

Best Practice in der psychiatrischen Pflege

Schlussbericht



Impressum

Titel	Forschungsprojekt Best Practice in Pflege und Betreuung psychisch erkrankter Menschen
Jahr	Mai 2012
AutorInnen	Dr. Dirk Richter, Dozent Thomas Schwarze, MNSc, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Sabine Hahn, MNSc, Leiterin angewandte Forschung & Entwicklung Pflege
Copyright	2012 Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Forschung Pflege: forschung.gesundheit@bfh.ch , Telefon: 031 848 37 60

Danksagung

Das Forschungsteam der Berner Fachhochschule bedankt sich herzlich bei allen Teilnehmenden an den Fokusgruppen und an den Delphi-Befragungen. Ein ganz besonderer Dank geht an Dr. Christoph Abderhalden, Pflegedirektor der Universitäten Psychiatrischen Dienste Bern, der als Praxispartner des Projekts fungierte.

Für zahlreiche sehr wertvolle Hinweise und Rückmeldungen sowie für die Unterstützung bei der Logistik des Projekts bedanken wir uns bei dem Projektbeirat: Andréa Winter, Gabi Rudolf, Werner Gerber, Gerhard Schmutz, Dr. Holger Hoffmann.



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Hintergrund: Konzepte zur Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen	4
2.1	Empowerment	4
2.2	Recovery	5
2.3	Soziale Inklusion	5
2.4	Coaching	6
2.5	Motivational Interviewing	6
3	Methoden	6
3.1	Syntheseerstellung	6
3.2	Fokusgruppen	7
3.3	Delphi-Befragung	7
3.3.1	Merkmale der Teilnehmenden	8
4	Ergebnisse	9
4.1	Literaturanalyse und Fokusgruppen	9
4.1.1	Ziele	9
4.1.2	Zielorientierung	10
4.1.3	Verantwortlichkeit und Fachkompetenz	10
4.1.4	Prinzipien der Umsetzung	10
4.1.5	Eigenschaften psychiatrischer Pflegefachpersonen	11
4.1.6	Pflegerische Beziehung – Nähe und Distanz	11
4.1.7	Aus- und Weiterbildung	12
4.2	Delphi-Runde 1	12
4.3	Delphi-Runde 2	13
5	Diskussion und Schlussfolgerungen	14
6	Anhang	16
6.1	Detailergebnisse Delphi-Runde 1	17
6.2	Detailergebnisse Delphi-Runde 2	24
6.3	Literatur	28



1 Einleitung

Die psychiatrische Pflege befindet sich nach Ansicht zahlreicher Autorinnen und Autoren aus dem Fach in einer Krisensituation [1]. Im Gegensatz zu anderen Professionen in der Psychiatrie sind die Alltagstätigkeiten der Pflege oftmals wenig strukturiert und auf das Management von Station und NutzerInnen ausgerichtet. Gleichwohl wird die psychiatrische Pflege ebenso wie andere sozialpsychiatrische ausgerichtete Berufsgruppen seit mehreren Jahren regelmässig mit neuen Konzepten konfrontiert [2, 3]. Diese neuen Konzepte beschreiben erwünschte Veränderungen in der Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen.

Es handelt sich dabei in der jüngeren Zeit im Wesentlichen um die folgenden zumeist aus dem angelsächsischen Raum importierten Konzepte: Recovery, Empowerment, Coaching, soziale Inklusion sowie Motivational Interviewing. Schon auf den ersten Blick ergeben sich bei der Übersicht über diese Konzepte erhebliche Überschneidungen, da beispielsweise der Empowerment-Ansatz in Recovery- und Coaching-Konzepten mit enthalten ist. Diese Überschneidungen erschweren das Verständnis und damit auch die Umsetzung der Konzepte. Erschwerend hinzu kommt die englisch-amerikanische Herkunft der Konzepte, sprachliche und inhaltliche Unterschiede zwischen dem deutschsprachigen Raum und den Herkunftsländern sowie Unterschiede in der Pflegekompetenz und dem Berufsbild in den verschiedenen Teilen der westlichen Welt.

Das nachfolgend beschriebene Forschungsprojekt versucht einen Lösungsweg aus diesen verschiedenen Problemstellungen aufzuweisen, indem in einem ersten Schritt die Konzepte abgeglichen und essentielle Gemeinsamkeiten identifiziert wurden. In einem zweiten Schritt sind die Resultate dieser Literatursynthese in Fokusgruppen mit NutzerInnen, Angehörigen und Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen validiert worden. Abschliessend erfolgte eine Delphi-Befragung bei diesen Personengruppen, um die Akzeptanz der identifizierten Kernpunkte zu prüfen. Hinter diesem Vorgehen steht die Vorstellung, dass einerseits eine Reduktion der Bestandteile auf einen Kern und andererseits die Identifikation von besonders wichtigen Merkmalen es ermöglichen sollten, die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Pflege und Betreuung anzuleiten und die Umsetzung der Kernbereiche dieser Konzepte zu erleichtern. Unser Projekt kann somit die Frage beantworten helfen, in welche Richtung sich die psychiatrische Pflege und Betreuung in den nächsten Jahren entwickeln sollte.

