gemeinsame Begegnungen mit den Nachbarn, um das bereits strapazierte Verhältnis wieder zu entspannen.

Das Konzept

Die Übergangspflege der Psychosozialen Dienste (PSD) Wien arbeitet nach einem Beziehungskonzept, das auf eine/einen BetreuerIn pro KlientIn ausgerichtet ist. Eine Pflegeperson fungiert als Schnittstelle zwischen KlientInnen und allen beteiligten Instanzen der Nachbetreuung.

Dieser Kontakt zu der/dem KlientIn wird schon während des stationären Aufenthaltes begonnen. Oft an einem Punkt der Rat- und Planlosigkeit, wo eine Beurteilung der Fähigkeiten des jeweiligen Menschen in seinem per-

sönlichen Umfeld zur weiteren Gesundheitsfördernden Maßnahmen nötig erscheint.

Das strukturelle Konzept dieser Betreuungsform ist klar definiert und betrachtet die/den KlientIn als PartnerIn, mit dem Hauptfokus auf vorhandenen Ressourcen.

Wir beginnen mit einem Erstkontakt, der einerseits dem Kennenlernen und andererseits dem Informationsaustausch dient und erste Zieldefinitionen beinhalten kann. Die Zustimmung der/des KlientIn muss mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt werden.

Den zweiten fixen Baustein der Betreuung stellt der Differentialdiagnostische Ausgang (DdA) dar.

Dabei fahren wir mit der/dem KlientIn gemeinsam in ihre/seine Wohnung, beobachten Fähigkeiten, Ressourcen, Auffälligkeiten, Besonderheiten und besprechen schon erste Ziele und mögliche Maßnahmen diese zu erreichen.

Zurück auf der behandelnden Abteilung werden die Eindrücke des Ausgangs mit dem betreuenden Team besprochen und eine abgestimmte Vorgehensweise vereinbart und mit der/dem PatientIn/KlientIn besprochen.

Eine Entlassung stellt für die/den KlientIn eine Situation der Veränderung dar. Aus diesem Grund gestalten wir diesen wichtigen Termin in Begleitung, starten zu Hause gemeinsam und sind als Betreuer die ersten Tage sehr präsent.

Wir unterstützen KlientInnen beim Aufbau von Strategien, die zur Wiedererlangung einer stabilisierenden Normalität beitragen, wie den Alltag bewältigen, die Handlungsebene wiedererlernen, Autonomie und Tagesstruktur. Das Wiederaufnehmen von persönlichen Kontakten wird durch einen Beziehungspartner erleichtert.

Alle wichtigen Termine können am Anfang der Rehabilitation gemeinsam erledigt werden. Da zur/zum BetreuerIn bereits Beziehung und Vertrauen besteht, können auch Ersttermine bei FachärztInnen gut funktionieren und Heimhilfen eingeschult werden. Auch für NachbarInnen und Familie sind wir wichtige Bezugs- und Kontaktpersonen.

Eine Betreuungsdauer umfasst maximal 54 Betreuungsstunden, in dieser Zeit sollen wir ein Konzept der Stabilität, Lebensqualität und Struktur bzw. Beschäftigung kreieren. Unsere Planung wird an nachbetreuende Organisationen weitergegeben. Ein Einsatz in Krisenzeiten, zur Vermeidung eines erneuten stationären Aufenthaltes, ist jederzeit möglich.

Schlussfolgerung

Abschließend können wir feststellen, dass die Gesundheitsförderung durch die Unterstützung vom gesamten Betreuungsnetz, die Struktur des Rehabilitationsbeginns schon während des stationären Aufenthaltes den Klienten motivieren kann selbstkompetent zu Handeln und Verantwortung zu übernehmen. Ein Partner, der die Angst erträglicher macht kann langfristig eine Reduzierung der Symptome und ein Wiederaufflackern der psychotischen Momente, sowie ein Rückgreifen auf gewohnte destruktive Strategien verhindern.

Falldarstellung

Mann Mitte 50, chronifizierte Wahnhafte Störung, im nachfolgenden Fall als Hr. K. anonymisiert.

Hr. K. kam mit Polizei und Rettung zur stationären Aufnahme, in stark verwahrlostem Zustand, psychotisch, seine Umwelt verkennend, aggressiv, Eindrücke paranoid verarbeitend.

Während des stationären Settings konnte sich der Klient rasch in bestehende Hierarchien einfügen, und schien sich rasch zu stabilisieren. Inhaltlich konnte keine Distanzierung vom Wahngefüge erreicht werden.

Aufgrund der Vorfälle im sozialen Gefüge mit den Wohnungsnachbarn (Anzeigen wegen Belästigung und Bedrohung vor allem weiblicher Mitmieterinnen), stand eine Delogierung im Raum.

Hauptsymptom des Klienten war Verleugnung der gesamten Situation im Wohnumfeld, des Weiteren negierte er die Existenz eines Sachwalters (SW) und jegliche Fremdbestimmtheit. Als Strategie Informationen nicht zur

Kenntnis zu nehmen, begann er bei Konfrontation mit dieser Thematik zu schreien zu drohen und große Gebilde in einem sehr lebhaft verstrickten Wahngefüge zu bauen.

Wir wollten die Hospitalisierung durch einen langen stationären Aufenthalt nicht weiter forcieren, da keine konkreten Informationen bezüglich der drohenden Delogierung in Erfahrung gebracht werden konnten. Entgegen dem ursprünglichen Plan ihn direkt vom stationären Setting in eine neue Wohnsituation zu rehabilitieren, wurde daher eine Entlassung mit Übergangspflege und einem Facharzt der PSD geplant.

Ein Differentialdiagnostischer Ausgang (DdA) zeigte im privaten Umfeld des Hr. K. ein emotional stabiles Zustandsbild, der Klient hielt sich an getroffene Vereinbarungen. Inhaltlich gab es weiterhin keine Annäherung an die bedrohliche Realität.

Bis zu diesem Zeitpunkt hatte der Klient nach den Entlassungen keine Nachbetreuung in Anspruch genommen. Eine neuerliche Aufnahme war immer rasch zu erwarten, da er seine Medikamente absetzte und seine Einsamkeit gleichzeitig seine Ängste/Wahnhalte schürte. Es kam zu einer erneuten Krise und somit zu einer Wiederaufnahme.

Das erste Ziel der Betreuung war daher eine tragfähige Beziehung um damit die Basis für alle weiteren erforderlichen Schritte zu legen. Kontinuität, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Interesse für sein Leben, seine Geschichte seine Identität und gemeinsame Aktivitäten sollten für den Klienten zum gefahrlosen Kennenlernen einer Betreuung dienen.

Beobachtung der Autonomie, Medikamenten-Compliance und der alltägliche Umgang mit Frauen in der Nachbarschaft waren fachliche Aspekte der Betreuung.

Wir trainierten Cafehausbesuche, kanalisiert seinen Ärger, seine Wut und versuchten Gespräche mit dem Sachwalter vorzubereiten.

Der Termin beim Facharzt führte zur ersten Krise. Hr. K. reagierte außer sich vor Wut, schrie am Telefon und verweigerte jeglichen Kontakt mit den Psy-

chosozialen Diensten. Verstrickungen und Fehlinterpretationen im Wahnggefüge waren die Folge.

Unter Berücksichtigung der nicht einschätzbaren Bedrohung hielt ich dieser Krise am Telefon stand und ich konnte Hr. K. eine Stunde später zu einem Treffen vor dem Haus motivieren. Dies war kein Zeitpunkt für Realität/Vernunft, sondern für Begegnung. Wir besuchten ein Cafehaus. Gespräche über seine biografische Identität konnten die Emotionalität stabilisieren. Der Klient bot im Rahmen seiner Selbstkompetenz eine gute Lösung der Medizinischen Versorgung an, er ließ sich seine Medikamente durch den Hausarzt verschreiben und nahm diese in weiterer Folge regelmäßig ein.

Die Beziehung konnte durch diesen Schritt gefestigt werden, wir erreichten keine Annäherung an die Realität bezüglich Sachwalter und Delogierung, allerdings wurde Hr. K. im Umgang mit diesen schwierigen Themen belastbarer.

Wie ich es bereits öfter erlebt hatte, wurde die Beziehung durch meine alleinige Betreuung zu eng und zu fixiert auf meine Person. Der Klient baute rund um mich eine fiktive Welt, bis hin zur Bedürfniskette Mann-Frau-Familie auf.

Ich musste eine weitere Betreuungsperson organisieren. Deshalb bat ich einen Arbeitskollegen, der Hr. K. vom stationären Aufenthalt her kannte um Unterstützung.

Das Ziel meine Position wieder weicher zu zeichnen war erfolgreich und mein Kollege konnte nun durch die bereits geschaffene soziale Kompetenz des Klienten einige wesentliche Schritte in Richtung Lösung im Umgang mit dem SW und Haushaltstraining durchführen.

Eine erneute Krise wurde durch den Bescheid der Delogierung ausgelöst, bei der der Klient keine Ressourcen zeigte in der Realität mitzuwirken. Eine Zunahme des Wahnggefüges und Eskalation im Kontakt mit dem Sachwalter waren die Folge. Mein Kollege und ich hatten wohl noch Kontakt, allerdings mussten wir vorwiegend beschwichtigen.

Ein Zuviel an Angst und fehlende Fähigkeit zum Realitätsbezug würden derzeit für eine erneute stationäre Behandlung sprechen, um einen sicheren Wohnungswechsel, für den Klienten und seine Umwelt zu ermöglichen.

Reüssierend hat der Klient nach der letzten stationären Behandlung mit regelmäßiger pflegerischer Betreuung ein halbes Jahr in seiner Wohnung gewohnt, verordnete Medikamente genommen und keine Anzeigen wegen Belästigung im Hausverband erhalten.

Ein Schritt in die richtige Richtung auf einem doch längeren Weg ist gelungen.

52. Wandel, Individualität, Ressourcen - Drei Leitbegriffe zum Aufbau einer Peer gestützten Recovery Gruppe

Hülya Pinkwasser, George Brabetz

Hintergrund

Ein Klinikziel für das Jahr 2011 war, dass alle Bereiche und Stationen ein Recovery Konzept erarbeiten mussten.

Definition Recovery:

„Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben, trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.“ [2]

Problemstellung

Zu Beginn hatten wir keine Erfahrung und wenig Wissen, was Recovery angeht und wie man eine Station Recovery -orientiert ausrichten könnte. Dies verursachte innerhalb des Behandlungsteams Unsicherheiten.

Ziele

Das Leitungsteam traf die Entscheidung, die Peer gestützte Recovery Gruppe „WIR“ (Wandel, Individualität, Ressourcen) ins Leben zu rufen, um die Recovery-Botschaften im Team und beim Patienten zu fördern und zu leben.

Vorgehen

Eine Ist-Analyse wurde gemeinsam mit den PatientInnen erstellt, um Bedürfnisse und Wünsche für die Optimierung der Behandlungsangebote aufzunehmen. Die PatientInnen favorisierten eine Peer- gestützte Gruppe.

Die Recovery Gruppe „WIR“ wurde in Anlehnung an das Recovery Konzept (UPD, Bern, 2010) aufgebaut. Das Konzept wurde auf die Bedürfnisse der Station angepasst. Von Seiten der PatientInnen wurde gewünscht, dass die bearbeiteten Themen zu Ende diskutiert und nicht durch Pausen unterbrochen werden. Die unterschiedlichen Themenbereiche des Konzeptes können bei Bedarf durch aktuelle Inhalte ergänzt werden.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Das Gruppenangebot ist mittlerweile auf der Station fest etabliert.

Die Peerarbeit ist für alle Beteiligten eine neue Erfahrung. In der Teamdynamik gab es anfänglich Widerstand sowie Unsicherheiten. Rollen und Aufgabenbereiche mussten definiert werden. Der Peermitarbeiter hatte zu Beginn keinen Austausch mit anderen Peer`s.

PatientInnen melden zurück, dass sie die Gruppe offen erleben mit nützlichen Impulsen. Der Erfahrungsaustausch untereinander und insbesondere mit dem Peer ist sehr bereichernd für alle TeilnehmerInnen, wenn sie über ihre Genesungsschritte und Entwicklungen aus ihrer Perspektive berichten.

Diskussion

Der Start des Gruppenangebotes war sehr kurzfristig angesetzt. Hilfreich wäre sicherlich gewesen, im Voraus mehr Zeit für die Information und Bearbeitung von Widerstandsphänomenen einzuplanen und gleichzeitig kann man wie Utschakowski es formuliert hat sich Fragen „Wann, wenn nicht jetzt?“ [4]

Schlussfolgerungen

Das Zitat eines Patienten, wiedergibt wie wichtig es ist, den ersten Schritt zur Haltensänderung zu tun und ein Vorhaben anzupacken. Dies auch wenn noch Vieles nicht fertig ausgereift ist und noch viele Unsicherheiten da sind.

„Nur wer den ersten Schritt wagt und den Zettel ausfüllt, hat auch eine Chance für den Lottogewinn, egal wie hoch die Chance dazu ist.“

Für die ModeratorInnen bedeutete das Initiieren dieser Gruppe sich Zeit zu nehmen, kreative Lösungen ad hoc zu suchen und die Bereitschaft, Erfahrungen im Recovery Prozess zu sammeln.

Mittlerweile sind mehrere Peermitarbeiter im Sanatorium Kilchberg tätig. Sie nutzen den Erfahrungsaustausch untereinander, u.a. auch an der Supervision, die für Peermitarbeiter angeboten wird.

Lernziele

Diese Präsentation zeigt, wie essentiell die Präsenz und das aktive Miteinbringen der Peers im stationären Setting zur Gesundung von Patienten beitragen.

Literatur

1. *Amering M., Schmolke M. (2012). Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. (5. Aufl.). Psychiatrie Verlag, Bonn.*
2. *Anthony, W.A., Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993. 16(4), 11-23*
3. *Burr, Ch., Winter, A., UPD Bern, Fortbildungsunterlagen von 27.01.11 in SK.*
4. *Utschakowski, J., Siellaff, G., Bock T. (2009). Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. (1. Aufl.). Psychiatrie Verlag, Bonn.*

53. Vital ins Alter

Ein Konzept zur Unterstützung des optimierten Alterns

Marion Rechberger

Hintergrund

Europaweit sorgen demographische und wirtschaftliche Entwicklungen für neue Herausforderungen im Gesundheitsbereich.

Bereits in naher Zukunft werden immer mehr ältere Menschen immer weniger Jüngeren gegenüberstehen. Der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wird im Jahr 2030 nur mehr ca. 52% (2010 62%) der Bevölkerung betragen. Der Anteil der über 65 Jährigen wird dagegen bereits über 30% (2010 23%) ausmachen [1].

Ebenso steigt die Anzahl der Hochbetagten kontinuierlich.

Damit einhergehend werden natürlich auch altersbedingte Krankheitsbilder vermehrt auftreten.

Demenzen werden daher eine der größten Herausforderungen für die psychiatrische Pflege sein.

Derzeit gibt es etwa 100.000 Demenzkranke in Österreich. Laut Hochrechnungen wird sich diese Anzahl bis 2050 nahezu verdreifachen (270.000). Auch das Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Demenzpatienten wird sich rapide verschieben. Bereits heute kommen auf einen Demenzkranken nur mehr 42 Personen im erwerbsfähigen Alter. Im Jahr 2000 waren es noch 60. Dem „Ersten Österreichischen Demenzbericht“ der Wiener Gebietskrankenkasse zufolge geht diese Schere rasch auf: 2020 werden einem Demenzkranken 32 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüberstehen, im Jahr 2050 nur noch 15 [2].

Um dieser Entwicklung gerecht werden zu können müssen wir schon heute darauf Bedacht nehmen.

Problemstellung

Der Pflegeaufwand bei dementen Patienten ist im klinischen und auch im häuslichen Bereich sehr hoch und außerdem mit hohen Kosten verbunden. In Österreich fallen jährlich etwa 1,7 Milliarden Euro für die Versorgung Demenzkranker an, im Jahr 2050 werden diese Ausgaben bereits auf ca. 4,6 Mrd. Euro im Jahr angestiegen sein [2].

Ziele

Unsere Memory-Klinik hat es sich daher zum Ziel gesetzt, Patienten dabei zu unterstützen, so lange wie möglich im gewohnten Umfeld zu leben, mit nur wenigen optimierten externen Hilfen.

Teure stationäre Aufenthalte sollen auf ein Mindestmaß beschränkt werden. Die Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen soll erhalten bleiben.

Daher setzt unsere Arbeit bereits bei der Prophylaxe und der vermehrten Aufklärung der Zielgruppe an. Patienten und deren Angehörige können mit unserer Hilfe alle Möglichkeiten nutzen, um lange selbstverantwortlich den Alltag zu meistern.

Vorgehen

Die Landes-Nervenklinik Wagner Jauregg ist ein psychiatrisches Schwerpunktkrankenhaus. Ein wichtiger Bereich davon sind 4 Stationen neurologische, psychiatrische Gerontologie. Immer wieder wurden wir damit konfrontiert, welche Auswirkungen die Diagnose Demenz nicht nur für den Erkrankten, sondern auch für dessen Angehörigen hat.

Um eine umfassende Behandlung für Demenzkranke bieten zu können, wurde deshalb bereits 2006 eine Memory-Klinik ins Leben gerufen.

Die Arbeit in der Memory-Klinik wird im interdisziplinären Team durchgeführt, bestehend aus Fachärzten für Psychiatrie, 3 Psychologinnen und 3 Psychiatrische Pflegefachkräfte mit Zertifizierungen in ganzheitlichem Ge-

dächtnistraining (Österreichischer Bundesverband für Gedächtnistraining) für Erwachsene und Senioren und Sensorischer Aktivierung.

Damit sind Diagnose, medizinische Behandlung, psychologische Testung, pflegespezifische Beratung und gezieltes Gedächtnistraining in einer Abteilung vereint. Dem Patienten wird somit ermöglicht, im bereits vertrauten Umfeld alle notwendigen Behandlungsschritte zu absolvieren.

Stationäre Patienten werden bereits während des Krankenhausaufenthaltes von einer psychiatrischen Pflegefachkraft der Memory-Klinik kontaktiert. So kann schon im Vorfeld eine Beziehung aufgebaut und dadurch Ängste limitiert werden.

Auch der Erstkontakt ambulanter Interessenten findet in der Regel über die psychiatrische Pflegefachkraft statt. Diese leitet individuell durch informelles Case Management die erforderlichen Schritte ein.

Nach Vorliegen einer fachärztlichen Zuweisung entscheidet die psychiatrische Pflegefachkraft gemeinsam mit Patienten und deren Angehörigen welche Förderungsmöglichkeit am geeignetsten ist.

Eine vertrauensvolle Beziehung ist für den Behandlungserfolg von großer Bedeutung, daher ist Primary Nursing ein zentraler Bestandteil unseres Konzeptes [3]. Eine Bezugsschwester übernimmt von Anfang an, die Planung und Durchführung des individuellen, ganzheitlichen Trainings.

In einem Biografiegespräch werden speziell die Ressourcen gemeinsam erarbeitet [4].

Darauf basierend wird entschieden, welche Förderung der Patient benötigt. Ob Gruppentraining, oder in speziellen Fällen auch Einzeltraining. Mit welchen Methoden gearbeitet wird legt die Bezugsschwester fest. Dieser Prozess wird von ihr laufend adaptiert und optimiert.

Von der Bezugsschwester werden pflegerelevante Veränderungen sehr rasch wahrgenommen dadurch kann eine gezielte Intervention frühzeitig eingeleitet werden.

Methoden aus denen sich das Training zusammen setzt

- Ganzheitliches Gedächtnistraining
- Sensorische Aktivierung
- Montessori für Senioren
- Motogeragogik
- Sitztänze
- Musik/Singen usw.

Unser Tätigkeitsfeld erstreckt sich von der Prophylaxe über Mild cognitive Impairment bis hin zu mittelschweren Demenzen. Die Methoden und Inhalte unserer Interventionen richten sich natürlich nach den Bedürfnissen der Patienten. Ebenso gehören die Weitergabe von Informationen über den Umgang mit der Erkrankung und auch das Anleiten zum selbstständigen Training zu Hause zu unseren Aufgaben.

Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen ist uns ein wichtiges Anliegen. Patienten können so in ihrer gewohnten Umgebung in einem sozialen Netz eingebunden bleiben.

Um das bestmögliche Ergebnis für den Einzelnen zu erreichen werden im interdisziplinären Team die Patienten ganzheitlich betrachtet, die Pflege- und Behandlungsabläufe diskutiert und bei Bedarf durch die Bezugsschwester optimiert.

Ergebnisse/Erfahrungen

Mittels regelmässiger Feedback Gespräche mit Patienten und Angehörigen durch die Bezugspflegefachkraft und Mini Mental (Demenztest) Kontrollen durch den Facharzt, wird das Vorgehen evaluiert. Anhand dieser Ergebnisse können wir bereits sehen, dass die Patienten in der Regel lange auf einem stabilen Stand bleiben.

Viele Rückmeldungen bestätigen, dass das Empowerment von Patienten und Angehörigen oft wieder zu einem entspannteren Umgang in der Familie führt. Durch das Vertrauen in die eigene Kompetenz können Patienten auch

wieder neue Interessen finden und alte reaktivieren. Soziale Kontakte werden gepflegt und die Lebensqualität kann so verbessert werden.

So können die Patienten oft sehr lange im häuslichen Bereich verbleiben wodurch eine selbstständige Alltagsbewältigung lange möglich ist.

Teilnehmer der prophylaktischen Gruppen können aktiv an einer Demenzvorbeugung arbeiten.

Diskussion

Je früher der Lebensstil im Rahmen einer aktiven Demenzprophylaxe angepasst wird, umso höher ist natürlich die Erfolgsquote. Es erscheint uns daher nötig, die Angehörigenarbeit noch mehr auszubauen. Die Kompetenzen der Patienten und ihrer Familien müssen vermehrt gestärkt werden.

Eine noch bessere Vernetzung mit den psychiatrischen Pflegefachkräften auf den Stationen, mit mobilen Diensten und externen Einrichtungen wäre wünschenswert, um Patienten möglichst engmaschig fördern zu können.

Limitierungen bestehen derzeit aufgrund räumlicher und personeller Ressourcen.

Schlussfolgerung

Für die Zukunft ist geplant Angehörigengruppen zur gezielten fachlichen Wissensvermittlung und Abklärung von Fragen einzurichten.

Es hat sich auch gezeigt, dass ein weiterer Bedarf an Prophylaxegruppen, besonders auch für pflegende Angehörige, gegeben ist.

Frühzeitige Aufklärung und ein daraus resultierend entsprechender Lifestil sind die beste Voraussetzung um das Alter geistig fit erleben zu können.

Literatur

1. <http://www.statistik.at/Bevölkerung-abgefragt> 25.6.2012
2. <http://www.sozialversicherung.at> - 1. Österreichischer Demenzbericht, Wien 2009, abgefragt 25.6.1012
3. Vgl. Manley et al., *J Clin Nurs.*, 1999
4. Thompson R. *Nurs Older People* 2011 Oct;23 (8):16-21.

54. Forensische Pflegediagnosen – eine Erweiterung des NANDA-Diagnosesystems für die forensisch-psychiatrische Pflege

Thomas Ross, Karin Lehmann, Klaus Hoffman

Hintergrund

Die Klassifikation NANDA-I ist mit über 200 Einzeldiagnosen das am weitesten verbreitete Klassifikationssystem für psychiatrische Pflegediagnosen. Es enthält Einträge zu sowohl somatischen als auch psychologischen Pflegeproblemen bei den wichtigsten psychiatrischen Patientengruppen.

Problem

Bis heute fehlt jedoch eine Konzeptualisierung herausragender Pflegeprobleme bei forensischen Patienten, die sich sowohl inhaltlich als auch formal von den Pflegeproblemen und den Pflegebedürfnissen anderer Patienten unterscheiden.

Ziele/Vorgehen

Vor dem Hintergrund der besonderen Behandlungsbedürfnisse forensisch-psychiatrischer Patienten wurden im Zentrum für Psychiatrie Reichenau auf Basis eines Instruments zur Erfassung lebenspraktischer Fertigkeiten psychisch kranker Rechtsbrecher (Behavioural Status Index/BEST-Index) vierundzwanzig forensische Pflegediagnosen entwickelt. Formal lehnen sich die Diagnosen, deren Praxistauglichkeit derzeit getestet wird, an den Aufbau der NANDA-Diagnosen an, so dass sie sich, positive Evaluationsergebnisse vorausgesetzt, zur Ergänzung der NANDA-Klassifikation der Pflegediagnosen eignen könnten.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse weisen auf eine gute Akzeptanz der Pflegediagnosen im forensisch-psychiatrischen Kollegenkreis.

Diskussion/Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden die Entwicklungsschritte, die Inhalte und die Rahmenbedingungen der derzeitigen Anwendung vorgestellt und weitere Perspektiven diskutiert.

Lernziele

1. Es werden forensische Pflegediagnosen entwickelt
2. Die Anwendung dieser spezifischen Diagnosen ist für die forensische Pflege nutzbringend. Sie stellen keinen Ersatz, aber eine Ergänzung zu den bisher verwendeten NANDA-Pflegediagnosen dar.

55. Gesundheitsförderung – Kernaufgabe der psychiatrischen Pflege?

Kurt Schalek, Harald Stefan

Hintergrund

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben großes Interesse an der größtmöglichen Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Alltagskompetenzen für das Leben außerhalb von stationären Einrichtungen. Dies ist als direkter Auftrag an die psychiatrische Pflege zu verstehen und verlangt nach der Entwicklung entsprechender Unterstützungsstrategien.

Gesundheitsförderung ist eine Strategie, diesen Auftrag wahrzunehmen. Psychiatrische Pflege kann eigenständig und verantwortungsvoll beitragen, die Kräfte zur Selbstbefähigung und Eigenkompetenz der PatientInnen zu stärken und/oder wiederzuerlangen.

Einleitung

Gesundheitsförderung ist in der Theorie ein sehr etabliertes Konzept und zielt darauf ab, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen.

Wie diese Forderung in der täglichen Pflegepraxis tatsächlich umgesetzt werden kann, stellt Pflegende vor beträchtliche Herausforderungen. Handlungsleitende Konzepte, die beschreiben, wie gesundheitsfördernde Elemente in der täglichen Pflegepraxis verankert werden können, sind noch wenig bekannt. Diese Konzepte könnten aber für die praktische Gesundheitsförderung in der Pflege und für das Verständnis besonders hilfreich sein. Ein wesentliches Hilfsmittel für eine gesundheitsbezogene Pflegepraxis ist die Einbindung der vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen der PatientInnen.

Thema

Ressourcenorientierung bietet eine hervorragende Grundlage für Gesundheitsförderung in der pflegerischen Praxis. Der Fokus auf Ressourcen vermittelt ein handhabbares Verständnis davon, was Gesundheit aus dem Blickwinkel der Pflege ist und eröffnet damit auch konkrete gesundheitsförderliche Handlungsperspektiven. Der Workshop befasst sich mit grundlegenden Konzepten, Denkmodellen und praktischen Werkzeugen für gesundheitsorientiertes Arbeiten in der Pflege und wie diese in der Pflegepraxis eigenverantwortlich angewandt werden können. Vorgestellt werden ein Modell von Gesundheit, Entscheidungstypen, das Ressourcenmodell der Praxisorientierten Pflegedignostik – POP sowie ein Modell des professionalisierten Handelns in der Pflege.

Ziele

Ziel des Workshops ist es, Gesundheitsförderung und Ressourcenorientierung als grundlegende Ziele in der psychiatrischen Pflege darzustellen. Die TeilnehmerInnen sollen über die theoretischen Grundlagen reflektieren und praktische Ansatzpunkte für ihre Pflegepraxis kennen lernen.

Ziel des Workshops ist es weiter, jenen Bereich von Gesundheit transparent darzustellen, welcher, nach Ansicht der Autoren, von psychiatrisch Pflegenden aktiv und eigenverantwortlich mitgestaltet werden kann: den Teilbereich der Alltagskompetenzen.

Ablauf

Es erfolgt ein Input der Workshopleitung, der grundlegende theoretische Überlegungen darstellt und erklärt (Dauer ca. 30-40 min).

Darauf folgt eine Reflexionsphase in der die TeilnehmerInnen Fragen stellen und Diskussionsbeiträge einbringen können.

Im Letzen Teil werden über praktische Übungen die Grundzüge des ressourcenorientierten Denkens auf der Erfahrungsebene vermittelt.

Gestaltung

Methoden: Vortrag, Gruppendiskussion, Gruppenarbeit

Lernziele

Pflegende haben ein Verständnis über den Zusammenhang von Gesundheit, Ressourcen und Gesundheitsförderung.

Pflegende erkennen in ressourcenorientierter Arbeit eine Möglichkeit, die Perspektive der PatientInnen in ihre Arbeit einzubeziehen (aus der Sicht des Betroffenen denken und Interventionen ableiten können).

Pflegende verstehen Gesundheitsförderung als eine eigene Handlungsstrategie neben Prävention, Kuration und Palliation.

56. Was kann die Psychiatrie für die Gesundheit von Angehörigen tun? Angebote und Standards

Edith Scherer

Hintergrund

Im Arbeitsalltag in der psychiatrischen Institution haben wir mit ganz unterschiedlichen Angehörigen zu tun. Ihre Bedürfnisse und ihre Belastungen setzen uns Fachpersonen oft vor eine grosse Herausforderung. Im Gegenzug beschreiben Angehörige oft, dass sie sich in der Institution nicht ernst genommen und - 'draussen vor der Tür stehen gelassen' - fühlen.

Angehörigenarbeit gilt heute als wesentlicher Bestandteil der Behandlung psychisch kranker Menschen. Diverse Studien und Fachpublikationen belegen deutlich positive Effekte fachlicher angehörigenzentrierter Interventionen sowohl auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Angehörigen als auch auf den Krankheitsverlauf der Patienten. (Binder/Bender: Die dritte Dimension in der Psychiatrie;2003)Angebote für Angehörige und Standards für die Angehörigenarbeit in der Psychiatrie sind wichtige Elemente einer fortschrittlichen Psychiatrie und helfen mit, die Zufriedenheit und somit auch das Wohlbefinden der Angehörigen zu fördern.

Problemstellung

Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wollen in der Institution Psychiatrie ernst genommen werden. Doch nach wie vor beschreiben Angehörige Defizite diesbezüglich und Institutionen haben oft keinen Leitfaden, wie sie den Angehörigen begegnen sollen. Der Arbeit mit den Angehörigen in der psychiatrischen Versorgung braucht daher einen Standard und eine wertschätzende Haltung der Institution gegenüber den Angehörigen.

Ziele

Das Referat stellt den Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie vor, welcher vom Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) Schweiz, als Empfehlung ausgearbeitet wurde. Im Weiteren werden verschiedenen Angebote für Angehörige vorgestellt.

Vorgehen

Referat mit PowerPoint Präsentation

Ergebnisse, Erfahrungen

- Vorstellen des QS Angehörigenarbeit Psychiatrie vom NAP
- Konkrete Umsetzung in der Institution anhand eines Praxisbeispiel
- Vorstellen von Angeboten für Angehörige

Diskussion

Fragen aus dem Plenum

Schlussfolgerung

Das Referat soll aufzeigen, dass Aneghörigenarbeit in der Institution einen wichtigen Stellenwert haben soll, damit die Gesundheit und das Wohlbefinden der Angehörigen gefördert werden kann. Anhand der QS Empfehlungen vom NAP können wir einen Schritt in diese Richtung tun.

Lernziele

- Vorstellen QS Angehörigenarbeit Psychiatrie vom NAP
- Mögliche konkrete Umsetzung in der Institution
- Vorstellen von Angeboten für Angehörige

57. Einfühlsame Gesprächsführung in der Pflege auf Grundlage der Gewaltfreien oder Einfühlsamen Kommunikation (GFK) nach M.B. Rosenberg

Uwe Bernd Schirmer

„Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ Martin Buber

Hintergrund

Psychiatrische Pflege spielt sich weitgehend in der Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen ab. Entsprechend häufig wird in der Fachliteratur auf die Bedeutung der Gestaltung einer Beziehung in professionellen Situationen hingewiesen. Als Forderungen bzw. Voraussetzungen werden in der Literatur gerne Wertschätzung, Empathie, partnerschaftlicher Dialog und die subjektive Sicht des Erkrankten in den Mittelpunkt zu stellen genannt. Empathie und Mitgefühl ist eine ziemlich schwierige Arbeit.

Einleitung

Im beruflichen Kontext der psychiatrischen Pflege ist es notwendig, eine Verbindung zum Gegenüber und zu sich selbst herzustellen, das heißt: sich in schwierigen Situationen wertorientiert mitteilen, präsent sein, eine empathisch-mitfühlende Haltung entwickeln, sowie mit unangenehmen Gefühlen und unerfüllten Bedürfnissen umzugehen.

Hinzu kann die Schwierigkeit kommen den Anderen (oder sich selbst) in seiner Andersheit annehmen zu können. Die einfühlsame Gesprächsführung erleichtert das Verstehen der subjektiven Sicht des Gegenübers durch den Prozess der Klärung welche Gefühle und Bedürfnisse hinter den manchmal unverständlichen oder gar verzweifelten Strategien des Gegenübers stehen. Dadurch kann die einfühlsame Gesprächsführung eine grundlegende Voraussetzung für einen gelungenen Kontakt zu anderen wie zu sich selbst (Gesundheitskompetenz) unterstützen, nämlich durch spürbare Annahme.

Annahme als Voraussetzung für Entwicklung (Gordon T) ermöglicht erst die Klärung von alternativen Strategien, Behandlungszielen und Motivationen.

Thema

Klärung der Gefühle und Bedürfnisse der Patienten auf der Grundlage der 4 Schritte der Einfühlsamen (Gewaltfreien) Kommunikation:

1. Schritt: Wahrnehmung / Beobachtung / Fakten

„Tatsachen sind wie sie sind: sie sind weder wahr noch falsch. Nur die Beschreibung von Tatsachen sind wahr oder falsch“ (Förster von). Im ersten Schritt geht es darum eine Beobachtung wiederzugeben, frei von Bewertung oder Interpretation.

2. Schritt: Gefühl

Der 2. Schritt der GFK fragt gezielt nach den Gefühlen. Dabei entwickelt sich zunehmend die Fähigkeit, seine eigenen Gefühle bzw. die des Gegenübers wahrzunehmen, zu verbalisieren und differenziert auszudrücken.

3. Schritt: Bedürfnis

„Handlungen sind kein Selbstzweck, sondern stehen, entweder direkt oder über Zwischenschritte, immer im Zusammenhang mit Bedürfnissen und Lebensbedingungen der Akteure“, so Joachim Bauer (2005) in seinem Pionierwerk - Warum ich fühle, was du fühlst.

Menschen handeln aus Bedürfnissen heraus. Es geht darum seine Bedürfnisse zu erkennen und zu akzeptieren, also Klarheit zu haben was ich brauche oder schätze. Wer von seinen Bedürfnissen spricht, spricht eine allgemeine, universelle Sprache die eine Verbindung schafft die Verständnis und Mitgefühl ermöglicht. Demgegenüber kennen wir Menschen ganz unterschiedliche Strategien zur Erfüllung eines Bedürfnisses.

4. Schritt: Strategie (Bitte)

„Sage mir was Du willst, anstatt mir zu sagen was ich falsch mache“

Im vierten Schritt geht es darum Handlungen/Strategien zu finden die unsere Bedürfnisse erfüllen können: als konkret beobachtbares Verhalten, positiv formuliert.

Ziele

Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über die 4 Schritte der Einfühlenden (Gewaltfreien) Kommunikation nach M.B. Rosenberg.

Ablauf/ Gestaltung

Vortrag, Bearbeitung von Beispielen aus der Praxis der WorkshopteilnehmerInnen.

Lernziele

Annahme braucht Verständnis. Um Annahme zu ermöglichen ist es hilfreich eine universelle Sprache (Bedürfnisse) zu nutzen die Verbindung schafft.

