

**Berner Fachhochschule**

Gesundheit

**Psychiatrische Versorgung der Zukunft –  
Der Beitrag der psychiatrischen Pflege**

Dirk Richter

## **Was erwartet Sie in den nächsten 45 Minuten?**

- Ausgangslage: Stand der psychiatrischen Pflege und der Pflegeausbildung in der Schweiz
- Überblick über erwartbare Zukunftstrends in der psychiatrischen Versorgung
- Problemstellungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen
- Vorschlag für eine Vertiefung und Präzisierung des Kompetenz- und Aufgabenprofils der psychiatrischen Pflege

## **Warum beschäftigen wir uns mit der Zukunft der psychiatrischen Pflege?**

- der Beruf Pflege und das Tätigkeitsfeld Psychiatrie leiden unter einem relativ schlechten Image
- angewandte Forschung als gesetzliche Aufgabe der Fachhochschule
- Etablierung neuer Weiterbildungsstudiengänge für Psychiatriepflege (CAS/DAS/MAS)

## **Warum beschäftigen wir uns mit der Zukunft der psychiatrischen Pflege?**

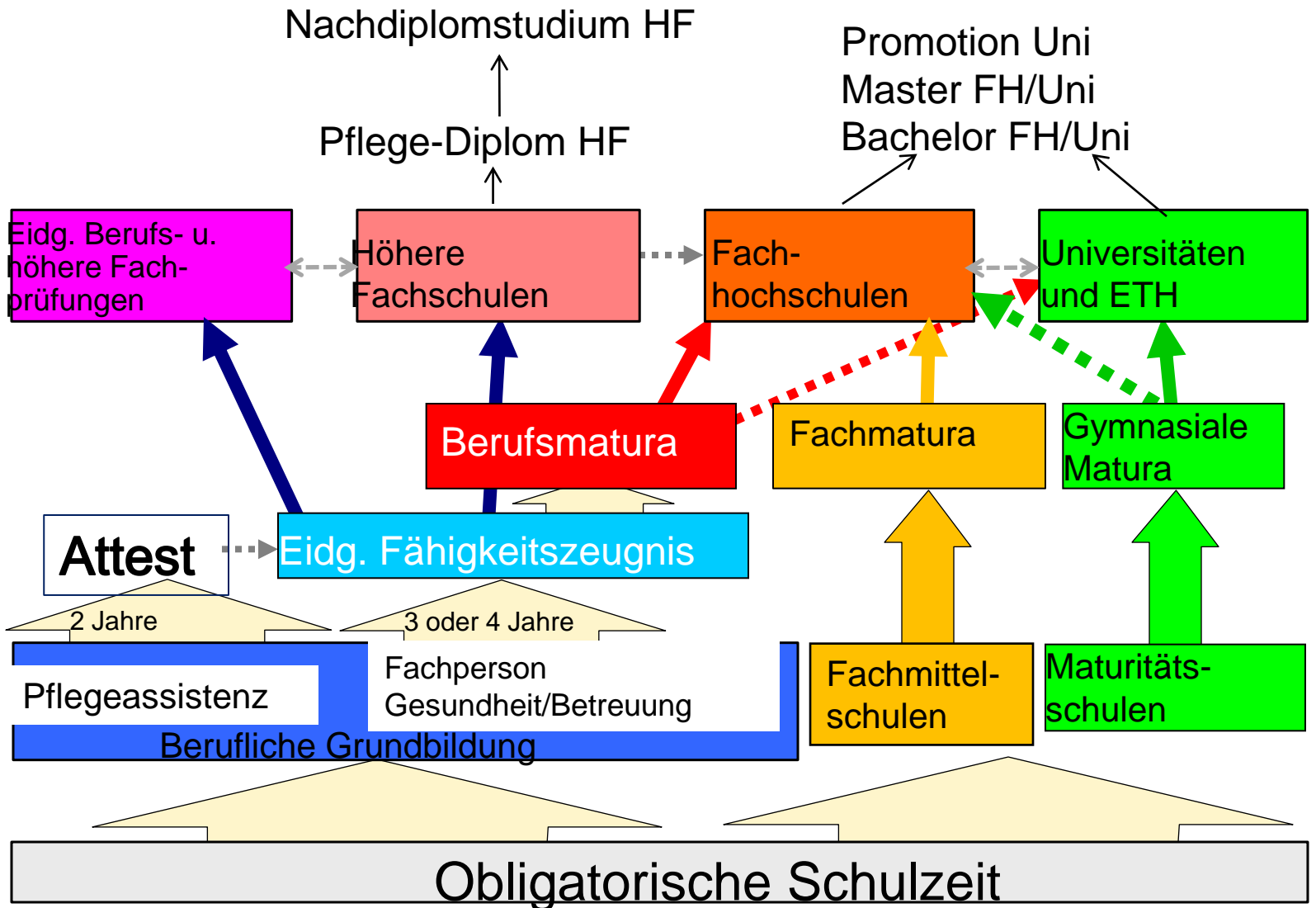
- It. der internationalen Forschung fehlt der Psychiatriepflege seit vielen Jahren eine Weiterentwicklung
  - Haupttätigkeiten: Stationsmanagement, Patientenmanagement (während des Aufenthalts)
  - Hauptfokus: stationäre Settings
  - unzureichende Operationalisierung der Tätigkeiten
  - mangelnde Zielorientierung