2 Hintergrund: Konzepte zur Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen

In diesem Abschnitt werden die relevanten Konzepte beschrieben, deren Elemente in die Synthese übernommen werden.

2.1 Empowerment

Empowerment ist sicherlich das älteste der hier vorgestellten Konzepte. Es entstammt einer eher politisch ausgerichteten Vorstellung, die von der Übertragung von Macht auf benachteiligten Gruppen ausgeht. Die Ursprünge der Empowerment-Ideen sind in den politischen Bewegungen der 1960er- und 1970er Jahre zu verorten, die in den nachfolgenden Jahrzehnten etwa von der Selbsthilfebewegung im Gesundheitsbereich aufgenommen und weiter entwickelt worden sind. Die ersten konzeptionellen Überlegungen zum



Empowerment sind nicht direkt auf psychisch kranke Menschen bezogen gewesen, wie insgesamt das Empowerment-Konzept sich allgemein auf (chronisch) kranke Menschen bezieht. Gleichwohl sind psychische Erkrankungen immer mit bedacht worden, stammen doch die anfänglichen theoretischen Konzepte aus dem Bereich der Psychologie.

Einer der ersten Empowerment-Theoretiker war der Sozialpsychologe Julian Rappaport, der Mitte der 1980er Jahre Empowerment als Glauben an die Macht von Menschen definierte, die sowohl ihr Schicksal als auch ihre soziale Einbindung meistern sollen [4]. Hier sind die beiden zentralen Punkte des Empowerment-Konzepts angesprochen, nämlich zum einen die von Krankheit betroffenen Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Leben selbst zu meistern und zum anderen die soziale Einbettung der betroffenen Menschen zu betonen, womit eben auch ein politischer Auftrag zur Verbesserung der sozialen Lebenssituation verbunden war. In die Psychiatrie ist dieses Konzept vor allem mit der Stossrichtung der Selbstbefähigung chronisch psychisch kranker Menschen eingeführt worden [5]. Als entscheidende Veränderung für die psychiatrische Pflege ist dabei die Machtverlagerung von den Helfern auf die Patienten anzusehen, was bedeutet, dass die von der psychischen Erkrankung betroffenen Patienten selbst in der Lage sein sollten, über ihr Leben zu bestimmen [6].

2.2 Recovery

Das psychiatrische Recovery-Konzept nimmt zentrale Bestandteile des Empowerment auf und entwickelt diese weiter. Auch zeitlich gesehen folgt die Recovery-Bewegung dem Empowerment. In den Vereinigten Staaten kann Recovery mittlerweile als wichtigstes Betreuungskonzept betrachtet werden, das von vielen staatlichen Stellen anerkannt und – darüber hinausgehend – sogar gefordert wird. Auch in weiteren englischsprachigen Ländern wie Grossbritannien, Irland oder Neuseeland hat sich das Konzept als die zentrale Ausrichtung der Betreuung psychisch kranker Menschen durchgesetzt [7].

Die Ursprünge des Recovery liegen einerseits in der amerikanischen Nutzerbewegung psychiatrischer Angebote (User/Survivor) und andererseits in professionellen Erfahrungen aus der psychiatrischen Rehabilitation. Beiden gemeinsam ist die Erkenntnis, dass die üblicherweise in der Psychiatrie vorherrschenden Meinungen zur Genesung (engl. Recovery) insbesondere bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen empirisch nicht haltbar sind. Empirische Studien haben gezeigt, dass die Besserungsrate erheblich mehr Optimismus erlaubt als normalerweise propagiert wird, und dass ausserdem die mit einer Psychose einhergehenden Behinderungen ein ‚normales‘ Leben nicht prinzipiell ausschliessen [8]. Daher ist – neben dem Empowerment – die Vermittlung von Hoffnung eines der zentralen Bestandteile von Recovery. Allerdings existiert bis heute keine allgemein anerkannte Definition von Recovery. Je nach Schwerpunkt und Herkunft der Autoren wird einerseits Recovery als ein Prozess der Genesung definiert, andererseits als ein Ergebniszustand (Outcome) einer psychiatrischen Behandlung. Dennoch kann die Relevanz dieses Ansatzes für die psychiatrische Pflege nicht mehr bestritten werden, weshalb in der Literatur mittlerweile eigenständige Pflege-Recovery-Konzepte beschrieben werden, wie beispielsweise das Gezeitenmodell von Barker [9].