58. Die Sicherung der Nachhaltigkeit des schriftlichen Pflegeprozesses nach NANDA

Julia Schneider

Hintergrund

In der psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurde 2009 aufgrund eines Projektauftrages die Pflegediagnostik nach NANDA eingeführt [1].

Bis zu diesem Zeitpunkt sollte für jede Patientin/jeden Patienten ein interdisziplinärer Therapieplan erstellt werden. Es zeigte sich jedoch in der Praxis, dass diese Therapieplanungen vorrangig von der Pflege erstellt wurden. Die Pflege wollte sich allerdings gerne eigenständig darstellen und ihren Wert damit hervorheben, was in mehreren Umfragen mit den Stationsleitungen Pflege zum Ausdruck kam. Des Weiteren geht die Entwicklung der Pflege in die Richtung, ihre Arbeit den Krankenkassen darlegen zu müssen (in der Schweiz ist dies bei der Spitex, sowie bei den freischaffenden Pflegefachpersonen bereits ein Muss). Ausserdem ist eine einheitliche Darstellung des Pflegeprozesses bereits seit vielen Jahren in somatischen Spitälern und Pflegeheimen gegeben. Aus diesen Gründen kam die psychiatrische Klinik Münsterlingen 2008 zu folgenden Überlegungen: „Wie kann sich die psychiatrische Pflege sinnvoll abbilden? Können wir die Interdisziplinarität der Behandlung einer hospitalisierten Patientin/ eines Patienten weiterhin gewährleisten? Würde die Einführung der Pflegediagnostik die Interdisziplinarität fördern?“

Vorgehen

Das Projekt wurde gemäss Auftrag der Spitaldirektion vorbereitet. Zunächst wurde ein Zeitplan für die Einführung festgelegt. Weiterhin erfolgte die Information über die Planung über verschiedene Foren und Medien an die Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte, sowie Psychologinnen und Psychologen.

Die zuständige Mitarbeiterin des Stabs Pflegedirektion besuchte eine Fortbildung zur Pflegediagnostik bei Frau Müller Staub (Pflgewissenschaftlerin, Member of the Board of Directors and Chair of Education and Research Committee NANDA international), um fachlich bestmöglich vorbereitet zu sein.

Bevor in mehreren Durchgängen die Schulung stattfand, erhielten alle diplomierten Pflegefachpersonen eine Einführung ins Problem- Einflussfaktoren/Ursachen- Symptome- Ressourcen (PES-R)-Format. Diese Einführungsnachmittage wurden von verschiedenen Höfa I Pflegefachpersonen, der Projektleiterin und der Pflegeexpertin (in enger Zusammenarbeit mit der Bildungsverantwortlichen) vorbereitet und durchgeführt.

Im zweiten Schritt konnte Frau Müller Staub dafür gewonnen werden, eine Schulung aller Diplomierten Pflegefachpersonen der psychiatrischen Dienste Thurgau durchzuführen.

Um eine Nachhaltigkeit der Schulung gewährleisten zu können, entstand die „Coachgruppe Pflegediagnosen“. Jede Station der Klinik ernannte eine Pflegefachperson, die für ihre Station fachlich für die Pflegediagnostik zuständig ist. Um eine Überforderung dieser Coachs zu vermeiden, entstand in Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen eine Funktionsbeschreibung, in welcher der Auftrag sowie die Kompetenzen festgehalten wurden.

Diese Coachgruppe trifft sich seitdem einmal monatlich, um gemeinsam Pflegeplanungen und Fallbesprechungen zu üben, sich über Erfolge und Schwierigkeiten auszutauschen und über die Ergebnisse, der in regelmäßigen Abständen erfolgten Erhebungen der Pflegeplanungen informiert zu werden.

Ergebnisse/Erfahrungen

Die vorläufige Konzentration auf die Quantität anstelle der Qualität in den Erhebungen erwies sich rückblickend als ungünstig. Ferner scheinen die verschiedenen Bereiche der Psychiatrie eine unterschiedliche Herangehensweise und Umsetzung bezüglich der Pflegeplanungen zu benötigen.

Akutaufnahmestationen brauchen beispielsweise ganz andere Umsetzungsmöglichkeiten für den schriftlichen Pflegeprozess, als die therapeutischen Stationen oder die Forensik. Dies zeigt sich bereits im ersten Schritt des Pflegeprozesses - der Anamnese. Oft sind die Aufnahmesituationen im Akutbereich hektisch, beziehungsweise lassen die Rahmenbedingungen kein ausführliches Assessment zu, wie es in anderen Bereichen (und nach Schulungsideal) möglich ist. So kam es zu grosser Verunsicherung der Pflegefachpersonen, sich an die Planung heranzuwagen. Teilweise ist ein Widerstand der betreffenden Stationen spürbar, diese als zusätzliche, zeitraubend empfundene Arbeit zu erledigen, was sich auch mit den Erhebungen in Quantität und Qualität deckt.

Nun im dritten Jahr der Erhebung der Pflegeplanungen zeigt sich, dass alle Stationen (ausser der Akutaufnahme) den schriftlichen Pflegeprozess gut abbilden und als Instrument der Bezugspersonenarbeit einsetzen, welches ein wichtiger Teil des interdisziplinären Behandlungsplanes ist.

Die Akutaufnahmestationen beginnen mit dem vorgegebenen Formulieren der Pflegeplanung im PES-R-Format fast von vorne. Mit den Stationsleitungen, Bereichsleitungen und Coachs werden Änderungen/Anpassungen der Vorgaben für die Pflegeplanungen gemäss ihrer Ressourcen angestrebt.

Diskussion

Um die Nachhaltigkeit des schriftlichen Pflegeprozesses nach NANDA abzusichern, werden die Stationen kontinuierlich begleitet. Die Unterstützung ist individuell auf die Fähigkeiten der einzelnen Pflegefachpersonen zugeschnitten, weswegen auf jeder Station ein Coach eingesetzt wurde. Regelmässige Coachings („Coaching the Coach“) sichern die Wissenserweiterung. Die Frage nach Sinn und Unsinn der Pflegeplanung steht nach wie vor im Raum. Für wen werden die Pflegeplanungen geschrieben? Dienen sie wirklich als Arbeitsinstrument für und mit den Patientinnen und Patienten? Bilden sie den tatsächlichen Pflegeprozess ab? Gibt es für jeden Patienten, jede Patientin eine passende Pflegediagnose? Inwieweit lohnt sich der enorme Aufwand an Schulungen, Kontrollen, Unterstützung?

Literatur

1. Doenges M. E. ; Moorhouse M. F.; Geissler Murr A. C. (2002): Pflegediagnosen und Massnahmen. 3. Auflage, Hans Huber

59. „Wohnst Du noch oder lebst Du schon?“ Überlegungen zum Wohnen als einer fundamentalen Lebensdimension - Implikationen für die häusliche psychiatrische Pflege

Susanne Schoppmann

Hintergrund

In Deutschland ist die häusliche psychiatrische Pflege noch nicht flächendeckend verbreitet. Es besteht aber innerhalb der Berufsgruppe eine große Einigkeit darüber, dass es zu den Aufgaben der psychiatrischen Pflege gehört, eben diese Verbreitung zukünftig voran zu bringen

Problemstellung

Die Veränderung des Settings - weg von der stationären und hin zu der häuslichen Pflege - stellt für die psychiatrisch Pflegenden eine Herausforderung dar: Sie erleben sich selbst als Gäste in den Wohnungen der Klientinnen und Klienten, was zu einer Veränderung der Beziehungsdynamik führt [2]. Diese Veränderung in den Blick zu nehmen ist von einiger Bedeutung, allerdings stellt sie nur einen Aspekt des komplexen „Wohngebildes“ dar. Psychiatrische Pflege nimmt für sich in Anspruch Menschen, die an psychischen Störungen leiden, in ihrem Alltag zu begleiten und in ihrem je eigenen Umfeld zu unterstützen. Dabei spielt das Wohnen eine essentielle Rolle.

Zielsetzung

Der geplante Beitrag fokussiert deswegen auf eine grundlegende Betrachtung der Bedeutung des Wohnens aus einer phänomenologischen Perspektive.

Vorgehen

Ausgehend von philosophischen Aussagen über die Bedeutung des Wohnens [3] und des gelebten Raums [1] wird aufgezeigt wie eng sich der Zu-

sammenhang zwischen Wohnen, Gewohnheit und Alltag darstellt und welche Implikationen sich daraus für die psychiatrische Pflege ergeben.

Diskussion und Schlussfolgerung

Bislang konzentriert sich die häusliche psychiatrische Pflege sehr auf den Aspekt der veränderten Machtverhältnisse, wenn die Patientinnen und Patienten und nicht mehr sie selbst die ‚Hausherren‘ am Ort der Begegnung sind. Dabei lässt sie zu sehr außer Acht was es bedeutet, wenn die eigene Wohnung zum Ort der pflegerisch-therapeutischen Begegnung wird. Sich grundlegend mit der Bedeutung des Wohnens zu beschäftigen, kann dazu beitragen das pflegerische Verständnis des Begriffs ‚Häuslichkeit‘ zu erweitern und sich mit der eigenen Rolle selbstreflexiv auseinander zu setzen.

Literatur

1. *Bollnow, O.F. (1963) Mensch und Raum. Kohlhammerverlag, Stuttgart, Berlin, Köln. 9.Auflg. 2000*
2. *Bowers, L. (1992) Ethnomethodology. II: A study of the Community Psychiatric Nurse in the patient's home. Int J Nurs Stud. 29(1):69-79.*
3. *Heidegger, M. (1951) Bauen – Wohnen – Denken http://www.uni-weimar.de/cms/uploads/media/Heidegger-Bauen_Wohnen_Denken.pdf*

60. E-Mental Health als Element der Gesundheitsförderung und als Aufgabengebiet der Psychiatrischen Pflege

Michael Schulz

Einleitung

Das Internet gilt als die große revolutionäre Kraft, welche unser Leben nachhaltig verändert. Folgt man der Einschätzung der europäischen Union, dann hat das Internet einen großen Einfluss auf gesellschaftliche Teilhabe und im Hinblick auf Entscheidungsprozesse, z.B. im Hinblick auf Therapieentscheidungen. Zudem wird ihm ein großes Potential zur Verbesserung der Lebensqualität zugesprochen [1].

Das Internet wächst. Gab man im April 2007 den Begriff „schizophrenia“ in Google ein, dann wurden 15.000.000 Seiten gefunden. Im Juli 2012 ergab dieselbe Anfrage mehr als 31.000.000 Seiten. Im Rahmen von Gesundheitskommunikation spielt das Internet eine Rolle, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Erste Seiten mit gesundheitsrelevanten Themen wurden bereits 1993 geschaltet, heutzutage nutzen immer mehr Menschen das Internet, um gesundheitsrelevante Informationen zu erhalten, sich über entsprechende Themen auszutauschen oder um online Interventionen in Anspruch zu nehmen, z.B. durch entsprechende online gestützte Therapieangebote.

Auch Psychiatrisch Pflegende sehen sich zunehmend mit Patienten konfrontiert, die sich sicher im Internet bewegen und viele Informationen auch zu ihrer Krankheit von dort beziehen und über Blogs grenzüberschreitend mit Menschen in vergleichbaren Situationen im Austausch stehen.

Gleichwohl tut sich die Gruppe der Psychiatrisch Pflegenden mit einer professionellen Nutzung des Internets im Vergleich zu anderen Pflegenden deutlich schwerer. Estabrooks [2] gehen davon aus, dass Psychiatrische Pflege den persönlichen Beziehungskontakt als zentrales Element ihrer Arbeit sehen und aus diesem Grunde Computer als Werkzeug zur Beziehungsgestaltung nur schwer akzeptieren können. Auch kann ein demographisch

begründeter Mangel an Computerkenntnissen die Implementierung wirkungsvoller online gestützter Interventionen empfindlich stören. Wie Schoppmann und Mayer [3] in einer Befragung von Leitungspersonen festgestellt haben, lag das Durchschnittsalter von Pflegenden in der Psychiatrie bei 42,2 Jahren, ein Viertel der Belegschaft in Kliniken war älter als 50 Jahre. Durch diese demographische Entwicklung in der Pflege, die vielerorts durch Überalterung geprägt ist, gibt es seitens der Professionellen viele sog „digital Immigrants“ während immer mehr Patienten zur Gruppe der „digital natives“ gehört. Nach Palfey und Gasser [4] zählen die 1980 geborenen zum ersten Jahrgang der Digital Natives. Wenngleich diese Begriffe in der Fachwelt nicht unumstritten sind, weil natürlich das Alter nicht unbedingt etwas aussagt über unser Verhalten, erscheint er bei aller Vorsicht als Prädiktor nutzbar.

Angesichts der wachsenden Bedeutung gilt es, sich den rapide vermehrenden Online-Angeboten zu nähern, und zu verstehen. Wenn möglich, sollten wissenschaftlich geprüfte Angebote entgegen gestellt werden. Das Potential und Chancen, die die neue Technologie bieten gilt es zu nutzen und gleichzeitig muss man um die Risiken wissen und verantwortungsvoll mit diesen umgehen.

Im Folgenden wird die online gestützte Gesundheitskommunikation skizzenhaft vorgestellt. Anschließend wird auf einige Chancen und Risiken, sowie Implikationen für die Psychiatrische Pflege eingegangen.

Gesundheitskommunikation im Internet

Die Verbindung von Internet und Gesundheit wird vielfach als E-health beschrieben. Unter dem Begriff „e-health“ werden sämtliche Formen des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung von Prozessen im Hinblick auf Gesundheit subsumiert.

“E-Health is an emerging field of medical informatics, referring to the organization and delivery of health services and information using the internet and relating technologies” [5].

Karcher et al. [6] unterscheiden fünf Leistungsbereiche von E-Health

- ⇒ *Content*: Bereitstellung und Vermittlung von Information
- ⇒ *Commerce*: Unterstützung und Aufrechterhaltung von Geschäftsbeziehungen
- ⇒ *Connectivity*: Vernetzung von Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Patienten
- ⇒ *Computer Applikation*: Technologien für Kommunikation und Informationsaustausch
- ⇒ *Care*: Unterstützung medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen (z.B. elektronisches Rezept, Telemonitoring, Telechirurgie)

Im Rahmen dieses Beitrags steht der Aspekt der Gesundheitskommunikation im Internet im Vordergrund. Er bietet im Bereich von E Health neben anderen Anwendungsfeldern wie z.B. Telemedizin, elektronische Patientenakte oder Bereitstellung von medizinischen Informationen für Experten (z.B. Datenbanken wie Pubmed) einen eigenständigen Bereich dar.

Gesundheitskommunikation im Internet umfasst all jene internetbasierten Anwendungsmöglichkeiten, die einen individualkommunikativen über oder die massenkommunikative Bereitstellung von Gesundheitskommunikation ermöglicht.

Veränderte Rolle des Experten

Durch das Internet haben sich der Zugang und der Umgang mit Information deutlich verändert, was auch Auswirkungen auf die Rolle von Experten hat. Im Gegensatz zur Offline Kommunikation zeichnet sich Gesundheitskommunikation im Internet durch Akteursvielfalt aus, einer sog. „publishing Society“. So sind es nicht mehr nur Fachexperten, die über Bücher oder Zeitschriften ihr Wissen zur Verfügung stellen, sondern gerade über die

interaktiven Möglichkeiten des Web 2.0 (Facebook, Twitter, Blogs etc.) kann jeder Internetnutzer auch zum Autor werden.

Ein Experte im traditionellen Verständnis zeichnet sich dadurch aus, dass er auf einem bestimmten Gebiet mehr weiß, als andere Menschen, z.B. Patienten und somit über Herrschaftswissen verfügt. Ärzte und Apotheker als Experten in einem traditionellen Verständnis verlieren als Quelle der Gesundheitskommunikation an Gewicht.

So stellt das Internet eine kontinuierliche Bedrohung eines traditionellen Verständnisses von Expertentum und zwingt zur Rollen Anpassung. Diese Entwicklung ist auch in anderen Bereichen erkennbar, gerade in der Medizin („von der Emindenzbasierten zur Evidenzbasierten Medizin“) aber natürlich auch in der Psychiatrie, wo z.B. der Recovery Ansatz die Frage nach der Definitionsmacht über Gesundheit und Lebensqualität deutlich in Richtung Nutzer verschiebt.

Durch das Internet ist es aber jedem Einzelnen immer besser möglich, Informationen zu erhalten. Als Problem ergibt sich nun, dass die unüberschaubare Flut an Informationen bisweilen schwer zu verarbeiten ist. Die Rolle des zeitgemäßen Experten liegt also vielmehr darin, Suchende zu einem strukturellen Überblick zu verhelfen. Denn so wenig, wie die immer verfügbaren Informationen von nahezu allem nicht dazu geführt haben, dass Journalisten überflüssig wurden, braucht es auch im Gesundheitswesen weiterhin Experten, die Flut an Informationen verstehbar und handhabbar machen.

In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass die Möglichkeiten der Internetnutzung durchaus unterschiedlich sein können. Zu unterscheiden ist hier v.a. zwischen formalem und effektivem Zugang zu Information im Internet. Während der formale Aspekt auf die technischen Voraussetzungen abhebt, also die Frage nach passender Hard- und Software, Netzzugang usw. fokussiert der effektive Zugang auf das Potential, Gesundheitsinformationen richtig zu verarbeiten (Health literacy). Damit eine Information gut verarbeitet werden kann, muss sie richtig verstanden und richtig einge-

ordnet werden. Für den deutschen Sprachraum ist dieser Aspekt insofern von besonderem Interesse, der wesentlich größere Teil an Internetangeboten in englischer Sprache vorhanden ist.

Das Internet hat auch auf den für psychiatrische Pflege wichtigen Aspekt der Beratung einen großen Einfluss. Durch die neuen Medien haben sich grundsätzlich die Möglichkeiten der Beratung vergrößert, da ich problemlos auch einen Experten, die nicht vor Ort sind und vielleicht sogar aus einem anderen Teil der Welt kommen, zu Rate ziehen kann. Hier ergeben sich im Hinblick auf den Beratungsprozess im Internet einige grundsätzliche Fragen. Dazu gehören z.B.:

- ⇒ Ist es überhaupt möglich, via Internet eine therapeutische Beziehung herzustellen?
- ⇒ Lässt sich die Vertraulichkeit der gegebenen Information herstellen?
- ⇒ Wie kann man nichtqualifizierte Berater davon abhalten, ihre Dienste anzubieten?

Es gibt aber auch Vorteile der Email Beratung [7] Es existieren permanent Aufzeichnungen über den gesamten Beratungskontakt

- ⇒ Das Schreiben ist ein wirksames Mittel, um „das Problem nach außen zu tragen“
- ⇒ Das Schreiben kann dem einzelnen Mensch helfen, sich über seine eigenen Erfahrungen klar zu werden
- ⇒ Das Machtgefälle der therapeutischen Beziehung ist reduziert, da das Internet ein äußerst egalitäres Medium ist
- ⇒ Klienten können Gefühle sofort im „Hier und Jetzt“ ausdrücken

Potenziale und Wirkung

Durch die leichte Erreichbarkeit hat sich das potentiell erreichbare Publikum erweitert. Einen Internetzugang vorausgesetzt handelt es sich um ein sehr niederschwelliges und günstiges Medium und im Vergleich zum Fernsehen

um ein interaktives Medium. Viele Nutzer schätzen zudem die Anonymität im Netz: Man kann sich informieren, ohne etwas von sich preisgeben zu müssen. Ein weiterer Vorteil wird in seiner geographischen Verbreitung gesehen: so können auch Menschen in dünnbesiedelten Gebieten erreicht werden, was für Psychiatrische Pflege ein wichtiges Einsatzfeld darstellt. Anhand von Studien konnte gezeigt werden, dass Psychiatrisch Pflegende in der ambulanten Versorgung von jugendlichen Psychisch kranken Menschen positive Erfahrungen mit internetbasierten Interventionen sammeln konnten [8]. Ausserdem hat das Internet eine positive Wirkung auf Empowerment, da Menschen Aspekte von Gesundheit und Krankheit besser verstehen. Dies unterstützt Patienten z.B. darin, mit Professionellen „auf Augenhöhe“ kommunizieren zu können.

Risiken und Grenzen

Das Internet bedeutet nicht das Ende der Psychiatrischen Pflege. Vielmehr stellt der unsachgemäße und v.a. übermäßige Gebrauch von Internet eine ernsthafte Gefahr für die psychische Gesundheit dar. Hinzu kommt die Gefahr von riskantem Verhalten im Internet, welche v.a. von Menschen unterschätzt wird, die mit ihrem Leben eher unzufrieden sind und das Internet durch seine Anonymität als eine (vermeintlich) sichere und schönere Welt begreifen.

Ein weiteres Risiko liegt in der Macht von Wirtschaftsunternehmen auf die verbreiteten Inhalte im Internet. Die Industrie hat das Internet längst als leistungsfähiges Medium für sich erkannt. Das Interesse von Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitsbereich ist v.a. ein ökonomisches. „Pharmaceutical Industries are actively involved in sponsoring the definition of diseases and prompting them to both prescribers and consumers“ [9].

Nach einer Studie von Read sind 58% der Top 50 Seiten zu Schizophrenie von der Pharmaindustrie gesponsert. Auf diesen Seiten zeigt sich eine bestimmte Sichtweise auf die Krankheit. So wird die Ursache für Schizophrenie eher im bio-genetischen als in psychosozialen Faktoren gesehen und der Schweregrad sowie der degenerative Verlauf betont. Zudem verweisen

diese Seiten häufiger auf den Erfolg und die Angemessenheit medikamentöser Therapie.

Die Zukunft des Marketings liegt denn auch in den neuen Medien. Dies liegt auch daran, dass das Web 2.0 eine Technologie bietet, die es den BenutzerInnen leicht macht, eigene Inhalte zu erstellen, zu bearbeiten und zu verteilen. Es ist sozusagen zum Mitmach-Web geworden, in dem die klassische Rolle der VerbraucherInnen als KonsumentInnen aufgebrochen wird, da NutzerInnen gleichzeitig auch zu ProduzentInnen von Inhalten werden. Soziale Medien vernetzen die VerbraucherInnen untereinander und stärken das Zusammengehörigkeitsgefühl, was von der Werbung gut genutzt werden kann. Das Vertrauen in die Empfehlungen von peers oder von der gleichen Krankheit Betroffene wird eher angenommen, als die Empfehlungen von Pharmafirmen, bekannten Persönlichkeiten oder anderen Prominenten. Es ist bekannt, dass die Industrie bezahlte Blogger einsetzt, um ihr Produkt von vermeintlich Gleichgesinnten gut besprechen zu lassen.

Fazit

Das Internet ist Teil unserer Welt und sollte seitens der Psychiatrischen Pflege auf seine Möglichkeiten hin untersucht werden. Psychiatrisch Pflegende sollten wissen, wie sich die von ihnen zu versorgenden Nutzer im Internet bewegen, welche Fragen sie haben und welche Hilfestellungen sie benötigen, um von den Informationen profitieren zu können. Im Rahmen der psychosozialen Versorgung gilt es, die Potentiale zu nutzen, Interventionen zu entwickeln und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Literatur

1. *European Communities (2007) eHealth priorities and strategies in European Countries. eHealth ERA report. Office of Official Publications of European Communities, Luxembourg*
2. *Estabrooks, C. et al. (2003) The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? In: J Adv Nurs 42 (1), S. 73–81.*
3. *Schoppmann, S.; Mayer, H. (2010) Altersstruktur psychiatrisch Pflegenden in Deutschland. PrInTerNet - Zeitschrift für Pflegewissenschaft 15 (3): 149-55*

4. John Palfrey, Urs Gasser: *Born Digital: Understanding the First Generation of Digital Natives*, Basic Books, 2008
5. Eysenbach, G.; Jadad, A. R. (2001) *Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the Internet age*. In: *J. Med. Internet Res* 3 (2), S. E19.
6. Karcher, C., wiest, A.; Schumacher, N. (2000) *E-health: Chancen und Risiken für Ärzte, Patienten und Kostenträger*. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 76: 607-613
7. McLeod, J. (2004) *Counselling - eine Einführung in Beratung*. Tübingen: Dgvt-Verl.
8. Kurki, M.; et al. (2011): *Usefulness of internet in adolescent mental health out-patient care*. In: *J Psychiatr Ment Health Nurs* 18 (3), S. 265–273.
9. Read, J. (2008) *Schizophrenia, drug companies and the internet*. In: *Soc Sci Med* 66 (1), S. 99–109.

61. E-Mental-Health: Implikationen für die psychiatrische Pflege

Michael Schulz

Hintergrund

Wenn es darum geht, gesundheitsrelevantes Wissen zu erschließen, ist das Internet mittlerweile das Medium der ersten Wahl. Längst ist es zum Leitmedium der Patienteninformation und -beratung avanciert, genauso wie Gesundheitsportale Informationen zu einzelnen Erkrankungen und Behandlungsmethoden anbieten, therapeutische Maßnahmen online offeriert werden und sich Laien-Online-Foren zu Themen psychischer Erkrankungen/Gesundheit konstituiert haben.

Davon ausgehend und vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl der Onliner in allen Altersgruppen und sozialen Schichten, ist es auch von wachsender Bedeutung für die psychiatrische Pflege, Chancen und Risiken der Neuen Medien/des Internets in Bezug auf Prävention, therapeutische Nachsorge und Recovery zu reflektieren. Gerade für die psychiatrische Pflege spielt es eine wichtige Rolle, sich diesem neuen Bereich zuzuwenden, da sich die Lebenswelt vieler Patientengruppen in immer mehr Bereichen in und über die Neuen Medien ausbreitet. So stellt sich die erste Aufgabe, Kenntnisse über diese neuen Lebenswirklichkeiten zu erlangen. Darüber hinaus besteht die zweite Aufgabe darin, diese neuen Kommunikationswege und -möglichkeiten in die psychiatrische Versorgung zu integrieren.

Spezielle Fragestellung

Wie kein anderes Medium in der modernen Welt hat das Web 2.0 Kommunikationsmöglichkeiten und -gewohnheiten verändert. Dies nicht nur in Alltagsbezügen, sondern auch in gesundheitstherapeutischen Belangen. Werden diese Entwicklungen in den Fächern der Medizin, Psychologie und der Gesundheitswissenschaften seit langem schon reflektiert und für neue

Formen der professionellen Intervention in gesundheitlichen Zusammenhängen genutzt (bspw. in Aufklärung, Beratung, Therapie und Nachsorge), blieben die Herausforderungen des Mediums für die psychiatrische Pflege bislang unbeleuchtet. Auf Grundlage von aktuellen Forschungsergebnissen sollen in diesem Vortrag pflegerelevante Aspekte der Neugestaltung therapeutischer Beziehungen, Formen von Beratung und Therapie sowie Fragen der Qualitäts- und Datensicherung einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Diese unterschiedlichen Fragenkomplexe werden auf deren Bezüge zur Anwendung im Rahmen ambulanter wie stationärer psychiatrischer Versorgung diskutiert.

Lernziele

Das Internet spielt in der Lebenswelt der Betroffenen auch im Hinblick auf Lebens- und Krankheitsmanagement eine zunehmend große Rolle. Dies spiegelt sich im aktuellen Berufsprofil Psychiatrisch Pflegenden zu wenig wieder.

62. Was hindert Pflegende Patienten mit Alkoholproblemen zu entdecken und zu beraten

Thomas Schwarze, Sabine Hahn

Hintergrund

Alkohol ist für zahlreiche Erkrankungen verantwortlich und wird für rund 4% der weltweiten Todesfälle verantwortlich gemacht [1]. In der Schweiz wird allein die Zahl der Alkoholabhängigen auf ca. 250'000 Personen geschätzt [2]. Die Anzahl Personen, die episodisch zu viel Alkohol trinken (Rauschtrinken) ist ungleich höher. Daher gehört der Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen (chronischer und/oder episodischer Missbrauch, riskanter Alkoholkonsum, Abhängigkeit) zum Alltag von Pflegenden in allen somatischen und psychiatrischen Betreuungs- und Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, stationär) [3-5].

Einleitung

Pflegende sehen sich mit dieser Patientenpopulation konfrontiert und sind verunsichert, ob die Entdeckung und Beratung dieser Patienten in ihrem Arbeitsauftrag enthalten sind und welche fachlichen Grundlagen und spezifischen Kompetenzen hierfür benötigt werden.

Thema

Thema dieses Workshops ist unter anderem die Präsentation von Ergebnissen eines Forschungsprojektes des Fachbereichs Gesundheit Berner Fachhochschule, das die förderlichen Einflüsse und Barrieren für von Pflegenden durchgeführten Screenings oder Assessments und Kurzinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen im somatischen Akutspital. Die Übertragbarkeit auf die psychiatrische Pflege in allen Settings wird ebenfalls betrachtet. Es wird erörtert, welches Wissen und welche Kompetenzen Pflegende generell und insbesondere bei der psychiatrischen Pflege benötigen, um bei

ihren Patienten bezüglich der konsumierten Alkoholmenge und der beobachteten Alkoholkonsummuster präventiv einwirken zu können. Ebenfalls werden strukturelle Vorbedingungen für derartige vorbeugende Massnahmen diskutiert

Ziele

Der Workshop zielt darauf ab, den Teilnehmenden literatur- und forschungsbasierte Informationen bezüglich der Erkennung und Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen vorzustellen und ihre Anwendung in der psychiatrischen Pflege zu diskutieren. Einzelne Aspekte dieser Tätigkeit werden exemplarisch in Übungen mit den Teilnehmenden beleuchtet.

Ablauf

- Vorstellung von Resultaten des von der Berner Fachhochschule momentan durchgeführten Forschungsprojektes „Interdisziplinäre Alkoholprävention im somatischen Akutspital“. Vergleich dieser Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur zur psychiatrischen Pflege. Kritische Reflektion der Ergebnisse.
- Übung zum Screening/Assessment von Patienten mit Alkoholproblemen.
- Diskussion unter den Teilnehmenden und im Plenum zu folgenden Aspekten:
 - o In welchen Arbeitsbereichen werden welche Anstrengungen unternommen um diese Patientengruppe adäquat zu erfassen und zu beraten?
 - o Welche Berufsgruppe fühlt sich für die Entdeckung und adäquate Beratung dieser Patienten aus Sicht der Pflegenden hauptsächlich verantwortlich?
 - o Welche Bereitschaft haben psychiatrisch Pflegende das Alkoholscreening und/oder Assessment und die Beratung in ihr berufliches Selbstverständnis und ihre alltägliche Arbeit zu integrieren?

- Was benötigen psychiatrisch Pflegende an Wissen und Kompetenzen um den Patienten und ihrer Problematik gerecht werden zu können?
- Welchen Problemen und Barrieren sehen sich die Pflegenden beim Screening/Assessment und der Beratung dieser Patienten ausgesetzt?
- Was erleben psychiatrisch Pflegende als hilfreich und unterstützend?

Gestaltung

Vortragspräsentation, Übungen, Diskussion im Plenum

Lernziele

Pflegende werden gewahrt, dass sie dank ihrer Rolle und Funktion prädestiniert sind Patienten mit Alkoholproblemen zu entdecken und sie und ihre Angehörigen adäquat zu beraten.

Literatur

1. *Rehm, J., et al., Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. Int J Public Health, 2007. 52(6): p. 383-92.*
2. *Kuendig, H., Geschätzte Anzahl der alkoholabhängigen Menschen in der Schweizer Bevölkerung (Forschungsbericht Nr. 56), 2010, Sucht Info Schweiz: Lausanne.*
3. *Falcheri, J.P., [Alcohol and psychiatric comorbidities in primary care]. Rev Med Suisse, 2011. 7(302): p. 1462-5.*
4. *Sheidow, A.J., et al., Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions. Psychiatr Rehabil J, 2012. 35(3): p. 235-43.*
5. *Cameron, A., J.M. Morris, and E.H. Forrest, The prevalence of alcohol misuse among acute admissions: current experience and historical comparisons. Scott Med J, 2006. 51(4): p. 21-3.*

63. Mindfulness-based stress reduction in erwachsenen mit autismus

Annelies Spek, Nadia Van Ham

Abstract

Immer häufiger wird bei Erwachsenen eine Diagnose im autistischen Spektrum gestellt. Neben einer guten Diagnosestellung ist es wichtig, gute und effektive Behandlungsformen zu entwickeln. Wir wissen, dass erwachsenen mit Autismus schneller als andere Menschen überlastet sind und oft Angst- und depressiven Beschwerden haben. Die Ursache besteht darin, dass sie Schwierigkeiten haben Reize zu filtern, da sie ihre Grenzen schwer erkennen, beispielsweise aufgrund Ihrer Schwierigkeiten mit Veränderungen. In zunehmendem Maße wird deutlich, dass es wichtig ist, Menschen mit Autismus Fertigkeiten beizubringen, die sie selbst verwenden können, um Angstzustände und depressive Symptome zu vermindern und dadurch weniger abhängig von ihrer Umwelt zu werden. Eine Behandlungsform, die genau darauf eingeht, ist Mindfulness. Ein Vorteil von Mindfulness besteht darin, dass man sich nicht mit einer umfangreichen Analyse von Gedanken und Gefühlen aufhält, wie es beispielsweise bei der kognitiven Verhaltenstherapie der Fall ist. Dies korrespondiert gut mit den Einschränkungen von Menschen mit Autismus in der „Theory of Mind“ und in der Kommunikation. Unsere Fragestellung war, weshalb mindfulness-based stress reduction (MBSR) positive Effekte hat auf das psychische Wohlbefinden von erwachsenen mit autismus.

Wir haben die ursprüngliche Mindfulness wurde überarbeitet, damit sie besser zu Erwachsenen mit Autismus passt. Anschließend haben wir die Mindfulnessstraining untersucht. Die Teilnehmer der Mindfulness-Gruppen (N = 20) füllten einige Fragebögen bezüglich psychischer und physischer Beschwerden aus (SCL-90, Rumination-Reflection Questionnaire und Global

Mood Scale). Die Resultate dieser Messungen wurden mit Menschen, die auf der Warteliste (N = 21) standen, verglichen.

Die Untersuchung ergab, dass das Mindfulness-Training Menschen mit Autismus dabei hilft, ihre Gedanken loszulassen (abnahme in 'Rumination'). Dies führt zu einer signifikanten Abnahme von Angst- und depressiven Beschwerden (wie Grübeln), was wiederum eine signifikante Zunahme der allgemeinen positiven Gefühle und Abnahme negativer Gefühle zur Folge hat (Spek, van Ham & van Lieshout, 2010, Spek & van Ham, 2011).

Offenbar sind erwachsene mit autismus in der Lage, Techniken zu erlernen die sie zu Hause anwenden müssen. Das ist besonders wichtig, weil Menschen mit autismus oft große Schwierigkeiten mit solchen Verallgemeinerungen haben. Eine mögliche Erklärung könnte im strukturierten Aufbau der Therapie liegen. Die Achtsamkeitstherapie, so wie sie in der vorliegenden Untersuchung durchgeführt wurde, legt viel Wert auf die Übertragbarkeit für die Situation zu Hause. Außerdem wird besprochen, welche Form der Meditation am meisten hilft. So wird systematisch auf die Übertragung auf die Situation zu Hause hingearbeitet.

Zusammenfassend ist zu sagen das die Ergebnisse der Untersuchung darauf hin deuten das Mindfulness eine wirksame Therapieform für Erwachsene mit Autismus ist. Sie kann ihnen helfen, weniger schnell überlastet zu sein und Gedanken einfacher loszulassen.

Lernziele

Vertiefung der Kenntnisse über mindfulness-based stress reduction in Erwachsene mit Autismus

64. Wirkung von Sport- und Bewegungsinterventionen auf depressionserkrankte Patienten im stationären Setting

Manuel Stadtmann, Jutta Dreizler

Problemstellung

Laut der World Health Organisation (WHO) ist die Depression eine weit verbreitete und bekannte Krankheit. Laut der WHO wird das Krankheitsbild Depression im Jahre 2020 möglicherweise den zweiten Platz der am häufigsten in der Weltbevölkerung auftretenden Krankheiten einnehmen und das über alle Altersgruppen und beide Geschlechter hinweg [12].