# Bildungssystematik (Pflege) in der Schweiz

Tertiärstufe

Sekundarstufe II

Berufsorientierte Weiterbildung



**Krankheit**

- Pflege
- Physiotherapie
- Ernährung und Diätetik
- Hebamme
- Angebote nach Abschluss
- Nachträglicher Titelerwerb (NTE)
- Kontakt

## Psychische Gesundheit und Krankheit

MAS DAS **CAS** Fachkurse/Kurse

Ein CAS-Studiengang vermittelt Ihnen themenspezifisch theoretisch fundiertes und praxisorientiertes Fachwissen sowie praktische Kompetenzen und Instrumente für Ihren Berufsalltag. Jeder CAS-Studiengang wird mit einem Zertifikat (Certificate of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen. Die CAS-Studiengänge bilden aber auch die Module für weiterführende DAS- und MAS-Abschlüsse.

### Aufwand

10 bis 15 ECTS-Credits, ca. 300 bis 450 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Qualifikationsschritte), Dauer min. 1 Semester.

### Aktuelles Angebot

#### CAS Arbeitsrehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen [neu]

Januar bis Juni 2012, erneute Durchführung ab Frühling 2013

→ Mehr Informationen

#### CAS Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung

25 Studientage, nächste Durchführung ab Frühling 2012

→ Mehr Informationen

#### CAS Suizidprävention [neu]

17 Studientage, nächste Durchführung ab September 2012 bis Juni 2013, erneute Durchführung ab Herbst 2013

→ Mehr Informationen

#### CAS Psychiatrische Pflege

Nächste Durchführung ab September 2012 bis Juni 2013; erneute Durchführung ab September 2013

→ Mehr Informationen

#### CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung

25 Studientage, nächste Durchführung von Oktober 2012 bis Juni 2013, erneute Durchführung ab Herbst 2013

→ Mehr Informationen

#### CAS Verbesserung der psychischen Gesundheit

September 2012 bis Juni 2013. Erneute Durchführung ab Herbst 2013  
9 Tage (plus die Studientage der beiden Fachkurse)

→ Mehr Informationen

#### CAS Ambulante psychiatrische Pflege

25 Studientage, September 2012 bis Juni 2013; erneute Durchführung Herbst 2013

→ Mehr Informationen

### Suche

Code:

### Nächste Infoveranstaltung

#### Info-Abend Weiterbildung für Gesundheitsfachleute

Mittwoch, 19. Oktober 2011, 17.00 bis ca. 19.00 Uhr

→ Mehr Informationen

→ Übersicht: Alle Infoveranstaltungen

### Persönliche Beratung

#### Sie möchten sich im Gesundheitswesen auf Hochschulstufe weiterbilden?

Die Studienleitenden stehen Ihnen gerne für persönliche Beratungsgespräche zur Verfügung.

### Kontakt

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Gesundheit  
Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen  
Murtenstrasse 10  
CH-3008 Bern

T +41 31 848 45 52

F +41 31 848 35 97

→ E-Mail

#### Studienleitung Psychische Gesundheit und Krankheit

Prof. Andreas Heuer

→ E-Mail

Manuela Grieser-Kozel

→ E-Mail

## **Epidemiologische Trends**

- altersstandardisiert keine Zunahme der psychischen Erkrankungen (Prävalenz)
- demografiebedingt eine Zunahme der psychiatrischen Fälle
- steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote
  - Entstigmatisierung einzelner Krankheitsbilder und Behandlungssettings
  - Ambulantisierung erhöht die Akzeptanz von Behandlungsangeboten
  - Medikalisierung sozialer Probleme

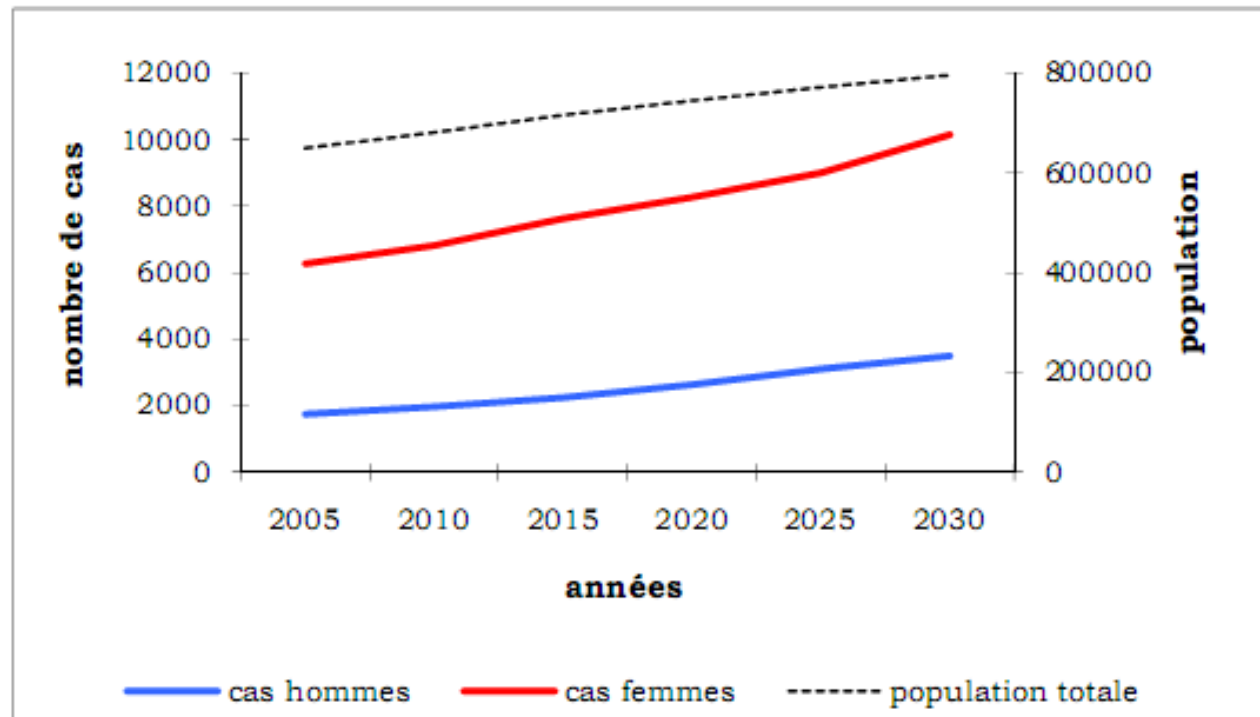
## **Erwartbare Probleme in der Mitarbeiterschaft psychiatrischer Einrichtungen**