2.3 Soziale Inklusion

Sowohl das Empowerment- als auch das Recovery-Konzept zielen auf die Stärkung der sozialen Bindungen psychisch kranker Menschen. Der Hintergrund hierfür liegt in empirischen Erfahrungen, die zeigen, dass die soziale Einbindung bzw. Integration dieses Personenkreises erheblich geringer ist als in der Normalbevölkerung und auch geringer als bei vergleichbar körperlich behinderten Menschen [10, 11]. Ausgehend von der modernen soziologischen Theorie wird dieser Sachverhalt als soziale Exklusion be-



zeichnet. Inklusion beschreibt den Versuch, diese sozialen Bindungen aktiv wieder herzustellen. Üblicherweise wird darunter zunächst die Inklusion in die Arbeitswelt verstanden. Hier gibt es mittlerweile zahlreiche empirische Studien, die belegen, dass mit adäquaten Konzepten wie dem Supported Employment eine Einbindung durchaus möglich ist, und das auch ausserhalb des amerikanischen Arbeitsmarkts [12].

Nun gehen die sozialen Bedürfnisse moderner Menschen sicherlich über die Arbeitswelt hinaus, weshalb die soziale Inklusion zusätzlich auf soziale Bereiche wie Partnerschaft, soziale Netzwerke, politische Partizipation usw. zielt [13]. Ebenso wie bei den oben genannten Ansätzen sind auch hier pflegerische Interventionen beschrieben worden, die eine Inklusion fördern können [14, 15]. Das Inklusions-Konzept ist in der deutschsprachigen Pflege und Betreuung jedoch noch wenig bekannt. Es wird vor allem im sozial-psychiatrischen Bereich angewendet [16, 17].

2.4 Coaching

Eine Methode zur Förderung von sozialer Inklusion ist der Einsatz von Coaches, etwa in Form von Jobcoaches beim Supported Employment oder allgemeiner durch Lifecoaches [18]. Coaching zielt darauf ab, dass der betreute Klient seine eigenen Ziele entwickelt und umsetzt, der Coach hilft bei der Klärung der Ziele und unterstützt den Klienten bei der Zielerreichung, aber nur in der Weise, die den Klienten selbständig diese Ziele erreichen lässt – Empowerment meint eigentlich nichts anderes. Coaching-Konzepte entstammen jedoch eher dem nicht-therapeutischen Bereich, und viele Coaches lehnen es geradezu ab, psychisch kranke Menschen zu betreuen [19]. Andererseits finden sich in der Literatur zwischenzeitlich viele Belege, die auf den Stellenwert von Coaching-Prinzipien für die Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen hinweisen [20, 21] wie zum Beispiel Beschreibungen von „Recovery-Coaching“ [22]. Wenngleich bislang noch keine spezifischen Modelle für das Coaching in der psychiatrischen Pflege beschrieben worden sind, setzen sich doch in der somatischen Pflege Coaching-Prinzipien vor allem im edukativen Bereich mehr und mehr durch [23, 24].

2.5 Motivational Interviewing

Hierbei handelt es sich um einen therapeutischen Ansatz, der in der Suchttherapie entwickelt wurde und sich dort zu einer der wichtigsten Interventionsformen entwickelt hat. Angesichts relativ ähnlicher Problemstellungen bei chronisch abhängigkeitskranken Menschen und bei chronisch psychisch kranken Menschen (soziale Exklusion, Motivations- und Perspektivlosigkeit etc.), ist das Motivational Interviewing mittlerweile auch für die allgemeine Psychiatrie adaptiert worden [25]. Ähnlich dem Empowerment und dem Recovery geht es darum, die Nutzer selbst über die Förderung ihrer eigenen Motivation in die Lage zu versetzen, ihr Leben und die damit verbundenen Probleme selbst in die Hand zu nehmen. In neueren englischsprachigen Psychiatriepflege-Lehrbüchern wird diese Methode gerade auch für die Pflege empfohlen [26].

3 Methoden

3.1 Syntheseerstellung

Die fünf zuvor genannten Konzepte wurden auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede abgeglichen. Im Anschluss an qualitative Methoden zu Konzeptvergleichen und -synthesen [27, 28] wurde eine Synthesematrix entwickelt. Anschliessend wurden jeweils für die oben beschriebenen Konzepte Übersichtsartikel, Konzeptanalysen und – soweit vorhanden – empirische Arbeiten in entsprechenden Literaturdatenbanken gesucht und die Informationen extrahiert. Je nach Konzept handelte es sich um bis zu 15 Publikationen,



die fast ausschliesslich aus dem englischsprachigen Raum stammten.

3.2 Fokusgruppen

Zur Validierung der Resultate wurden drei Fokusgruppen mit NutzerInnen psychiatrischer Einrichtungen, mit Angehörigen psychisch kranker Menschen und mit Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen geführt. Bei Fokusgruppen handelt es sich um eine qualitative sozialwissenschaftliche Methode, bei der eine Gruppe von zu Befragenden über verschiedene Themen diskutiert und Meinungen austauscht [29]. Die Rekrutierung erfolgte über Verbände und Selbsthilfegruppen und bei den Pflegenden über die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern.