Bezug / Relevanz zur Praxis

Im stationären Rahmen gestaltet sich die Arbeit mit an einer Depression Erkrankten als schwierig, da die Patienten schwer zu aktivieren sind. Es besteht eine Notwendigkeit von komplementären therapeutischen Methoden. Die Patienten sind besonders am Anfang der Therapie schwer zu erreichen.

Die Wirkung psychotherapeutischer Methoden, wie sie Psychologen durchführen, setzt mit einer zeitlichen Verzögerung ein. Ebenso die medikamentösen Interventionen, bei welchen es bis zu vier Wochen dauern kann, bis der gewünschte Effekt sichtbar wird. Der Effekt von Sport- und Bewegungsinterventionen wird schon seit Jahrzehnten als Forschungsthema behandelt.

Wirkung auf Depression

Es ergaben sich, gemessen anhand des „Global Depression Index (GD)“ folgende Resultate [7]: Der Effekt der „physical activity“ auf Depressionen betrug -2.24 ($SE=0.64$, $p<0.001$), d. h. ein höheres Level an „physical activity“ kann mit einem niedrigeren Level an depressiven Symptomen assoziiert werden. Medizinische Probleme erhöhten die Depression um 3.27 Punkte ($p<0.001$), aber jede Erhöhung der „physical activity“ verringerte diesen Wert um 0.90 Punkte ($p<0.001$). Mit negativen life events ging eine Erhöhung von

3.90 Punkten ($p < .001$) einher, aber jede Erhöhung der „physical activity“ war mit einer Verringerung dieses Werts um 0.89 Punkte ($p = .002$) assoziiert.

Searle et al. [11] brachten bzgl. der Wirkung auf die Depression gemessen mit dem BDI-II folgende Resultate: Gruppe „high-frequency exercise“, Werte = 7.13, $t(7) = 7.92$, $p < 0.01$, für die Gruppe „high-frequency exercise“ mit Gruppenintervention, Werte = 7.63, $t(7) = 6.16$, $p < 0.01$. Die mittlere Differenz der BDI-II-Werte zwischen den Gruppen „high-frequency exercise“ und der Gruppe „low-frequency exercise“ in der 8. Woche betrug -10.46 (95% CI: -16.06 zu -4.85) BDI-II Werte, in der 4. Woche: „high-frequency“ 13.2 ± 7.3 , „high-frequency mit Gruppenintervention“ 11.7 ± 3.1 und „low frequency“ 22.4 ± 7.5 In der 8. Woche „high-frequency“ 10.9 ± 8.1 , „high-frequency mit Gruppenintervention“ 9.6 ± 2.5 und „low frequency“ 20.7 ± 6.3 .

Resultate auf Depression anhand HAM-D [7]

Ersterhebung	Kraft=18.2	Aerobic=18.2	Entspannung=16.7
4.Monat	Kraft= 10.0	Aerobic= 12.1	Entspannung= 10.6
12 Monat	Kraft= 11.0	Aerobic=11.9	Entspannung 10.0

Die Forscher haben keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden. Sie folgern, dass es bzgl. der Wirkung auf Depression nicht relevant ist, ob eine Übung aerobisch oder anaerobisch ist. Eine signifikante biologische Wirkung von Sport auf Depression wurde in dieser Studie nicht gefunden.

Gemessen anhand des HRSD nach 12 Wochen signifikante Werte für: „Public Health Dose Gruppen (PHD)“ $17.5 \text{ kcal/kg/week}$ (-47% der Grundlinie, $p < 0.001$); „Low Dose Gruppen(LD)“ 7 kcal/kg/week (-30% , $p < 0.006$); 3-Tage / Woche Gruppen (-39% , $p < 0.001$); 5-Tage / Woche Gruppen (-38% , $p < 0.001$) und Gruppe „exercise placebo control“ (-29% , $p = 0.02$). PHD war signifikant effektiver als LD und Kontrollgruppen zur Senkung der HRSD-Werte. Der Unterschied zwischen LD und Kontrollgruppe war statistisch nicht signifikant ($p = 0.88$). Ebenso der Unterschied zwischen 3-Tage / Woche und 5-Tage / Woche innerhalb der gleichen Energieverbrauchsgruppe ($p = 0.93$). Auch

wurde keine signifikante Interaktion zwischen dem Effekt der Übungshäufigkeit und dem Energieaufwand ($p = 0.35$) auf die wöchentlichen HRSD Werte gefunden. Die Forscher postulieren, dass nicht die Dauer des Sports eine Wirkung auf Depression hat, sondern die Menge der dabei verbrauchten Energie [4].

Implikationen für die Praxis

Die gefundenen Studien bilden einen wissenschaftlich fundierten Rahmen zur Organisation einer Sportgruppe mit an Depression erkrankten Patienten. Wertvoll erscheinen die Resultate die besagen, dass eine drei Mal wöchentlich stattfindende sportliche Aktivität mit einer Verbrennung von 17.5 kcal/kg/Woche zu einer Reduktion von einem Drittel des depressiven Wertes, gemessen anhand der Hamilton-Skala, führen kann [4].

Die Forscher empfehlen ein Vorgespräch mit dem Patienten zur Abklärung der Teilnahme an der Sportgruppe, und zur Eruiierung der Präferenzen des Patienten hinsichtlich sportlicher Aktivitäten. Dies könnte im Rahmen der klinischen Praxis das Kompetenzfeld der Bezugsperson darstellen. Ebenfalls im Vorgespräch sollten die vergangenen Erfahrungen des Patienten mit Sport eruiert werden. Laut anderen Resultaten [1] ist diese Intervention ein wichtiges Mittel, um die Hemmungen des Patienten zu erörtern, diese zu wertschätzen und daraus geeignete Motivationsmassnahmen einleiten zu können, und somit den Patienten zur Teilnahme am Sport zu ermutigen.

Während der Durchführung der Sportgruppe sollte der Fokus auf ein positives Feedback und positive Strokes für die Patienten gerichtet werden. Dies mit dem Ziel die Patienten während des Sports mit positiven Erfahrungen zu stärken. Das besondere Augenmerk der Fachpersonen sollte sich hierbei auf die Gendergruppe der Frauen richten. Da diese, eher schlechte Erfahrungen mit sportlichen Tätigkeiten assoziieren als Männer [1]. Eine empathische Haltung und positive Ermutigung zur Teilnahme scheinen hier besonders im Mittelpunkt zu stehen.

Es scheint sinnvoll, eine Sportart auszuwählen, welche aerobe und anaerobe Aspekte beinhaltet. Bei einer gängigen Ballsportart, wie zum Beispiel Basketball, Volleyball oder Unihockey wären beide Aspekte der körperlichen Bewegung in einer spielerischen Form abgedeckt. Dabei ist eine vorgängige Auflistung von passenden Sportarten empfehlenswert, anhand derer die Patienten ihrer eigenen Präferenz entsprechend eine Aktivität auswählen können.

Alle während der Recherche gefundenen Studien verweisen auf die Notwendigkeit hin, die Autonomie des Patienten bei der Wahl der Sportart zu unterstützen. Organisatorisch ist es empfehlenswert, dass, sofern möglich, die Aktivität von zwei Fachpersonen durchgeführt wird. Eine davon sollte die Leitung der Gruppe übernehmen, während die andere zur Unterstützung präsent ist und für allfällige Notfälle und Interventionen zuständig ist. Wenn möglich sollte die Durchführung der Aktivität stets vom gleichen Personal vollzogen werden um eine Kontinuität zu gewährleisten.

Damit die ausführende Pflegefachperson geeignete Instrumente zur Hand bekommt, wäre zudem eine Weiterbildung im Bereich „Leitung einer Sportgruppe“ wünschenswert, wie sie zum Beispiel J+S Schweiz anbietet.

Literatur

1. Azar, D., Ball, K., Salmon, J. & Cleland, V. (2010). *physical activity correlates in young women with depressive symptoms: a qualitative study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2010, 7:3
2. Bartholomew, J. B., Morrison, D. & Ciccolo, J. D. (2005). *effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder. Medicine an Science in Sport and Exercise.* 37, 2032 - 2037
3. Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Doraiswamy, P.M., Watkins, L., Hoffman, B.M., Barbour, K.A., Herman, S., Craighead, W.E., Brosse, A.L., Waugh, R., Hinderliter, A. & Sherwood, A. (2007). *Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. Psychosom Med.* 2007, 69(7), 587–596.
4. Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G. & Chambless, H. O. (2005). *exercise treatment for depression efficacy and dose response. American Journal of Preventive Medicine.* 2005; 28: 1–8

5. Harris, A.H.S., Cronkite, R. & Moo, R. (2006). *physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85
6. Knubben, K., Reischies, F.M., Adli, M., Schlattmann, P., Bauer, M. & Dimeo, F. (2006). *A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. Br J Sports Med* 2007, 41, 29–33.
7. Krogh, J., Saltin, B., Gluud, C. & Nordentoft, M. A. (2009). *A randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of aerobic versus non-aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate Depression. Journal of Clinical Psychiatry*. 2009 ;70 : 790–800
8. Lawlor, D.A. & Hopker, S.W. (2001). *The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. BMJ, Volume 322, 31 march 2001*
9. Martinsen, E.W., Hoffart, A. & Solberg, Ø. (1989). *Comparing aerobic with non-aerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: A randomized trial. Comprehensive Psychiatry. Volume 30, Issue 4, July-August 1989, 324-331*
10. Pilu, A., Sorba, M., Hardoy, M.C., Floris, A.L., Mannu, F., Seruis, M.L., Velluti, C., Carpiello, B., Salvi, M. & Carta, M.G. (2007). *Efficacy of physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorders: preliminary results. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007, 3:8
11. Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2010). *patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. British Journal of General Practice, Vol. 61, Number 585, 2011, pp. e149 - e156 (8)*
12. World Health Organisation (2011). WHO initiative on Depression in Public Health.

Welche Bedeutung haben unterschiedliche Suizidraten für das Thema?

Erfahrungen aus verschiedenen Kliniken zeigen deutlich, dass bei erhöhten Suizidraten die Risikobereitschaft sinkt, was wiederum dazu führt, dass vermehrt Zwangsmaßnahmen verordnet werden. Insbesondere Überwachungsmaßnahmen, wie 15minütige Sichtkontrollen, geschlossene Stationstüren, Verlegungen oder Isolationen werden häufiger durchgeführt. In vielen Einrichtungen besteht eine übermäßige Sicherheitskultur vor dem Hintergrund potenzieller juristischer Sanktionen. Suizide lassen sich trotz aller Sicherheitsvorkehrungen nicht vermeiden. Autonomie muss gegen Sicherheit abwogen werden. Zur Autonomie gehört es, auch Risiken einzugehen – selbst wenn diese dann auch eintreten. Im Umgang mit Suizidalität ist ebenfalls das Zusammenspiel der Berufsgruppen von großer Bedeutung. Entscheidungen zu suizidpräventiven Maßnahmen müssen gemeinsam – auch mit den betroffenen Patienten und u. U. ihren Bezugspersonen – getroffen werden.

Literatur

1. Steinert, T. (2004) *Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken*. In: Ketelsen, R.; Schulz, M.; Zechert, Chr. (2004): *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang*. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
2. Vrijlandt, A.J. (1998): *Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich*. In: Kebel, J.; Pörksen, N. (Hg) *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*. Köln, S. 49-57.
3. Morrison, P. (1990) *A multidimensional scalogram analysis of the use of seclusion in acute psychiatric settings*. *Journal of Advanced Nursing* 15(1):59-66.
4. Klimitz, H, Uhlemann, H, Fahndrich E (1998) *[Are restraints used too frequently? Indications, incidence and conditions for restraint in a general psychiatric department. A prospective study]*. *Psychiatrische Praxis* 25(5):235-239.
5. Ray NK, Myers KJ, Rappaport ME (1996) *Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: A survey of New YorkState psychiatric facilities*. *Psychiatric rehabilitation journal* 20(1):11-18.

6. *Almvik, R, Woods P, Rasmussen K (2000) The Broset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. Journal of Interpersonal Violence 15(12):1284-1296.*
7. *Richter, D. (1999) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg, Lambertus.*
8. *Hemkendreis, B., Finklenburg, U., Vernetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege mit Psychiatrischen Kliniken (2011). In: „Psychiatrische Pflege vernetzt“ mit Betroffenen und Angehörigen, im Versorgungssystem, in Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. S. Hahn, Chr. Abderhalden, I. Needham, H. Stefan, M. Schulz, S. Schoppmann (Hrsg.) Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bern.*
9. *Kruckenberger, P. (2009) Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung durch ein neues Entgeltsystem, in Psychosoziale Umschau 042009, Psychiatrie Verlag, Bonn.*
10. *Salize, HJ., Spengler A., Dressing, H. (2007) Zwangseinweisung psychisch Kranker - wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern?. Psychiatr Prax. 34 Suppl 2:S196-202.*
11. *Romberg, S. (2011) Steigende Zahlen und eklatante regionale Unterschiede. FDP MedienINFO 2242011.*

65. Potentiale online gestützter Angebote bei Menschen mit Borderline-Störung zur Förderung der Health Literacy

Hermann Steffen

Health Literacy wird als Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, definiert. Dieses relativ junge Konzept erweist sich als gewinnbringender theoretischer Bezugspunkt insbesondere für die Evaluation neuer Formen gesundheitsbezogener Kommunikation über „Neue Medien“. Im Rahmen dieses Beitrags soll das Health Literacy-Konzept vorgestellt und auf seine Potenziale zum Verständnis von Bewältigungsbemühungen und Kompetenzaufbau bei psychischer Krankheit mittels Angeboten im Web 2.0 betrachtet werden.

Was ist Health Literacy?

Health Literacy steht seit Mitte der 1970er Jahre an prominenter Stelle auf den Agenden internationaler gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Debatten. Eingeführt wurde der Begriff zunächst im Bereich schulischer Gesundheitserziehung, fand aber bald schon Eingang in die Konzepte gesundheitsfördernder Gemeinwesenarbeit [15]. Über die Zeit wurde der Diskurs dann im Gesundheitssektor aufgenommen, hier jedoch primär personenbezogen und mit dem Fokus auf die Vermittlung und Optimierung von Patientenwissen [1].

Vor diesem Hintergrund hoben frühe Definitionen von Health Literacy, die etymologische Bedeutung des Wortes „Literacy“ referierend, auf das individuelle sprachliche und schriftliche Ausdrucksvermögen und Verständnis schriftlicher Information ab [12]. Alsbald wurde jedoch eine Ausweitung des Konzepts diskutiert, die ein breiteres Verständnis von Health Literacy reklamierte. So beschreibt die WHO (1998:10) Health Literacy als kognitive und soziale Fertigkeiten, welche Menschen motivieren und befähigen, ihre Le-

bensweise derart zu gestalten, dass sie für ihre Gesundheit förderlich ist. Im Zuge dieser Profilierung des Begriffs wurde das Konzept auch in der deutschsprachigen Debatte rezipiert und als Gesundheitskompetenz übersetzt [16].

Unterzieht man das Konzept nun einer genaueren Betrachtung so umfasst, nach Nutbeam [11], Health Literacy drei hierarchische Ebenen. Auf der ersten Ebene wird die *funktionale Health Literacy* benannt. Ihr werden die grundlegenden Lese- und Schreibfertigkeiten einer Person zugerechnet, die es ermöglichen, Anteil am Geschehen im System gesundheitlicher Versorgung zu nehmen. Darauf aufbauend beschreibt die *interaktive Health Literacy*, als zweite Stufe, gehobenere kognitive und soziale Fertigkeiten, die erforderlich sind, um gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und diese im Alltag umsetzen zu können. Vor allem werden hier die Beschaffung, Verarbeitung und Verbreitung von Informationen mittels Kommunikation benannt. Hier wird bereits auf Prozesse des Empowerments abgehoben, die Menschen dazu befähigen wollen, ihre Umwelt – so auch die Angebote und Leistungen gesundheitlicher Versorgung – aktiv zu gestalten [16]. Dieser Aspekt tritt nun auf der dritten, als *kritische Health Literacy* bezeichneten Ebene weiter in den Vordergrund. Auch diese Stufe beschreibt elaborierte kognitive und soziale Kompetenzen, die Menschen erlauben, Informationen kritisch zu analysieren und mit den Erkenntnissen ihre individuelle Lebensqualität in Alltags- und Biografiebezügen zu befördern. Darüber hinaus wird hier jedoch die Kompetenz zur Prüfung der eigenen Lebenspraxis unterstrichen mittels derer, riskante und prekäre Lebensstile erkannt und revidiert werden sollen.

Im Rahmen von empirischen Untersuchungen konnte der Zusammenhang von Health Literacy – vor allem auf der funktionalen Ebene – mit verschiedenen Indikatoren gezeigt werden, insbesondere deren Effekte auf die Stabilisierung der Versorgungsnutzung [4, 5] und auf den allgemeinen Gesundheitszustand [3]. Vor diesem Hintergrund fand Health Literacy Aufnahme in viele nationale Pläne – bspw. in Australien und der Schweiz – zur Verbesse-

rung gesundheitlicher Lagen in der jeweiligen Bevölkerung [exemplarisch: 8, 11].

Seine Rezeption im Rahmen einer Theorie psychischer Gesundheit fand Health Literacy in den 2000er Jahren als Mental Health Literacy. In Erweiterung des bis dato diskutierten Modells wurden nun die Dimensionen des Wissens und der Vorstellungen über psychische Krankheit, welche Erkennen, Selbstmanagement und Prävention unterstützen sollen, hinzugefügt [6, 7].

Die jüngste Ausdifferenzierung erhielt das Konzept im deutschsprachigen Raum durch die Forschungsgruppe um Soellner mit der Akzentuierung auf gesundheitsbezogene Kompetenzen [13]. Demnach stellt sich Health Literacy als Verknüpfung grundlegender Fertigkeiten, Handlungskompetenz, Motivation und Wissen dar. Als grundlegende Fertigkeiten werden, wie im Ausgangsmodell, Lese-, Schreib-, und Rechenfertigkeiten angeführt. Diese wirken sich nun auf die zentrale Dimension der Handlungskompetenz aus, welche Navigieren und Handeln innerhalb des Gesundheitswesens, Kommunikation und Kooperation, Beschaffung und Verarbeitung von Informationen sowie Selbstwahrnehmung und -regulation umfasst. Entscheidenden Einfluss auf das Geschehen hat die motivationale Dimension des Modells, die durch die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit beschrieben wird. Nicht zuletzt wirkt die Wissenskomponente, die sowohl gesundheits- wie versorgungsbezogene Kenntnisse umfasst, maßgeblich auf die anderen Faktoren des Modells ein.

Health Literacy weist sich somit als elaboriertes, mehrdimensionales Konstrukt aus, das das Augenmerk auf die Vielschichtigkeit informationeller Bewältigungsbemühungen Betroffener lenkt und deren Dimensionen zu differenzieren hilft.

Health Literacy und das WWW

Seit Jahren schon avanciert das Web 2.0 zum informationellen Leitmedium und das nicht nur in der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zunehmend bewegen sich auch ältere Menschen im Internet und suchen Informationen zu unterschiedlichsten Themenbereichen [9]. Die Aneignung gesundheitlichen Wissens gehört dabei zu den prominentesten Interessen onlinegestützter Suchbewegungen. Dies wundert nicht, gilt doch der Erwerb krankheits- und gesundheitsbezogener Kenntnisse als entscheidender Faktor für den Erfolg individueller Coping- und Bewältigungsbemühungen. Auf ihrer Suche sehen sich die Nutzer jedoch mit einer kaum zu überschauenden Fülle und Vielfalt von Angeboten konfrontiert, welche nicht nur verlangt, relevante von nicht relevanten Informationen zu trennen, sondern auch deren Nützlichkeit und Qualität zu beurteilen, um mangelhafte oder wenig zweckdienliche Inhalte auszusortieren und dergestalt im Alltag wirksam werden zu lassen.

Jedoch ermöglicht das WWW nicht nur die Befriedigung persönlicher Wissensbedürfnisse, sondern gestattet durch seine zunehmend interaktiven Möglichkeiten auch die diskursive Auseinandersetzung mit und über die recherchierten Informationen. Mehr noch bieten sich den Nutzern nun auch Chancen, Inhalte selbst zu strukturieren, erworbenes Wissen mit Betroffenen und professionellen Akteure zu teilen und somit Lebenswelten aktiv zu gestalten [2].

Das Konzept der Health-Literacy – in seiner nunmehr erweiterten Form – bildet eben diese komplexen Dimensionen basaler und fortgeschrittener Gesundheitskompetenz ab indem es nicht nur die konstitutiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern ebenso interaktive und kritische Kompetenzen fokussiert. So lässt sich abschließend feststellen, dass Health Literacy ein geeignetes strukturelles Modell darstellt, um Potenziale und Risiken aber auch die Defizite des Web 2.0 zur Förderung gesundheitlicher Kompetenz von Menschen mit psychischer Krankheit oder Störung zu untersuchen.

Literatur

1. Abel, T. / Sommerhalder, K. / Bruhin, E. (2011): *Health Literacy / Gesundheitskompetenz*. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention : Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung. S. 337-340
2. Bauer, S. / Kordy, H. (2008): *Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung*. In: Bauer, S. / Kordy, H. (Hg.): *E-Mental-Health*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 3-12
3. Gazmararian, J.A. / Williams, M.V. / Peel, J. / Baker, D.W. (2003): *Health literacy and knowledge of chronic disease*. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275.
4. Howard, D. H. / Gazmararian, J. / Parker, R.M. (2005): *The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees*. *The American Journal of Medicine*, 118. Pp. 371–377
5. Ishikawa, H. / Nomura, K. / Sato, M. / Yano, E. (2008): *Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers*. *Health Promotion International*, 23. Pp. 269-274
6. Jorm, A. (2000): *Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders*. *British Journal of Psychiatry*, 177. Pp. 396-401
7. Jorm, A.F. / Kitchener, B.A. / Kanowski, L.G. / Kelly, C. (2007): *Mental Health First Aid Training for members of the public*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7. Pp. 141-151
8. Kickbusch, I. / Maag, D. / Saan, H. (2005): *Enabling Healthy Choices in Modern Health Societies*. *European Health Forum*. Badgastein, Austria.
9. Köcher, R. / Bruttel, O. (Institut für Demoskopie Allensbach) (2011): *Infosys-Studie – Social Media, IT & Society 2011*. <http://www.infosys.com/german/newsroom/press-releases/documents/social-media-it-society2011.pdf>
10. Nutbeam, D. (2009): *Building health literacy in Australia*. *Med J Aust.*, 191. Pp. 525-526
11. Nutbeam, D. (2000): *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century*. *Health Promotion International*, 15. Pp. 259-267
12. Ratzan, S. C. (2001): *Health literacy: Communication for the public good*. *Health Promotion International*, 16. Pp. 207-214
13. Soellner, R. / Huber, St. / Lenartz, N. / Rudinger, G. (2010): *Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung*. *Projekt Gesundheitskompetenz*. *Zeitschrift für Pädagogik*, 56. S. 104-114

14. Stark, W. (1996): *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus
15. Walter, U. / Schneider, N. / Plaumann, M. (2008): *Empowerment bei Älteren – Empowerment for the Elderly*. *Das Gesundheitswesen*, 12. S. 730-735
16. World Health Organization (1998): *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO

66. Offene Türen in der Psychiatrie – Eine qualitative Untersuchung zum Erleben der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden

Regine Steinauer, Christa Waltenspül

Die Meinungen über geschlossene Akutstationen in Psychiatrischen Institutionen gehen weit auseinander. So sprechen die einen von therapeutisch wertvoller und schützender Atmosphäre, die anderen von ethisch fragwürdigen Zuständen. Als Vorteile geschlossener Abteilungen werden in einer Review von Van der Merwe et al [1] genannt: Vorbeugung von Flucht und Selbst- und Fremdverletzung, Vermeiden von unwillkommenem Besuch oder Einbringen von diversen Waren und bessere Kontrolle durch das Personal. Als Nachteile gelten: Depressive Verstimmungen bei Patientinnen und Patienten, mehr Aufwand für Personal, erhöhte Aggression, geringere Zufriedenheit mit der Behandlung und mehr ernsthafte Symptome.

Dass die Öffnung von bisher geschlossenen Akutstationen in psychiatrischen Kliniken verschiedene Veränderungen bewirkt, ist zu vermuten. So wird zum Beispiel die Selbstverantwortung der Patienten und Patientinnen gefördert, die sozialen Fähigkeiten gestärkt. Die Haltung zwischen Behandlungsteam und Patienten wechselt von eher bevormundend ängstlich zu unterstützend, begleitend.

Bisher haben nur wenige Untersuchungen die Veränderungen nach der Öffnung einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung erfasst.

Fragestellung

Wie erleben Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden einer bisher geschützten Abteilung die Öffnung der Abteilungstüren?

Methode

Da die Thematik bisher wenig untersucht wurde, haben wir die Fragestellung mit einem qualitativen Design bearbeitet. Die Gespräche haben wir in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring [2] ausgewertet.

Die zum Befragungszeitpunkt stationär auf der Abteilung behandelten Patientinnen und Patienten, welche bereits vor der Öffnung mindestens einmal auf der Abteilung waren, wurden angefragt an einem leitfadengestützten Interview teilzunehmen.

Das interdisziplinäre Behandlungsteam gab einerseits schriftliche Stellungnahmen zu den Vor- und Nachteilen der geöffneten Abteilungstüren ab und diskutierte in einem geleiteten Gruppengespräch (Fokusgruppe) die erlebten Veränderungen seit der Öffnung.

Setting

Die untersuchte Abteilung ist eine seit Juli 2011 offen geführte Behandlungsabteilung zur Therapie von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung mit Schwerpunkt Alkohol und Medikamente, andere Abhängigkeitserkrankungen nach Vereinbarung. Behandlungsschwerpunkt ist die qualifizierte Entzugsbehandlung einschliesslich der Diagnostik und Behandlung psychischer sowie somatischer Folgeerkrankungen. Die Abteilung bietet Platz für 13 Patientinnen und Patienten sowie acht Behandlungsplätze im Suchtambulatorium.

Ethische Überlegungen

Die Teilnahme an den Patienteninterviews war freiwillig. Die Gespräche wurden aufgenommen, transkribiert und anonymisiert ausgewertet. Eine Ablehnung hatte keinerlei Auswirkungen auf die aktuelle Behandlung.

Ergebnisse

Fünf Patientinnen und Patienten erfüllten die Kriterien zur Teilnahme. Alle erklärten sich bereit, ein Gespräch zu führen. Am interdisziplinären Grup-

pengespräch nahmen neben acht Pflegefachpersonen die Oberärztin und eine klinische Psychologin teil. Alle Mitarbeitenden nutzten ausserdem vorgängig die Gelegenheit, schriftlich die Vor- und Nachteile aufzuführen.

Das Textmaterial sowohl der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden ergab folgende Kategorien, in welchen sich Veränderungen seit der Öffnung zeigten:

Kategorie	Zitat
Zeit	«man merkt im grossen und ganzen ist die Sache ruhiger geworden... es ist eine Ruhe eingekehrt... man merkt es auch vom Personal her... man hat mehr Zeit» (P_2)
Beziehung	«Beziehungsarbeit positiv da weniger Kontrollfunktion» (Team)
Selbstverantwortung	«da wir den Patienten mehr zutrauen übernehmen sie auch mehr Verantwortung» (Team)
Wohlbefinden	«schon das Gefühl einfach reinkommen zu können.. und zu wissen die Tür ist offen...das war ein gutes Gefühl» (P_4)
Behandlungsauftrag	«jetzt kann man sich durch den offenen Rahmen auf ganz andere Aufgaben konzentrieren» (Team)
Aggression	«ich denke Aggression schürt der geschlossene Rahmen schon» (P_3)
Entstigmatisierung	«wenn Besuch kommt die waren schockiert... mein Bruder ist gekommen mit seinen Kindern und die haben gefragt was ist los wieso ist die Tür zu» (P_1)
Austausch	«man überlegt eher mal was könnte gut tun...früher im geschlossenen Rahmen hat jeder für sich gekämpft... für seine Rechte und Freiheiten» (P_5)

Kategorie	Zitat
Schutz	«einzelne Patienten benötigen das Gefühl der Sicherheit durch eine geschlossene Tür» (Team)
Überblick	«Aufenthaltsort der Patienten teilweise unklar» (Team)
Fluchtgefahr	«es gibt Patienten die sich plötzlich abseilen und davonlaufen» (P_5)

Die Mitarbeitenden erwähnten zusätzlich noch Veränderungen im

Konsumverhalten	«Heimlichtuerei fällt weg» (Team)
-----------------	-----------------------------------

Diskussion

Die Übereinstimmung der wahrgenommenen Veränderungen von den Patientinnen und Patienten und den Mitarbeitenden war sehr gross. Beide Gruppierungen betonten die überwiegend positiven Entwicklungen seit der Öffnung. Nur in den Kategorien Schutz, Überblick und Fluchtgefahr äussernten sie mögliche Nachteile der offenen Türen.

Die Öffnung der Abteilungstüren veränderte die Grundhaltung der Mitarbeitenden im Umgang mit Patienten und Patientinnen. Dies zeigen die Resultate vor allem in den Kategorien Zeit, Beziehung, Selbstverantwortung und Behandlungsauftrag eindrücklich.

Die nahezu identischen Kategorien beschrieben zwei Untersuchungen von Haglund et al [3,4], in welcher sie Patienten unterschiedlicher psychiatrischer Störungsbilder und Pflegefachpersonen zu den Vor- und Nachteilen geschlossener Abteilungstüren befragten. Zusätzlich diskutierten diese den Aspekt der Angehörigen, welche sich durch den geschützten Rahmen einer Abteilung eher entlastet fühlten. Dieser Gedanke blieb in der vorliegenden Untersuchung unbeachtet. Die Angehörigen wurden nur unter dem Aspekt der Entstigmatisierung erwähnt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Öffnung der Abteilungstüren nicht in Frage gestellt wird und als eine gute Entscheidung bestätigt wird. Eine höhere allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung auf offenen Abteilungen haben schon Müller et al [5] in ihrer Untersuchung in einer Psychiatrischen Klinik in Deutschland festgestellt.

Dass aber die beschriebenen Veränderungen noch nicht abschliessend vollzogen sind und es nach wie vor Punkte gibt, welche überarbeitet und weiterentwickelt werden müssen, lässt sich aus der Untersuchung ebenfalls ableiten:

- «trotzdem merkt man der alte Zopf ist noch nicht ganz abgelegt» (P_2)
- «Ich hab's Gefühl für das Team ist es eine grössere Herausforderung als für die Patienten» (Team)

Empfehlungen für die Praxis

Viele der definierten Veränderungen sind nicht abschliessend vollzogen. So gilt es z.B. der Beziehungsarbeit, dem Behandlungsauftrag oder auch der Entstigmatisierung weiterhin Beachtung zu schenken um so die positiven Entwicklungen nachhaltig zu verankern. Der Weiterbildungsbedarf der Mitarbeitenden sollte eruiert werden um anschliessend das interdisziplinäre Team gezielt für die neuen Anforderungen zu schulen.

Ebenfalls fällt der Vernetzung eine neue Bedeutung zu. So stellt die Öffnung der Abteilungstüren auch die anderen Abteilungen des Abhängigkeitsbereiches der Klinik vor neue Aufgaben. Die Zusammenarbeit mit dem bestehenden Suchtilfeangebot der Region muss weiter optimiert werden. Die Hemmschwelle für zukünftige Eintritte ist durch die Öffnung der Abteilungstüren gesunken, der Stellenwert innerhalb einer integrierten psychiatrischen Behandlung erhält demzufolge eine Anpassung.

Abschliessend lässt sich treffend zitieren: „Offene Türen sind mehr als ein Konzept, sie sind eine Haltung“ [6].

Literatur

1. Van der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A., & Haglund, K. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 16. 293-299.
2. Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (8. Auflage, erste Auflage 1983). Weinheim. Deutscher Studien Verlag
3. Haglund, K. & von Essen, L. (2005). Locked entrance doors at psychiatric wards - Advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. *Nord J Psychiatry*.59. 511-515.
4. Haglund, K., von Knorring, L. & von Essen L. (2006). Psychiatric wards with locked doors - Advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of clinical nursing*.15. 387-394.
5. Müller, M., Schlösser, R., Kapp-Steen, G., Schanz, B. & Benkert, O (2002). Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and closed ward. *Psychiatric Quarterly*.73. 93-107.
6. Lang, U. (2012). Akutpatienten nicht länger verwahren.[abgefragt am 27. 3.2012].http://www.upkbs.ch/ueberuns/medien/presseberichte/Documents/20120222_baz_lang.pdf

67. Training Emotionaler Kompetenzen

Holger Thiel

Hintergrund / Problemstellung

Die Fähigkeit, konstruktiv mit den verschiedensten belastenden Gefühlen umgehen zu können, ist zentral für die Sicherung der intrapsychischen Funktionsfähigkeit und damit Voraussetzung für eine effektive Auseinandersetzung mit der Umwelt.

Häufig begegnet uns, dass viele Patienten Schwierigkeiten haben, die eigenen emotionalen Reaktionen wahrzunehmen, sie richtig einzuordnen, sie bei Bedarf zu akzeptieren und auszuhalten, oder sie bei Bedarf positiv zu beeinflussen.

Beeinträchtigungen dieser Fähigkeit stellen ein bedeutsames Risiko für die Entwicklung und Chronifizierung psychischer Probleme und Störungen dar.

Im deutschsprachigen Raum gibt es bislang kein ausreichend fundiertes Training mit dem diese Defizite systematisch genug therapiert werden können. Vor diesem Hintergrund wurde von Professor Berking an der Universität Bern das Training Emotionaler Kompetenzen (TEK) entwickelt.

Vorgehen

Während die meisten Menschen die unangenehmen und auf Dauer verletzenden Gefühle – verständlicherweise – einfach schnell herunter- oder weg-regulieren wollen, setzt das TEK entscheidende Schritte früher an:

Das wirklich Besondere beim Training emotionaler Kompetenz (TEK) ist:

- Die Idee mehrere, meist notwendige Schritte (Basiskompetenzen 1-6), vor dem Regulieren verletzender Gefühle, vor zu schalten.
- Der Ansatz, dass das Regulieren von Gefühlen („in Ruhe“) konsequent geübt wird und bei entsprechenden Übungserfolgen mit Hilfe von erworbenen Kurzformeln in schwierigen Situationen umgesetzt werden kann.

- Der besondere Charme und die nachgewiesene Effektivität, die das TEK dadurch bekommt, dass sich die Basiskompetenzen u. a. aus den Erkenntnissen moderner Hirnforschung und modernster Psychotherapieansätze (z. B. Achtsamkeitsbasierte Techniken) herleiten

Im ersten Teil des Gruppentrainings werden den Teilnehmern die wichtigsten theoretischen Hintergründe vorgestellt und dargelegt, welche Folgerungen sich daraus für die therapeutische Praxis ergeben.

Als Grundlage dienen dabei die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse, wie sie die moderne Hirnforschung zur Verfügung stellt, aber auch evolutionsbiologische Hintergründe. Das Vermitteln dieser konkreten Modelle wird in der Regel von den Kursteilnehmern als sehr hilfreich und motivierend zugleich beschrieben.

Im zweiten, praxisorientierten Teil des Kurses werden konkrete Anleitungen zur Durchführung dieses Trainings gegeben. Dabei kommen neben dem Austausch in der Gruppe, dem schrittweisen Erarbeiten von Basiskompetenzen auch gemeinsame Übungen zur Anwendung. Für das tägliche Üben der entsprechenden Kompetenzen werden eine Vielzahl moderner Hilfen zur Verfügung gestellt wie z. B. Schriftliche Unterlagen, Schaubilder, Hör-CD's, tägliche SMS und Übungspläne.