- demografiebedingte Alterung
- Mangel an Pflegenden und noch stärkerer Mangel an Ärzten
- spezifisches Imageproblem der Psychiatrie
  - geringe Technisierung (nicht ‚sexy‘ genug)
  - Interventionen mit zum Teil zweifelhafter Effektivität im Alltag (s. CATIE, CUtLASS etc.)
  - Image der überwiegend chronischen kranken Klientel
  - Image der erheblichen sozialen Indikation bei der Behandlung psychischer Krankheiten

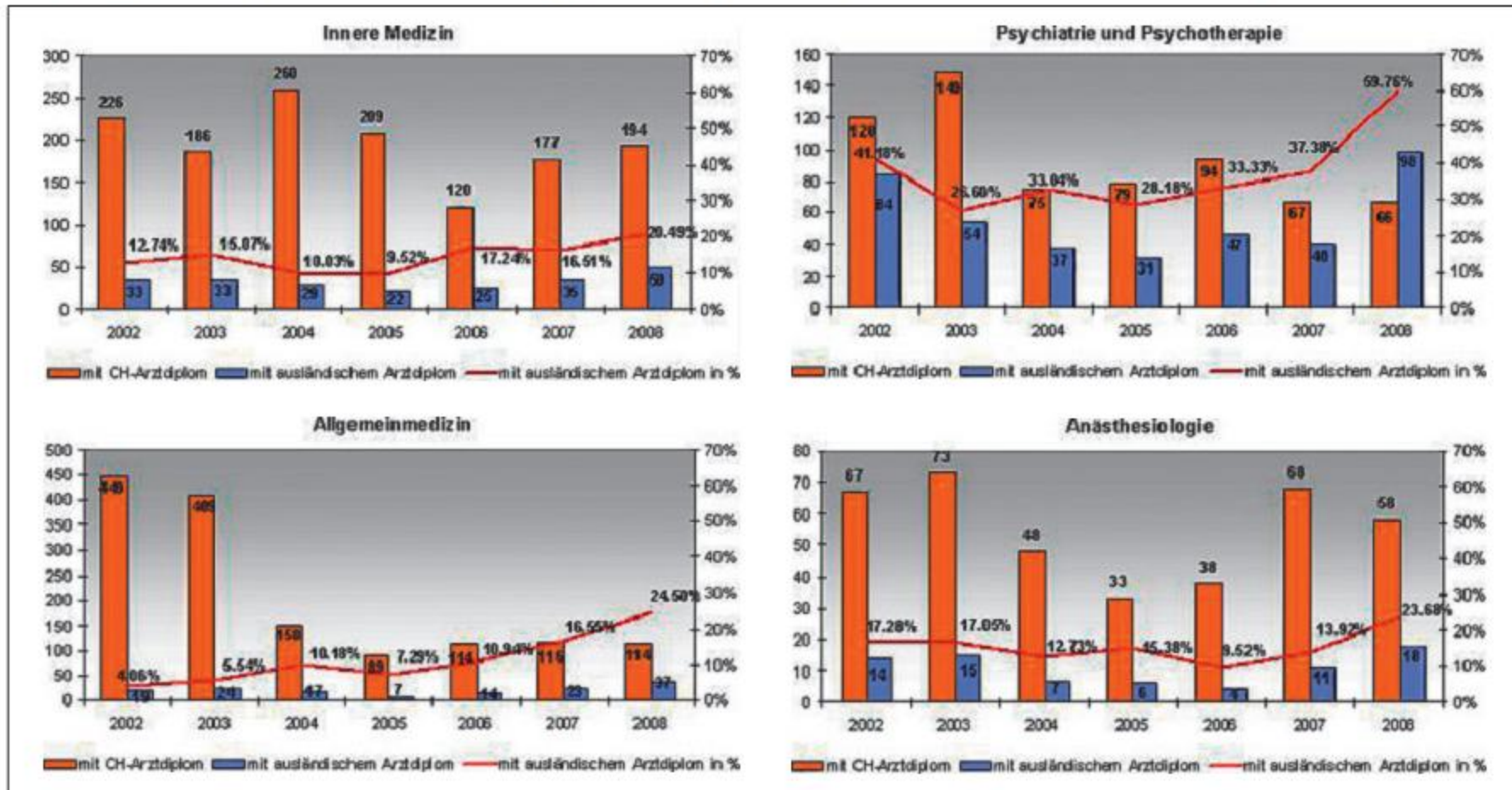


## Erwartbarer Anstieg depressiver Fälle im Kanton Waadt bis 2030

Dépression : Evolution du nombre de cas prévalents (selon le sexe) et de la population vaudoise. Vaud, 2005-2030



Verleihung der eidgenössischen Weiterbildungstitel zwischen 2002 und 2008 nach ausgewählten Fachgebieten.