Bei den Teilnehmenden handelte es sich um:

- 6 Nutzerinnen und 2 Nutzern psychiatrischer Einrichtungen im Alter von 28-54 Jahren,
- 9 Angehörige (6w, 3m) im Alter von 27-60 Jahren,
- 8 Pflegefachpersonen (5m, 3w) im Alter von 33-57 Jahren.

Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 1½ Stunden. Methodisch wurde so vorgegangen, dass die Resultate der Literatursynthese auf Folien zusammengefasst vorgestellt wurden und dann zur Diskussion gestellt worden sind. Die Gespräche wurden elektronisch aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Es zeigte sich in allen drei Fokusgruppen, dass auf ein grosses Erfahrungsspektrum zugegriffen werden konnte, sei es die Krankheitserfahrung bei den NutzerInnen, die Arbeitserfahrung in verschiedenen Settings bei den Pflegefachpersonen oder die Dauer der Begleitung ihrer psychisch kranken Familienmitglieder bei den Angehörigen.

3.3 Delphi-Befragung

Die aus der Literatur und den Fokusgruppen extrahierten Aussagen wurden NutzerInnen, Angehörigen und Pflegefachpersonen zur Bewertung vorgelegt. Das Ziel einer Delphi-Befragung ist das Erreichen eines klaren Konsenses zu bestimmten Aussagen [30-32]. Zu diesem Zweck werden die Befragten gebeten, mittels einer Likert-Skala ihre Zustimmung (stimme zu, stimme eher zu) oder Ablehnung (stimme nicht zu, stimme eher nicht zu) zu Statements abzugeben. Die Delphi-Befragung wurde überwiegend online durchgeführt mittels der Webseite ‚SurveyMonkey‘. Ein geringer Anteil der Befragung ist auch schriftlich vorgenommen worden.

Bei einer Delphi-Befragung werden üblicherweise mehrere Befragungswellen vorgenommen, wobei die zur Bewertung stehenden Aussagen je nach Resultat verändert oder aber bei klarem Konsens oder Dissens nicht mehr weiter untersucht werden. In der Methodenliteratur zu Delphi-Befragungen wird gemeinhin eine Schwelle von 80 Prozent der zustimmenden Voten als Konsens betrachtet. Diese Schwelle von 80 Prozent wurde auch im vorliegenden Fall angewendet. Hierfür wurden die Ausprägungen „stimme zu“ und „stimme eher zu“, sowie die Ausprägungen „stimme nicht zu“ und „stimme nicht zu“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeit „weiss nicht“ wurde in der Analyse nicht berücksichtigt.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte bei NutzerInnen und Angehörigen in erster Linie über die verschiedenen Verbände und Selbsthilfegruppen, und dies in der ganzen Deutschschweiz. Bei den Pflegenden wurde in erster Linie unter Mitarbeitenden der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern für die Teilnahme geworben. Bei allen Gruppen wurde aber auch ein Schneeballverfahren insofern nicht ausgeschlossen, als dass die Einladung zur Teilnahme an weitere Personen aus den angeschriebenen Gruppen möglich war.



3.3.1 Merkmale der Teilnehmenden

An der Runde 1 der Delphi-Befragung haben insgesamt 48 Pflegende, 26 Angehörige und 28 NutzerInnen teilgenommen. 5 weitere Personen machten diesbezüglich keine Angabe. Im Total waren es 107 Personen.

Bei den Pflegefachpersonen wurden folgende Merkmale erhoben:

- Alter: Durchschnitt 42 Jahre, Spannweite 29-58
- Geschlecht: 24 Frauen, 19 Männer
- Berufserfahrung: Durchschnitt 15 Jahre, Spannweite 2-35
- Bildungsabschluss (Mehrfachnennung möglich):
 - Bachelor: 8 Personen
 - HöFa I: 27 Personen
 - HöFa II: 1 Person
 - Master: 2 Personen
 - Pflegefachperson: 26 Personen
 - Anderes: 13 Personen

Bezüglich der Arbeitsbereiche liess sich trotz einer relativen Heterogenität feststellen, dass die Pflegenden überwiegend in stationären Settings der Allgemeinpsychiatrie beschäftigt waren. Ebenfalls überwiegend war die zu betreuende Klientel erwachsen.