Für wen ist das Training gedacht?

Der Indikationsbereich des TEK ist sehr breit. Besondere und spezifische Bedeutung hat das Verfahren bei allen Störungen, bei denen die Emotionsregulationsstörung das primäre Symptom darstellt wie:

- alle Arten von Depressionen
- alle Arten von Angsterkrankungen
- Störungen der Impulskontrolle

Darüber hinaus ist das TEK auch bei anderen Störungsbildern hilfreich, bei denen es aufgrund einer Störung im Bereich der Emotionsverarbeitung zur Ausprägung einer Erkrankung kommt wie beispielsweise:

- Suchterkrankungen
- Zwangserkrankung
- Somatisierungsstörungen

Dabei sollte das Training immer einen Bestandteil eines umfassenderen Behandlungsplans darstellen, bei dem je nach Bedarf auch störungsspezifische Interventionen eingesetzt werden.

Ergebnisse / Erfahrungen

Mit Start im Juli 2009 läuft die TEK Gruppe in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach regelmäßig. Seit Mitte 2010 fortlaufend ohne Unterbrechung. Parallel hierzu ist das TEK in der ambulanten Versorgung als Einzelangebot für Patienten und deren Angehörigen etabliert.

TEK wird derzeit ausschließlich von KollegenInnen der Fachpflege angeboten.

68. Faktoren der Resilienz bei Pflegefachpersonen im Gefängnissetting im Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz

Corina Thomet, Dirk Richter

Fragestellung

Einschränkende Arbeitsbedingungen, die einengende Zusammenarbeit mit dem Sicherheitspersonal und verbale und körperliche Übergriffe der Patienten werden von Pflegenden im Gefängnissetting als belastend erlebt und führen nicht selten zu psychischen und physischen Beschwerden. Die durchgeführte Forschungsarbeit hatte zum Ziel, sowohl die umgebungsbezogenen Faktoren, als auch die personalen Resilienzfaktoren zu eruieren, welche es Pflegenden im Gefängnissetting ermöglicht, resilient zu bleiben.

Methode und Material

Zur Erhebung der genannten Faktoren wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse wurde das Kommunikationsmaterial analysiert und dabei systematisch, regelgeleitet als auch theoriegeleitet vorgegangen. 14 Pflegenden nahmen an der Studie teil und wurden im Rahmen von fünf Einzelinterviews sowie zwei Fokusgruppeninterviews mit vier respektive fünf Personen befragt.

Ergebnisse

Aufgrund der Datenanalyse ergaben sich die folgenden drei Hauptkategorien:

Die „generellen Belastungsfaktoren“ beinhalten belastende Situationen und Herausforderungen, die die Pflegenden während ihrer Arbeit erleben.

Bei den „umgebungsbezogenen Faktoren“ spielt für die Pflegenden das Team eine zentrale Rolle. Im Team fühlen sie sich aufgenommen und verstanden. Dabei kommt auch die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und mit dem Sicherheitsdienst Sprache. In der Kategorie

„personale Resilienzfaktoren“ wurden Faktoren gebündelt, welche den Pflegenden helfen, mit Belastungen umzugehen und ihr persönliches Gleichgewicht zu behalten.

Diskussion

Wie in der Literatur beschrieben, zeigte sich auch in der vorliegenden Studie, dass einzelne Pflegende unter den einengenden Arbeitsbedingungen im Gefängnissetting, der zum Teil fehlenden Zusammenarbeit mit dem Sicherheitspersonal und der körperlichen und verbalen Aggression seitens der Patienten leiden. Ebenso gaben mehrere ältere Pflegende an, im Umgang mit psychisch kranken Patienten nicht über genügend Fachwissen zu verfügen, was als ermüdend und hemmend beschrieben wurde. Einzelne der in Literatur bislang eruierten Resilienzfaktoren von Pflegenden im Umgang mit Belastungen lassen sich auch bei Pflegenden im Gefängnissetting wiederfinden, beispielsweise Kraft aus Spiritualität, die aktive Anwendung von Bewältigungsstrategien und das Vertrauen in eigene Fähigkeiten. Im Vergleich mit anderen Resilienzstudien bei Pflegenden zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass für alle Pflegenden die soziale und emotionale Unterstützung seitens des Teams, der Führung, wie auch dem interdisziplinären Team im Umgang mit Belastungen sehr wichtig war.

Schlussfolgerung

Die physischen und psychischen Belastungen für Pflegende werden weiter zunehmen. Gerade um Pflegende im geschlossenen Setting, wo die Teamzusammenarbeit im Vordergrund steht, besser unterstützen zu können, sind gezielte Resilienzförderungstrainings gefragt. Die hier untersuchten Pflegenden sollten darin unterstützt werden, ihre personalen Fähigkeiten wie die Emotionsregulation, oder den Einsatz von aktiven Bewältigungsstrategien weiter auszubauen. Neben der Stärkung der persönlichen, sozialen und emotionalen Kompetenzen gehört aber auch die Festigung des sozialen Netzwerks dazu.

Lernziele

Die Teilnehmenden erfahren die Bedeutung der Resilienz für Pflegende in Gefängnissettings.

Aus dem Projekt lassen sich Massnahmen zur Stützung und Stärkung der Resilienz ableiten.

69. Sektorenübergreifende Verbesserung der Palliativversorgung von älteren Menschen

Markus Weber, Helene Maucher

Hintergrund

Die übergeordnete Zielsetzung des Praxisprojektes ist die Verbesserung der palliativen Betreuung und Pflege im Landkreis Biberach (D). Verwirklicht wird dieser Ansatz durch die unterschiedlichen Projektteilnehmer (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinken Landkreis Biberach sowie unterschiedliche Träger der stationären Altenhilfe).

Problemstellung

In der beruflichen Praxis zeigen sich immer wieder Schwierigkeiten bei den Übergängen von älteren Menschen mit Palliativbedarf in unterschiedliche Gesundheitssektoren (somatische und psychiatrische Klinik, psychiatrische Langzeitpflege, Altenhilfe). Im Besonderen finden ethisch-moralische Dilemmasituationen bei der sektorenübergreifenden Bearbeitung einen begrenzten Einfluss. Bei diesem Praxisprojekt bezieht sich der Palliativbegriff auf onkologisch- sowie demenzerkrankte ältere Menschen.

Das Fundament der Palliativpflege ist die Haltung, die durch einen respektvollen und würdevollen Umgang mit dem sterbenden Menschen geprägt ist, bei der die Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität im Vordergrund steht [1]. Das bio-psycho-soziale und spirituelle Modell gilt als theoretische Grundlage für die Palliativpflege. Jeder Mensch, der an einer Demenz erkrankt ist, hat das Recht auf ein würdevolles und möglichst leidloses Lebensende, das an individuellen Zielsetzungen orientiert ist. Dies bedeutet, dass der frühzeitige Einbezug in die Palliativpflege eine bessere Vorausplanung, unter Berücksichtigung der individuellen Ziele der Personen und die Erhaltung ihrer bestmöglichen Lebensqualität erlaubt [2].

Ziele

Durch den sektoren- und institutionsübergreifenden Ansatz erfolgt eine Verbesserung der palliativen Betreuung. In diesem Kontext werden Pflegenden als integraler Bestandteil des interdisziplinären Teams angesehen. Dieses Team ist ein Zusammenschluss hochqualifizierter Fachkräfte [3] und besteht aus Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern, Pharmakologen, Seelsorgern und ehrenamtlichen Mitarbeitenden [4]. Innerhalb des Projekts wird basierend auf einer stärkeren Vernetzung der unterschiedlichen Projektpartner sowie durch eine Sensibilisierung im Bereich der ethisch-moralischen Kompetenzen eine Förderung und Weiterentwicklung in der Palliativversorgung verwirklicht. Erreicht wird dies durch die Einführung von palliativen Fallbesprechungen.

Ablauf

Das Projekt wird von der Robert Bosch Stiftung innerhalb des Programms „Palliative Praxis – Projekte für ältere Menschen“ gefördert [5]. Die Sensibilisierung und Kompetenzentwicklung wird durch die Durchführung des Curriculum Palliative Praxis der Robert Bosch Stiftung erreicht [6]. Zu diesem Themenkomplex erfolgt im Anschluss die Implementierung der palliativen Fallbesprechungen mit einer dreitägigen Schulungsmaßnahme. Daraufhin werden in den unterschiedlichen Institutionen Fallbesprechungsbeauftragte benannt. Diese organisieren monatlich eine Fallbesprechung und werden im Sinne eines Coaching kollegial beraten. Die Fallbesprechungsbeauftragten der unterschiedlichen Institutionen tagen in einem zweimonatigen Arbeitskreis. Sie tauschen die Ergebnisse der Fallbesprechungen aus und entwickeln institutionsübergreifend ethische Leitsätze.

Die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen kann neben der Erstellung von Ethik-Leitlinien und der Organisation von Ethik-Fortbildungen als Aufgabe der Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens angesehen werden [7]. Innerhalb des Projektes orientieren sich die palliativen

Fallbesprechungen an der Nimwegener Methode von Steinkamp und Gordijn [8].

Ergebnisse/ Erfahrungen

Bei der Vorstellung des Praxisprojekts wird das methodische Vorgehen differenziert dargestellt. Darüber hinaus werden erste Erfahrungen und Ergebnisse aufgezeigt.

Diskussion/ Schlussfolgerungen

Der Nutzen dieses Praxisprojektes kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, wie aus der Perspektive der Klienten, aus der der Teilnehmenden sowie der Institutionen.

Literatur

1. Aulbert, E., et al. (1997) *Lehrbuch für Palliativmedizin*, Stuttgart, S. 687
2. Weissenberger-Leduc, M. (2009) *Palliativpflege bei Demenz: Ein Handbuch für die Praxis*, Wien, New York, S. 9
3. Stoddard, S. (1989) *Leben bis zuletzt. Die Hospizbewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden*, München, S. 146
4. Rest, F. (2006) *Sterbebeistand – Sterbebegleitung – Sterbegeleit*, Stuttgart, Berlin, Köln, 214f
5. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/38343.asp> Stand: 10.07.2012
6. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/13157.asp> Stand: 10.07.2012
7. Riedel, A., et al. (2011) *Einführung von ethischen Fallbesprechungen – Ein Konzept für die Pflegepraxis*, Düsseldorf, S. 60
8. Steinkamp, N., et al. (2010) *Ethik in der Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch*, Köln, S. 121ff

70. Krank ist man nie alleine: Gesundheitsförderung von Angehörigen psychisch kranker Menschen

Judith Wendler, Yvonne Auclair

Hintergrund

„Der Patient steht im Mittelpunkt“: Von diesem Grundsatz ist die Arbeit psychiatrisch Pflegender geprägt. Der Patient ist jedoch nur ein Teil eines Gefüges, in dem er sich bewegt: Um ihn herum existieren Menschen, die in vertrauter Beziehung zu ihm stehen und unter seiner Erkrankung leiden. Nicht nur Eltern und Partner sind davon betroffen, sondern auch andere Verwandte, Kinder, Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen. Pflegende dürfen demnach „ihre“ Patienten nicht isoliert betrachten. Wenn sie mit Patienten arbeiten und eine Beziehung eingehen, müssen sie bedenken, dass sie auch in eine Beziehung zu den Angehörigen treten.

Es gibt in Deutschland eine steigende Anzahl von Menschen, die psychisch erkrankt sind. Diese Menschen haben in der Regel mehrere Angehörige, die direkt von der Erkrankung mitbetroffen sind. Die Erkrankung eines Familienmitgliedes stellt eine extreme psychische Belastung für Angehörige dar. Oftmals befinden sie sich in einem regelrechten Gefühlschaos und schwanken zwischen Verzweiflung, Wut und Liebe. Die Folgen können ernsthafte psychische und somatische Beschwerden oder Erkrankungen sein.

Häufig vermitteln Angehörige den Eindruck, nur sehr wenig über die Erkrankung zu wissen. Sie scheinen eher hilflos ausgeliefert und dadurch handlungsunfähig.

Aber ausreichend fundiertes Wissen und die Auseinandersetzung damit schaffen Kraft und Sicherheit in Bezug auf das eigene Handeln.

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz bedeutet für uns in diesem Zusammenhang, Angehörige von psychisch kranken Menschen dabei zu unterstützen, individuell passende und tragfähige Lösungsstrategien für

sich zu entwickeln. Da es für manche Probleme, zum Beispiel bei einer chronischen Krankheit, keine „Lösung“ gibt, kann das Ziel von Beratung auch sein, ein Bewältigungskonzept zu erstellen, das den Umgang mit dem Problem erleichtert.

Ein Beispiel aus der Praxis

Aus den Schilderungen von belasteten Angehörigen entstand in der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des LVR Klinikums Essen die Idee einer Angehörigeninformations- und Beratungsgruppe. Wir haben ein Manual zur Durchführung einer pflegerisch geleiteten Informations- und Beratungsgruppe für Angehörige suchtkranker Menschen entwickelt.

Diese Gruppe ist modular aufgebaut und beinhaltet folgende Themen-schwerpunkte:

- Begrüßung und Einführung (Erwartungen und Wünsche)
- Informationen zu Drogen, Substitutionsmitteln und Medikamenten zur Rückfallprophylaxe
- Suchtentstehung (Erklärungsmodelle, Krankheitsverständnis)
- Co-Abhängigkeit (Begriffsklärung, Beziehungsmuster, alternative Verhaltensweisen)
- Begleitung suchtkranker Menschen im Alltag (Selbstpflegekompetenz)
- Angebote der professionellen Suchtkrankenhilfe
- Gespräch mit Betroffenen (Erfahrungsaustausch)
- Drogenabhängigkeit und Komorbidität (in Kooperation mit Klinik-ärzten)
- Abschlusstreffen und Auswertung

Pflegerisch geleitete Informations- und Beratungsgruppen

Pflegerisch geleitete Informations- und Beratungsgruppen für Angehörige von psychisch kranken Menschen können nicht nur im Bereich der Suchtkrankenhilfe eine wichtige Ergänzung zur Arbeit mit dem Patienten sein.

Um interessierte Pflegende zu ermutigen und zu informieren, wollen wir hier auf einige Punkte eingehen, die für die Implementierung eines solchen Angebotes wichtig sind.

Zunächst steht die konzeptionelle Arbeit im Vordergrund:

- Welche Zielgruppe soll angesprochen werden?
- Evaluierung des Beratungs- und Informationsbedarfes der Angehörigen
- Überprüfung und ggf. Auffrischung des eigenen Wissensstandes
- Methodik und Didaktik: Erstellung eines Ablaufplanes

Nachdem ein Konzept erstellt und mit den Vorgesetzten abgestimmt wurde, treten konkrete und praktische Überlegungen in den Vordergrund:

- Raumreservierung vornehmen, Termine und Dauer festlegen
- Gruppengröße festlegen
- Weitere Mitarbeiter zur Teilnahme motivieren
- Absprachen mit dem direkten Vorgesetzten treffen (Dienstplangestaltung)
- Interne, auch berufsgruppenübergreifende Mitwirkung klären (z.B. Unterstützung durch Ärzte, Psychologen, Sozialdienst, Fachtherapeuten)
- Gewinnung von externen Kooperationspartnern (Beratungsstellen, Fachleute, Selbsthilfegruppen, etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit (Bekanntmachung innerhalb und außerhalb der Einrichtung)

Eventuell auftretende Schwierigkeiten in den Gruppensitzungen sollten im Vorfeld bedacht und lösungsorientierte Herangehensweisen erarbeitet werden. Unter anderem haben sich in der Praxis folgende Probleme ergeben:

- Wenig Dynamik durch zu kleine Gruppengröße (die Zielgruppe wird teilweise nur schwer erreicht)
- Bei zu großer Gruppengröße wenig Raum für individuelle Betreuung

- Heterogenität der Teilnehmer (Bildung, Vorinformation, Beziehung zum Betroffenen)
- Spagat zwischen Informationsvermittlung einerseits und dem Bedürfnis nach entlastenden Gesprächen der Angehörigen andererseits

Zur stetigen Anpassung der Inhalte und Weiterentwicklung der Methodik in der Gruppengestaltung sollten grundsätzlich Rückmeldungen der Teilnehmer (beim letzten Treffen) eingeholt werden. Außerdem werden die Wahrnehmungen der Moderatoren nach jeder Sitzung reflektiert und führen, falls erforderlich, zur Überarbeitung der einzelnen Gruppenmodule.

Nutzen für die Angehörigen

Durch die Evaluation der Rückmeldebögen und aus persönlichen Gesprächen wird deutlich, dass die Angehörigen fast durchgängig von solchen Angeboten profitieren:

- sie fühlen sich umfassend informiert
- sie fühlen sich in ihrer Betroffenheit gesehen und ernst genommen
- sie erleben, dass andere Menschen das gleiche Schicksal erleiden
- sie können teilweise neue Handlungsstrategien entwickeln
- es entstehen Kontakte unter den Teilnehmern, so dass eine gegenseitige Unterstützung auch nach Beendigung der klinikgeleiteten Gruppe (beispielsweise in Form einer Selbsthilfegruppe) stattfinden kann

Perspektiven und persönlicher Gewinn für Pflegende

Viele Pflegende in der Psychiatrie haben subjektiv das Gefühl einer ohnehin steigenden Arbeitsbelastung und stellen sich vielleicht die Frage, warum sie selbst die Initiative ergreifen sollten, ein solches Angebot für Angehörige zu implementieren.

Wir wollen dazu Mut machen, weil wir selbst erlebt haben, dass diese Arbeit in erster Linie sehr viel Spaß macht und dadurch die Arbeitszufriedenheit deutlich gesteigert wird.

Die Vorbereitung und Durchführung einer solchen Gruppe eröffnet Pflegenden ein selbstbestimmtes Arbeitsfeld und ermöglicht ihnen, sowohl in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, aber auch in Abgrenzung zu ihnen, die eigene Fachlichkeit unter Beweis zu stellen.

Berufspolitisch gedacht, schärft ein solches Angebot unter der Federführung von Pflegenden das fachliche Profil der Berufsgruppe.

71. Homophobie in der Pflege – latent, existent, verkannt

Peter Wolfensberger

Hintergrund

Homophobie wird im Gesundheitswesen oft nicht erkannt oder als professionelles Thema wahrgenommen [1]. In einer zunehmend „aufgeklärten“ und liberal scheinenden (westlichen) Welt, wo die rechtliche Gleichstellung und Entdiskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transsexuellen (nachfolgend in Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch mit LGBT abgekürzt) fortschreitet, wird dem Thema Homophobie kaum mehr Beachtung geschenkt. Dabei gibt es klare Hinweise darauf, dass auch in Ländern mit fortgeschrittener Liberalisierung der Gesetze und Rechte für LGBT Übergriffe (hate crimes) auf diese Population nicht etwa abnehmen, sondern sogar zunehmen können [2]. Die Auswirkungen von Homophobie auf die Gesundheitsversorgung und somit auch auf die Gesundheit von LGBT lassen sich nur schwer ermitteln. Deutlich sind hingegen die teils spezifischen Gesundheitsprobleme von LGBT im Vergleich zur heterosexuellen Bevölkerung [3]. Verschiedene Untersuchungen weisen zudem darauf hin, dass Homophobie unter Professionellen des Gesundheitswesens weit verbreitet ist [4, 5, 6, 7].

Fragestellung

Bereits der Begriff Homophobie kann ganz unterschiedlich verstanden und interpretiert werden [8] und bedarf einer genaueren Exploration. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit [9] wurden daher folgende Fragestellungen aufgenommen:

- Was ist Homophobie und wie äussert sie sich in der Pflege?
- Welchen Einfluss hat Homophobie auf betroffene Patientinnen und Patienten?
- Wie kann Homophobie in der Pflege bekämpft werden?

Methode und Material

Anhand einer systematischen Literaturreview nach der Methode der Critical Interpretive Synthesis [10] wurden über zwanzig Forschungsarbeiten und diverse Fachartikel analysiert und interpretiert.

Ergebnisse

Der Begriff Homophobie wird in der aktuellen Literatur und auch im alltäglichen Gebrauch meist im Sinne von ablehnender Haltung und negativen Gefühlen gegenüber homosexuell empfindenden Menschen und Homosexualität definiert und verstanden. Homophobie hat somit in seiner Bedeutung nichts mit Phobien im psychopathologischen Sinn zu tun, sondern hat seinen Ursprung vielmehr in der gesellschaftlichen Entwicklung und ist geprägt von religiösen, politischen und kulturellen Dimensionen. Homophobie ist eine Realität in der pflegerischen Praxis und kennt unzählige Facetten, welche oft unerkannt bleiben. Die vielleicht subtilste Form der Homophobie ist die meist unreflektierte Annahme, dass Patientinnen und Patienten oder auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach einmal primär heterosexuell sind. Man nennt dies auch Heterosexismus. Diese Annahme führt bei vielen Betroffenen zur schwierigen Situation, abwägen zu müssen, ob es sinnvoll oder hilfreich wäre, die sexuelle Orientierung mitzuteilen oder besser geheim zu halten. Angst vor Diskriminierung und Ablehnung oder gar davor, nicht die notwendige Behandlung zu erhalten stehen dabei oft im Vordergrund. Entsprechende negative Erfahrungen von Schwulen und Lesben in ihrem Alltag aber auch im Gesundheitswesen und mit Pflegepersonal sind eine Realität [11, 12, 13]. Die in der Literatur beschriebenen Erfahrungen reichen von offensichtlicher Ablehnung und Verweigerung von Pflegehandlungen über unangebrachtes Ausfragen, Spott und Hohn bis hin zur vollständigen Ignorierung oder Hass. Solche negativen Erfahrungen können für die Betroffenen gravierende Folgen haben und beispielsweise dazu führen, dass sie notwendige Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr in Anspruch nehmen. Die Erfahrungen von LGBT im Gesundheitswesen stimmen weitge-

hend mit Untersuchungen über die Werte und Haltungen von Gesundheitspersonal gegenüber LGBT überein [4, 5, 6, 7]. Die Gründe für negative Haltungen von Pflegenden gegenüber LGBT können ganz unterschiedliche Ursachen haben, jedoch ist die Evidenz teils widersprüchlich. So ist beispielsweise nicht klar zu belegen, dass Pflegende mit weniger Berufserfahrung im Vergleich zu erfahrenen Pflegenden weniger positive Haltungen gegenüber LGBT zeigen. Genauso wenig lassen sich die Aspekte Geschlecht oder Bildungsstand eindeutig zuweisen. Einzig bei zwei beeinflussenden Faktoren ist eine weitgehende Übereinstimmung von verschiedenen Untersuchungen auszumachen: sind LGBT im engeren persönlichen Umfeld vorhanden sinken die Vorbehalte und negativen Gefühle, wogegen sie bei Menschen mit stark religiös-konservativen Werten tendenziell grösser sind [14].

Diskussion

Die Auseinandersetzung mit dem Thema der sexuellen Orientierung ausserhalb der Heterosexualität ist offensichtlich nach wie vor keine pflegerische Normalität. Auch wenn viele beschriebene Erfahrungen von LGBT im Gesundheitswesen und mit der Pflege positiv sind, bestehen doch noch immer schwerwiegende Mängel im Umgang mit dieser Bevölkerungsgruppe. Forschung weist zudem klar auf spezifische Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse von LGBT im Gesundheitswesen hin, welche zumindest teilweise in einem direkten Zusammenhang mit Homophobie stehen [3]. Zur Bekämpfung von Homophobie in der Pflege wird einerseits vorgeschlagen, das Thema in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen vertiefter anzugehen, Professionellen den persönlichen Kontakt zu LGBT zu ermöglichen und ganz grundsätzlich die Sichtbarkeit dieser Population und ihrer spezifischen Bedürfnisse zu verbessern.

Schlussfolgerungen

Die verfügbare Forschungsliteratur bietet wichtige und relevante Einblicke zum Thema Homophobie in der Pflege. Es ist jedoch festzuhalten, dass fast ausschliesslich Forschungen aus westlichen Ländern vorliegen und sich die

geschilderten Erfahrungen von LGBT oder die Haltungen von Pflegenden in nicht-westlichen Kulturen wesentlich unterscheiden können. In einer zunehmend multikulturellen Gesellschaft, auch unter Professionellen des Gesundheitswesens, könnten somit neue Spannungs- und Konfliktfelder hinzukommen oder vorhandene sich verschärfen. Im Weiteren bleiben einige Gruppen unter den LGBT auch in den ausgewerteten Arbeiten quasi unsichtbar: Die alten Menschen oder Menschen mit Behinderungen! Um in der Pflege den unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen gerecht werden zu können, auch in der Population der LGBT gibt es riesige Unterschiede verschiedener Gruppen und Individuen, bedarf es noch unzähliger vertiefter Auseinandersetzungen und Forschungen in verschiedenen Settings und mit genauer differenzierten Populationen. Mit dem Bewusstmachen der vorhandenen Problematik von Homophobie in der Pflege ist somit erst ein kleiner Schritt getan.

Literatur

1. Wilton T. (2000) *Sexualities in health and social care: a textbook*. Buckingham, UK: Open University Press
2. Human Rights First (2008) *Hate Crime Survey*. Available at <http://www.humanrightsfirst.org/2008/09/01/2008-hate-crime-survey/> Accessed: 07/06/2012
3. Dean L. et al. (2000) *Lesbian, gay, bisexual and transgender health: findings and concerns*. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4: 102-151
4. Lohrmann C. et al. (2000) *German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases*. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3): p. 696-703
5. Dinkel S. et al. (2007) *Measures of homophobia among nursing students and faculty: a Midwestern perspective*. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4 (1): Article 24, p. 1-12
6. Yen C.-F. et al. (2007) *Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan*. *Public Health*, 121: p. 73-79
7. Blackwell C.W. & Kiehl E.M. (2008) *Homophobia in registered nurses: impact on LGB youth*. *Journal of LGBT Youth*, 5 (4): p. 28-44
8. Christensen M. (2005) *Homophobia in nursing: a concept analysis*. *Nursing Forum*, 40 (2): p. 60-71

9. Wolfensberger P. (2011) *Homophobia in nursing – a critical interpretive synthesis*. Unpublished dissertation for the MScN degree. School of Nursing and Midwifery Studies, Cardiff University, Wales, UK.
10. Dixon-Woods M. et al. (2006) *Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups*. *BMS Medical Research Methodology*, 6 (35) Available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35> Accessed: 10/07/2010
11. McFarlane L. (1998) *Diagnosis: homophobic. The experiences of lesbians, gay men and bisexuals in mental health services*. London, UK: PACE Available at <http://www.pacehealth.org.uk/PACE%20Diagnosis-Homophobic.pdf> Accessed: 23/04/09
12. Albarran J.W. & Salmon D. (2000) *Lesbian, gay and bisexual experiences within critical care nursing, 1988-1998: a survey of the literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (5): p. 445-455
13. Röhndahl G. (2009) *Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1): p. 211-233
14. Schlub S.M. & Martsof D.S. (1999) *Orthodox Christian beliefs and homophobia in baccalaureate nursing students*. *Nursing Forum*, 34 (2): p. 15-22

72. Praxis und Wirksamkeit der „Therapeutischen Gemeinschaft“ auf einer Station für psychosomatische Epileptologie

Christian Zechert, Gilbert Famulle, Beate Severt, Harald Welteke (D)

Therapeutische Gemeinschaft

Das Anfang der 1950er Jahre von Maxwell Jones veröffentlichte Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ [1] versteht sich als Netzwerk aller auf einer Station organisierbaren Kräfte, zu denen das multiprofessionelle Team aber auch die sich in Behandlung befindlichen Patienten gehören. Die biografische Erfahrung der Patienten, aber auch deren gruppenspezifisch geprägte Auseinandersetzungen auf der Station werden in das psycho- und soziotherapeutische Geschehen einbezogen. Adaptiert wurde die aus England kommende „Therapeutische Gemeinschaft“ in den deutschsprachigen Ländern seit Ende der 1960er Jahre, um Patientinnen und Patienten der früheren Langzeitpsychiatrie aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern positive soziale Rollen in einer therapeutisch organisierten Gemeinschaft anzubieten. Alle sollen sich an dem Prozess des gegenseitigen sozialen Lernens beteiligen. Dieser für die Psychiatrie der Nachkriegszeit als ungewöhnlich geltende Ansatz wird inzwischen vielfach als selbstverständlich angesehen und konzeptionell nur noch selten ausgewiesen. Gleichwohl gibt es weiterhin psychiatrische Stationen und Kliniken, die bewusst ihr Therapieprogramm und ihr Selbstverständnis an dem Anspruch der „Therapeutischen Gemeinschaft“ ausrichten. Manche betonen damit auch die moderne Weiterentwicklung des „Peer – to – Peer“ Prinzips, mit dem sich psychiatrienerfahrenen Experten eine neue Rolle und mit eigenen Kompetenzen eröffnet [2].

Auch im Epilepsie-Zentrum Bethel fand die Idee der „Therapeutischen Gemeinschaft“ seit Anfang der 1980er Jahre Eingang auf einer Station für psychosomatische Epileptologie. Hier werden Patientinnen und Patienten be-

handelt bei denen sich vornehmlich psychiatrische Symptome sowie psychogene Anfälle zeigen. Die Prävalenz psychogener/ dissoziativer Anfälle wird für die Epileptologie in einzelnen Studien mit bis zu ca. 25% aller Behandlungsfälle angegeben. Weitere 5% - 20% der Patienten zeigen sowohl dissoziative als auch hirnorganisch ausgelöste Anfälle. Insgesamt kann von einer Größenordnung zwischen 35% - 50% aller Patienten ausgegangen werden, bei denen psychisches Leiden mittelbar und unmittelbar am Anfallsgeschehen und seinen Folgen beteiligt ist. Neben der Dissoziation und/ oder Epilepsie können Depressionen bei 3 - 9% bei gut kontrollierter Epilepsie und bei 20 bis 55% der Patienten bei therapieresistenten Epilepsien auftreten. Psychotische Störungen zeigen sich bei 2% bis 8% (iktale, postiktale oder chronische Psychosen mit und ohne zeitlichen Bezug zu den Anfällen) sowie Angststörungen bei 15% bis 25% der Patienten “ [3].

Am Epilepsie-Zentrum Bethel, Epilepsiekliniken, wird daher neben der Differentialdiagnostik mit videogestützter EEG-Diagnostik, Beobachtung und Klassifikation der Anfälle, bildgebende Diagnostik (fMRT) im erheblichem Umfang auch psychotherapeutisch-psychologische Diagnostik nebst Psychotherapie und Beratung bei sozialen Problemen geleistet [4].

Hierzu gehört die Einrichtung einer Station für Psychosomatische Epileptologie mit 11 Betten auf der zugleich epileptologisch als auch psychotherapeutisch gearbeitet wird. Die Patienten dieser Station sind als „Mitgestalter“ im Therapieprogramm einbezogen. Neben dem Erlernen von Strategien zur Anfallsvermeidung werden eine Vielzahl von Verfahren wie Gesprächsgruppen, Einzel-Psychotherapie, Mal-, Theater- und Bewegungsgruppen, ergotherapeutisches Assessment und ergänzende Verfahren wie Akupunktur, Shiatsu aber auch Physiotherapie, Sozialarbeit und seelsorgerliche Begleitung angeboten. Für die Abstimmung der Arbeitsweise des Teams sorgt eine integrative Teamstruktur sowie Mediationsgespräche bei denen die Bezugspfleger eine zentrale Funktion spielt. Die Pflege übernimmt die tragende Verantwortung bei der Umsetzung des psychotherapeutischen Auftrags.

Ergebnisse der internen Evaluationsstudie

In einer 2009 ausgewerteten Katamnesestudie der Station für Psychosomatische Epileptologie wurden n=76 ehemaligen Patientinnen und Patienten befragt und folgende Ergebnisse (Auszug) dokumentiert:

Psychiatrische Haupt- und Komorbidität

45,9% der Patienten zeigten ausschließlich organisch bedingte Epilepsien. 31,1% ausschließlich psychogen/ dissoziativ bedingtes Anfallsleiden und 23,0% sowohl organisch als auch dissoziativ bedingte Stürze. Insgesamt hatten 69,7% eine psychiatrische Begleitsymptomatik. 30,3% galten als psychisch unauffällig. Erstes Auftreten von Anfällen: Im Schnitt waren die Patienten 19,2 ($\pm 13,7$) Jahre alt beim erstem Anfall. 50,7% der Patienten waren beim ersten Anfall 16 Jahre oder jünger. Beginn der stationären Psychotherapie: Das Durchschnittsalter betrug 37,8 ($\pm 9,6$) Jahre bei Therapiebeginn auf der Station. Davon weiblich 36,5 ($\pm 8,9$) Jahre und männlich 40,7 ($\pm 10,4$) Jahre alt. 46,1% der Patienten waren demnach beim stationären Therapiebeginn über 40 Jahre alt. Die Behandlungsdauer betrug bei den Patientinnen 56,5 ($\pm 26,8$) Tage; bei den Patienten 55,5 ($\pm 29,2$) Tage. 85,5% der Patienten hatten eine Behandlungsdauer von über 30 Tagen. 30,3% der Patienten über 60 Tage.

Auslöser

34,0% der Frauen und 26,1% der Männer konnten als „Besondere Auslöser“ für ihre Stürze folgende Gründe benennen. Frauen: Stress (34,9%), Schlafentzug (18,9%), Menstruation (14,0%), Schreck (7,0%) und 25,6% individuell andere Gründe. Männer: Stress (41,2%), Schlafentzug (23,5%), Schreck (5,9%), Alkohol (5,9%) und 17,6% individuell andere Gründe.

Gruppenangebote und Einzelgespräche

Die Gruppenangebote wurden von den Patientinnen und Patienten wie folgt als positiv bewertet: „Ergotherapie kreativ“ (50,8%), „Gruppenpsychotherapie“ (51,0%), „Ergotherapie rehabilitativ“ (51,2%), „Theatergruppe“ (56,1%), „Gestaltungsgruppe“ (56,9%), „Kofferpacken“ (56,9%), „Morgenrunde“ (57,1%), „Stressbewältigung“ (59,3%), „Musikgruppe“ (60,3%), „Kontakte mit Patientengruppe“ (63,0%), „Bewegungsgruppe“ (71,2%).

Positiv fällt hierbei auf, dass neben der „Bewegungsgruppe“ (71,2%) der „Kontakt mit Patientengruppe“ von 63,0% der Patienten hervorgehoben wird. Obwohl ausdrücklich nicht als „Therapieangebot“ ausgewiesen, spiegelt sich diese Erfahrung im Erleben der Patienten als besondere Hilfe wider. Bei den Einzelgesprächen bestätigt sich der klinische Eindruck, dass diese von den Patienten für wichtiger (max. 82,1%) als Gruppenangebote (max. 71,2%) erlebt werden. Einzelgespräche mit Therapeuten sowie Pflege (82,1%) und die soziale Beratung rangieren gleichrangig mit 82,1% als positiv.

Offene Anmerkungen der Patientinnen und Patienten (Auszug)

- Der gesamte Aufenthalt auf der Station 3C hat mir sehr gut getan. Dafür möchte ich mich noch recht herzlich bedanken. Ich habe dadurch weit aus weniger Anfälle als vorher. 88 Tage war der längste Zeitraum ohne Anfälle, oft auch über 60. Ich bedanke mich für Eure Hilfe!“. (Bogen 3)
- „Für mich war der nähere Kontakt zu den Mitpatienten und das Miterleben ihrer Anfälle eine bedeutsame Erfahrung. Auf dieser Station habe ich das anders erlebt, als auf den anderen Stationen“. (Bogen 46)
- „Ich war froh, dass ich in B. war. Die Station war auch gut z.B. dass man immer was zu tun hatte. Es war aber hart über den Lebensablauf zu sprechen. Ich würde jedem den Tipp geben, der auch Anfälle hat, nach B. zu gehen, um gut eingestellt zu werden. Mir hat es im Allgemeinen gut gefallen. Meine Familie und Bekannte können gar nicht begreifen,

dass es mir gut geht. Für meine Familie ist es ein neues schönes Leben, das wir sehr genießen“. (Bogen 60)

Auffällig ist auch hier die positive Anmerkung „... war der nähere Kontakt zu den Mitpatienten und das Miterleben ihrer Anfälle eine bedeutsame Erfahrung“.