## **Erwartbare fachliche Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung**

- Übergang zu einer überwiegend ambulanten Versorgung
- Ökonomisierung der Versorgung
- Messbarkeit der Resultate
- Integrierte Versorgung
- Entlastung der Kostenträger (v.a. IV)
- Erhaltung des sozialen Status bzw. Re-Inklusion der PatientInnen

## **Patientenerfahrungen Exklusion und Stigmatisierung**

„Also, selbständig wohnen: das kann ich nur, weil ich mit meinem Partner zusammen wohne. Finanziell abhängig bin ich von der IV-Rente. Ein Beruf: ich habe im geschützten Rahmen ein Beruf. Aber ... äh, tja, ... das ist weit weg davon. Und mich dünkt es, die Stigmatisierung ist noch so (betont) gross! Also, ich rede nicht mit Leuten, die ich nicht kenne, über meine Geschichte, über meine Diagnose, darüber, wie lange ich in der Psychiatrie gewesen bin, das mache ich nicht.“

## **Patientenerfahrungen**

### **Soziale Einbindung**

- „In der Zeit, in der ich in der Klinik gewesen war, da bin ich sehr jung gewesen, da hatte ich keine Ahnung gehabt, was die meinen, mit sozialer Bindung, mit sozialem Umfeld, ich habe nie eine Familie gehabt, kein soziales Umfeld, keine Freunde, ich hatte keine Ahnung, von was die reden, (...) ich meine, mein Partner, der war mit mir in der Klinik, und man hat immer gesagt, das geht nicht, zusammen und so, und in der Zwischenzeit sind wir seit 10 Jahren zusammen und erst jetzt merke ich einfach, was sie damals gemeint haben mit sozialer Integration, man muss einem, es reicht nicht, zu sagen, du solltest sozial integriert werden, sondern man muss spüren und merken, ja, was ist denn das überhaupt...“

## **Patientenerfahrungen**

### **Keine Zielorientierung in der Therapie**

„Also ich bin dort weder über die Behandlung informiert worden, noch über Ziele gefragt worden (jemand stimmt zu), was ich gerne erreichen möchte, es wurde einfach gemacht worden, die Ärzte hatten wirklich keine Zeit, und die Pfleger... ich weiss auch nicht genau, haben einfach so ihren Tagesrhythmus abgespult, und sich gar nicht überlegt... oder, dass...ich kam mir auch oft als dumm behandelt vor ,Die weiss eh nichts, die ist psychisch krank und so.““

## **Patientenerfahrungen**

### **Es geht auch anders...**

„Ja, ich habe das erlebt in der Tagesklinik in (Ort), da kam wirklich eine Betreuerin auf mich zu und sagte, ich solle jetzt hier vier Ziele definieren, und dann haben wir das aufgeschrieben, niedergeschrieben... und am Schluss.. auch beim Austritt und so...bekam man wieder einen Fragebogen, ob man jetzt dieses Ziel erreicht habe, oder ob es nicht gut sei oder so ... und auch, ich habe wirklich sagen können, was ich will...“

## Mitarbeitererfahrungen Empathie

- „Ich habe, das ist mir ganz nahe im Moment, weil letzten Freitag habe ich Studierende gehabt im Transfercoaching und da hat eine geweint, wirklich ich habe gefragt am Morgen, wie geht es auf der Station und wir schauen immer was gerade ansteht und die hat gerade zu weinen begonnen und gesagt, ich schaffe diesen Job nie und so. Und jetzt sagt man uns man soll empathisch sein und Empowerment und Hoffnung und jetzt ist da einer, ein Mann, so 35, der ein Kind missbraucht hat und das umgebracht hat und der ist jetzt per FFE auf einer geschlossenen Abteilung oder.“



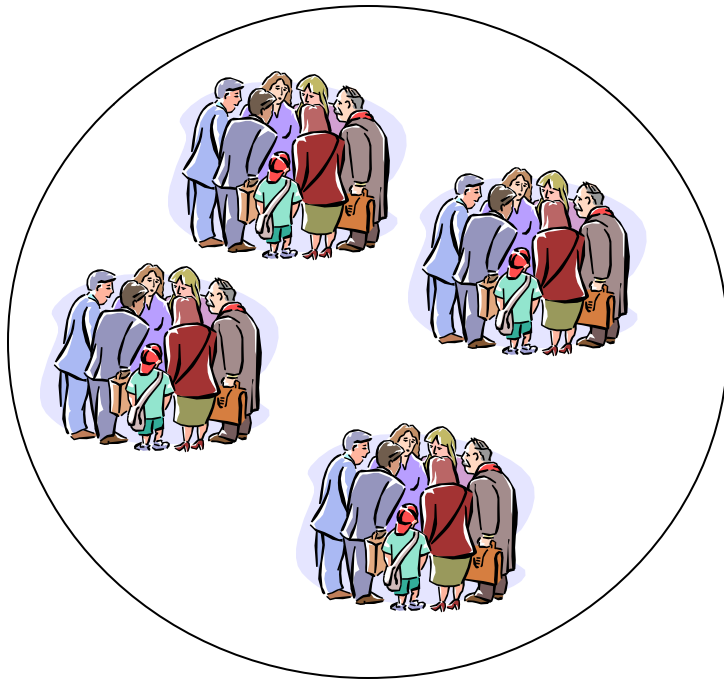
## **Mitarbeitererfahrungen (Arbeits-)Beziehung**