Die teilnehmenden Angehörigen wiesen folgende Merkmale auf:

- Alter: Durchschnitt 65 Jahre, Spannweite 49-75
- Geschlecht: 14 Frauen, 11 Männer
- Unterstützte Personen waren in 21 Fällen Kind/Kinder, in 6 Fällen (Ehe-)Partner
- Mitgliedschaft in einem Verein/Verband: 22 Personen
- Selbsthilfegruppe für Angehörige: 24 Personen

Für die NutzerInnen wurden folgende Charakteristika festgestellt:

- Alter: Durchschnitt 49 Jahre, Spannweite 25-68 Jahre
- Geschlecht: 19 Frauen, 8 Männer
- Krankheitserfahrung: Durchschnitt 22 Jahre, Spannweite 4-50
- Anzahl Klinikaufenthalte:
 - Mehr als 3x: 12 Personen
 - Zwei- bis dreimal: 9 Personen
 - Einmalig: 4 Personen
- Erfahrungen mit:
 - Klinik/Tagesklinik/Tagestätte: 25 Personen
 - Ambulante Behandlung: 24 Personen
 - Wohnheim, Wohngruppe, etc: 6 Personen
- Selbsthilfegruppe: 22 Personen

An der zweiten Runde haben total 112 Personen teilgenommen (42 Pflegende, 26 Angehörige, 27 NutzerInnen). Die Schnittmenge zwischen beiden Gruppen betrug 80 Personen, nur für diese an beiden Befragungswellen teilnehmenden Personen werden die Resultate für die zweite Welle dargestellt.



4 Ergebnisse

Nachfolgend werden zunächst die Resultate der Literaturanalyse und der Fokusgruppen berichtet. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Delphi-Befragung dargestellt.

4.1 Literaturanalyse und Fokusgruppen

In diesem Abschnitt werden die einzelnen Themenbereiche referiert, die aus der Literatur extrahiert und in den Fokusgruppen diskutiert worden sind. Die ermittelten Aussagen sind im folgenden Schritt in der Delphi-Befragung von den Teilnehmenden beurteilt worden.

4.1.1 Ziele

Ein erster Teil der Analysen beschäftigte sich mit den Zielen der psychiatrischen Pflege. Aus der Vielzahl der in der Literatur angegebenen Ziele für die Pflege und Betreuung lassen sich drei Schwerpunktbereiche identifizieren, die sich auch in den Fokusgruppen bestätigen liessen:

- soziale Einbindung (Integration bzw. Inklusion),
- Minderung der Krankheitssymptome (Genesung),
- persönliche Entwicklung.

Hinter dem Bereich ‚Soziale Einbindung‘ verbergen sich Themen wie der Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen oder die Integration in die Arbeitswelt. Bei der ‚Minderung der Krankheitssymptome‘ geht es um den Umgang mit sowie die Bewältigung der psychischen Störung und ihrer Folgen. ‚Persönliche Entwicklung‘ beschreibt die Frage, was die NutzerInnen und Nutzer aus ihrem Leben machen wollen. Dabei kann es selbstverständlich auch um Anteile aus den zuvor genannten Bereichen gehen (z.B. um die berufliche Bildung), allerdings geht die persönliche Entwicklung oft darüber hinaus. Themen wie gesellschaftliches Engagement oder auch Spiritualität haben hier ihren Platz.

Während der Literaturanalyse wurde deutlich, dass die Präferenzen der verschiedenen NutzerInnen individuell sehr unterschiedlich sein können. Während manche zum Beispiel sich auf die Krankheit und ihre Bewältigung konzentrieren wollen, stehen andere wiederum dem psychiatrischen Krankheitskonzept skeptisch bis ablehnend gegenüber und fokussieren auf die persönliche Entwicklung. Diesen unterschiedlichen Nutzerpräferenzen muss die psychiatrische Pflege konstruktiv begegnen.

Im Detail sollen die Ziele:

- einvernehmlich zwischen Pflegenden und NutzerInnen und transparent vereinbart werden,
- realistisch und nicht optimistisch übertrieben sein,
- ausreichend Zeit bereitstellen,
- sich auf die Verminderung von Symptomen beziehen,
- eine bestmögliche persönliche Entwicklung der NutzerInnen unterstützen,
- die Hoffnung für die persönliche Entwicklung vermitteln,
- Selbständigkeit und Selbstbestimmung der NutzerInnen unterstützen,
- die soziale Einbindung der NutzerInnen fördern,
- die Akzeptanz der Krankheit und die Integration der Krankheit in das Leben unterstützen,
- den Umgang mit Stigma und Diskriminierung thematisieren.



4.1.2 Zielorientierung

Für die gemeinsame Zielvereinbarung zwischen Pflegenden und NutzerInnen ist es relevant, Kriterien festzulegen, an denen die Ziele sich orientieren sollten. Im Rahmen der Literaturanalyse und der Fokusgruppen wurden folgende Kriterien herausgearbeitet. Die Orientierung soll erfolgen an:

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

4.1.3 Verantwortlichkeit und Fachkompetenz

In der Beziehung zwischen Pflegenden und NutzerInnen ist es von besonderer Bedeutung, dass von den Mitarbeitenden nicht zu viel Verantwortung übernommen wird, da ansonsten das Empowerment, also die Übernahme der Verantwortung durch die Betroffenen kaum erfolgen kann. Als Ergebnis dieser Teils kann festgehalten werden, dass eine Übernahme der Verantwortung (Entlastung) durch die Pflegefachpersonen in akuten Phasen erfolgen soll, aber die Rückgabe der Verantwortung an die Nutzenden in weniger akuten Phasen zu geschehen hat.