Resümee

Gezeigt wurde, dass sich das über 50 Jahre alte Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ auf einer Station für Psychosomatische Epileptologie in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten weiterhin positiv niederschlägt. Die enge Verknüpfung gleichzeitig zur Anwendung findender diagnostischer, pflegerischer, neuro- und psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und ergotherapeutischer Methoden kommt mit Hilfe der Pflege zum Tragen. Anhand evaluierter Behandlungsergebnisse lässt sich belegen, dass so die Kompetenz der Patientinnen und Patienten beim Umgang mit ihrer Erkrankung zugenommen hat. Es treten längere Phasen der Anfallsfreiheit auf und ein Behandlungserfolg lässt sich in der Wahrnehmung der Patienten nachweisen.

Literatur

1. Jones, M. (1952) *Social psychiatry. A study of therapeutic communities.* Tavistock Publications Limited, Routledge and Kegan, London
2. Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T. (2012) *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern.* Bonn
3. Baumgartner, C.; Lehner-Baumgartner, E. (2008) *J Neurol Neurochir Psychiatr*; 9 (1)
4. Schöndienst, M. (2005) *Zur Stellung von Psychotherapie in der Behandlung Epilepsiekranker. Psychotherapie im Dialog* 6(3): 272-277

73. Evidence Based Practice - Früherkennung und Behandlung von Psychosen bei jungen Erwachsenen

Ursina Zehnder, Daniel Mohr, Franziska Rabenschlag

Hintergrund

PatientInnen im frühen Verlauf einer psychotischen Störung werden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich auf einer Akutstation spezifisch betreut. Im Rahmen der interdisziplinären Behandlung wurde ein Basisprogramm entwickelt und in den Pflegealltag auf Station integriert. Die Gesamtbehandlung richtet sich auf eine Verbesserung der Symptome und der Funktionalität der Betroffenen. Das Basisprogramm richtet sich nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Praxis (EBP) [1].

Im Folgenden werden der Behandlungsschwerpunkt „Früherkennung und Behandlung von Psychosen“, eine evidenzbasierte Erarbeitung von pflegerischen Interventionen und einige Erfahrungen aus deren Implementation in die Praxis vorgestellt.

Problemstellung

Psychotische Störungen, insbesondere schizophrene Psychosen, sind mit subjektivem Leiden und Einschränkungen in der Alltagsbewältigung verbunden [2]. Die Folgen beschränken sich aber nicht nur auf die betroffene Person, sondern auch auf deren soziales Umfeld und die Gesellschaft [3]. Psychotische Störungen können positiv verlaufen [4]; eine Erholung („recovery“) in den Bereichen der subjektiven Lebensqualität, der Symptombelastung und Alltagsbewältigung ist möglich [5]. Daraus ergibt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt welche Interventionen angeboten werden sollen, um Voraussetzungen für einen günstigen Verlauf zu schaffen. Die „critical period“, in der für den weiteren Verlauf entscheidende Weichen gestellt werden, wird übereinstimmend als ein Zeitraum von 2-5 Jahren nach Auftreten einer psychotischen Störung definiert [6]. Es wird ange-

nommen, dass eine Behandlung in dieser Phase günstiger ist für die soziale Zugehörigkeit und für neurobiologische Aspekte (Neurotoxizität unbehandelter Psychose) [7].

Moderne Konzepte psychotischer Störungen gehen weniger von kategorial abgrenzbaren Krankheiten aus, sondern basieren auf dimensional Ansätzen in Form von Symptom- und Funktionsachsen [8]. Dieses System wurde als Grundlage für die Erarbeitung des interdisziplinären Stationskonzeptes ausgewählt.

Der Behandlungsschwerpunkt "Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen" bietet eine auf die kritische frühe Verlaufsphase psychotischer Störungen fokussierte Diagnostik und Therapie an.

Ziel

In diesem Praxisprojekt sollen evidenzbasierte Angebote für Menschen in einem frühen Verlauf der Psychose gewählt werden. Berücksichtigt werden die Bedürfnisse der Betroffenen und die Rahmenbedingungen des Settings. Das pflegerische Basisprogramm soll darauf basierend erarbeitet und in das interdisziplinäre Stationskonzept integriert werden.

Vorgehen

Das Vorgehen orientiert sich an EBP, das in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) bereits erfolgreich eingesetzt wurde [9]. Entsprechend wurde unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen und Behandlungsschwerpunkt (Bedarf) eine Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken (Forschung) durchgeführt. Die Bedürfnisse der PatientInnen wurden im Rahmen des üblichen Austrittsgesprächs erhoben, die Erfahrung der Mitarbeitenden und die Ressourcen der Umgebung in Teamworkshops miteinbezogen. Darauf basierend wurde das pflegerische Basisprogramm erstellt.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche ergab Grundsätze im alltäglichen Umgang, wie beispielsweise die Gestaltung des Milieus, welche Alltagsnähe, Struktur und Transparenz vermitteln sollen. Dabei scheint ein kleines, entspannendes und „so normal wie mögliches“ therapeutisches Setting sinnvoll. Einige Studien zu Stationsatmosphäre und Milieugestaltung zeigten übereinstimmend, dass das Behandlungsmilieu auf Stationen mit mehrheitlich psychotischen PatientInnen idealerweise geprägt ist von einer Kombination aus: (1) geringem Angst- und Aggressionslevel; (2) hohem Mass an Ordnung und Organisation; (3) Unterstützung in praktischer Ausrichtung [10; 11; 12]. Neben Grundsätzen im alltäglichen Umgang wurden auch spezifische Interventionen bei Menschen in einem frühen Verlauf der Psychose gefunden. Dies sind Interventionen im Zusammenhang mit der medikamenteninduzierten Gewichtszunahme [13] und Bewegung [14], psychosozialen Behandlungsformen in Kombination mit der kognitiven Verhaltenstherapie [15; 16]. Es wurden auch Empfehlungen aus aktuellen Guidelines berücksichtigt, wie beispielsweise Angebote zur Psychoedukation, der Einbezug von Angehörigen und die Beachtung der Rückfallprävention [17; 18].

Die Auswertungen zur Zufriedenheit der PatientInnen mit den bestehenden Angeboten waren vorwiegend positiv, und die Teamworkshops zeigten eine hohe Motivation der Pflegenden, das Basisprogramm mit zu gestalten.

Die Ergebnisse generiert aus dem Vorgehen nach EBP bilden im interdisziplinären Stationskonzept das Basisprogramm ab, welches in Form eines Wochenprogramms durch die Pflege auf der Station angeboten wird. Die Morgenrunde, die Kochgruppe und der Wochenausklang wurden aufgrund der Ergebnisse aus der Literatur angepasst. Die Zeitungsgruppe blieb aufgrund positiver Rückmeldungen bestehen, die bereits bestehende Psychoedukation wurde unverändert beibehalten. Eine Angehörigengruppe, eine Gruppe Aktive Freizeit, sowie die Well-Being Gruppe wurden dem Wochenprogramm hinzugefügt.

Diskussion

Die Einbettung von evidenzbasierten Forschungsergebnissen in die Praxis unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Ressourcen von Klinik und Station erforderte engagierte „Adaptions-Arbeit“ und eine intensive Auseinandersetzung mit theoretischen Erkenntnissen, organisatorischen Abläufen und kulturellen Gegebenheiten. Deshalb wurden die Angebote in Anlehnung an die Evidenz entwickelt und in Diskussionen mit allen Beteiligten den Rahmenbedingungen und Bedürfnissen angepasst. Das Basisprogramm konnte aufgrund der Ergebnisse aus den vier Bereichen von EBP konzipiert und als Gruppenangebote auf der Station umgesetzt werden.

Schlussfolgerung

Die zugrunde liegende Evidenz und Literatur der Angebote oder Massnahmen für PatientInnen ermöglicht allen Beteiligten, das Ziel und den Nutzen in der Behandlung von Menschen im frühen Verlauf einer Psychose zu begründen und für die Wichtigkeit einer Intervention zu argumentieren, was die Kompetenzen der Pflegefachpersonen erweitert hat.

Literatur

1. Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). *What counts as evidence in evidence-based practice?* *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 81–90.
2. Mueser, K. T. & McGurk, S. R. (2004). *Schizophrenia*. *Lancet*, 363(9426), 2063-2072.
3. Rossler, W., Salize, H. J., van Os, J. & Riecher-Rossler, A. (2005). *Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders*. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4), 399-409.
4. Jobe, T. H. & Harrow, M. (2005). *Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review*. *Can J Psychiatry*, 50(14), 892-900.
5. Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2008). *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*. *Schizophr Bull*, 34(1), 5-8.
6. Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). *Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis*. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59.

7. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 162, 1785-1804.
8. Van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet* 374, 635-645.
9. Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
10. Jansson, J-A. & Eklund, M. (2002). How the inner world is reflected to perceived ward atmosphere among patients with psychosis. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37, 519-526.
11. Vaglum, P., Friis, S. & Katerud, S. (1985). Why Are the Results of Milieu Therapy for Schizophrenic Patients Contradictory? An Analysis Based on Four Empirical Studies. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 58, 349-361.
12. Ciompi, L., Hoffmann, H. & Broccard, M. (2001). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Hans Huber.
13. Alvarez-Jiménez, M., Hetrick, S.E., González-Blanch, C., Gleeson, J.G. & McGorry, P.D. (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 101-107.
14. Gorcynzski, P. & Faulkner, G. (2010). *Exercise therapy for schizophrenia (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
15. Penn, L.D., Waldheter, E.J., Perkins, D.O. & Lieberman, J.A. (2005). Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *Am J Psychiatry*, 162, 2220-2232.
16. Waldheter, E.J., Penn, L.D., Perkins, D.O., Mueser, K.T., Owens, L.W. & Cook, E. (2008). The Graduated Recovery Intervention Program for First Episode Psychosis: Treatment Development and Preliminary Data. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 443-455. "
17. Bertolote, J. & McGorry, P. (2005). *Early Intervention and recovery for young people with recovery: consensus statement*. *British Journal of Psychiatry*, 187(suppl.48), 116-119.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Schizophrenia – Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Updates Edition)*. CG82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

74. Psychoedukation – Konzeptionierung und Implementierung einer abteilungsübergreifenden Gruppe im Bereich affektive Erkrankungen

Thomas Zimmermann, Simone Tschanz

Hintergrund

Anfang 2011 wurden, im Zuge der Umstrukturierung der UPD (Universitäre psychiatrische Dienste Bern) Schwerpunkte gebildet. Um das Angebot stetig zu optimieren und zu erweitern, werden immer mehr bereichsinterne Gruppenangebote erstellt. Dazu gehört auch eine Psychoedukationsgruppe speziell für den Bereich „affektive Erkrankungen“. Dieses Gruppenangebot richtet sich an die Patientinnen und Patienten des Bereichs und die Leitung der Gruppen wird durch Pflegefachpersonen, Oberärzte und Assistenzärzte übernommen.

Der Auftrag wurde von der Bereichsleitung gegeben, die Erstellung des Konzepts entstand durch einen Oberarzt und zwei Pflegefachkräfte.

Problemstellung

Die Evaluation der regelmässig durchgeführten Münsterlinger Patientenzufriedenheitsfragebogen (MüPF 27) [1] ergab, dass ein Wissensdefizit im Bezug Diagnostik und Behandlung besteht. Aufgrund dieser Problemstellung war klar, dass unser Angebot mit einer Psychoedukationsgruppe optimiert werden sollte. Es galt zu klären, welche Inhalte angeboten werden, wie der Rahmen aussieht, wer die Zielgruppe ist, wer die Gruppen, bzw. die Module leitet und wie die Implementierung in die bestehenden Abteilungsprogramme aussehen soll.

Ziele

Patienten über die Krankheit und ihre Behandlung informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Durch das gewonnene Wissen und die dazu gelernten Fähigkeiten soll sich der Selbstwert der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhöhen. Auch das Aktivieren, beziehungsweise Reaktivieren von Ressourcen wird mit diesem Ziel gefördert.

Vorgehen

Eine interdisziplinäre Projektgruppe bekam den Auftrag ein Skript zu verfassen, mit den relevanten Inhalten um das Wissensdefizit der Patienten zu reduzieren. Aus dieser Projektgruppe bekamen ein Arzt und zwei Pflegefachpersonen den Auftrag, die Psychoedukation für drei Sitzungen auszuarbeiten. Mit einer umfassenden Literatursuche auf Datenbanken wie Google Scholar, Medline und Cinahl kamen verschiedene Studien zum Gebrauch. Aus der Bibliothek der universitären psychiatrischen Dienste wurden aus dem Psychoedukationsmanualen kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen [2], aus dem PEB (Kurz Psychoedukation für Bipolare Patienten) [3] und vom Recovery Handbuch [4] Themen für die Psychoedukationsgruppe zusammengefasst.

Wichtig war es auch die Konzepte der bereits bestehenden Gruppenangebote zu studieren, damit es keine Überschneidungen gibt. Das Konzept wurde an einem interdisziplinären Kick-off-Meeting im Juni 2012 vorgestellt und ab Juli 2012 in das Abteilungsprogramm implementiert.

Ergebnisse

Vor der Implementation war wichtig zu beachten, dass eine Abgrenzung zu anderen Angeboten der Klinik besteht. Die Wissensvermittlung in der Psychoedukation erfolgt grösstenteils als frontaler Unterricht.

Die Schwerpunkte wurden wie folgt aufgeteilt:

- Die erste Sitzung wird durch eine Ärztin oder einen Arzt geleitet und beinhaltet die Krankheitsbilder von affektiven Störungen.
- Die zweite Sitzung wird durch eine Pflegefachperson geleitet, mit den Inhalten Stress und Aktivität.
- Die dritte Sitzung wird auch durch eine Pflegefachperson geleitet, mit dem Inhalt Prävention.

Zielsetzungen der Psychoedukationsgruppen:

- Die Zielsetzung der ärztlich geleiteten Psychoedukationsgruppe ist ein Verständnis über die Diagnose, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten zu erlangen.
- Die Zielsetzung der zweiten Psychoedukationsgruppe ist das Erreichen von sozialen Kompetenzen. Das Verstehen und Erkennen vom Vulnerabilitäts-Stress- Bewältigungs-Modell [2]. Ressourcen zu erhalten und fördern. Skills zu erarbeiten für Freizeitaktivitäten.
- Die Zielsetzung für die dritte Psychoedukationsgruppe ist das Erkennen und Erarbeiten von Frühwarnzeichen. Das Anwenden von Hilfsmitteln wie Ampelsystem, Notfallplan, Stimmungsskala. Vorstellen der verschiedenen Literatur um einen Wissenserwerb zu erlangen z.B. das Recovery-Handbuch [4].

Ablauf der Sitzungen:

Inhalte der ersten Psychoedukationsgruppe:

- Krankheitsbilder der affektiven Störungen
- Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen
- Behandlungsmethoden

Inhalte der zweiten Psychoedukationsgruppe:

Thema: Stress und Aktivität

- Gruppenregeln
- Vorstellungsrunde
- Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell

- Warum sind positive Aktivitäten wichtig (Plenumsfrage)
- Arbeit in Zweiergruppen:
- Lieblingsaktivitäten/Vergnügen
- Persönliche Ziele/Anforderungen
- Quizfragen (Zweierarbeit, wenn genug Zeit vorhanden)
- Wochenplan und Stimmungsprotokoll erklären

Inhalte der dritten Psychoedukationsgruppe:

Thema: Prävention

- Gruppenregeln
- Vorstellungsrunde
- Kennen und beachten von Frühwarnzeichen
- Was sind Frühwarnzeichen (Theorie- Input)
- Gemeinsames Erarbeiten von Frühwarnzeichen (Flipchart)
- Was sind Ampelsystem und Stimmungsskala? Wie nutze ich diese? (Theorie- Input)
- Nutzen von Hilfsmitteln:
- Vorstellen des Recovery- Handbuchs [4]
- Der individuelle Notfallplan (Theorie- Input und Hellraumprojektion)
- Lesen und sich informieren:
 - o Literaturtipps, Broschüren
 - o Die Infothek der UPD, Bibliotheken, Bücherläden

Durchführung – Rahmenbedingungen

- Die erste Psychoedukationsgruppe ist am 3. Juli gestartet und findet jeden Dienstag im selben Raum von 13.30 bis 15.00 Uhr statt.
- Auf den Stationen mit dem Schwerpunkt affektive Erkrankungen wurden Flyer der Psychoedukationsgruppe verteilt.

- Die Leitung der Psychoedukation soll in enger Kooperation mit den Stationen arbeiten. D.h. sie sollte die zuständigen Stationen über die Teilnahme der Patienten informieren und wie sich die Patienten während der Sitzung beteiligt haben. Der zuständige Arzt und die Bezugsperson sollen mit dem Gruppenteilnehmer die Inhalte der Psychoedukation er- und überarbeiten.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Anhand des festgestellten Wissensdefizits seitens der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Erkrankung und der daraus resultierenden Behandlung entstand der Gedanke, ein Angebot, welches die direkte Wissensvermittlung zum Ziel hat, zu erstellen. Die zu vermittelnden Inhalte wurden gesammelt und dienen dann als Vorlage für die Psychoedukation. Die Konzeptionierung wurde in drei Themen auf die zwei Disziplinen Ärztinnen und Ärzte, sowie Pflegende verteilt. Der Teil der Pflege wurde in zwei Themen aufgeteilt, da es zu viele Inhalte für nur eine Sitzung waren. Die Schwierigkeit bei der Erstellung des Konzepts war in erster Linie die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen, so wie die Terminfindung, um sich gegenseitig immer wieder auf den neusten Stand zu bringen und um Überschneidungen der verschiedenen Sitzungen zu verhindern. Da die Psychoedukationsgruppe anfangs Juli 2012 gestartet ist, kann zu diesem Zeitpunkt noch keine detaillierte Aussage zu den Erfahrungswerten in den jeweiligen Sitzungen gemacht werden.

Insgesamt wird bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt. Die Möglichkeit Veränderungen schneller zu erkennen und Interventionen gezielter und früher selbständig anzuwenden. Förderung der Behandlungs- und Kooperationsbereitschaft. Neu erlernte Skills und Trainings sollen den Patientinnen und Patienten dabei helfen potentielle Krisen abzuwenden und im Idealfall kann ein Klinikaufenthalt verhindert oder zumindest verkürzt werden.

Eine Evaluation der Gruppe ist für den späten Herbst geplant und soll mittels eines dafür entworfenen Fragekatalogs erfolgen. Eine weitere Möglichkeit

zur Evaluation bietet der Münsterlinger Patientenzufriedenheitsfragebogen (MüPF 27) welcher das Wissen über die eigene Krankheit und der dazugehörigen Behandlung abfragt.

Literatur

1. *Benchmarkgruppe (2007). Müpf Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Münsterlingen*
2. *Schaub, A., Roth E., Goldmann, U. (2006). Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.*
3. *Erfuhrt, A., Dobmeier, M., Zechendorff, M. (2005). Kurz Psychoedukation für*
4. *Bipolare Patienten (PEB). Arbeitsgruppe Bipolar mit Unterstützung von Lilly.*
5. *Abderhalden, C., Schulz, M., Stefan, H., & Winter, A. (2010). Das Leben*
6. *wieder in den Griff bekommen: Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery (2. Aufl.). Bern: Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.*

75. „Recovery praktisch!“ Schulungsunterlagen zur Vermittlung des Recovery Ansatzes

Gianfranco Zuaboni, Andréa Winter

Hintergrund

In den psychiatrischen Diensten gewinnt der personenzentrierte Recovery Ansatz zunehmend an Bedeutung. Die bis anhin vorwiegend in angelsächsischen Ländern verbreitete Bewegung wird mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum wahrgenommen und diskutiert [1-3]. Eine einheitliche Definition von Recovery existiert nicht. Mit dem Begriff wird vielfach ein aktiver Prozess von Menschen bezeichnet, in dessen Verlauf es zu grundlegenden Veränderungen bezüglich der Lebensführung und –ausrichtung kommen kann, die darauf abzielen, ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben führen zu können und dies nicht zwingend in Abwesenheit von Krankheitssymptomen. Der Recovery Ansatz wird als ein Merkmal guter psychiatrischer Dienste anerkannt [4].

Schulungsunterlagen

Die Recovery Orientierung bedeutet für die Fachpersonen ein grundlegendes Umlernen: von der paternalistisch geprägten "Versorgung" der Patienten hin zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit, mit dem Fokus auf die Begleitung und Coaching. Der notwendige Lernprozess der Fachpersonen sollte entsprechend gefördert und begleitet werden. Eine Möglichkeit der Gestaltung dieses Lernprozesses bieten die Schulungsunterlagen „Recovery praktisch!“ an. Diese Unterlagen basieren auf den Schulungsunterlagen „Realising Recovery Learning Material“, die von der *NHS Education for Scotland* in Zusammenarbeit mit dem *Scottish Recovery Network* entwickelt wurden [5]. Diese Unterlagen wurden ins Deutsche übersetzt und es wurden kulturelle sowie fachliche Anpassungen vorgenommen. Die Unterlagen „Recovery praktisch!“ können als Grundlage für die Schulungen von Einzel-

personen und Gruppen verwendet werden. Sie eignen sich gut um Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen den Recovery Ansatz und die dazu notwendigen Interventionen zu vermitteln.

Bezug der Unterlagen

Die Schulungsunterlagen können kostenlos als PDF –Datei auf der folgenden Homepage heruntergeladen werden: http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/html/recovery_schulung.html

Literatur

1. *Amering, M. (2008). Recovery - Wieso nicht? Psychiatrische Praxis, 35, 9-11.*
2. *Knuf, A., & Bridler, S. (2008). Recovery Konkret: Umsetzung in die Praxis. Pro Mente Sana Aktuell, 3, 4.*
3. *Zuaboni, G. (2011). Ist die Adherence-Therapie recovery-orientiert? Psych Pflege, 17(04), 174,175. doi: 10.1055/s-0031-1284319*
4. *Richter, D., Thomas, S., & Hahn, S. (2010). Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. Psych Pflege Heute, 16, 17-20*
5. *NHS Scotland. (2007). Realising Recovery Learning Materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland.*

Posterpräsentationen

Hinweise

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

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

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

76. Wir organisieren Gesundheit

Sibylle Ahl, Marcel Wendt

Gesundheit als Wert erlebbar machen

Der Arbeitsplatz und unsere berufliche Tätigkeit bestimmen im hohen Maße unsere Gesundheit, unser Wohlbefinden und damit unsere Lebensqualität.

Die Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind ebenso vielfältig wie Konzepte, Strategien und systemische Gesundheitsprogramme in Literatur und Praxis. Die Herausforderung jedes Unternehmens ist, die Realität zum Thema zu erkennen und unter Berücksichtigung bestehender Wechselwirkungen kreativ zu gestalten. Im Gegensatz zu den notwendigen Strukturen, Prozessen und Regeln, ohne die unsere komplexe Arbeitswelt nicht funktionieren würde, braucht die aktive Gestaltung von Gesundheitsförderung ein Klima von Offenheit, Toleranz und Freiräumen.

Das Klinikum Wahrendorff ist eine der großen Psychiatrie-Einrichtungen in Europa. Jahresdurchschnittlich sind im Klinikum 900 MitarbeiterInnen beschäftigt, 900 BewohnerInnen werden in den Pflegeheimen betreut und gefördert. Im Jahr 2011 wurden in der Einrichtung über 6.300 PatientInnen im Psychiatrischen Krankenhaus, dem „Fachkrankenhaus für die Seele“ behandelt.

So kreativ und individuell wie die Menschen im Klinikum, sind auch die Aktionen und Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung.

Die Inhalte der Salutogenese spielen in den Behandlungsstandards der Psychiatrie eine wesentliche Rolle. Durch das Wissen um die theoretischen Grundlagen und die Beispiele aus der praktischen Umsetzung sind MitarbeiterInnen im psychiatrischen Arbeitsfeld schon entsprechend sensibilisiert. Das Ziel ist es, die MitarbeiterInnen anzuregen, die Ressourcen im eigenen Arbeitsumfeld auch für sich selbst zu nutzen und damit zur Stärkung der eigenen Gesundheit beizutragen.

Sport und Spiel, Wettkampf, Motivation und Freude stärken das Selbstwertgefühl bei PatientInnen und Bewohnern gleichermaßen wie bei den MitarbeiterInnen. Das Klinikum Warendorff bietet als Beispiel für diese Grundideen ein regelmäßiges Sportprogramm für alle Interessierten. Fußball, Basketball, Hockey und Volleyball bis zu Badminton, Gymnastik, Schwimmen/Wassergymnastik, Nordic-Walking und Rehabilitationssport. Im Juni 2012 eröffnete das erste Fitnessstudio, im Sporttherapie-Zentrum Klinikum Warendorff. Qualifizierte Trainer begleiten hier PatientInnen, BewohnerInnen wie MitarbeiterInnen bei ihrem individuellen, auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Trainingsplan. Schon am Eröffnungstag lagen Herrn Wendt, Leiter der Sporttherapie, rund vierzig Anmeldungen von MitarbeiterInnen zur Geräteeinweisung vor.

In den Orten Ilten und Köthenwald wurde eine Laufstrecke ausgewiesen. Die gekennzeichneten Laufstrecken durch den Park sollen ungeübte Läufer und Spaziergänger genauso einladen wie die Profis. In der Mittagszeit können die MitarbeiterInnen hier auch auf ihre Geschäftsführung treffen, die mit Vorbildcharakter, laufend, neue Energie tankt.

Im klinischen Bereich werden zusätzlich u.a. Entspannungsgymnastik, Autogenes Training und Atemübungen angeboten. Um ein möglichst breites, individuell angelegtes Angebot zu entwickeln, sind die MitarbeiterInnen immer wieder selbst aufgefordert, ihre Bedürfnisse und Wünsche einzubringen. Mit diesem Hintergrund wurde zum Beispiel ein Wettbewerb im Unternehmen ausgeschrieben. Unter dem Motto: „WohlStand für Körper Geist und Seele“ wurde das gesundheitsfördernde Angebot mit dem höchsten Wert an Attraktivität und Effektivität sowie origineller Idee und Umsetzung gesucht. Sechs Teams, mit unterschiedlichsten Ideen, haben sich auf die Ausschreibung beworben und konnten ihre Pläne umsetzen.

Die Grundlage der Gesundheitsförderung ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 verfasste Ottawa-Charta. Sie versteht Gesundheitsförderung als positives Gestaltungskonzept, das über präventive Ansätze hinausgeht.

Die Ottawa-Charta bezeichnet fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung:

1. die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. das Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten
3. die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen
4. das Entwickeln von persönlichen Kompetenzen
5. eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste [1]

Das Klinikum Warendorff stellt sich dieser Herausforderung auf allen fünf Ebenen. Damit ist das Klinikum Warendorff ein Unternehmen, das konsequent, maßnahmenbezogene Angebote installiert und organisationsbezogene Interventionsstrategien, mit dem Blick auf ein sich ständig wandelndes System, lernend verfolgt.

Literatur

1. *WHO – autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen der DDR und von Badura sowie Milz www.euro.who.int/ Stand: 19.07.2012*

77. Präventionsprojekte innerhalb einer Fachweiterbildung Psychiatrie

Ruth Ahrens

Hintergrund

Seit Ottawa-Charta 1986 und der Neufassung des Krankenpflegegesetzes 2003/2004 ist im Ausbildungsziel (§ 3, Absatz 1) ist Prävention als pflegerische Aufgabe genannt. In wie weit dies im somatischen Bereich Umsetzung gefunden hat, kann hier nicht beantwortet werden. Signifikant bei einer Fachweiterbildung Psychiatrie jedoch war/ist, dass Teilnehmende (TN) sich überwiegend mit bereits Erkrankten auseinandersetzen und Präventionsarbeit ein noch neues, fast unbekanntes Feld für die Fachkollegen ist. Lediglich im Bereich Tertiärprävention ist es z.B. durch Adherence-Arbeit zu Erfolgen gekommen, die zu vielen Fachkollegen noch immer unbekannt sind. Andere Projekte finden vereinzelt oft in Kliniken statt, Projekte welche die Institution Krankenhaus hinter sich lassen und sich ganz allgemein mit der Förderung seelischer Gesundheit befassen, werden selten von der Berufsgruppe der Pflegenden durchgeführt.

Problemstellung

Für den psychiatrischen Bereich wurden bisher nur wenige Präventionsziele in der Pflege erarbeitet. Im Rahmen der Fachweiterbildung Psychiatrie sind Teilnehmende an der Akademie im Park gehalten, Projektarbeiten durchzuführen. Diese Aufgabe wurde dazu genutzt, Prävention als pflegerisches Handlungsfeld zu begreifen und Prävention auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Die Projektarbeiten wurden weiterhin dazu genutzt, ein vorher im Kurs geäußertes professionelles Selbstbild zu überprüfen. Viele Teilnehmende (TN) waren anfänglich sicher, dass Art und Umfang der Projekte zu schwierig für sie seien,

ihr theoretisches Verständnis nicht ausreichen würde und die Projektzeit zu kurz sei.

Ziele

Die Teilnehmenden sollten in Kleingruppen mit bis zu 5 Mitgliedern Projektarbeiten entwickeln, die der Aufgabenstellung entsprechen. Ziele waren:

- Organisation der Gruppenarbeit mit Hilfe von Internet und Telefon über mehrere hundert Kilometer (die TN sind in verschiedenen Einrichtungen im Land Baden-Württemberg eingesetzt)
- Kernkonzepte von Projektarbeit kennen lernen und umsetzen
- ein Präventionsthema bearbeiten, welches in Planung und Durchführung eine echte Neuerung darstellt (also keine Neueinführung von bereits Bekanntem)
- ferner hatten die TN sicherzustellen, dass die Projekte Nachhaltigkeit haben und fortgeführt werden können.

Vorgehen

Von April bis September 2011 erarbeiteten die Teilnehmenden ein Präventionsthema für das Feld psychiatrischer Gesundheit, welches auf mindestens einer der drei Präventionsebenen angesiedelt sein sollte (primär, sekundär, tertiär).

Ergebnisse/Erfahrungen

Durch die hohen Zielerfordernisse gelangen sowohl thematisch wie auch in der Durchführung Neuerungen. Thematisch beschäftigten sich Gruppen z. B. mit „raising hope“ - dem Erzeugen von Hoffnung auf Genesung bei bereits Erkrankten, mit „gender mental health care“ – einem psychoedukativen Ansatz der die Bewältigungsstrategien von Männern in den Blick nimmt in einem Behandlungsangebot, das üblicherweise eher auf weibliche Bewältigungsstrategien zugeschnitten ist. Weitere Projekte waren „die Erfassung von Bedürfnissen von Angehörigen suchtkrankender Menschen während des stationären Aufenthaltes“ in Form einer quantitativen und qualitativen Be-

fragung, „Sei stark“ – selbstwertstärkende Strategien für Jugendliche, das in allgemeinbildenden Schulen durchgeführt wurde, ein Drogenpräventionsprojekt in Schulen sowie die Einführung eines pflegegeleiteten Psychoseminars (im dialogischen Stil) für die Allgemeinbevölkerung in Heilbronn.

Diskussion

Die Aufgabe stellte die Teilnehmenden vor Herausforderungen, die sowohl logistische wie auch professionelle Anforderungen hatten. Neben der Gruppenorganisation über die Entfernung hinweg mussten die TN einen Perspektivenwechsel vornehmen: sie beschäftigten sich wesentlich intensiver als in einer Fachweiterbildung üblich mit der Fragestellung seelischer Gesundheit als mit Krankheit. Dies veränderte das Denken und die Haltung gegenüber Patienten nachhaltig und legte neue Schwerpunkte auf ressourcenorientiertes Arbeiten. Dabei spielte auch die Betrachtung eigener Ressourcen eine Rolle. Die TN fanden heraus, dass sie zu wesentlich mehr Leistung, Disziplin und Verantwortung in der Lage waren, als sie selbst zunächst angenommen hatten. Sie verließen z.T. die Institution Krankenhaus und wandten sich neuen Zielgruppen zu und entdeckten, dass Sie die Freude an Ihrer Arbeit anderen Menschen positiv vermitteln konnten. Sie wurden sowohl innerhalb wie außerhalb der Institutionen wahrgenommen und begannen neue Netzwerke zu knüpfen, z.B. mit den allgemeinbildenden Schulen oder wie im Fall des Psychoseminars mit Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderen Sponsoren etc.

Schlussfolgerung

Eine Fachweiterbildung bietet eine geeignete Möglichkeit, Prävention nicht nur theoretisch im Unterricht zu behandeln, sondern sehr praktisch erfahrbar zu machen. Nebeneffekte wie Wissen über Projektmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Dialoge mit anderen Berufsgruppen werden mit hoher Motivation angegangen, fehlendes Wissen zur Durchführung bestimmter Fragestellungen wurde sich angeeignet, neue Medien wurden genutzt. Die Nachhaltigkeit wurde sichergestellt, in dem die Projekte entweder fortgeführt

werden oder wie im Fall der Angehörigenbefragung mit Angeboten auf die Bedürfnisse reagiert wird. Das professionelle Selbstbild der Teilnehmenden erfuhr eine Korrektur dahingehend, dass sie Freude an der Verbindung von Theorie und Praxis erfahren haben und - sobald sie sich mit den Erfolgen ihrer Arbeit konfrontiert sahen, stolz auf ihre Leistungen waren und sind.

Literatur

1. *Dielmann G (2006) Krankenpflegegesetz: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. Frankfurt: Mabuse*

78. Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege - Aktionsprogramm 2009/2010 in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz: Studiendesign und Ziele

Andrea Berzlanovich, Ottilie Randzio, Sebastian Sauer, Astrid Herold-Majumdar, Herbert Plischke, Niko Kohls

Fragestellung

Freiheitsentziehende bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FEM) werden vor allem bei Pflegebedürftigen mit motorischer Unruhe, herausforderndem Verhalten und erhöhtem Sturzrisiko eingesetzt. Die Anwendung dieser Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen ist ein massiver Eingriff in die Grundrechte und damit eine spezielle Form von Gewalt. Obwohl FEM nachvollziehbar dokumentiert werden müssen, werden diese Daten in Deutschland nicht flächendeckend zentral erfasst.

Methoden

Um entsprechende Informationen über die Anzahl der fixierten HeimbewohnerInnen und über die Art der jeweils angewandten FEM zu gewinnen, wurden 2009/2010 Fragebogenevaluierungen in Altenpflegeeinrichtungen in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz vorgenommen.

Ergebnisse

Siehe Beitrag: Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege - Aktionsprogramm 2009/2010 in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz: Datenerhebung und Vergleich

Diskussion und Schlussfolgerung

Mit Hilfe jährlich durchgeführter Umfragen zu FEM in verschiedenen Bundesländern können Zeitreihenanalysen berechnet werden, die eine systematische Abschätzung der Entwicklung des Einsatzes von FEM zulassen. Dies ist

auch deshalb sinnvoll und erforderlich, weil sich die strukturellen und organisatorischen Anforderungen an Pflegeeinrichtungen aufgrund des demographischen Wandels erheblich verändern werden. Mit diesen Erhebungen wird eine aussagekräftige Datenbasis gelegt, die für Vergleichszwecke sowie für sozialpolitische Entscheidungen herangezogen werden kann.

Gleichfalls soll durch das Aktionsprogramm vermehrtes Problembewusstsein der Öffentlichkeit und der Fachwelt gegenüber „FEM als eine Form der Gewalt gegen alte Menschen in der Pflege“ geschaffen und das Wissen über gewaltfreie Alternativen gefördert werden.

79. Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege - Aktionsprogramm 2009/2010 in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz: Datenerhebung und Vergleich

Andrea Berzlanovich, Ottilie Randzio, Sebastian Sauer, Astrid Herold-Majumdar, Herbert Plischke, Niko Kohls

Fragestellung

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) werden seit Jahren kontrovers diskutiert. Einerseits ist deren Anwendung zum allfälligen Schutz vor Stürzen und Verletzungen von Pflegebedürftigen umstritten. Andererseits sind FEM mit einschneidenden Auswirkungen auf die Würde und Lebensqualität der Betroffenen verbunden.

Methoden

In den Jahren 2009 bzw. 2010 wurden alle LeiterInnen von stationären Einrichtungen der Altenpflege in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen zur Häufigkeit und zu den eingesetzten Arten von FEM in ihrer Einrichtung zu beantworten. Die Angaben konnten wahlweise online, per Fax oder Brief übermittelt werden. Auf Wunsch wurde den HeimleiterInnen eine Gegenüberstellung ihrer Daten mit dem Projektdurchschnitt zugesandt.

Ergebnisse

Die Rücklaufquoten betragen in Baden-Württemberg 13%, in Hessen 21%, in Bayern 31% und in Rheinland-Pfalz 34%. Am jeweiligen Stichtag wurden bei 17% bis 26% der zu Pflegenden in den teilnehmenden Einrichtungen FEM angewandt. Von allen HeimbewohnerInnen bei denen FEM vorgenommen wurden, waren 16% in Rheinland-Pfalz rund um die Uhr fixiert, in Bayern hingegen waren 10% von einer 24-Stunden-Fixerung betroffen. Mit ca. 70%

waren erwartungsgemäß Bettgitter die am häufigsten eingesetzten mechanischen Fixierungen, gefolgt von Gurtsystemen und Vorsatztischen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die hohe Beteiligung an den Umfragen sowie die überwiegend positiven Rückmeldungen zeigen ein großes Interesse der Heim-/Pflege-Dienstleistungen an Kooperation, Transparenz, Evaluierung und Verbesserungen bzw. Alternativen in diesem Tabubereich. Damit ein sach- und fachgerechter Umgang mit FEM bei der professionellen aber auch der von Angehörigen mitgetragenen Pflege und Betreuung gewährleistet werden kann, ist eine verstärkte, kontinuierlich geführte, öffentliche Diskussion mit entsprechender Bewusstseinsbildung zu dieser sensiblen Thematik notwendig.

80. Professionelle reflexive Könnerschaft als Kern salutogenetisch orientierter Pflegearbeit

Ulrike Böhnke

Fragestellung

Wie lässt sich ein professioneller Pflegehabitus bilden, der auf reflexive Könnerschaft ausgerichtet ist?

Methode und Material

Das Konzept der professionellen reflexiven Könnerschaft wurde anhand einer kritisch-rekonstruktiven Analyse theoretischer und empirischer Literatur entwickelt. Die theoretischen Grundlagen sind im kritisch-phänomenologisch-kulturanthropologischen, kulturwissenschaftlichen und sprachwissenschaftlichen Kontext verortet.

Diskussion

Eine professionelle und salutogenetisch orientierte Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege, lässt sich nicht auf rationale Verständigungsprozesse verkürzen, sondern erfordert hinsichtlich eines elementaren Verstehens eine leibliche sowie mimetische Kommunikation und Interaktion (vgl. Hülsken-Giesler 2008). Professionell Pflegenden stehen in der Pflegepraxis vor der Herausforderung, die lebensgeschichtlich geprägten Gesundheits- und Krankheitsspuren der zu Pflegenden zu suchen, Entdecken, Konstruieren, Rekonstruieren und Interpretieren, um darüber einen ressourcenorientierten pflegetherapeutischen Prozess vornehmen zu können. In der Betreuung und Begleitung von erkrankten Menschen entfaltet sich professionelles Pflegehandeln in der interaktiv-dialogischen leibkörperbezogenen Begegnung zwischen Pflegenden (AkteurInnenperspektive) und zu Pflegenden (KlientInnenperspektive) in der Pflegesituation. Der Leibkörper als Habitus entspricht einem „Leibgedächtnis“, das auf biografisch, gesell-

schaftlich und kulturellen Werten und Normen basiert (vgl. Fuchs 2008) und die Grundlage des pflegeberuflichen Selbst- und Fremdverstehens bildet. Damit ist der Ausgangsort einer salutogenetisch orientierten Pflegearbeit markiert, die auf einer hochgradig mimetisch begründeten Beziehungs-, Berührungs- und Interaktionsarbeit beruht und den Ausgangsort reflexiver Könnerschaft bildet (vgl. Hülsken-Giesler 2008; Böhnke 2012).

Ergebnisse

Die salutogenetisch orientierte Pflegearbeit erfordert von professionell Pflegenden eine reflexive Könnerschaft (Expertise), die auf ein fallbezogenes Spurenlesen in der interaktiv-dialogischen leibkörperbezogenen Begegnung ausgerichtet ist. Die Interpretation diskursiver und leiblicher Ausdrucksgealten der Spur wie bspw. die Erinnerung, die Stimme, der Blick, der Spürsinn, die Metapher bzw. das Bild erfordern reflexive Bildungsprozesse, die an die Erinnerungs-, Hör-, Seh-, Spür- und Berührungs- sowie die Vorstellungspraxis der Pflegenden gebunden sind.

Konsequenzen

Auf der methodologischen Ebene wird sich für die Entwicklung einer pflegewissenschaftlich begründeten rekonstruktiven Fallarbeit (vgl. Böhnke 2012) ausgesprochen. Weiterhin bedarf es auf der strukturellen Ebene einer Forschungswerkstatt in der psychiatrischen Pflegepraxis. Im Zentrum der Werkstattarbeit soll die multiprofessionelle Fallarbeit verortet werden. Für die Pflegeforschung im Kontext der Psychiatrie gilt es die Relevanz des Berührungshandelns und der Körperkontakte als Grundlage professionellen Pflegehandelns in den Blick zu nehmen und systematisch auszuarbeiten.²

Lernziele

Die TeilnehmerInnen verstehen die Relevanz der professionellen reflexiven Könnerschaft für eine salutogenetisch ausgerichtete Pflegearbeit.

Die TeilnehmerInnen diskutieren Chancen, Begrenzungen und Möglichkeiten der Implementierung des Konzeptes der reflexiven Könnerschaft für die Pflegepraxis.

81. Der Hausbesuch in der Pflege des psychiatrischen Patienten

Ferri Emanuela, Ferrari Silvia, Jürgen Wildner, Cacciapuoti Imma, Ferri Paola

Vorwort

1978 trat in Italien das Gesetz Nr. 180 in Kraft [1], dessen Grundprinzipien den Ersatz der psychiatrischen Einrichtungen durch Spezialabteilungen innerhalb der allgemeinen Krankenhäuser, die Integration der psychiatrischen Gesundheitsversorgung in den staatlichen Gesundheitsdienst und die territoriale psychiatrische Gesundheitsversorgung sind. Es wurde ein Rehabilitationskonzept entwickelt, dessen Fundament auf der Überzeugung beruht, dass der psychisch Kranke seine verlorenen Fähigkeiten und seine familiären und sozialen Rollen wiedererlangt. Dies erlaubt ihm sich wieder in das gemeinschaftliche Leben einzufinden.

Hintergrund

Zahlreiche Studien haben belegt, dass eine lokal orientierte Versorgung mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Patientenzufriedenheit und der Kontinuität in der Versorgung und gleichzeitig mit einer Kostenminimierung einhergehen [2-7]. In diesem Zusammenhang spielt der pflegerische Hausbesuch bei der Genesung des Patienten eine strategische Rolle, indem er ihm erlaubt in der eigenen Wohnung, mit wirklicher Verbundenheit, in gewohnter Umgebung verankert zu bleiben und zwischenmenschliche Beziehungen auszubauen. Die Forschungsarbeit von Simpson et al. [3] hat bestätigt, dass ein Programm der häuslichen Versorgung für Patienten mit ernsten psychischen Störungen, verglichen mit stationärer Betreuung, den Krankenhausaufenthalt stark reduziert hat (80%). Nach Luc Pelletier [2] ermöglicht die professionelle Teamarbeit den Klienten koordinierte Leistungen zu erhalten, die ihnen erlauben in ihrem geschätzten, familiären, häuslichen Umfeld aktiv und angemessen weiterzuleben.

Ziele

Die Ziele dieser Studie waren:

- Analyse der Aktivitäten bei den Hausbesuchen der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen der territorialen Zentren für psychische Gesundheit (CSM) und die Erforschung des Erlebten
- Erprobung eines organisatorischen Modells zur Einführung des pflegerischen Hausbesuchs

Methode und Material

Studiendesign

Als Studiendesign wurden eine retrospektive Beobachtungsstudie über die durchgeführten Hausbesuche (diagnostische Auswahlkriterien, Gliederung der Leistungen) und eine qualitative Untersuchung des Erlebens der Mitarbeiter gewählt. Anhand eines Pilotprojektes wurde ein organisatorisches Modell erprobt, das die Bedürfnisse und die Prioritäten des Patienten bewusster machen soll, mit dem Ziel der Einführung des pflegerischen Hausbesuchs bei psychiatrischen Patienten.

Art der Datensammlung und Durchführung

In der retrospektiven Studie stammten die untersuchten Daten aus dem Informationssystem der CSM der Provinz Modena im Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2010. Die qualitative Studie erfolgte durch ein semi-strukturiertes Interview mit den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen der CSM. Zur Durchführung des Pilotprojekts (im Zweijahreszeitraum 2009-2011) benutzten wir die Skala „Camberwell Assessment of Need“ zur Bedürfnisermittlung, zur Einbeziehung des Patienten in das Pflegeprojekt und zur Effizienzbewertung der Hausbesuche. Es wurden 80 an Psychosen erkrankte Patienten in die Studie aufgenommen. Die Ergebnisse waren die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten hinsichtlich einer Reduzie-

rung von Zahl und Länge der stationären Aufenthalte, der Zwangseinweisungen und der Therapieabbrüche.

Ergebnisse und Schlussfolgerung:

Es gab eine signifikante Heterogenität in den Zielen und Art der Durchführung der Hausbesuche zwischen den CSM, wahrscheinlich aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsweisen der Teams. Hinsichtlich der Hausbesuche berichteten die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in der qualitativen Studie von folgenden kritischen Elementen:

- das Alleingelassensein der Gesundheits- und KrankenpflegerIn beim Management der Hausbesuche
- die Komplexität der Pflege im häuslichen Bereich
- das starke Eintauchen in das Krankheitsbild des Patienten
- die ungenügende theoretische und praktische Weiterbildung
- die fehlende Anerkennung der gewidmeten Zeit und Arbeit
- der Verlust an Signifikanz innerhalb der Teams

Am Ende der Versuchsphase wurden die Ergebnisse mit den entsprechenden Daten des vorausgegangenen Zeitraums von zwei Jahren verglichen und eine signifikante Verringerung (50%) von Zahl und Länge der stationären Aufenthalte ermittelt. Bezüglich der Zwangseinweisungen war die Reduzierung noch ausgeprägter (60%). Es kam zu keinerlei Abbruch der medikamentösen Therapie bei den Patienten dieser Studie. Die ermittelten Ergebnisse des Pilotprojektes werden von der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur bestätigt und zeigen eine allgemeine Optimierung der Effizienz und Effektivität des pflegerischen Hausbesuchs [3-5].

Literatur

1. *Norcio, B. (1993) Care for mentally ill in Italy. BMJ. 306: p. 1615—1616*
2. *Pelletier, L.R. (1988) Psychiatric home care. J Psychosoc Nurse Ment Health Serv. 26 : p. 22-7.*
3. *Simpson, C.J., et al. (1993) Home-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 162 : p. 239-43.*

4. Burns, T., et al. (2001) *Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technol Assess.* 5: p. 1-13
5. Kampman, O., et al. (2003) *Four-year outcome in non compliant schizophrenia patients treated with or without home-based ambulatory outpatient care. Eur Psychiatry.* 18: p. 1-5.
6. Dixon, L.B., et al. (2010) *The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statement. Schizophr Bull.* 36: p. 48-70.
7. Pharoah, F., et al. (2010) *Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub3.*
8. Ruggeri, M., et al. (1999) *The Italian version of the Camberwell Assessment of Need (CAN), an interview for the identification of needs of care. Epidemiologia e Psichiatria Sociale.* 8: p. 135-139.

82. Ambulante psychiatrische Pflege bei Menschen mit Depression

Beatrice Gehri, Sabine Hahn

Fragestellung

Wie können Pflegende Menschen im erwerbsfähigen Alter mit einer Depression nach der Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik im ambulanten Bereich unterstützen?

Methode. Eine Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Cochrane Library, PubMed und PsycInfo wurde durchgeführt trotz intensiver Suche wurden keine verwendbaren Studien gefunden, die sich explizit auf den ambulanten Bereich bezogen. Daher wurden Studien über psychiatrische Pflege von Menschen mit Depression gesucht, diese wurden bei der Diskussion mit relevanter Literatur zu ambulanter psychiatrischer Pflege in Verbindung gebracht. Verwendet wurden folgende mit folgenden Suchbegriffe und MeSh-Therms: depression; depressive disorder; depressive disorder, major; psychiatirc nursing; psychiatric nurses.

Ergebnisse. Eingeschlossen wurden 5 qualitative Studien, je 1 Delphi-Studie und RCT sowie eine Guideline von guter bis sehr guter Qualität. Die verwendeten Studien und die Guideline zeigen, die zentrale Rolle der Beziehungsgestaltung für den weiteren Pflegeprozess auf. Mittels eines krankheitsspezifischen Assessments können Symptome und Suizidrisiko erfasst werden und das Setting sowie die Interventionen darauf abgestimmt werden. Die Kompetenzen müssen theoriegestützt umgesetzt werden und im multidisziplinären Team klar deklariert sein.

Diskussion

Um im extramuralen Bereich eine tragfähige Beziehung zu Menschen mit Depression aufzubauen, sollen Pflegenden Nähe zum Klientel zulassen, dies darf jedoch nicht zu einem Abhängigkeitsverhältnis führen. Dies verlangt

von Pflegenden ein hohes Mass an Reflexionsfähigkeit. Pflegeplanungsinstrumente müssen auf den ambulanten Rahmen abgestimmt sein. Die eigenen Kompetenzen müssen Pflegende in der Zusammenarbeit mit anderen Diensten und dem Klientel klar aufzeigen und vertreten, dafür können speziell auf ambulante psychiatrische Pflege ausgerichtete Weiterbildungen und Berufsverbände hilfreich sein.

Schlussfolgerungen. Zur Unterstützung von Menschen mit Depression im ambulanten Bereich wird Pflegenden eine spezifische Weiterbildung für dieses Setting empfohlen. Zentral sind die Reflektion des eigenen Handelns und die Kenntnisse der eigenen Kompetenzen. Pflegeplanungsinstrumente sollen auf ihre Eignung im ambulanten Bereich hin untersucht werden.²

Lernziele

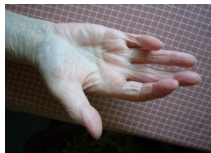
Die psychiatrische Pflege von Menschen mit Depression im ambulanten Setting ist eine komplexe Aufgabe. Um dieser gerecht zu werden, müssen Pflegende über theoriegestützte Instrumente und klar definierte Kompetenzen verfügen.

83. Die Wechselwirkung von Körperschema/Wahrnehmung und Psyche am Beispiel von Angstsyndrom/Bewegungsverlust Bzw. Depression/Geruchs- und Geschmacksverlust

Christiane Friederike Gerum

Interessante Nebenbeobachtungen bei der Erforschung der „monopunktuellen Neurostimulation“

Die „monopunktuelle Neurostimulation“ wurde entwickelt um das Körperschema bei Verletzungen und Lähmungen wiederherzustellen, was bei Erhalt zentraler Ressourcen gut gelingt [1].



(Plexus-Schädigung Schwurhand)



(Pupillenlähmung)



(infizierte, schlecht heilende Wunde)

Quasi als Nebenprodukt dieser Arbeit, ließen sich bei Patienten mit Geschmacksstörungen, Gleichgewichtsstörungen und Ängsten, auch Veränderungen im Verhalten und in der Frustrationstoleranz feststellen.

Als logische Folgerung dieser Erkenntnisse wagten wir den Gegenvergleich und wandten diese Methode bei Patienten an, bei denen psychischen Prob-

leme im Vordergrund standen und die körperlichen Auswirkungen sekundär waren.

Beispiel: Angstsyndrom/Bewegungsverlust

Beim Angstsyndrom führt die Angst zu lähmenden Verspannungen. Aktivität und Bewegungsfreude sind gemindert. Daraus entwickeln sich häufig Einschränkungen in der Reaktionsfähigkeit, der Rumpfrotation und der Gleichgewichtsintegration. Dies führt mangels Feedbacks, zu Körperschemaverlusten, die dann ihrerseits Unsicherheit und Ängste weiter verstärken.

Behandelt man diese Patienten über einen längeren Zeitraum (1 Jahr) mit der „monopunktuellen Neurostimulation“ so erfolgt über den Rückgang der körperlichen Symptome eine Verbesserung der psychischen Verfassung. Bei starken Gleichgewichtsstörungen haben wir zusätzlich eine SI-Behandlung durchgeführt. (SI = Sensorische Integrationstherapie; nach Jean Ayres) [2].

Alle Patienten wurden selbstsicherer, aktiver, humorvoller und ihre Frustrationstoleranz und Flexibilität stieg.

Beispiel: Depression/Geschmacksverlust

Geruchs- und Geschmacksverlust durch Krankheit, Medikamente oder andere, zum Teil unbekannt Ursachen, führt häufig durch den Verlust an Lebensqualität, zu Motivations-, Aktivitäts- und Stimmungseinbrüchen.

Diese Störung ist, gegen alle landläufige Meinung, sehr gut mit der „monopunktuellen Neurostimulation“ zu beeinflussen. Kehrt der Geschmacks-, Geruchssinn zurück, verschwinden auch die psychischen Beeinträchtigungen. Hierbei wird der u.a. der Mundraum und insbesondere die Zunge behandelt

Ein hoher Anteil unserer Patienten mit Depressionen, litt ebenso an Geruchs- und Geschmacksverlust oder Geschmacksirritationen (ein natürlicher Verlust von Lebensfreude, Kummer, Trauer hat ebenso Auswirkung auf Appetit, Geschmackempfinden, Antrieb und Motivation).

Behandelt man den Geruchs-/Geschmacksverlust dieser Patienten, wirkt sich das ebenso positiv auf Stimmung, Aktivität und Motivation aus.

Eine erstaunliche Nebenbeobachtung ist, dass die Patienten emotionale Inhalte und kausale Zusammenhänge verbaler Äußerungen, ebenfalls sicherer deuten konnten.

Fazit:

Behandlungsmethoden, wie die „monopunktuelle Neurostimulation“, zeigen eine positive Einflussmöglichkeit auf psychische wie physische Erkrankungen durch Körperschemaverbesserungen auf, sofern ein Zusammenhang Psyche/Körper besteht. Bei Krankheitsbildern ohne psychische Beeinträchtigung, wirkt die Methode nur auf das Körperbild, bei psychischen Erkrankungen ohne körperliche Beeinträchtigungen ist sie nicht wirksam.

Literatur

1. *Die „monopunktuelle Neurostimulation“, c.f.gerum COTEC 2008*
2. *Baustein der kindlichen Entwicklung, Jean Ayres 1984*

84. Spiel „Kompetenz: Spielend neue Freu(n)de finden“ - innovativer Baustein der multimodalen Therapie bei Menschen mit Schizophrenie

Britta Grund

Bedeutung des Spielens in der Gegenwart

Unter Spielen: „versteht man psychologisch grundlegende, die individuelle Persönlichkeitsentwicklung fördernde Vorgänge des psychischen Geschehens. Diese Vorgänge haben eine unmittelbare Relevanz für das positive Erleben und für erforderliches Handeln. Spiel, Selbstwertgefühl, Geborgenheit und das positive Erleben selbst, bilden fundamentale Lebenssysteme.“ Mogel, Hans: Psychologie des Kinderspiels. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. 3. Auflage 2008, S. 22.

Spieltherapie bei Erwachsenen

Die Anwendung der klientenzentrierten Spieltherapie für Kinder auf erwachsene Klienten bietet ihnen die Möglichkeit, auf der Ebene des freien intrinsisch motivierten Spiels wichtige heilungs- und entwicklungsfördernde Erfahrungen zu machen [1].

Kompetenz: Spielend neue Freu(n)de finden ...

... ist ein therapeutisches Spiel zur Förderung individueller Kompetenzen bei Menschen mit Schizophrenie.

Problemstellung

Menschen mit Schizophrenie weisen beträchtliche Defizite in den Kernkompetenzen auf, sind in ihrer Bindungsfähigkeit beeinträchtigt und sozial isoliert. Sie haben aufgrund der negativen Faktoren schlechte Therapieaussichten und erleiden aufgrund mangelnder Adhärenz häufig Rückfälle mit Spitalsaufenthalt.

Therapieziele

- Verbesserung individueller (emotionaler, metakognitiver, sozialer) Kompetenzen und Verbesserung psychedukativen Wissens
- Verbesserung von Bindung und Bindungsgefühlen
- Eine daraus folgende Verbesserung der Adhärenz

Durchführung [2]

- 1 – 2 mal wöchentlich
- Je 50 Minuten (Anpassung an das Konzentrationsvermögen der Patientengruppe möglich)
- 1 – 2 Therapeuten unterschiedlicher Professionalität (= Pflege +)
- Therapeuten spielen mit und moderieren gleichzeitig
- Sowohl akute als auch chronifizierte Patienten
- Ideal 9 – 11 Mitspieler (9 Patienten, 2 Therapeuten) in 3 Gruppen
- Gruppenzusammenstellung erfolgt durch Patienten selbst
- Mitarbeiter ordnen sich am ehesten den Gruppen mit den akuter/schwerer kranken Patienten zu
- Therapeutische Begleitung > selbst spielen

Ein Beispiel aus jeder Kategorie [3]

Emotionale Kompetenz

1 Welches Gefühl können Sie in den Gesichtern lesen?

- A - Überraschung
- B - Angst
- C - Wut
- D - Schmerz
- E - Trauer
- F - Freude



Antwort: F

Kognition/Metakognition



Antwort: C – Beide gleich lang. Da unser Gehirn zwei aufeinander zulaufende Linien als Raumtiefe wahrnimmt, sieht es so aus, als ob die obere waagerechte Linie weiter entfernt wäre und darum länger wirkt.

Soziale Kompetenz

Beim ersten Kontakt sollte man seinen Gesprächspartner nicht zu Wort kommen lassen. Ist das richtig oder falsch? Antwort: Falsch

Psychoedukation

Wie lange dauert es in der Regel, bis Plus- Symptome unter neuroleptischer Medikation deutlich abklingen? Antwort: ca. 4 – 6 Wochen

Auflockerung

Wahr oder gemogelt?

Bei der Oper „Errettung des Theseus“ agieren alle Akteure schwimmend in einem Wasserbecken. Antwort: gemogelt

Literatur

1. Fritsch, Stefan (2000): *Analyse des Therapeutenverhaltens in der Spieltherapie für Erwachsene. Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der Universität Hamburg, S. 116. Hamburg.*
2. Janssen-Cilag GmbH (2011): *Kompetenz – Spielend neue Freu(n)de finden! Ein therapeutisches Spiel zur Förderung individueller Kompetenzen. Wien*
3. Janssen-Cilag GmbH (Hg.) (2011): *Kompass-Brettspiel. Kompetenz – Spielend neue Freu(n)de finden. Neuss*

85. Leitlinie 'Intensive Betreuung'

Bruno Hemkendreis, Michael Löhr, André Nienaber, Michael Schulz

Hintergrund und Problemstellung

Intensivbetreuungen sind häufig verwendete Interventionen in der stationären Psychiatrie, deren Wirksamkeit bisher unzureichend erforscht ist. Die internationale Datenlage zeigt allerdings dringenden Bedarf, einerseits weitere Forschung einzuleiten und andererseits die wenigen wissenschaftlichen Erkenntnisse in die konkrete Handlungsebene einfließen zu lassen.

Die Begriffe 'Intensivbetreuung' bzw. 'intensive Betreuung' werden genutzt, um einerseits darzustellen, dass es sich um intensive pflegerische Interventionen handelt und andererseits um Betreuungen, im Gegensatz zu Überwachungen. Die im Deutschen benutzten Begriffe wie 'Überwachung' bzw. 'intensive Überwachung', 'Sitzwache', '1:1 Begleitung', '15-min. Sichtkontakte' oder '-kontrollen', sowie die in der englischen Literatur genutzten Begriffe 'observation' und 'special observation' sind mit eingeschlossen.

Ziele

Die Leitlinie 'Intensivbetreuung' soll eine bestmögliche Versorgung der Nutzer psychiatrischer Intensivbetreuung ermöglichen.

Lernziele

Erarbeitung systematischer Vorkehrungen, die geeignet sind, Intensivbetreuungen für die betroffenen Patienten so wenig einschränkend wie möglich zu gestalten, ihre Selbstbestimmung und Menschenwürde zu beachten und die Maßnahme therapeutisch sinnvoll zu nutzen.

86. Aromatherapie in der Psychiatrie 'Rühr mich an!'

Roswitha Keller

Hintergrund

Die Anwendung der Aromatherapie und Massagen in der Psychiatrie stellt für die Pflege eine körperliche und emotionale Nähe zum Patienten her. Ohne Berührung ist das Leben nicht möglich. Ein Mensch kann sich ohne Berührung nicht entwickeln. Oft fehlt dem psychisch erkrankten Menschen die Berührung, aus den verschiedensten Gründen, was letztendlich mit zur Erkrankung beiträgt. Wir möchten das Tabu des „Nichtberührens“ aufheben und den Weg zur Berührung gehen auf Station über die Massage.

Zielsetzung

Anwendung der verschiedenen Aromamassagen auf Station F. Sicherstellung von mindestens 1 ausgebildeten Aromatherapeuten und 2 geschulten Mitarbeitern. Schulung in der Gesamtklinik durch Aromatherapeuten.

Methode

Aromamassage ist eine sanfte Massage mit fließenden, rhythmischen Bewegungen. Die ätherischen Öle verstärken die Wirkung. Es ist ein Zusammenspiel von Berührung, Bewegung und Duft.

Resultate

2 ausgebildete Aromatherapeuten auf Station F, 3 Mitarbeiter geschult. Die verschiedenen Massagen werden durchgeführt. Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Schulung für die Gesamtklinik ist erfolgt, Aufbaukurse erfolgen, sowie Schulungen für neue Mitarbeiter.

Schlussfolgerung

Das Thema « körperliche Nähe » in der Psychiatrie war und ist ein Tabu Thema. Die Aromamassage könnte bei dem Paradigmawechsel der Pflege Hilfe bieten, den Patienten professionelle Berührung zukommen zu lassen.

In meiner Ausbildung zur Dipl. Aromatherapeutin, welche ich im Februar 2012 abschliesse, habe ich meine Diplomarbeit dem Thema: Aromatherapie in der Psychiatrie 'Rühr mich an' gewidmet. In der Arbeit mit Massagen muss ich mich mit dem Thema auseinander setzen, da ich damit konfrontiert werde.

Lernziele

Aromamassagen in der Psychiatrie sind möglich und stellen eine ergänzende Methode dar zum Wohlbefinden der Patienten und der Therapeuten.

87. Energiemanagement, Entflammen ohne Auszubrennen

Sabine Lettner, Sylvia Erber, Manuel Huttegger

Hintergrund

Für viele Menschen ist der Alltag von Zeitdruck und Zeitmangel geprägt. Die Leistungsgesellschaft verlangt von jedem Einzelnen, dass er funktioniert. Ausgeklügelte Zeitmanagementsysteme sollen es ermöglichen, alle Aufgaben zu bewältigen. Doch diese Zeitpläne machen, weder einen Tag länger, noch bewahren sie vor körperlicher, geistiger und emotionaler Erschöpfung – dem Burnout. Menschen im Burnout sind schwierig zu erreichen, da der Krankheitsverlauf meist schleichend ist und oft von den Betroffenen verleugnet bzw. nicht wahrgenommen wird.

In den 1970er Jahren wurde dieser Begriff in der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit helfenden Berufen bekannt. Mittlerweile weiß man, dass Burnout in jeder Alters- und Berufsgruppe zu finden ist. Wer nicht funktioniert, seine Aufgaben nicht erfüllt, ist ein „Loser“. Nur langsam bricht das Tabuthema auf.

Problemstellung

Wer leistungsfähig bleiben und das Leben genießen möchte, soll auf seine zur Verfügung stehende Energie achten. Gezieltes Energiemanagement schützt vor körperlicher, geistiger und emotionaler Erschöpfung und lässt die Quellen des eigenen Energievorrats nicht versiegen.

Was sind Tankstellen für Körper und Seele?

Ergebnisse

Mit einem Plakat werden „Energie-Tankstellen“ veranschaulicht, denen die „Burnout-Spirale“ von Freudenberg gegenübergestellt wird. Damit soll der Betrachter zum Nachdenken angeregt werden, wie es um sein Energiema-

nagement bestellt ist und so zu einem eigenverantwortlichen und gesunden Lebensstil motiviert werden.

Literatur

1. *Freudenberger, Herbert: Staff Burn-Out. In: Journal of Social Issues. Jg. 30, Nr. 1, 1974.*
2. *Kreuzinger, Nina/Elmani, Dina/Gram, Manfred: BOMBE BURNOUT. In: FORMAT, Österreichs Wochenmagazin für Wirtschaft & Geld. Nr. 21, 28. Mai 2010.*
3. *Schäfer, Annette: Energiemanagement: So bleiben Sie bei Kräften. In: Psychologie Heute. 02/2009.*
4. *<http://www.zug.ch/gea-pg>; Homepage des Gesundheitsamtes des Kantons Zug, vom 10.05.2012.*

88. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung - eine systematische Übersicht

André Nienaber, Michael Schulz, Bruno Hemkendreis, Michael Löhr

Fragestellung:

Welche empirischen Erkenntnisse gibt es aus der vorliegenden Literatur für die Überwachung von Patienten in der stationären Akutpsychiatrie im Hinblick auf Anwendungsqualität und Wirksamkeit?

Welche Empfehlungen für die Anwendung der Überwachung in Deutschland lassen sich daraus ableiten?

Methode

Systematische Literaturrecherche deutsch- und englischsprachiger Literatur in Medline, CINAHL, PsycINFO, CDSR und Handsuche in den Literaturverzeichnissen der Artikel.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 33 Artikel mit unterschiedlichen Forschungsansätzen (deskriptive Studien sowohl mit quantitativem als auch mit qualitativem Forschungsansatz) in die Übersichtsarbeit eingeschlossen. Der größte Teil der eingeschlossenen Arbeiten stammt aus Großbritannien (n=20).

Lernziele

Überwachung greift massiv in die persönliche Freiheit von Patienten ein. Pflegende nehmen eine wichtige Rolle ein. Entscheidungen im Zusammenhang mit Überwachung sollten von Medizin und Pflege in gemeinsamer Verantwortung getroffen werden.

89. Prenosologische Verlaufskontrolle der psychophysiologischen Störung bei Grundschulern

Aleksej Osnizkij, Sofja Tarasowa

Hintergrund

Viele Autoren haben schon festgestellt, dass die Zahl der Kinder mit sozialbedingten Störungen des Gesundheitszustandes in der Grundschule wächst. Oft geht es um die Erhöhung des "physiologischen Preises" der Lerntätigkeit. Im vorliegenden Bericht geht es um die Ergebnisse unserer Forschungsarbeit.

Ziel

Das Ziel war es eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den sozialbedingten, psychologischen und physiologischen Störungsindikatoren des Gesundheitszustandes von Kindern in der Grundschule (140 Schüler) durchzuführen.

Vorgehen

Um den psychosomatischen Zustand zu erheben wurden psychologische und physiologische Methoden verwendet.

Psychologische Methoden: Das Instrument „Abklärung der Angst der Kinder vor der Schule CMAS“ [5; 6] und der Soziometrietest [4]. Physiologische Methoden: Messung der Herzaktion mittels dem Index des sympathischen Adrenalin-Ton (SAT) zur Abklärung der Variabilität der Herzaktion [3]. Ebenfalls wurde die Cortisolkonzentration in Speichel-Proben von 26 Schülern untersucht.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Es ist uns gelungen, die Korrelation zwischen der Cortisolkonzentration und den hohen Angstwerten darzustellen ($r = 0,46$, $p < 0,05$). Diese Besonderheit

wird vermutlich von den zwischenmenschlichen Beziehungen in einer Kindergruppe (Klasse) verursacht. Es gibt eine Korrelation zwischen der Cortisolkonzentration im Speichel und dem Soziometrie-Index-Status ($r = 0,62$, $p < 0,05$). Das heisst, dass die Kinder, die bei den Klassenkameraden beliebt sind, dabei trotzdem hohe Angstwerte aufweisen. In der Grundschule ist ein solches Angstgefühl in Lernerfolgen und Forderungen des Lehrers am deutlichsten. Hohe individuelle Ansprüche schaffen einen konstanten Drang nach Erfolg. Das ist der emotionale Stress, der zum hohen "physiologischen Preis" führt. Physiologische Marker für diese Risikogruppe (35% der Kinder) ist die Cortisolkonzentration in Speichel-Proben.

Es gibt eine Korrelation zwischen den Auffälligkeit im Benehmen der Kinder und dem Soziometrie-Index-Status ($r = 0,59$, $p < 0,01$ in einer Kindergruppe (Klasse); $r = 0,47$, $p < 0,01$ in der anderen Kindergruppe). Es gibt auch in jeder Klasse einen Schüler, der immer „der Geächtete“ ist. Er lernt schlecht, ist undiszipliniert und benimmt sich oft auffällig (zum Beispiel singt laut im Unterricht). Die durchgeführten Tests ergaben aber keine hohen Angstwerte. Dieses Angstgefühl ist wahrscheinlich unbewusst. Diese Kinder haben auch Extremwerte des Stress-Indexes SAT (bis zu 800) aufgezeigt. Folgendes ist zu betonen: Der normative Wert des Indexes der Variabilität der Herzaktion ist 200 [3]. Die Schüler (4% von allen Kindern) stehen auch unter ärztlichen Verlaufskontrollen. Aus ärztlichen Befundberichten ist es ersichtlich, dass sie „neurotische Reaktionen“ im Rahmen des psychosomatischen Zustandes aufweisen.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse wurde ein integriertes Programm der Therapie entwickelt. Wir sind der Ansicht, Angst sei „eine anthropologische Konstante“ [1; 2]. Um Angst und aggressive Gefühle in sozial verträglicher Weise zum Ausdruck zu bringen, wählen wir verschiedene schreckliche Märchen. Die Durchführung unseres funktionell-therapeutischen Trainingsprogramms umfasst derzeit die Beratung der Eltern, Kinder und Lehrer.

Literatur

1. G. Ammon, *Dynamischen Psychiatrie*, 1996.

2. A. Guggenbühl, *Prävention in der Kindheit Aggression und Gewalt*, 2000.
3. A.Y. Kaplan, *The variability of the heart rhythm and the nature of the feedback as a result of operator activity in man. Zh Vyssh Nerv Dieat Im I P Pavlova*, 1999, Mar-Apr, 49(2): 335-50.
4. A.K. Osnizkij, S.Y. Tarasowa, *Psychophysiological indicators of school anxiety. Psikhologicheskie Issledovaniya*, 2011, Issue 2(16). psystudy.ru/index.php/eng/2011n2-16/466-osnitsky-tarasova16e.html.
5. B.N. Phillips, *School Stress and Anxiety*, 1978.
6. A.M. Prihozhan, *Psychologie der Angst*, 2009.