- „Wenn ich von meiner Situation ausgehe, ich gehe sehr nahe, ich lass sehr viel Emotionen zu, ich lass auch sehr viel von meiner Persönlichkeit zu. Ich reflektiere mich aber da drin und ich bin auch immer im Gespräch mit jemandem, dass ich immer noch im richtigen Fahrwasser bin. Ich muss aber auch regelmässig, manchmal im Wochenrhythmus sagen, "ich bin nicht dein Freund". Ich bin eine Fachperson, die unendlich nahe an dir dran ist, der du unendlich viel erzählst, was ich unheimlich toll finde, was auch eine grosse Hilfe für dich sein kann, aber ich bin nicht dein Freund.“

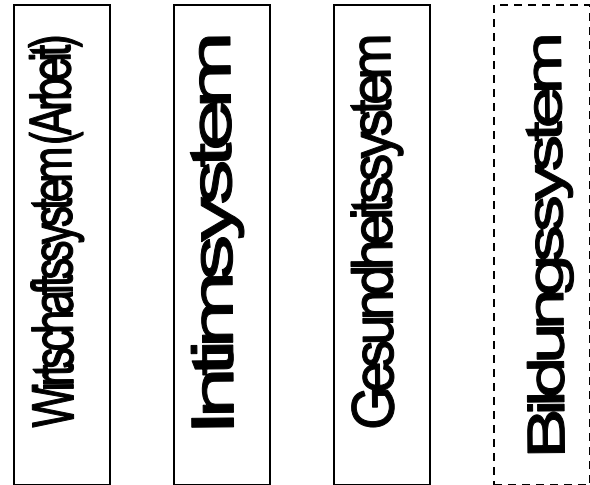
## **Was bringen Patientinnen und Patienten mit in die Behandlung?**

- ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten
  - ist (und erlebt sich) von der Teilhabe am sozialen Leben ausgeschlossen
  - ist (und erlebt sich) mit dem Stigma der psychischen Störung und der psychiatrischen Behandlung behaftet
  - ist (vor allem nach längeren Krankheitsverläufen) demotiviert und hat wenig Hoffnung auf Veränderung
  - handelt risikoreich für sich und andere (Suizidalität, Suchtmittelkonsum, Aggressivität)
  - wird mangels pflegerisch-therapeutischer Alternativen in der Reha-Kette 'durchgereicht'

## Alternativ-Modelle sozialer Teilhabe



Sozialintegration



Inklusion

## **Worauf basiert ein 'erfolgreiches' Leben in der modernen Gesellschaft?**

- "In der individualisierten Gesellschaft muss der Einzelne (...) bei Strafe seiner permanenten Benachteiligung lernen, sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orientierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen."

## **Ausgewählte sozialpsychiatrische Ansätze Zielorientierte Modelle**

- **Empowerment**
  - in den 1970er/1980er Jahren entwickelt; (oft) politisch motiviert; Ziel: Selbstbefähigung chronisch Kranker
- **Recovery**
  - seit Beginn der 1990er Jahre bekannt; ‚offizielles‘ Modell in den USA und in GB; Ziel: persönliche Entwicklung und ‚Genesung‘ trotz psychischer Erkrankung
- **Soziale Inklusion**
  - seit Beginn der 2000er Jahre; Herkunft: Sozialpolitik; Ziel: soziale Benachteiligung und Stigmatisierung ausgleichen

## **Ausgewählte sozialpsychiatrische Ansätze**

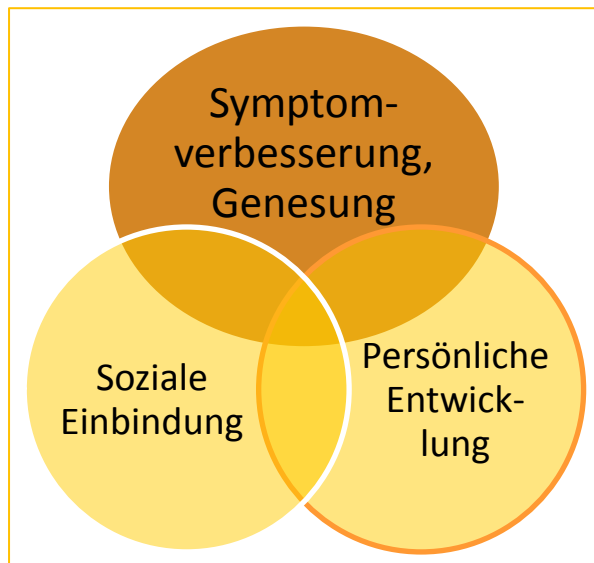
### **Methodisch orientierte Modelle**

- **Motivational Interviewing**
  - Herkunft: Suchttherapie; neuerdings Übertragung auf allgemeine Psychiatrie; Ziel: Selbstbefähigung durch Motivationssteigerung
- **Coaching**
  - Herkunft: Organisations- und Lebensberatung; in vielen therapeutischen Bereichen angewendet (z.B. Jobcoach)