Bezüglich des pflegerischen bzw. psychiatrischen Wissens wurde vorgeschlagen, Sicherheit durch Kompetenz zu vermitteln 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).

4.1.4 Prinzipien der Umsetzung

Die Umsetzung der Arbeit von Psychiatriepflegenden mit NutzerInnen sollte auf bestimmten Prinzipien beruhen, und zwar auf Offenheit, Aufbauarbeit und Perspektivenentwicklung sowie dem Üben und Ausprobieren von Alltagsfertigkeiten. Offenheit bedeutet dabei die Suche nach einer den psychischen und physischen Ressourcen der PatientInnen angepassten Lebensgestaltung. Entscheidend ist, dass die NutzerInnen ihre Lebensgestaltung selbst in die Hand nehmen und nicht die Einstellungen und Erwartungen der psychiatrischen Professionellen entscheidend sind. Insofern wird von Psychiatriepflegenden auch Offenheit gegenüber Lebensstilen erwartet, die nicht dem gesellschaftlichen Mainstream entsprechen.

Das zweite Prinzip betrifft die Perspektivenentwicklung der NutzerInnen. Unter Aufbauarbeit ist gemeint, dass die Pflegenden gemeinsam mit den NutzerInnen an der Entwicklung einer Lebensperspektive arbeiten. Dazu gehört an zentraler Stelle eine sinnvolle Beschäftigung, welche nicht zwingend auf dem ersten Arbeitsmarkt sein muss. Allerdings darf die berufliche Perspektive eben nicht ausser Acht gelassen werden. Viele NutzerInnen haben Potenziale, die sich auch für eine berufliche Entwicklung oder Ausbildung nutzen lassen.

Das Üben und Ausprobieren von Alltagsfertigkeiten ist ebenfalls ein zentraler Bestandteil der psychiatri-



schen Pflege. Entscheidend sind dabei das Unterstützungsprinzip im Sinne des Coachings und eine gewisse Bereitschaft auf beiden Seiten zur Risikoübernahme.

4.1.5 Eigenschaften psychiatrischer Pflegefachpersonen

Sowohl in der Literatur als auch in den Fokusgruppen wurden wichtige Erwartungen an Psychiatriepflegende beschrieben. Dazu zählen:

- Professionalität,
- Ausstrahlung der Persönlichkeit,
- Ausstrahlen von Nähe,
- Menschen wertschätzen,
- Empowerment leben,
- Realistisch sein.

Professionalität bezieht sich auf die fachliche Kompetenz der Pflegenden. Hier wird erwartet, dass sie ihr Handeln erklären und fachlich begründen können. In diesem Zusammenhang ist es von Relevanz, sich und ihre/seine Arbeit zu hinterfragen. Als gereifte Persönlichkeit verfügen Psychiatriepflegende über ausreichend Lebenserfahrung. Erwartet wird auch zum Teil, dass Psychiatriepflegende Vorbilder sind für den Umgang mit persönlichen Problemen. Emotionale Ausgeglichenheit gehört ebenfalls zum Persönlichkeitsprofil.

Bezüglich der auszustrahlenden *Nähe* geht es in erster Linie darum, Empathie zu zeigen und Einfühlsamkeit zu signalisieren. Eine Möglichkeit, Distanz abzubauen, ist der Gebrauch der Alltagssprache mit Kontakt mit den NutzerInnen und Nutzern.

Respekt und Wertschätzung gegenüber den NutzerInnen ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, sowohl in der Literatur als auch in den Interviews tauchten diese Eigenschaften jedoch explizit auf. In diesem Zusammenhang wird auf die Relevanz von genügend Zeit hingewiesen, die der Entwicklung der NutzerInnen gegeben und gelassen werden sollte. Ausreichend Geduld gehört ebenso dazu wie die Akzeptanz der Entscheidungen der NutzerInnen durch die Pflegefachpersonen.

Empowerment leben heisst, die NutzerInnen immer wieder neu zu ermutigen und zu motivieren. Es bedeutet aber auch, selbst Motivation zu zeigen und weiterzugeben, auch wenn mehrere Rückschläge bei den NutzerInnen geschehen sind. Es gilt, eine positive und ermutigende Einstellung beizubehalten. Empowerment bedeutet auch, die Erfahrungen und Ressourcen der Angehörigen zu nutzen und ihre Rolle ebenfalls zu stärken.

Unter dem Aspekt des ‚*Realistisch Seins*‘ wurde formuliert, dass die Lebenssituation der NutzerInnen akzeptiert werden sollte, insbesondere dass sie sich in schwierigen Lebenssituationen befinden können. Dahinter steht die auch in den Fokusgruppen formulierte Erfahrung, mit Erwartungen konfrontiert zu werden, die in der gegebenen Situation nicht erfüllt werden können.