90. Mittel zum Zweck- Der Einsatz von advanced nursing practice zur Qualitätsverbesserung in der psychiatrischen Pflege.

Simone Schade

Abstract

In den Niederlanden ist nach Amerikanischem Vorbild in 1998 begonnen mit der Masterausbildung advanced nursing practice (ANP). Gleichzeitig erlebte die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) eine Art Wiedergeburt. Die psychiatrische Klinik 'Parnassia' in Den Haag hat sich spezialisiert auf diese Behandlung und mit ungefähr 70 Behandlungen in der Woche zur größten ihrer Art in den Niederlanden entwickelt.

Der technische Aspekt dieser Behandlung entspricht dem Stand der Technik und beruht auf dem Wirkungsprinzip der Auslösung eines epileptischen Anfalls durch die Zufuhr von elektrischem Strom am Schädel des narkotisierten Patienten. Die Behandlung hat damit einen überwiegend technischen Charakter vergleichbar mit einer Operation oder zahntechnischen Behandlung. Aufgaben der Krankenpflege beziehen sich meist auf die Begleitung des Patienten in der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge.

Psychiatrische Pflege muss insofern von der somatischen Pflege unterschieden werden, als sie nicht allein bedeutet, bei den Alltagsverrichtungen unmittelbar helfend in den Handlungsbedarf einzugreifen oder ärztlich verordnete abgrenzbare Einzelleistungen wie Medikamentenvergabe oder Verbandswechsel durchzuführen. Sie muss vielmehr bedeuten, dem psychisch Kranken Hilfe zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mit menschlichen Umgangs als Element des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt und umsetzt.

Aus dieser Perspektive ist eine Herausforderung wie qualitativ hochwertige Pflege für EKT-Patienten wie für Advanced Nursing Practice gemacht:

Als Nurse Practitioner habe ich eine Sprechstunde initiiert für diese Patientenkategorie. Die Tätigkeiten hierbei sind weitläufig, von Psychoedukation über die präoperativen Untersuchungen bis zur anschließenden Empfehlung für eine medikamentöse Nachbehandlung.

Die Erfahrungen aller Beteiligten sind sehr positiv. Die Patienten reagieren positiv auf die "Superschwester" und sind froh, dass sie mehr Zeit für sie hat als der Psychiater um alles auf verständliche Art zu erklären und mehr für sie bedeuten kann als die Schwestern auf der Station. Auch die Psychiater sind überwiegend optimistisch und sehen vor allem die Möglichkeiten, die sich bieten. Sie sind sich sicher, dass die Behandlung ihrer Patienten in gute Wege geleitet wird, müssen sich aber nicht um die Kontinuität kümmern und darum, das nichts verloren geht durch kognitive Beeinträchtigungen passend zum Krankheitsbild und zur Behandlung. Nicht zuletzt sind auch die Krankenpfleger auf der Station und in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege begeistert. Denn diese Patientenpopulation ist in bestimmter Hinsicht anders als die meisten psychiatrisch Kranken und man ist froh mit der speziellen Beratung der ANP hingehend der Begleitung dieser Patienten.

Sie sind stolz darauf, dass 'eine von ihnen' Anteil hat an der von Psychiatern dominierten Behandlung.

Problemfelder gibt es vor allem zu beachten im Managementbereich. Es besteht die Gefahr, dass bestimmte Tätigkeiten an die ANP's delegiert werden, nur um die Kosten zu drücken. Dadurch wird die Rolle des ANP bedrängt und entsteht Rollenüberlastung, zum Beispiel als 'Ersatzarzt'. Die Finanzierung bleibt ein heikles Thema, denn obwohl die ANP wie auch die Psychiater in den Niederlanden im Lohndienst arbeiten, bleibt die Frage: „Ist der ANP eine teure Pflegekraft oder ein billiger Arzt?“

Fazit: Mit ANP kann die Behandlung von EKT-Patienten optimiert werden durch die Kombination von Kompetenzen aus Krankenpflege, Medizin und Wissenschaft.

91. MENS SANA IN CORPORE SANO – wie können somatische Themen in der psychiatrischen Pflege integriert werden?

Nicole Schäfli, Sanja Ilic, Jana Lehmann, Peter Wolfensberger

Hintergrund

Von Pflegeexpertinnen und Pflegefachpersonen in der Praxis wird beobachtet, dass somatische Themen in der Psychiatrie durch die Tendenz zur Spezialisierung (z.B. den Ausbau von Fachgebieten wie der Adoleszentenpsychiatrie oder der Konzentration von spezifischen Krankheitsbildern und/oder Behandlungsansätzen auf Spezialstationen) zunehmend in Vergessenheit geraten. Pflegemitarbeiter mit einer Ausbildung mit dem Schwerpunkt Psychiatrie oder langjähriger Tätigkeit in der Psychiatrie und wenig somatischer Erfahrung fehlt oft das fundierte und differenzierte Wissen über somatische Erkrankungen, mögliche Zusammenhänge mit der psychiatrischen Erkrankung, sowie entsprechende Massnahmen bei der Symptombeobachtung, -Einschätzung und Behandlung. Dies obwohl längst bekannt ist, dass Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen auch häufiger mit somatischen Erkrankungen konfrontiert sind als die durchschnittliche Bevölkerung [1]. Das Defizit wird zunehmend auch in der Schweiz erkannt und in konkreten Projekten angegangen [2, 3].

In der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland wurde in diesem Zusammenhang eine Fachgruppe somatische Pflege gegründet, um dem Thema die notwendige Aufmerksamkeit zu widmen und die vorhandenen Ressourcen besser vernetzen und nutzen zu können.

Fachgruppe somatische Pflege

Die Fachgruppe somatische Pflege wurde von der Hygieneverantwortlichen, welche gleichzeitig auch Bildungsbeauftragte ist und dem Pflegeexperten für den alterspsychiatrischen Bereich ins Leben gerufen. Jede Station und auch die ambulanten Angebote sind durch je eine Thementrägerin in der Fach-

gruppe vertreten. Die Fachgruppe wird durch die Wundmanagerin der Institution und punktuell durch den medizinischen Dienst komplettiert.

Ziele der Fachgruppe

- Erweiterung der Fach- und Handlungskompetenzen und somit der Sicherheit in somatischen Belangen bei den Thementrägerinnen und in den jeweiligen Pflgeteams (Wissenstransfer von und in die Praxis)
- Innerbetriebliche Vernetzung des vorhandenen somatischen Fachwissens und der gegenseitige Fachaustausch
- Vernehmlassungen zu pflegerisch- somatischen internen Richtlinien, Standards und Konzepten

Arbeitsweise der Fachgruppe

Die Fachgruppe trifft sich mindestens vier Mal jährlich für einen halben Tag. Der Inhalt der Treffen wird vorgängig, aufgrund einer aktuellen Fragestellung oder eines anstehenden Themas, abgemacht und entsprechend vorbereitet. Dazu werden punktuell weitere interne und/oder externe Fachpersonen eingeladen. Die Treffen dienen der Aktualisierung und Erweiterung des Fachwissens und stützen sich auf die vier Grundsätze von Evidence Based Nursing [4]: Orientierung an aktuellen Forschungsergebnissen, der Expertise der Pflegenden, Umgebungsbedingungen und Präferenzen der Patienten.

Zusätzlich besteht auf einer gemeinsamen Online-Plattform und per Email die Möglichkeit, aktuelle Fragestellungen in der Gruppe zu diskutieren und aktuelle Literatur zugänglich zu machen.

Themen der Fachgruppe

Bisher wurden folgende Themenschwerpunkte angegangen:

- Norovirus
- Wundmanagement
- Somatische Notfälle in der Psychiatrie
- Diabetes und Insulintherapie

Ergänzend finden jeweils Besprechungen von aktuellen Fallbeispielen statt.

Schlussfolgerungen

Eine Umfrage in den Behandlungsteams hat gezeigt, dass die Fachgruppe somatische Pflege mit ihren Thementrägerinnen einem Bedürfnis entspricht. Die Möglichkeit, in jedem Team eine Ansprechperson für Anliegen und Fragen zu somatischen Themen zu haben wird geschätzt und trägt in der subjektiven Wahrnehmung der Pflegenden bereits zu einer Verbesserung des entsprechenden Bewusstseins bei. Hingegen wird der konkrete Wissenstransfer in die Praxis, z.B. wie tue ich was, wann und wieso, und das Sichtbarmachen des aktuellen Fachwissens noch als verbesserungswürdig betrachtet.

Neben der Optimierung des Wissenstransfers in die Praxis stellt sich für die Zukunft auch die Frage nach einem gezielten pflegerischen Assessment, welches die somatischen Themen aufgreift. Möglicherweise sind auch vermehrt interne Fortbildungen gefordert. Mit der Fachgruppe somatische Pflege ist demzufolge erst ein erster Schritt gemacht.

Literatur

1. Viron M & Stern T. (2010) *The Impact of Serious Mental Illness on Health and Healthcare*. *Psychosomatics* 51 (6): p. 458-465
2. Bänziger S. & Abderhalden C. (2011) *Benachteiligt: Werden psychisch Kranke anders behandelt? Heilberufe* 63 (12): S. 14-16
3. Bänziger S., Sahli A., Abderhalden C. (2011) *Monitoring körperlicher Gesundheit. Psychiatrische Pflege vernetzt – 8. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Bern: S. 39-43*
4. Behrens J. & Langer G. (2006) *Evidence-based Nursing and Caring*. 2. Auflage. Huber Verlag, Bern.

92. iNQUIRE: Nurses qualification impact on quality and resources in falls prevention

Arndt Schlubach, Sven-Uwe Gau

Hintergrund

Stürze zählen neben den Folgeerscheinungen medikamentöser Verordnungen zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen innerhalb der ambulanten wie stationären Patientenversorgung. Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege [1] hat zum Ziel, Stürze und Sturzfolgen zu vermeiden, indem ursächliche Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit minimiert werden. Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt [2]. Neben dem alltäglichen Sturzrisiko aus Unachtsamkeit oder bei sportlicher Aktivität gibt es Stürze, deren Ursache im Verlust der Fähigkeit zur Vermeidung eines Sturzes liegt und häufig Folge einer Verkettung und Häufung von Risikofaktoren sind. Betroffen sind überwiegend ältere Menschen oder Menschen mit reduziertem Allgemeinzustand, denen es nicht mehr gelingt, den Körper in Balance zu halten oder ihn bei Verlust des Gleichgewichts wieder in Balance zu bringen bzw. Sturzfolgen durch intakte Schutzreaktionen zu minimieren. Physische Auswirkungen von Stürzen reichen von schmerzhaften Prellungen über Wunden, Verstauchungen und Frakturen bis hin zum Tod. Psychische Folgen können vom Verlust des Vertrauens in die eigene Mobilität über die Einschränkung des Bewegungsradius bis hin zur sozialen Isolation führen.

Die Umsetzung dieses Standards ist eine zunehmend gesetzlich geforderte und fachliche Grundlage für die pflegerische Versorgung in Klinik und Heimbereich. Ein einheitliches Qualitätsniveau soll erreicht und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Ressourcen zur Einführung und Erhaltung dieses Qualitätsinstrumentes müssen sorgsam geplant und gesteuert werden, um den Standard auch bei

zunehmend knapperen finanziellen Mitteln gewährleisten zu können. Das Wissen über Kosten und Leistungen bzw. der Kosten der Qualität sind für Einrichtungen im Gesundheitswesen unerlässlich, um den Qualitätswettbewerb bestreiten zu können [3].

In Deutschland ereignen sich pro Jahr insgesamt vier bis fünf Millionen Stürze [4,5]. Diese zu verhindern und somit die Patientensicherheit zu verbessern, sind gegenwärtige multidisziplinäre Bemühungen der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Stürze in Privathaushalten kommen bei einem Drittel der Menschen über 65 Jahre vor, deren Rate mit steigendem Alter zunimmt. In Alten- und Pflegeheimen liegt die Sturzhäufigkeit bei 60 bis 70 Prozent. Die Auswirkungen eines Sturzes sind in circa 70 Prozent eine körperliche Verletzung, die in 25 Prozent der Fälle einer Behandlung bedarf. Die stationäre Sturzquote liegt bei circa 1,5 Stürzen pro Bett und Jahr. Die Mehrzahl der Stürze ereignet sich im Krankenhaus in den frühen Morgen- und Abendstunden, also auch zu Zeiten mit wenig Klinikpersonal [6]. Bei der Betrachtung des Sturzereignisses wie auch bei der Prävention sind vielfältige Ursachen zu berücksichtigen. Von den mehr als 400 potenziellen Risikofaktoren für einen Sturz sind vor allem chronische Erkrankungen, die Mobilität und die Medikamenteneinnahme zu nennen [7]. Die Einnahme von mehr als vier Medikamenten und die Einnahme von sturzbegünstigenden Medikamenten gelten als unabhängige Sturzrisikofaktoren. Diese Faktoren finden sich bei älteren Patienten jedoch sehr häufig [8].

Fragestellung

Sind Interdependenzen zwischen den Qualifikationen der Pflegepersonen, den gewählten Interventionen, dem daraus entstandenen Ressourcenverbrauch und dem Outcome des Sturzereignisses nachweisbar? An dieser Stelle wird der Frage nachgegangen, ob und welche Kriterien einen Einfluss auf das Outcome (Sturz) und die Sturzfolgen haben. Die Analyse des Ressourcenverbrauches in Bezug zur Qualifikation der Mitarbeiter und zum Outcome (Sturzfolgen) für den Patienten bildet möglicherweise die Grundlage für eine tiefergehende Ist-Kostenanalyse. Wenn im Rahmen der Perso-

nalqualifikation bekannt ist, welche Tätigkeiten zu welchen Ergebnissen führen und welcher Ressourcenverbrauch hierbei entsteht, besteht die Möglichkeit z.B. über einen gezielten Skill-mix die Personalkosten zu beeinflussen.

Methode und Material

Es wird ein gesundheitsökonomischer Ansatz für die Analyse der Arbeit mit dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege gewählt. Der Fokus richtet sich dabei auf die Bedeutung der Qualifikation der Pflegenden für die Kriterien Verbrauch von Ressourcen und Steigerung des Outcomes, also Minimierung von Sturzfolgeerkrankungen für den Patienten/Bewohner.

Ziele:

- Soziodemographische Charakterisierung der Sturzpatienten in Kliniken und Heimbereich
- Darstellung der Mitarbeiterqualifikation und Berufserfahrungen
- Identifikation der genutzten Interventionen
- Evaluation des Outcomes von Sturzereignissen
- Explizierung des Ressourcenverbrauchs

Bei der iNQUIRE - Studie handelt es sich um eine retrospektive Datenanalyse, die eine randomisierte Stichprobe (N=1050) an Sturzereignissen der Jahre 2006-2010 in zwei Kliniken (Bochum, Gütersloh) und Pflegeeinrichtungen der MediClin (Bad Münde, Bad Elster, Blieskastel) untersucht.

Ergebnisse

In der Analyse der geplanten Interventionen, kann ein geringer Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterqualifikation und den geplanten Interventionen nachgewiesen werden. Die differenzierte Betrachtung gibt einen geringen Hinweis darauf, dass mit steigender Qualifikation, die Anzahl der personenbedingten Interventionen sinkt. Bei der Analyse in Bezug auf die Berufserfahrung, kann ein Zusammenhang erkannt werden. Mit steigender Berufserfahrung, sinkt die Anzahl der geplanten Interventionen, sowohl bei der

Wahl der umgebungsbedingten, als auch den personenbedingten Interventionen. Das gleiche Ergebnis zeigt die Betrachtung der verbrauchten Ressourcen in Minuten. Die Anzahl der geplanten Minuten sinkt mit steigender Berufserfahrung. Wobei die Mitarbeiterqualifikation keinen Zusammenhang zu den geplanten Ressourcen aufweist. In weiterer Betrachtung können keine Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der Mitarbeiterqualifikation und den Sturzfolgen gefunden werden. Auch die Berufserfahrung zeigt hierzu keinen Zusammenhang. Die Anzahl geplanter Interventionen kann ebenfalls keinen Zusammenhang mit den Sturzfolgen aufweisen.

Diskussion

Ein besonderes Gewicht der Verpflichtungen für die Leistungsersteller ergibt sich aus der Zusammenführung der gesetzlichen Anforderungen mit dem real existierenden, wissenschaftlich fundierten Wissen über die Wirksamkeit von Pflege- und Behandlungsmassnahmen. Dieses steht, vor allem in der Pflege, nur begrenzt zur Verfügung. Als Beispiel kommt der Bericht der Deutschen Agentur für Health Technologie Assessment (HTA-Bericht) in seiner Analyse zur Sturzprophylaxe zu dem Ergebnis, dass die Effektivität medizinisch – pflegerischer Maßnahmen anhand der untersuchten nationalen und internationalen Studien, aktuell nicht nachgewiesen werden kann [9].

Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in zwei Analysen nachweisbare Interdependenzen existieren. Darüber hinaus besteht die Erkenntnis, dass keine der weiteren Analysen eine gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Variablen nachweisen konnte. Ein schwach signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Qualifikation und der Anzahl der gewählten Interventionen - der Zusammenhang zeigt das höher qualifizierte Pflegepersonen tendenziell weniger Interventionen planen. Eine deutlich signifikante Interdependenz besteht zwischen Berufsjahren und den Variablen „Anzahl der Interventionen“ und „Ressourcenverbrauch“ verplante

„Pflegeteams“. Diese zeigt, dass die am Arbeitsplatz berufserfahrenen Pflegepersonen weniger Interventionen und Pflegeteams verplanen als die weniger Erfahrenen. Die Sturzfolgen für den Patienten/Bewohner bleiben davon unberührt. In Zeiten immer begrenzterer Ressourcen impliziert die Tatsache, dass eine definierte, leicht identifizierbare Gruppe von Mitarbeitern effizienter arbeitet als eine andere, Einsparpotenziale. Dieses ist aber nur bedingt vertretbar. Aufgrund der multifaktoriellen Entstehung des Sturzrisikos und der paradoxen Situation, dass unter Umständen eine fachlich gut ausgeführte Pflege zu zunehmender Mobilität und gleichzeitig zu einem wieder erhöhten Sturzrisiko führt, kann ein kausaler Zusammenhang so eindeutig nicht abgeleitet werden. Allerdings scheint auf der Basis der vorgenommenen Analysen, eine Steuerung der Leistungserstellung, auch unter Berücksichtigung der ökonomischen Perspektiven, möglich.

Literatur

1. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. 176 Seiten.*
2. *Kellogg International Work Group: The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. Dan Med Bull. 1987 Apr;34 Suppl 4:1-24.*
3. *Zapp, W. (Hrsg.): Risikomanagement in Stationären Gesundheitsunternehmen. Grundlagen, Relevanz und Anwendungsbeispiele aus der Praxis. medhochzwei-Verlag, Heidelberg 2011.*
4. *Groves JE, Lavori PW, Rosenbaum JF: Accidental injuries of hospitalized patients. A prospective cohort study. Int J Technol Assess Health Care 1993, 9:139-144.*
5. *Heinze C, Lahmann N, Dassen T: Sturzhäufigkeit in deutschen Kliniken. Gesundheitswesen 2002;64:598-601.*
6. *Von Renteln-Kruse W, Krause T: Sturzereignisse stationärer geriatrischer Patienten Z Gerontol Geriatr 2004;37:9-14.*
7. *Masud T, Morris RO: Epidemiology of falls. Age Ageing 2001;30 :3-7.*
8. *Bischofberger G, Dubey C, Egolf U, Holzer R et al.: Stürze im Pflegeheim. Bericht eines Gemeinschaftsprojektes. Dezember 2002.*
9. *Balzer, K.; Bremer, M.; Schramm, S.; Lühmann, D.; Raspe, H. (2012): Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland.*

Hg. v. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Köln (Band, 116).

93. 'Experiment mit Psychoedukationsgruppen im langzeitpsychiatrischen Setting'

Jana Schnetzler

Hintergrund

Chronisch psychisch erkrankte Menschen glauben oft nicht mehr an sich selbst und daran, dass sich ihr Leben verbessern kann.

Wir wollten wissen, ob Psychoedukation bei Bewohnern einer psychiatrischen Langzeitinstitution noch Sinn macht. In Form einer Gruppentherapie haben wir durch Aufklärung, Wissensvermittlung und Austausch versucht, die Gesundheitskompetenzen der Teilnehmer zu erweitern.

Problemstellung

Was kann die gesunden Anteile psychisch kranker Menschen stärken, was hilft ihnen bei der Krankheitsbewältigung?

Professionelle Helfer wissen, dass Pharmakotherapie mit begleitenden psychotherapeutischen und psychosozialen Massnahmen bei chronisch psychisch kranken Menschen den Langzeitverlauf signifikant verbessern kann.

Betroffene wissen oft nur, dass sie Pillen schlucken müssen, weil sie verordnet sind, aber sie wissen nichts Konkretes über die Medikamente und nehmen als erstes deren Nebenwirkungen wahr. Fehlende Information führt zu mangelnder Compliance, Abneigung gegen Medikamente und immer wieder zum Absetzen der Medikation.

Psychoedukation ermöglicht Informationsaustausch und Wissensvermittlung, sie soll nicht Erziehung sein.

Ziele

Selbstbefähigung der Betroffenen zu einem möglichst autonomem Umgang mit ihrer Erkrankung
Vermittlung von Hoffnung, Mut und Selbstvertrauen.

Themen in der Psychoedukationsgruppe

- Wie beginnt eine Psychose?
- Wie spielt sich die Psychose im Gehirn ab?
- Was kann ich tun, wenn ich merke, dass ich psychisch instabil werde?
- Welche Vorstellungen gibt es zur Entstehung einer Psychose?
- Wie wirken Medikamente, welche Nebenwirkungen haben sie?
- Regelmäßige Achtsamkeitsübungen.

Vorgehen

Bislang haben wir zwei Psychoedukationsgruppen durchgeführt:

Die Projekt-Gruppe 'Hoffnung' Juni/Juli 2011 mit 8 Sitzungen.

Die Projekt-Gruppe 'Mut' Januar/Februar/März 2012 mit 9 Sitzungen.

In der ersten Gruppe 'Hoffnung' wollten wir hauptsächlich Wissen vermitteln.

In der zweiten Gruppe 'Mut' haben wir versucht, zuerst an der Basis, am Aufbau von Beziehung und Vertrauen, zu arbeiten und die Wissensvermittlung an die zweite Stelle zu setzen.

Wir setzen uns in beiden Gruppen umfassend und gründlich mit kritischen Meinungsäußerungen auseinander, bearbeiteten das breite Spektrum der Symptomatik der Psychosen und das Vulnerabilitäts-Stress-Konzept sowie die Medikation.

In die Leitung der Gruppen teilten sich eine Psychiaterin und 2 Dipl. Psych. Pflegende.

Ergebnisse/ Erfahrungen

Die Reaktion zeigte, dass wir in der zweiten Gruppe den besseren Weg eingeschlagen hatten, es ist besser gelungen die Bewohner zur aktiven Mitarbeit zu gewinnen, ihnen Mut zu geben, uns Professionellen von ihren Erfah-

rungen zu berichten, uns kritisch gegenüberzutreten, uns ihre Ängste und Unsicherheiten anzuvertrauen, ihr Selbstvertrauen zu stärken.

In beiden Gruppen gingen die Mitglieder achtsam und respektvoll miteinander um und auf einander ein. Anfänglich hatten fast alle Angst, insbesondere die Angst zu versagen.

Zunehmender wurden sie offener, lebhafter, selbstbewusster.

Es war enorm wichtig, den Patienten immer wieder Wertschätzung zu zeigen und ihre Beiträge zu würdigen, aufkommenden Stress abzubauen, weil ihr Selbstbewusstsein sehr fragil und irritierbar war.

Diskussion

Unsere Fragestellung war, ob Patienten in einer psychiatrischen Langzeitinstitution, die oft über 20 Jahre erkrankt sind, noch von einer Psychoedukation profitieren könnten. Nach unserer Erfahrung nun möchten wir diese Frage bejahen, wobei wir eine abgewandelte Psychoedukation durchgeführt haben, die einerseits Achtsamkeitselemente enthielt und andererseits grossen Wert auf einen respektvollen, offenen und wertschätzenden Umgang mit den Teilnehmern legte.

Schlussfolgerung

Ein adäquates Krankheitsverständnis ist bei psychiatrischen Patienten wirksam zur Förderung und Wiederherstellung seelischer Gesundheit.

Schlüsselbotschaft

Auch in einer psychiatrischen Langzeit-Institution ist es sinnvoll, in einem Gruppensetting am Krankheitsverständnis zu arbeiten.

94. Stressbewältigung und Burnout bei Pflegefachpersonen

Ana Stopar Stritar

Theoretische Basis

Pflegefachpersonen müssen sich beim täglichen Kontakt mit Patienten mit vielen potenziellen Stressquellen auseinandersetzen. Deshalb ist es notwendig, dass sie effektive Umgangsformen der Stressbekämpfung entwickeln, da sie sonst schnell verwundbar werden, als Folge von unrealistischen Erwartungen, übermäßiger Begeisterung und hohen organisatorischen Anforderungen. So können solche umweltrelevante Anforderungen, falls man sich nicht mit ihnen auseinandersetzt, zum Burnout führen.

Methodik

Das Ziel unserer Studie war es, das Niveau des Burnouts und die Formen des Stressumgangs bei Pflegefachpersonen in der Psychiatrie und im Bereich der Kinderkrankenpflege zu untersuchen, um mögliche Unterschiede in der Stressmenge als auch in den Formen des Stressumgangs zwischen den Vergleichsgruppen zu identifizieren. Die Umfrage wurde im März 2011 durchgeführt. Die erfassten Testgruppen sind Pflegefachpersonen der Psychiatrischen Klinik Ljubljana des Zentrums für Klinische Psychiatrie und Pflegefachpersonen der Kinderklinik Ljubljana. Zur Datenerfassung diente der MBI Burnoutfragebogen (Maslach Burnout Inventory - MBI) und der „Methoden der Bewältigung“ Fragebogen von Lazarus und Folkman (Ways of Coping Questionnaire - WCQ). Im Anschluss wurden die gesammelten Daten durch folgende statistische Methoden analysiert: Deskriptive Statistiken und Histogramme, die grundlegenden Ergebnisse, Faktorenanalyse (die auf Durchschnittswerten hindeuten zur Vergleichung der soziodemografischen Gruppen) und multiple Regressionsanalyse, um den Einfluss der unabhängigen und abhängigen Variablen auf die Verbindungen zu überprüfen.

Alle Pflegefachpersonen würden zur Teilnahme persönlich eingeladen und es wurde gewährleistet, dass alle Fragebögen einzeln eingesammelt wurden. Insgesamt wurden 200 Fragebögen ausgeteilt (je 100 pro Gruppe). Die Gesamtzahl der zurückgeschickten korrekt ausgefüllten Fragebögen betrug 172 (86%): 97 (97%) aus der Psychiatrie und 75 (75%) aus der Pädiatrie. In der Psychiatrischen Abteilung wurden 27 (27,8%) der Fragebögen von männlichen Teilnehmern ausgefüllt und 70 (72,2%) von Teilnehmerinnen. In der Kinderkrankeabteilung wurden insgesamt nur 8 (10,7%) der Fragebögen von Teilnehmern ausgefüllt und 67 (89,3%) der Fragebögen von Teilnehmerinnen.

Ergebnisse

Gleich zu Beginn muss erwähnt werden, dass die Analyse nur einen geringen Teil des Krankenpflegepersonals in einem bestimmten Forschungsbereich erfasste. Folglich ist die Forschungsprobe klein und die Ergebnisse können nicht an alle Populationen in jedem vergleichenden Bereich angewandt werden. Sie sind aber dennoch für den Grossteil, d.H. 41,3% aller Pflegefachpersonen der Psychiatrischen Klinik Ljubljana - Zentrum für Klinische Psychiatrie und 30% aller beschäftigten Pflegekräfte in der Kinderklinik Ljubljana gültig. Die teilnehmenden Pflegefachpersonen in den vergleichenden Bereichen nutzen zur Stressbekämpfung sowohl Strategien zur Emotionsregulierung als auch Strategien zur Problemlösung, die bei Pflegefachpersonen in der Psychiatrie zur Selbstverwirklichung führen (Alpha-Koeffizient von 5%). Pflegefachpersonen in den vergleichenden Bereichen zeigen keine Anzeichen von emotionaler Erschöpfung oder Depersonalisation.

Diskussion

Eine der Hauptursachen für Stress bei Pflegefachpersonen ist die Dissonanz zwischen der Realität und der Idealisierung des Berufes in der Pflegepraxis. In der untersuchten Population wurde kein Burnout festgestellt, Pflegefachpersonen benutzen geeignete Bewältigungsstrategien zur Problemlösung,

was darauf hinweist, dass sie die entsprechenden Erwartungen an sich selbst und ihre Arbeit haben und so persönliche Erfüllung erfahren.

Zum Schluss sind wir Überzeugt, dass es in der Zukunft angemessen wäre, die Untersuchung in der gesamten Berufsgruppe durchzuführen, um einen umfassenden Einblick in das Burnout-Niveau zu erhalten.

Schlüsselwörter

Pflegefachperson, Stressbewältigung, Strategien, Stress und Burnout

95. Lebensstil - eine fixe Therapiegröße

Christian Thalhammer

Hintergrund

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen in Bad Hall - ein Einrichtung der oö gespag bietet eine 6 wöchige Therapie mit Betreuungsangeboten aus dem Bereich der psychiatrischen Pflege, der Medizin, der Psychologie und der Ergo- und Physiotherapie. 40 Plätze für eine Entwöhnungsbehandlung.

Problemstellung/Ausgangslage

Pflege als gleichrangiges Element zu den therapeutischen Angeboten in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

Ziele

Für Patienten/Patientinnen mit einer Abhängigkeitserkrankung ein strukturiertes Programm zu erstellen; dazu einen ressourcenorientierten Therapieplan zu gestalten; weiters die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem angepassten Zeitplan; dabei die Angebote in einem ausgewogenen Verhältnis in die Tagesstruktur einzubauen; abschließendes Ziel - die einzelnen Betreuungsbereiche sehen sich als gleichwertige Partner in der Begleitung der Patienten und Patientinnen durch die 6 Wochen.

Vorgehen

Ein Therapieplan aufgebaut aus den nachfolgenden 5 Themenelementen; der Fokus in der Begleitung durch den Therapieplan liegt in der Integration der Patienten/Patientinnen durch eine Form der Selbstreflexion und geführte Übungen; ausgewogener Lebensstil (z.B. Erfassen von belastenden Faktoren; Erkennen und Weiterentwicklung von entlastenden Faktoren aus Patientensicht)

- Tagesstruktur (z.B. durch eigene Reflexion der bisherigen Gewohnheiten)

- Freizeitgestaltung (z.B. erfassen von Wünschen/Was wollte ich schon immer tun?)
- Feste feiern (z.B. Anker setzen – Planen eines Festes ohne Alkohol)
- Ernährung (z.B. Erkennen der bisherigen Essgewohnheiten, Suche nach alternativen Ernährungsformen; Alkohol in Lebensmitteln)

Ergebnisse / Erfahrungen

Die Erfahrungen basieren auf schriftlichen Rückmeldungen der Patienten/Patientinnen aus den Patientenfragebögen und subjektiver Einschätzung aus Gesprächen, zusammengefasst kann angeführt werden, dass die Therapieeinheit Lebensstil als sehr zielführend und lebensnah bezeichnet wird.

Lernziele

- Lebensstil ist eine vom Pflegepersonal durchgeführte fixe Größe im Therapieplan der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen in Bad Hall.
- Lebensstil sensibilisiert Patienten/Patientinnen nachhaltig durch die lebensnahe und personenzentrierte Bearbeitung.

96. Vergleich der intuitiven Einschätzung von Suizidalität mit der Skala NGASR bei Pflegefachkräften

Carmen Uhlmann

Fragestellung

Zur systematischen Risikobewertung der Suizidalität wurde von Cutcliffe und Barker 2004 ein Instrument publiziert, die Skala Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR), das von Abderhalden und anderen 2005 in deutscher

Sprache veröffentlicht wurde. In einer Anwendungsstudie sollte nun geprüft werden, ob die Suizidalität intuitiv genauso gut eingeschätzt werden kann wie anhand der NGASR-Skala.

Methode und Material

Auf vier allgemeinpsychiatrischen Stationen wurde bei insgesamt 162 Patienten die Suizidalität in der Visite von Pflegefachkräften eingeschätzt. Zum einen auf einer Visuellen Analogskala (VAS-Pflege) mit der Frage "Wie stark ist zur Zeit der Wunsch des Patienten, sich das Leben zu nehmen?" und den Endpunkten "kein Risiko" und "sehr hohes Risiko". Zum anderen wurde die Skala Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) ausgefüllt. Das Instrument besteht aus 16 Items, die nach Zuverlässigkeit der Prädiktion von Suizidalität gewichtet sind. Insgesamt können so insgesamt 26 Punkte erreicht werden, wobei ein Punktwert ab 12 als ein sehr hohes suizidales Risiko gesehen wird.

Zudem konnte bei 73 Patienten gleichzeitig ebenfalls eine Visuelle Analogskala (VAS-Pat) vorgegeben werden mit der Frage "Wie stark ist zur Zeit Ihr Wunsch, sich das Leben zu nehmen?" und den Endpunkten "kein Risiko" und "sehr hohes Risiko".

Ergebnisse

Die Pearson-Korrelation zwischen dem validierten NGASR und der intuitiven Einschätzung der Pflegefachkräfte nach VAS lag bei $r = .58$. Die Pearson-Korrelation zwischen dem validierten NGASR und der Selbsteinschätzung der Patienten nach VAS lag bei $r = .46$. Die Pearson-Korrelation zwischen der VAS-Patient und VAS-Pflege lag bei $r = .36$. Alle Korrelationen wurden signifikant bei $p < .01$.

Diskussion

Die Korrelationen zwischen den VAS und dem NGASR sind nur mäßig, so dass davon ausgegangen werden muß, dass die intuitive Einschätzung der Pflegefachkräfte nicht besonders stark mit dem validierten Instrument NGASR zusammenhängt. Eine intuitive Einschätzung der Suizidalität ist also deutlich schlechter, als mit Hilfe des NGASR. Zudem ist davon auszugehen, dass die Angaben der Patienten zum Suizidaliätsrisiko ebenfalls nicht verwendet werden sollten, da diese deutlich bias-behaftet sind.

Schlussfolgerung

Zur Einschätzung von Suizidalität sollte auf allgemeinpsychiatrischen Stationen der Gebrauch der Skala NGASR nahegelegt werden, eine intuitive Einschätzung oder eine direkte Befragung der Patienten scheinen nicht zuverlässig.

Lernziele

Die Verwendung der NGASR zur Einschätzung der Suizidalität ist angezeigt. Patientenangaben sind ebenfalls unzuverlässig

97. Gliederung der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie in Bereichsstrukturen, Wandlungsprozesse aktiv gestalten

Cornelia Wessels

Abstract

Die bevorstehende Einführung des neuen Entgeltsystemes für Psychiatrische Einrichtungen machten es auch für die psychiatrische Klinik an der Medizinischen Hochschule Hannover u.a. erforderlich, die bisherigen therapeutischen Angebote diagnosespezifischer anzupassen.

Die Medizinische Hochschule ist eine Klinik der Supramaximalversorgung, verfügt über 1.442 Betten, davon 117 Betten in der Psychiatrischen Klinik.

Bis auf 2 Stationen (Gerontopsychiatrie und Sucht) versorgten die übrigen 6 Stationen Patienten mit alle weiteren Diagnosen.

Ziel war es, dass für bestimmte Krankheitsbilder, wiss.evidente und transparente Behandlungskonzepte erstellt werden die gezielt eingesetzt werden und eine individualisierte Therapie mit dem Patienten ermöglichen.