## Der übergreifende theoretische Rahmen

- Nutzerinnen und Nutzer müssen in die Lage versetzt werden (*Empowerment*), sich selbst als Handlungszentrum ihres Lebens zu sehen;
- aktiv soziale Beziehungen im weitesten Sinne aufzubauen (*Inklusion*);
- Grundlage hierfür ist Vertrauen und Hoffnung (*Recovery*) auf die Besserung der Lebenssituation;
- Barrieren wie Motivationslosigkeit, Ambivalenzen und Widerstände müssen bearbeitet werden (*Motivational Interviewing*);
- Pflegende können die Nutzer auf diesem Weg beraten, begleiten und unterstützen (*Coaching*).

## Zielsetzung guter psychiatrischer Pflege - Interviewresultate

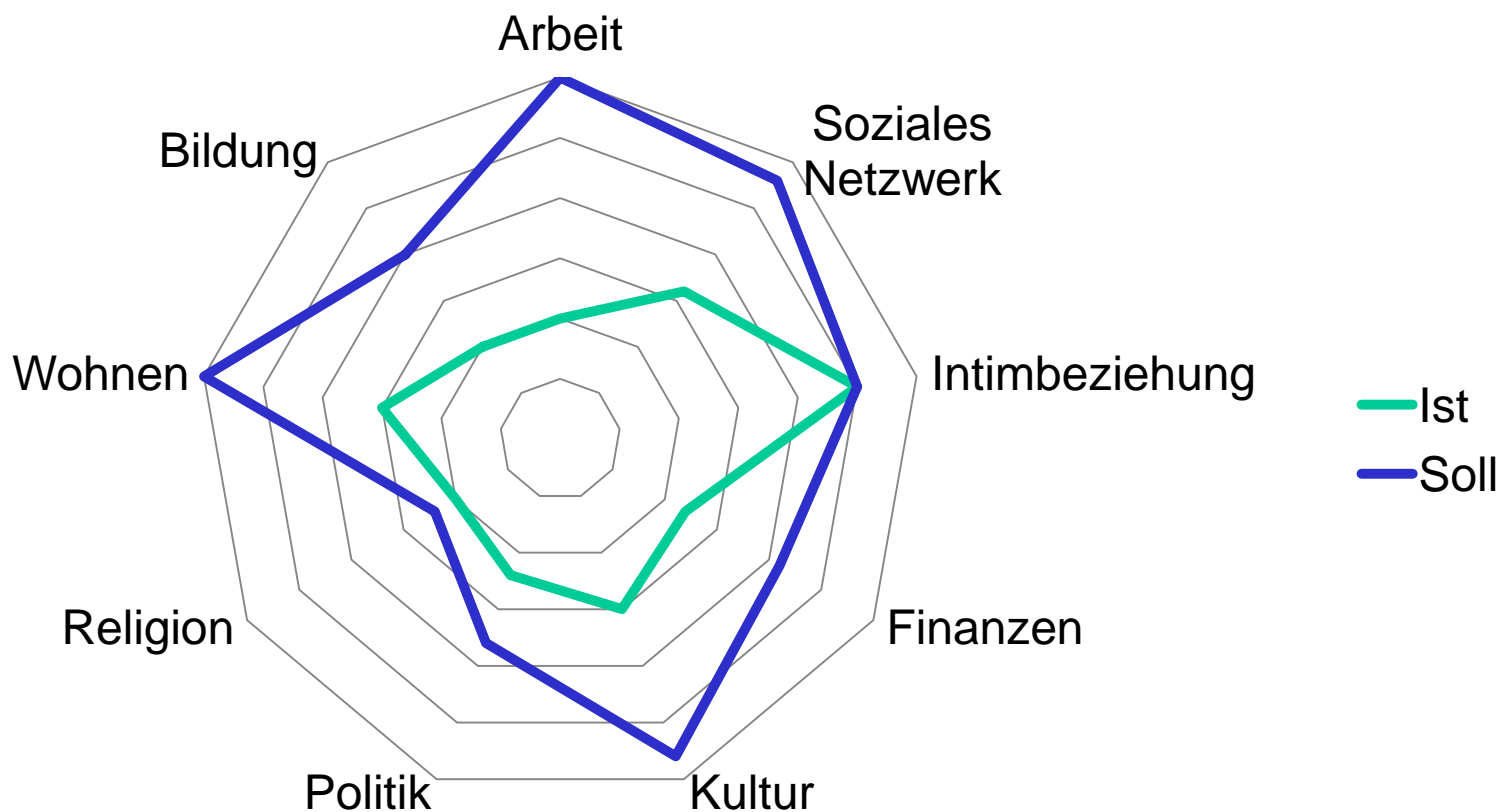


- Verminderung von Symptomen
- Bestmögliche persönliche Entwicklung der PatientInnen
- Vermittlung von Hoffnung für die persönliche Entwicklung
- Selbständigkeit und Selbstbestimmung der PatientInnen
- Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung im Alltag
- soziale Einbindung der PatientInnen
- Akzeptanz der Krankheit und die Integration der Krankheit in das Leben
- Umgang mit Stigma und Diskriminierung