Mit Hilfe eines 1 tägigen Workshop der gesamten Klinik und einer gemeinsamen, mit Hilfe eines externen Moderators durchgeführte Schwachstellenanalyse wurde die Klinik im 2. Stepp in 4 Bereiche aufgeteilt. Für jeden dieser Bereiche wurde eine ärztliche wie auch pflegerische Bereichsleitung eingesetzt die paritätisch aufgestellt sind. Diverse Sitzungen in den Bereichen wie auch in den Stationen zur Anpassung der Konzepte folgten. Fortbildungsbedarfe wurden dabei ermittelt und Konzepte entworfen um den neuen Anforderungen gerecht zu werden (z.B. Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), Hospitationen, Ausbildung eines Deeskalationstrainers, etc.

Die praktische Umsetzung fand 1 Jahr nach den Vorbereitungen im Juli 2011 statt.

Mit Hilfe eines eingeführten Bettenmanagements gelang es nach anfänglichen Schwierigkeiten, Patienten entsprechend der Krankheitsbilder den Bereichen und Stationen zuzuordnen und Einbestellungen vorzunehmen. Der Prozess ein 'Wir Gefühl' der neuen Bereiche innerhalb, wie auch zur gesamten Psychiatrischen Klinik zu entwickeln ist noch nicht abgeschlossen und muss weiterhin eng begleitet werden.

Ein vorläufig letzter Baustein der Vor- und Nachgehenden Betreuung und Begleitung der Patienten ist z. Zt. in der Diskussion.

Ein 2. Zukunftsworkshop der gesamten Klinik ist für 2012/13 geplant.

Lernziele

Durch die geschafften neuen Bereichstrukturen ist die Zufriedenheit der Patienten gestiegen (Patientenfragebogen). Aktive Beteiligung der Patienten an der Therapie durch individualisierte Behandlungsmethoden ist wieder möglich geworden. Zufriedenheit der Mitarbeiter durch Mitgestaltung (Lebenslanges Lernen) und spezielle Fortbildungsangebote (persönliche Aussagen im Rahmen der Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräche).

Literatur

1. *Martin Bohus, Martina Wolf: Interaktives Therapieprogramm für Borderline-Patienten. Therapeuten-Version, Schattauer-Verlag 2009*
2. *Martin Bohus, Martina Wolf: Interaktives Therapieprogramm für Borderline-Patienten. Patienten-Version, Schattauer-Verlag 2009*
3. *Johanna Thünker, Reinhard Pietrowsky: Alpträume: Ein Therapiemanual. Hogrefe-Verlag 2011*
4. *Martin Hautzinger: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Beltz-Verlag 2003*
5. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen: Ein Therapiemanual. Hogrefe-Verlag 2007*
6. *Rüdiger Hinsch, Ulrich Pflingsten: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Hogrefe-Verlag 2007*

98. Autorinnen und Autoren

Christoph Abderhalden, PhD, MNSc, Pflegeexperte Höfa II, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, ist Direktor Pflege und Pädagogik sowie Leiter der Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik an den Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern

Kontakt: abderhalden@puk.unibe.ch

Verena Aebi Meister, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, dipl. Erwachsenenbildnerin HF, Coach im Bildungsbereich AEB, Leiterin Bildung in der Direktion Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Kontakt: verena.aebi-meister@gef.be.ch

***Sibylle Ahl**, Gesundheits- und Krankenschwester, Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege, Gesundheitsmanagerin, B.sc. Gesundheitswissenschaften, Projektmanagerin im Klinikum Währendorff.

Kontakt: ahl@wahrendorff.de

***Ruth Ahrens**, Akademie im Park, Wiesloch, Deutschland

Kontakt: RuthCAhrens@aol.com

***Fabiane Albrecht**, BSc, Leitung Sport- und Bewegungsgruppen in der Tagesklinik Bolligenstrasse, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern. Studentin Sportwissenschaft Universität Bern.

Kontakt: fabiane.albrecht@gmx.ch

***Yvonne Auclair**, Diplom-Pflegewissenschaftlerin, derzeit tätig als stellvertretende Pflegedirektorin der LWL Klink Herten

Kontakt: yvonne.auclair@wkp-lwl.org

*** Almut Bachinger**, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien, Politikwissenschaftlerin, seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin im Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Durchführung von EU-Projekten im Gesundheits- und Sozialbereich. Ab 2012 externe Lektorin an der Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Soziologie, Abteilung Theoretische Soziologie und Sozialanalysen (TSS), Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Pflege und Betreuung, Erwachsenenbildung, Arbeit, Migration, Gender, Sozialpolitik

Kontakt: almut.bachinger@w.roteskreuz.at

Sulin Bänziger, BNSc, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: sulin.baenziger@stud.unibas.ch

Thomas Barth, Doktor der Psychotherapiewissenschaften und Psychoanalytiker in freier Praxis. Leitung des Gedächtnistrainings des Tageszentrums im jüdischen Elternheim in Wien.

Kontakt: barth.pth@gmail.com

***Markus Berner**, cand. MAS „Mental Health“, Pflegeexperte HöFa II, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Dozent an der Berner Fachhochschule Gesundheit, Bachelorstudiengang Pflege.

Kontakt: markus.berner@bfh.ch

***Andrea Berzlanovich**, Prof. Dr. Department für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien, Sensengasse 2, 1090 Wien

Kontakt: andrea.berzlanovich@meduniwien.ac.at

***Hüsniye Bilgiç**, pflegerische Abteilungsleitung im ZfP Südwürttemberg

Kontakt: huesniye.bilgic@zfp-zentrum.de

Marcel Binder, Leiter Bezugspersonenteam, Bereich Abhängiges Verhalten, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Kontakt: marcel.binder@puk.zh.ch

Markus Bobst, Leiter Pflege, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Kontakt: markus.bobst@puk.zh.ch

***Anja Böhlke**, Dr., NAH- circuit Huize Padua GGZ Oost-Brabant, Boekel, Niederlande

Kontakt: a.bohlke@ggzoostbrabant.nl

***Ulrike Böhnke**, Universität Bremen, Bremen

Kontakt: ulrike.boehnke@uni-bremen.de

***Christian Burr** (RN, MNSc in Ausbildung) ist Bereichsleiter Pflege und Pädagogik des Schwerpunktes Psychose an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) in Bern.

Kontakt: christian.burr@gef.be.ch

George Brabetz

Marcel Brockhus, Diplomierter Pflegefachmann, Stationsleitung, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord, Center of Education & Research (COEUR), Zürcherstrasse 30, Postfach 573, 9501 Will, Switzerland

marcellus.brockhus@gd-kpdw.sg.ch

Imma Cacciapuoti, Stationsleitung, Zentrum für psychische Gesundheit, Vignola, Gesundheitseinrichtung AUSL Modena (Italien)

Kontakt: i.cacciapuoti@ausl.mo.it

Monika Casa, Leiterin Milieuteam, Bereich Abhängiges Verhalten, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Kontakt: monika.casa@puk.zh.ch

***Andrea Chircop**, School of Nursing, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Kanada
Kontakt: andrea.chircop@dal.ca

Theo Dassen, PhD, Krankenpfleger, Professor und stellvertretender Leiter des Instituts für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: theo.dassen@charite.de

***Barbara Ditton-Hölscher**, Dipl. Psychologin, Krankenschwester, Trainerin für Gewaltfreie Kommunikation (GfK), ist Projektberaterin für den Pflegedienst der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (PZN).
Kontakt: barbara.ditton@pzn-wiesloch.de

***Sarah Barbara Etzensperger**, Diplomierte Pflegefachfrau HF, stellvertretende Stationsleitung, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord, Center of Education & Research (COEUR), Zürcherstrasse 30, Postfach 573, 9501 Will, Switzerland
barbara.etzensperger@gd-kpdw.sg.ch

***Ina Jarchov-Jàdi**
Kontakt: i.jarchov@alexius.de

* **Jürg Dinkel**, Dipl. Pflegeexperte, MAS A&PE, Leanmaster & Stabsstelle Erwachsenenpsychiatrie, Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See.
Kontakt: juerg.dinkel@clenia.ch

Jutta Dreizler, RN, MNSc
Kontakt: drej@zhaw.ch

Sylvia Erber, Mag. (FH), dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sozialarbeiterin, Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, SALK-Christian-Doppler-Klinik
Kontakt: s.erber@salk.at

Manuel Huttegger, Mag. (FH), Multimedia Artist

Gilbert Famulle, Examinierter Krankenpfleger. Psychosomatische Epileptologie am Epilepsie-Zentrum Bethel. Krankenhaus Mara gGmbH, Bielefeld (v.Bodelschwingsche Stiftungen Bethel).

Arno Fransen, Stationsleiter Station für junge Erwachsene und ersthospitalisierte Psychosepatienten (STEP), Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See.

Kontakt: arno.fransen@clenia.ch

Silvia Ferrari, Psychiater, Universitätsassistentin, Università di Modena e Reggio Emilia (Italien)

Kontakt: silvia.ferrari@unimore.it

Emanuela Ferri, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Zentrum für psychische Gesundheit, Carpi, Gesundheits-einrichtung AUSL Modena (Italien)

Kontakt: e.ferri@ausl.mo.it

***Paola Ferri**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Universitätsassistentin, Universität Modena und Reggio Emilia (Italien)

Kontakt: paola.ferri@unimore.it

***Michael Feulner**, Diplom-Sozialpädagoge, Heilerziehungspfleger, systemischer Familien- und Paartherapeut in Ausbildung, ist Mitarbeiter in der Ambulanz der Kinder- und Jugendabteilung für Psychische Gesundheit an der Universitätsklinik Erlangen der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Kontakt: michael.feulner@uk-erlangen.de

***Udo Finklenburg**, just do it, Biel, Schweiz

Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch

***Fritz Frauenfelder**, PhD-Kandidat, MNSc, Leiter Forschung und Entwicklung DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Kontakt: fritz.frauenfelder@puk.zh.ch

Franz Frömmel, DGKP/DPGKP, Mitarbeiter der Akutstation 10/2 im Otto Wagner Spital Wien, freiberuflich als DPGKP tätig

Kontakt: franz.froemmel@wienkav.at

***Béatrice Gähler-Schwab**, Just do it, Büren an der Aare, Schweiz

Kontakt: b.gaehler@just-do-it.ch

Sven-Uwe Gau, B.A. Pflegemanagement, Heimleiterqualifikation, Pflege-dienstleiter, exam. Altenpfleger, Heimleitung der MediClin Seniorenresidenz Deister Weser, Fachbereichsleitung ZAB - Zentrum für Aus- und Weiterbildung in Hannover

Kontakt: Sven-Uwe.Gau@mediclin.de

Beatrice Gehri, Bachelor of Science in Pflege

Kontakt: bea.gehri@bluewin.ch

***Gertrud Geisler-Devich**, Mag. iur./DGKS, Gesamtkoordinatorin des Vereines VAGET, Verbund der Außerstationären Gerontopsychiatrischen Einrichtungen Tirols, Hall in Tirol

Kontakt: gertrud.geisler-devich@vaget.at

***Christiane Friederike Gerum**, Ergotherapeutin, SI-Therapeutin, Lehrtherapeutin für „monopunktueller Neurostimulation“, Ergotherapie Praxis, c.f.gerum, Schrankenstraße 3, D-86807 Buchloe

Kontakt: c.f.gerum@gmx.de

***Cornelia Gianni**, MScN, Fachschwester für Psychiatrie, Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft kbo – Isar-Amper-Klinikum, München Ost.

Kontakt: cornelia.gianni@iak-kmo.de

***Nadine Glasow**, Dr.-Ing. Geschäftsführerin der universalraum GmbH, Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen.

Kontakt: glasow@universalraum.de

Katharina Glavanovits, Maga, Absolventin des individuellen Studiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: Katharina.Glavanovits@gef.be.ch

***Stefanie Golik**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, stellvertretende Stationsleitung kbo - Isar-Amper-Klinikum, München Ost.

Kontakt: stefanie.golik@iak-kmo.de

Caroline Grosser-Ummel, Dr. phil., Erziehungswissenschaftlerin, Co-Leiterin der Abteilung Forschung / Entwicklung, Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD)

Kontakt: caroline.grosser-ummel@gef.be.ch

Manuela Grieser, RN, Diplompflegewirtin, Master of Arts Erwachsenenbildung, Dozentin Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern

Kontakt: manuela.grieser@bfh.ch **Telefon: 0041 31 848 8550**

***Britta Grund**, M.A. der Kultur- und Sozialwissenschaften, Kinderkrankenschwester, Pharmareferentin, ist Continuous Care Managerin bei Janssen Cilag Pharma GmbH Österreich.

Kontakt: bgrund@its.jnj.com

***Caroline Gurtner-Zürcher**, dipl. Pflegefachfrau DNII, BSc (Nursing), wissenschaftliche Assistentin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule.

Kontakt: caroline.gurtner@bfh.ch

***Nicole Y. Häusler**, Berufsbildnerin im Ressourcen-/ Lernzentrum RLZ, Fachfrau Gesundheit, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern

Kontakt: nicole.haeusler@gef.be.ch

***Thomas Heinzmann**, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stationsleitung, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch

Kontakt: thomas.heinzmann@pzn-wiesloch.de

Katharina Glavanovits, Maga, Absolventin des individuellen Studiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: Katharina.Glavanovits@gef.be.ch

Sabine Hahn, Prof. PhD, MNS, CNS, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule, Schweiz.

Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch

Markus Halmer, Leiter Bezugspersonenteam, Bereich Psychose, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Kontakt: markus.halmer@puk.zh.ch

*** Anna Hegedüs**, Mag, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären psychiatrischen Dienste (UPD) Bern und Studentin des Promotionsstudienganges „Gesundheits- und Pflegewissenschaften: Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Kontakt: anna.hegedues@gef.be.ch

***Bruno Hemkendreis**, Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege DFPP, Fachbeirat PsychPflege Heute

Kontakt: hemkendreis@dfpp.de

***Holger Hoffmann**, PD Dr. med., Abteilungsleiter an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD), Chefarzt der Soteria Bern, Murtenstr. 46, Postfach 52, CH-3000 Bern 10

Kontakt: hoffmann@spk.unibe.ch

Sanja Ilic, Pflegefachfrau HF, Zertifizierte Wundmanagerin

Kontakt: sanja.ilic@ipw.zh.ch

Wolfgang Keil, Univ.-Prof. Dr. Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Nußbaumstrasse 26, 80336 München.
Kontakt: wolfgang.keil@med.uni-muenchen.de

Niko Kohls, Dr. Generation Research Program, LMU München, Prof.-Max-Lange-Platz 11, D - 83646 Bad Tölz
Kontakt: kohls@grp.hwz.uni-muenchen.de

***Bernd Kozel**, MNSc, Diplom-Pflegewirt (FH), examinierter Krankenpfleger, arbeitet als Pflegeexperte in der Abteilung Forschung / Entwicklung Direktion Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern.
Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch

Debora Küstner, Pflegefachfrau HF, Schöllslistrasse 8, CH-8618 Oetwil am See
Kontakt: debora.kuestner@clienia.ch, Telefon: 0041 44 929 8270

Gert Lang, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien, geb. 1974; Soziologe; seit 2001 als Projektleiter und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut des Roten Kreuzes tätig; Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (WISDOM); Lektor für Methoden der empirischen Sozialforschung am Institut für Soziologie der Universität Wien, Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und Prävention, Alterns- und Ungleichheitsforschung
Kontakt: gert.lang@w.rotekreuz.at

Katja Henning, DPGKS, Pflegeberaterin, Stv, Station für Psychotherapie 05B an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien
Kontakt: katja.henning@akhwien.at

Astrid Herold-Majumdar, Prof. Dr. Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München, Am Stadtpark 20, 81243 München
Kontakt: astrid.herold-majumdar@hm.edu

***Ulrich Heß**, sozialtherapeutische Fachkraft im Maßregelvollzug, Mitarbeiter der Klinik Nette-Gut für forensische Psychiatrie in Weißenthurm/Deutschland
Kontakt: u.hess@rmf.landeskrankenhaus.de

Klaus Hoffman

Libuse Jezek, Leiterin Milieuteam, Bereich Psychose, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Kontakt: libuse.jezek@puk.zh.ch

***Dipl.-Soz. Christoph Karlheim**, Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG 6 - Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Bielefeld, Deutschland
Kontakt: christoph.karlheim@uni-bielefeld.de

***Roswitha Keller**, Sanatorium Kilchberg, Kilchberg, Schweiz
Kontakt: r.keller@sanatorium-kilchberg.ch

***Milena Kienast-Dobreva**, Stationsleiterin Schwerpunkt Affektive Erkrankungen UPD Bern, Dipl. Pflegefachfrau, HöFa1 Schwerpunkt Pflege Aarau, Master of Science in Business Administration, Universität Bern
Kontakt: milena.kienast-dobreva@gef.be.ch; Milena.kienast@gmx.ch

Jakob Kindler, Leiter Bezugspersonenteam, Bereich Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörung, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Kontakt: jakob.kindler@puk.zh.ch

Nicole Klaey, Master of Advanced Studies in Health Care Management, Leiterin Pflege Klinik West der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
Kontakt: nicole.klaey@puk.zh.ch

Ruth Klein, MSc Nursing, Dipl. Sozialpädagogin; Stabsstelle Altenhilfe, Barmherzige Brüder Trier Gruppe.
Kontakt: r.klein@bbtgruppe.de

***Radojka Kobentar**, PhD, MSc., Dipl. Soz. Päd., Dipl. Krankenschw. ist Lehrerin an der Hochschule für Gesundheitspflege Jesenice und ehemalige langzeitleiterin der Bildungsabteilung für Gesundheitspflege der Psychiatrischen Klinik Ljubljana. Ihre Forschungsthemen sind Gerontologie, Demenz und Psychiatrische Gesundheitspflege.
Kontakt: rkobentar@vszn-je.si

Sabine König, BSc (Nursing), wissenschaftliche Assistentin, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit.
Kontakt: sabine.koenig@bfh.ch

Oliver Kratz, Dr. med. Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ist leitender Oberarzt in der Kinder- und Jugendabteilung für Psychische Gesundheit an der Universitätsklinik Erlangen der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
Kontakt: oliver.kratz@uk-erlangen.de

***Thomas Lampert**, Pflegefachmann Psychiatrie HF, Systemtherapeut ZSB, Koordinator Angehörigenarbeit, St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd, Vorstand NAP, Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz, St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd, Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers, Schweiz.
Kontakt: thomas.lampert@psych.ch

Jana Lehmann, Pflegefachfrau HF, Pflegefachverantwortliche HöFa I, Thementrägerin somatische Pflege im Kriseninterventionszentrum KIZ

Kontakt: jana.lehmann@ipw.zh.ch

Karin Lehmann

Sabine Lettner, dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, ALK – Christian-Doppler-Klinik

Kontakt: sa.lettner@salk.at

***Michael Löhr**, Jahrgang 1974, ist Doktorand an der Martin Luther Universität Halle, Master of Arts (M.A.), Diplom Kaufmann (FH) und Fachkrankenpfleger für Suchterkrankungen. Er leitet die Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh. Des weitern begleite er verschiedene Lehraufträge an unterschiedlichen Hochschulen.

Kontakt: m.loehr@wkp-lwl.org

***Beatrice Loosli Petoun**, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Betriebsausbilderin IAP, Bildungsverantwortliche Pflege, Universitäre psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Kontakt: beatrice.loosli@gef.be.ch

***Regula Lüthi**, Psychiatrische Dienste Thurgau, Münsterlingen, Schweiz.

Kontakt: regula.luethi@stgag.ch

Katja Makowsky, Prof. Dr. phil., MPH, Dipl. Pflegewirtin FH, Krankenschwester, ist Professorin für Pflegewissenschaft an der FH Bielefeld

Kontakt: katja.makowsky@fh-bielefeld.de

Gerda Malojer, MSc Pflegeexpertin, PDS Pfäfers, Schweiz.

Kontakt: gerda.malojer@psych.ch

Heinz Marti, Leiter Milieuteam, Bereich Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörung, Zentrum für Stationäre Psychiatrische Rehabilitation DPTS, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Kontakt: heinz.marti@puk.zh.ch

Helene Maucher, MScN, Dipl.-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegedirektorin Kliniken Landkreis Biberach

Kontakt: helene.maucer@kliniken-bc.de

***Michael Mayer**, Magister Artium für Psychologie, Erziehungswissenschaften und Philosophie, Supervisor, Krankenpfleger für Psychiatrie. Verantwortlich für die Programmbereiche Psychiatrie sowie Leitung und Entwickeln in der Allgäu Akademie am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Themen: Pflegediagnostik und -intervention, Aggression in der Pflege, Pflegemanagement und Personalentwicklung

Kontakt: mm@allgaeu-akademie.de

***Meier Sandra**, Stationsleiterin der Modellstation F1 der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, HöFa I in psychiatrischer Pflege, CAS im Management im Gesundheitswesen

Kontakt: sandra.meier@puk.zh.ch

Alexandra Mika, Krankenschwester, Trainerin für Gewaltfreie Kommunikation (GfK), ist stellvertretende Stationsleiterin der Psychiatrischen Klinik Bruchsal, einer Außenstelle der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik II am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (PZN).

Kontakt: alexandra.mika@pzn-wiesloch.de

Mohr Daniel, Pflegefachmann HF, DAS Leadership, arbeitet als Stationsleitung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: daniel.mohr@puk.zh.ch

Silvia Muff, Pflegefachperson DAS (Diploma of Advanced Studies), Zentrumsleitung Pflege ZASS, Abteilungsleitung ZASS stationär, Zentrum für Affektive- Stress- und Schlafstörungen, Universitäre Psychiatrischen Kliniken, Wilhelm Kleinstr. 27, Ch-4012 Basel

Kontakt: silvia.muff@upkbs.ch

Elke Müller, Dr. phil. Pflegewissenschaftlerin

***André Nienaber**, LWL-Klinik Lengerich, Lengerich, Deutschland.

Kontakt: a.nienaber@wkp-lwl.org

***Hajo Oetmann**, LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Solingen, Deutschland

Kontakt: hajo.oetmann@lvr.de

***Susanne Ogris**, Klinische und Gesundheitspsychologin, Doktorin der Pädagogik und zertifizierte Beraterin für Managing Gender and Diversity. Sie leitet das Tageszentrum für SeniorInnen im jüdischen Elternheim in Wien und ist dort u. a. verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung eines integrativen und transkulturellen Betreuungskonzeptes.

Kontakt: s.ogris@maimonides.at

***Aleksiej Osnizkij**, Doktor der Psychologie, Professor, Psychologisches Institut der Russischen Akademie für Bildung und Unterricht, Moskau

***Ottinger Christine**, PDGKS, Mitarbeiterin der Akutstation 10/2 im Otto Wagner Spital Wien, nebenberuflich in der Übergangspflege der Psychosozialen Dienste Wien tätig

Kontakt: christine.ottinger2@wienkav.at

Andrea Parmetler, DPGKS, Station für Psychotherapie 05B an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien

Kontakt: andrea.parmetler@akhwien.at

***Hülya Pinkwasser**, Sanatorium Kilchberg Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kilchberg, Schweiz

Kontakt: h.pinkwasser@sanatorium-kilchberg.ch

Herbert Plischke, Dr. Generation Research Program, LMU München, Prof.-Max-Lange-Platz 11, D - 83646 Bad Tölz.

Kontakt: Plischke@grp.hwz.uni-muenchen.de

Angela Prattke, Examierte Krankenschwester; Fachkrankenschwester für Psychiatrie; Fachschwester Sucht; Weiterbildung zur Stationsleitung; Traumazentrierte Fachbegleiterin und – betreuerin; Nikotintherapeutin; betriebliche Suchtbeauftragte; Dozentin für Suchtkrankenpflege und Gruppenarbeit in der Psychiatrie, Methodiktrainerin, Organisation von Fortbildungsveranstaltungen mit den Schwerpunkten Psychiatrie, Geriatrie und Gesundheitsförderung

Kontakt: prattke@zab-gesundheitsberufe.de

Franziska Rabenschlag, dipl. Gesundheits- und Pflegeexpertin FH, MPH, PhD cand., arbeitet als Pflegewissenschaftlerin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: franziska.rabenschlag@puk.zh.ch

Ottillie Randzio, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern, Ressort Pflege, Putzbrunner Str. 73, D - 81739 München

Kontakt: ottillie.randzio@mdk-bayern.de

***Marion Rechberger**, Diplomierte Psychiatrische Gesundheits und Krankenschwester, zertifizierte Gedächtnistrainerin für Erwachsene und Senioren, zertifizierte Sensorische Aktivierungstrainerin

Kontakt: marion.rechberger@gespag.at

***Dirk Richter**, Prof. Dr. Phil., Krankenpfleger/Pflegefachmann und Soziologe, Dozent angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule.

Kontakt: dirk.richter@bfh.ch

***Thomas Ross**, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Reichenau, Deutschland

Kontakt: thomas.ross@uni-ulm.de

Annina Sahli, Pflegefachfrau BNSc, Masterstudierende Pflege an der Berner Fachhochschule, Pflegende an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern.
Kontakt: annina.sahli@gef.be.ch

Sebastian Sauer, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern, Ressort Pflege, Putzbrunner Str. 73, D - 81739 München.
Kontakt: sebastian.sauer@mdk-bayern.de

Dorothea Sauter, Krankenschwester, Pflegedienstleiterin, Fachbuchautorin, Fachbeirat "Psych. Pflege heute"; derzeit tätig als "Projektbeauftragte Pflegedokumentation" der LWL-Kliniken, Deutschland.

***Simone Schade**, ParnassiaBavoGroep, Den Haag, Niederlande
Kontakt: s.schade@parnassia.nl

***Nicole Schäfli**, Pflegefachfrau HF, Bildungsbeauftragte, Hygieneverantwortliche, Eidg. Fachausweis Ausbilderin SVEB II
Kontakt: nicole.schaefli@ipw.zh.ch

***Kurt Schalek**, in.fact, Wien, Österreich
Kontakt: kurt.schalek@infact.at

***Edith Scherer**, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord, Will
Kontakt: edith.scherer@gd-kpdw.sg.ch

***Uwe Bernd Schirmer**, Dr., ZFP Südwürttemberg, Bad Schussenried, Deutschland
Kontakt: uwe.schirmer@zfp-zentrum.de

***Arndt Schlubach**, B.A. Pflegemanagement, Fachpfleger Psychiatrie, Qualitätsmanager SAMA, Assistent der Pflegedirektion, Hausleitung Gerontopsychiatrie LWL Klinikum Gütersloh,
Kontakt: Arndt.Schlubach@wkp-lwl.org

Julia Schneider, Pflegeexpertin Höfa II, Psychiatrische Dienste Thurgau
Kontakt: julia.schneider@stgag.ch

Jana Schnetzler, Klinik Sonnhalde, Grüningen, Schweiz
Kontakt: j.schnetzler@klinik-sonnhalde.ch

Jutta Schöpfer, Dr. Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Nußbaumstrasse 26, 80336 München
Kontakt: jutta.schoepfer@med.uni-muenchen.de

***Susanne Schoppmann**, Dr. rer. medic, Duisburg, Fachkrankenschwester f. psychiatrische Pflege, Regenbogen -Duisburg GmbH, Kontaktadresse: Dr. Susanne Schoppmann, Regenbogen-Duisburg GmbH, Erlenstrasse 63, 47055 Duisburg, Deutschland.
Kontakt: s.schoppmann@web.de

***Michael Schulz**, Prof. Dr, Lehrstuhl Psychiatrische Pflege, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Kontakt: *Michael.Schulz@fhdd.de*

Beate Severt, Sozial- und Milieupädagogin. Psychosomatische Epileptologie, am Epilepsie-Zentrum Bethel. Krankenhaus Mara gGmbH, Bielefeld (v.Bodelschwingsche Stiftungen Bethel).

***Thomas Schwarze**, Jahrgang 1964 dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, BfS, MNS. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der angewandten Forschung & Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule.

Kontakt: *thomas.schwarze@bfh.ch*

***Annelies Spek**, GGZ Eindhoven, Eindhoven, Die Niederlande

Kontakt: *aa.spek@ggze.nl*

Manuel Stadtmann, RN, BSN

Kontakt: *manuel.stadtmann@stud.unibas.ch*

Harald Stefan, PhD., MSc., Philosophiae doctor nursing Science, Master of Science in nursing, Akademischer Pflegemanager, Diplomierter psych. Gesundheits- und Krankenpfleger

***Hermann-T. Steffen**, studierte Gesundheitskommunikation und Gesundheitswissenschaften. Derzeit promoviert er zum Thema „Familiales Bewältigungshandeln bei Chronischer Krankheit“ und ist in der Pflege- und Versorgungsforschung der psychiatrischen und psychosomatischen Klinik des Ev. Krankenhauses Bielefeld tätig.

Kontakt: *hermann.steffen@evkb.d*

***Regine Steinauer**, MSc (nursing), Pflegefachfrau Psychiatrie. Pflegewissenschaftlerin in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) auf der Abteilung Pflege, Qualität und Dienste in Kooperation mit der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD).

Kontakt: *regine.steinauer@upkbs.ch*

***Ana Stopar Stritar**, Psychiatrische Klinik, Ljubljana Polje, Slowenien

Kontakt: *ana.stopar5@gmail.com*

Sofja Tarasowa, klinische Psychologin, Psychologisches Institut der Russischen Akademie für Bildung und Unterricht, Moskau

Kontakt: *syutarasov@yandex.ru*

***Christian Thalhammer**, oö gspag - Landesnervenklinik Linz - P 5 Bad Hall/Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen, Bad Hall, Österreich

Kontakt: *ct@ruecken-fit.at*

Catherine Thibeault

Holger Thiel*, Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach, Rheinland-Pfalz

Kontakt: holgerthiel@gmx.de

***Corina Thomet**, Universitätsspital für Kardiologie, Inselspital Bern

Kontakt: corest@gmx.ch

Simone Tschanz, diplomierte Pflegefachfrau DNII/HF, ist HöFa1 auf einer Abteilung im Bereich „affektive Erkrankungen“ der Universitären psychiatrischen Dienste (UPD) Bern

Kontakt: simone.tschanz@gef.be.ch

***Carmen Uhlmann**, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg, Deutschland.

Kontakt: carmen.uhlmann@zfp-zentrum.de

Nadia Van Ham

Roberto Valke, Krankenpfleger, Trainer für Gewaltfreie Kommunikation (GfK), arbeitet in der Zentralaufnahme am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (PZN) in Wiesloch.

Kontakt: roberto.valke@pzn-wiesloch.de

Christa Waltenspül, Pflegefachfrau Psychiatrie, Abteilungsleiterin Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

Kontakt: christa.waltenspül@upkbs.ch

Sabine Weissflog, MScN, Diplom Pflegewirtin (FH), Krankenschwester, Doktorandin der Pflegewissenschaft, Pflegewissenschaftlerin an den Psychiatrischen Diensten Thurgau in Münsterlingen.

Kontakt: sabine.weissflog@stgag.ch

Welechovszky Martina, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien, geb. 1985, aktuell Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Seit 2011 als wissenschaftliche Projektmitarbeiterin beim Forschungsinstitut des Roten Kreuzes tätig, Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Psychische Gesundheit, Pflege und Betreuung

Kontakt: martina.welechovszky@w.roteskreuz.at

Harald Welteke, Diplom-Soziologe, Examinierter Krankenpfleger, Stationsleiter. Psychosomatische Epileptologie am Epilepsie-Zentrum Bethel. Krankenhaus Mara GmbH, Bielefeld (v.Bodelschwingsche Stiftungen Bethel).

***Judith Wendler**, Diplom-Sozialpädagogin ist seit 1999 im LVR Klinikum Essen auf einer Station zum qualifizierten Entzug Drogenabhängiger tätig. Außerdem langjährige Beschäftigung in der Pflege als Altenpflegehelferin in einer stationären Altenpflegeeinrichtung.

Kontakt: judith.wendler@lvr.de

Marcel Wendt; Sporttherapeut/Sportpädagoge; MA Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Sport in der Prävention und Rehabilitation, Lebensmittelwissenschaft mit dem Schwerpunkt Humanernährung, Leitung der Sporttherapie im Klinikum Warendorff.

Kontakt: wendt@warendorff.de

***Markus Weber**, M.A. in Pflegewissenschaft, B.A. in Pflege/ Pflegemanagement, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegedienstleitung Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Kontakt: Markus.Weber@med.uni-tuebingen.de

***Cornelia Wessels**, Med. Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Kontakt: Wessels.Cornelia@Mh-Hannover.de

Jürgen Wildner, Gesundheits- und Krankenpfleger, PhD Student in Pflegewissenschaft, Universität Florenz. Kardiologie, Krankenhaus gGmbH S. Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia (Italien)

Kontakt: Jurgen.Wildner@asmn.re.it

Andréa Winter, Betroffenenvertreterin, Übersetzerin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Kontakt: andrea.winter@gef.be.ch

Witjes Stephan, Pflegefachmann Psychiatrie, Stationsleiter Tagesklinik Bolligenstrasse, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern.

Kontakt: steohan.witjes@gef.be.ch

***Peter Wolfenberger**, MScN, Pflegeexperte, Dipl. Pflegefachmann HF Psychiatrie, Direktion Pflege, Abteilung Bildung, Beratung & Entwicklung, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland.

Kontakt: peter.wolfenberger@ipw.zh.ch

***Christian Zechert**, Diplom-Soziologe, Dipl.-Sozial-arbeiter. Sozialtherapeutischer Dienst und Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Epilepsie-Zentrum Bethel. Krankenhaus Mara gGmbH, Bielefeld (v.Bodenschwingsche Stiftungen Bethel). Schwerpunkt: Sozial- und Gemeindepsychiatrie.

Kontakt: christian.zechert@evkb.de

* **Ursina Zehnder**, Pflegefachfrau HF, BScN, im Studium zum MScN an der Fachhochschule Bern, arbeitet als Pflegefachfrau an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Kontakt: ursina.zehnder@puk.zh.ch

***Thomas Zimmermann**, diplomierter Pflegefachmann DNII/HF mit Schwerpunkt Psychiatrie, ist Pfleger mit Zusatzaufgaben auf einer Abteilung im Bereich „affektive Erkrankungen“ der Universitären psychiatrischen Dienste (UPD) Bern

Kontakt: thomas.zimmermann@gef.be.ch

Gianfranco Zuaboni, (RN, MNSc) ist Leiter der Abteilung Pflegeentwicklung des Sanatoriums Kilchberg bei Zürich.

Kontakt: gianfranco.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch

Unter

<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/index.html>

finden Sie weiter Informationen zum jährlichen Kongress und nützliche Links. Sie können alle bisherigen Kongressbände als PDF downloaden. Zudem finden Sie auf dieser Seite auch schon frühzeitig die Ausschreibung für den Kongress 2013 in Bielefeld.

Dieser Band dokumentiert Vorträge und Poster des neunten Dreiländerkongress „Pfleger in der Psychiatrie“ vom Oktober 2012 in Wien zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Die Beiträge behandeln das Thema aus ganz unterschiedlichen Perspektiven. Einige Projekte befassen sich mit Forschung zum Thema und präsentieren neuste Resultate. Die meisten Projekte zeigen die praktischen Umsetzungen von Gesundheitsförderung im klinischen Alltag auf, wobei ganz unterschiedliche Aspekte von Gesundheit im Zentrum stehen und auch unterschiedliche Vermittlungsmethoden eingesetzt werden. Das Spektrum der Zielpopulationen ist breit, neben verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten sind auch Angehörige einbezogen. In mehreren Beiträgen geht es um die Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz bei Pflegenden und um entsprechende Möglichkeiten des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik. Die freien Beiträge zeigen wie jedes Jahr Innovationen auf oder die Vertiefung von Fachwissen zur Förderung der Qualität der Pflege.



Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung
Pfleger und Pädagogik,
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60
Oktober 2012
Druck und Verarbeitung:
Resch Druck – Thomas Resch KG,
Rosinagasse 19, A-1150 Wien,
office@resch-druck.at