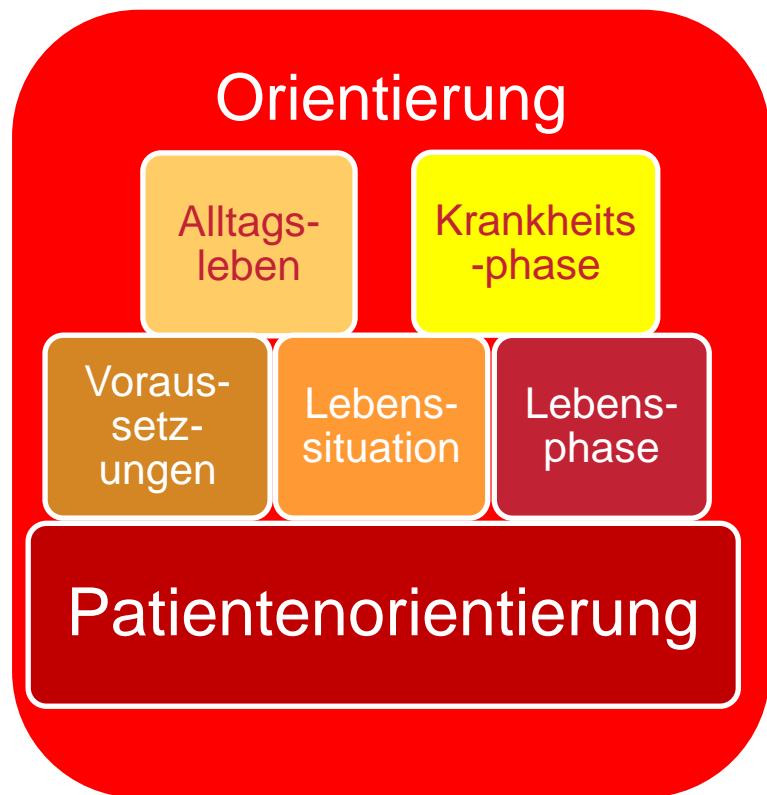




## Inklusionsprofil - Beispiel



## Gute psychiatrische Pflege zeichnet sich aus durch Orientierung... - Interviewresultate



- an den Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen
- am Alltagsleben der PatientInnen, das ausserhalb der psychiatrischen Versorgung (zu Hause) stattfindet
- an der jeweiligen Krankheitsphase (akut-instabil-stabil-frei von Symptomen) der PatientInnen
- an der jeweiligen Lebensphase (Alter, Geschlecht, Biographie) der PatientInnen
- an der individuellen Lebenssituation der PatientInnen
- an den Voraussetzungen und Fähigkeiten der PatientInnen

## **Psychiatrische Pflege sollte zielorientiert arbeiten**

- einvernehmlich zwischen Pflegenden und PatientInnen und transparent
- realistisch und nicht optimistisch übertriebenen
- ausreichend Zeit bereitstellen
  
- Verminderung von Symptomen
- bestmögliche persönliche Entwicklung der PatientInnen
- Vermittlung von Hoffnung für die persönliche Entwicklung
- Selbständigkeit und Selbstbestimmung der PatientInnen
- soziale Einbindung der PatientInnen
- Akzeptanz der Krankheit und die Integration der Krankheit in das Leben
- Umgang mit Stigma und Diskriminierung

## **Gute psychiatrische Pflege zeichnet sich aus durch ...**

### **Verantwortlichkeit und Fachkompetenz**

- Übernahme der Verantwortung (Entlastung) durch die Pflegefachpersonen in akuten Phasen und die Rückgabe der Verantwortung an die Nutzenden in weniger akuten Phasen
- Sicherheit bieten durch Kompetenz im Zusammenhang mit
  - Informationen über Möglichkeiten und Alternativen in der psychiatrischen Versorgung
  - Fertigkeiten für den Aufbau sozialer Beziehungen
  - einer reflektierten Einstellung der Pflegenden gegenüber Psychopharmaka (Ablehnung von Psychopharmaka als ausschliessliche Behandlungsform)

## **Die Umsetzung einer guten psychiatrischen Pflege basiert auf ...**

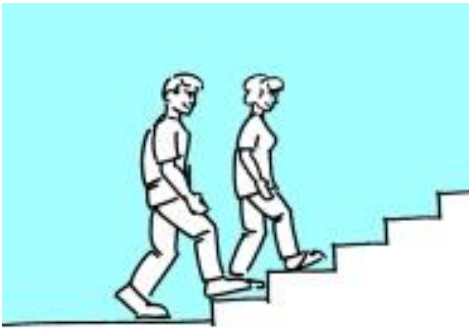
- Offenheit für die Situation und die Ressourcen der NutzerInnen
- Aufbauarbeit/Perspektivenentwicklung (z.B. Beruf und Beschäftigung)
- Üben und Ausprobieren (z.B. Alltagstätigkeiten und –fertigkeiten)

## Psychiatrische Pflegende sollen...



- professionell, kompetent und fachlich begründet handeln sein
- Persönlichkeiten darstellen und emotional ausgeglichen sein
- Nähe und Einfühlsamkeit ausstrahlen
- wertschätzend und respektvoll sein
- Empowerment leben
- realistisch sein, d.h. akzeptieren, dass PatientInnen sich in schwierigen Lebenssituationen befinden können

## Merkmale einer guten Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen sind ...



### Distanz

- richtige Mischung aus reflektierter Distanz
- Beachtung der Intimsphäre der PatientInnen
- Reflexion der Beziehung durch die Pflegenden

### Nähe

- gelegentliche Preisgabe von persönlichen Informationen auch von Seiten der Pflegenden, wo passend
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und deren Einbezug in die Pflege
- Beziehung wird durch die PatientInnen und deren Angehörigen nicht hierarchisch erlebt wird

## **Für die Aus- und Weiterbildung von Pflegenden in der Psychiatrie ist es wichtig, dass ...**

- ...eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen stattfindet
- ...PatientInnen und Angehörige die Inhalte der Ausbildung mit gestalten
- ...eine angemessene Haltung gegenüber PatientInnen und psychischen Krankheiten entwickelt wird
- ...eine nicht stigmatisierende Haltung gegenüber PatientInnen und psychischen Krankheiten entwickelt wird
- ...eine nicht an Defiziten orientierte Sprache eingeübt wird



## **Was ist gute psychiatrische Pflege ? Versuch einer Zusammenfassung**

- Beziehungsgestaltung
  - Respekt und Wertschätzung
  - adäquate Nähe und Distanz
  - Berücksichtigung individueller Ressourcen und Bedarfe
- Zielorientierung
  - Fokus ausserhalb des stationären Settings (Beschäftigung, soziale Einbindung etc.)
  - gemeinsames Erarbeiten von Zielen
- Recovery- und Empowerment-Orientierung
  - Unterstützung auf dem individuellen Weg
  - Ermutigung und Fehlertoleranz
- Fachwissen
  - Möglichkeiten und Alternativen in der Versorgung
  - Medikation pro und kontra

## **Motivierende Gesprächsführung als Methode der Inklusions- und Recoveryorientierung**

- Grundannahme: Veränderung in zentralen Lebensbereichen kann nur aus eigener Überzeugung entstehen
  - Hauptziel: Aufbau intrinsischer Motivation anstelle von äusserem Druck
  - Arbeit an persönlichen Zielen und Werten des/der KlientIn
  - Verzicht auf Überredung, Beeinflussung und Zwang
- Widerstehen Sie dem Reflex zur Zurechtweisung!

## **Motivierende Gesprächsführung Grundlegende Prinzipien**

- 1. Prinzip: Empathie ausdrücken
  - Verzicht auf Kritik und Wertung der Lebensgestaltung und Ansichten der KlientInnen
- 2. Prinzip: Diskrepanz erzeugen
  - Motivation entsteht aus der Diskrepanz zwischen der aktuellen Situation und den Wünschen der KlientInnen
- 3. Prinzip: Anpassung an Widerstand
  - Veränderung ist in aller Regel ambivalent besetzt; Widerstände sind per se zu erwarten
- 4. Prinzip: Stärkung der Selbstwirksamkeit



## **Coaching-Ziele – Fertigkeiten zur Förderung sozialer Inklusion**

- Erlernen von Alltagstechniken:
  - Umgang mit Kritik von Anderen
  - Aufschiebeverhalten vermeiden
  - Durchsetzungsvermögen entwickeln
  - effektiveres Zeitmanagement
  - Frustrationstoleranz aufbauen
  - Unsicherheit aushalten
  - effektiveres Problemlösen
  - ...

## **Coaching-Ziele – Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen**

- Zuhören und Verständnis zeigen
- Auswahl und Anbahnung sozialer Beziehungen
- Umgang mit sozialen Ängsten und Schüchternheit
- Aufbau einer intimen Beziehung
- Fertigkeiten für eine sexuelle Beziehung
- Selbstsicherheit/Durchsetzungsvermögen
- Fertigkeiten für den Umgang mit Ärger
- Fertigkeiten für den Umgang mit Problemen in der sozialen Beziehung

## Zusammenfassung

- die Psychiatrie der Zukunft muss sich in vielen Bereichen verändert ausrichten
- die Psychiatrie der Zukunft wird vor erheblichen Rekrutierungsproblemen bei Mitarbeitenden stehen
- die psychiatrische Pflege kann einen Teil der notwendigen und bis anhin nur unzureichend abgedeckten Aufgaben übernehmen und für sich neu definieren

## Schlussfolgerungen

- die Ziele der psychiatrischen Pflege sollten sich verändern vom Management der Station und der einzelnen Patienten hin zu vertieften Kompetenzen im Bereich der Inklusion und des Recovery
  - Alltags- und Lebensweltorientierung
  - Anschlussfähigkeit zwischen sozialen Anforderungen und individuellen Ressourcen der PatientInnen

## Schlussfolgerungen

- die methodischen Tools sind vorhanden, wir müssen sie schulen und anwenden
- die notwendigen Kompetenzen müssen der Pflege im stationären Bereich auch zugestanden werden
- die Kompetenzverlagerung kommt den Anforderungen bei der Ambulantisierung und erwartbaren Verselbständigung der Pflege entgegen
- die Attraktivität des Berufs wird erhöht und relevante Aufgaben in der Psychiatrie werden erledigt





## **Herzlichen Dank!**

Prof. Dr. Dirk Richter  
Fachbereich Gesundheit  
Berner Fachhochschule

[dirk.richter@bfh.ch](mailto:dirk.richter@bfh.ch)