4.1.6 Pflegerische Beziehung – Nähe und Distanz

Wie für anderen Berufsgruppen im psychiatrischen Kontext auch, so ist die Beziehung zwischen Pflegenden und NutzerInnen zentral. Das Aushandeln von Nähe und Distanz spielt dabei eine wichtige Rolle. Im Detail wird von Seiten der NutzerInnen erwartet, dass eine reflektierte Distanz besteht, die immer auch



durch die Pflegefachpersonen reflektiert wird. Vor allem die Intimsphäre der NutzerInnen gilt es dabei zu beachten.

Auf der anderen Seite wird eine gelegentliche Preisgabe von persönlichen Informationen auch von Seiten der Pflegenden erwartet, nämlich in Situationen, wo dies angemessen möglich ist. Entscheidend ist hier, dass die Beziehung nicht als hierarchisch erlebt wird, und dies gilt auch und gerade für die Beziehung zu den Angehörigen.

4.1.7 Aus- und Weiterbildung

Neben der aktuellen Pflege in den verschiedenen Settings des psychiatrischen Versorgungssystems spielt die Aus- und Weiterbildung der Pflegenden eine besondere Rolle. Aus der Literatur und aus den Fokusgruppen liessen sich für diesen Bereich die folgenden Aussagen extrahieren. Betont wurde, dass

- eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen stattfindet,
- PatientInnen und Angehörige die Inhalte der Ausbildung mit gestalten können,
- 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.

4.2 Delphi-Runde 1

In der Delphi-Runde 1 wurden die gerade dargestellten Ergebnisse aus der Literatur und aus den Fokusgruppen in einzelne Aussagen übersetzt. Diese Aussagen wurden den Pflegenden, Angehörigen und NutzerInnen zur Bewertung vorgelegt. Es zeigte sich, dass bei nahezu allen Aussagen eine grosse Übereinstimmung im Sinne eines Konsenses der Delphi-Befragung vorherrschte. Die detaillierten Befragungsergebnisse finden sich im Anhang.

Bei den Aussagen zur guten psychiatrischen Pflege wurde bestätigt, dass sowohl die persönliche Entwicklung und Selbstständigkeit der NutzerInnen von Bedeutung sind als auch die Verminderung von Krankheitssymptomen und die soziale Einbindung der Betroffenen. Gleiches gilt für die Einbeziehung der Angehörigen. Auch die Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitsphase und Lebensphase sowie der individuellen Lebenssituation fand einen Konsens.

Es gab nur sehr wenige Aussagen, bei denen kein Konsens zwischen den drei befragten Gruppen hergestellt werden konnte. Bei der Aussage, dass die Umsetzung einer guten psychiatrischen Pflege auf eine Ablehnung von Psychopharmaka als ausschliessliche Behandlungsform beruht, stimmten die befragten Angehörigen nicht im gleichen Ausmass zu wie die Pflegenden und die NutzerInnen. Ein weiterer Dissens-Punkt war der Einbezug der Angehörigen in die Ausbildung der Pflegefachpersonen. Hier wurde unter den Pflegenden der Konsenswert von 80 % nicht erreicht, als die Aussage bewertet werden sollte, dass Angehörige die Aus- und Weiterbildung mitgestalten sollen.

Die Befragten wurden im Verlauf gebeten, zu definieren, was Gesundheit für sie ist. Dabei zeigte sich, dass die Aussage „Gesundheit liegt dann vor, wenn genügend Geld vorhanden ist“ in keiner der drei Gruppen den Konsenswert erreichte. Gleiches gilt für die Aussage „Gesundheit ist für mich auf jeden Fall nicht die vollkommene Heilung von der Krankheit“.

Sowohl in der Praxis wie auch in der aktuellen Literatur zur Psychiatrie und zur Pflege ist es umstritten, wie die Menschen, die psychiatrische Behandlung und Betreuung in Anspruch nehmen, eigentlich zu bezeichnen sind. Daher wurde den Befragten eine Reihe von Begrifflichkeiten zur Bewertung vorgelegt. Einen



gemeinsamen Konsenswert von 80 % erreichte nur der Begriff ‚Patient/Patientin‘. Alle anderen Begriffe, beispielsweise auch ‚Nutzer/Nutzerin‘ oder ‚psychisch krank‘ erreichten diesen Schwellenwert nicht. In hohem Masse abgelehnt wurde auch der aus dem englischen Sprachraum stammende Begriff des oder der Überlebenden (Survivor).

Trotz der grossen und zwischen den Gruppen übereinstimmenden Zustimmung zu den Aussagen, was gute psychiatrische Pflege darstellt, wurden zahlreiche weitere Kommentare durch die Befragten niedergeschrieben. Die Kommentare dienen in aller Regel der Differenzierung und Relativierung einzelner Aussagen. Als kontrovers erwiesen sich die Aussagen zur Beteiligung von Angehörigen zur Pflege und zur Behandlung. Die Kommentare und Kontroversen wurden in der Delphi-Runde 2 differenziert aufgegriffen und erneut zur Bewertung vorgelegt.

Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass in der Delphi-Runde eine grosse Überschneidung und Übereinkunft zwischen den Ergebnissen aus der Literatursynthese und den Fokusgruppen und den Einstellungen der Befragten herrschte. Interessant war auch, wie sehr die Selbst- und Fremderwartungen zwischen den Pflegenden einerseits und den NutzerInnen und Angehörigen andererseits konform gingen.

4.3 Delphi-Runde 2

In der zweiten Delphi-Runde wurde vor allem die Aussagen präziser formuliert und zur Bewertung vorgelegt, welche in der ersten Runde viele Kommentare und Differenzierungen erfahren hatten. Hier bestätigte sich, dass insbesondere die Einbeziehung der Angehörigen sowie die Information der Angehörigen über den Zustand und den Therapieverlauf kontrovers beurteilt wurden. Die Trennlinie zwischen den Gruppen war dabei nicht nur zwischen den NutzerInnen und den Angehörigen zu erkennen, auch zwischen Pflegenden und Angehörigen gab es einigen Dissens. Die Details der zweiten Runde finden sich wiederum im Anhang.

Aufgrund der grossen Zustimmung zu den zentralen Aussagen in Runde 1 wurden die Befragten jetzt gebeten, eine Rangfolge der wichtigsten Eigenschaften einer guten psychiatrischen Pflegefachperson zu bestimmen. Aus Sicht aller drei befragten Gruppen sind Respekt und Wertschätzung die wichtigsten Eigenschaften von Pflegenden in der Psychiatrie. Bei den dann folgenden Eigenschaften zeigten sich jedoch unterschiedliche Einstellungen. Während für die NutzerInnen Einfühlsamkeit an zweiter Stelle rangierte, war dies bei den Pflegenden die fachliche Kompetenz. Für die Angehörigen ist unter den ersten drei Eigenschaften auch die Nutzung ihrer Erfahrungen und Ressourcen besonders von Bedeutung. Dieser Punkt spielt sowohl für die Pflegenden als auch für die NutzerInnen nur eine sehr untergeordnete Bedeutung.

Ebenfalls neu zur Abstimmung gestellt wurde die Benennung von Menschen, welche psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen. Interessant war hier vor allem, dass in der Gruppe der NutzerInnen ein sehr heterogenes Meinungsbild vorherrschte. Gleichermassen häufig wurden die Begriffe ‚Psychiatrieerfahrene‘, ‚Betroffene einer psychischen Erkrankung‘, und ‚PatientIn‘ genannt. Die Begriffe ‚NutzerIn‘ oder ‚Kunden‘ oder ‚Überlebende‘ wurden dagegen sehr selten als relevant betrachtet. Auch in den beiden anderen Gruppen war eine grosse Heterogenität zu registrieren. Während die Angehörigen den Terminus ‚Mensch mit einer psychischen Erkrankung‘ zu knapp 30 % am häufigsten befürworteten, waren die Pflegenden am meisten einverstanden mit dem Begriff ‚PatientIn‘ (48 %).



5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Unser Projekt hat zahlreiche Hinweise für die Qualitätsdiskussion in der psychiatrischen Pflege hervorgebracht. Das von uns gesetzte Ziel, inhaltliche Kriterien für eine gute psychiatrische Pflege zu entwickeln, und zwar mit Begrifflichkeiten, welche im Alltag im deutschsprachigen Raum anzuwenden sind, kann als erreicht angesehen werden.

Zusammenfassend können vier zentrale Kriterien genannt werden, an denen die Psychiatriepflege sich ausrichten sollte:

- Beziehungsgestaltung,
- Zielorientierung,
- Recovery- und Empowerment-Orientierung,
- Fachwissen.

Nach Überzeugung des Forschungsteams lassen sich mit diesen Begrifflichkeiten die Kernelemente der psychiatrischen Pflege beschreiben. Gänzlich vermeiden lassen sich die englischen Begriffe ‚Recovery‘ und ‚Empowerment‘ nicht, diese sind mittlerweile relativ weit in den Alltag auch der deutschsprachigen Psychiatriepflege vorgedrungen.

Bei der Beziehungsgestaltung geht es nach vollkommen übereinstimmender Meinung aller Beteiligten um Respekt und Wertschätzung. Damit sind gemeint, Respekt vor der individuellen Person und ihrer Lebensführung sowie eine positive Würdigung des ganzen Menschen, der nicht auf seine oder ihre Rolle als Patientin oder NutzerInnen einer psychiatrischen Einrichtung reduziert werden möchte. Ein weiterer wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist die adäquate Nähe und Distanz. In der englischsprachigen Literatur ist gelegentlich von der Erwartung zu lesen, dass psychiatrische Professionelle auch Freunde der NutzerInnen sein sollen. Diese, relativ weit reichende, Erwartung ist im deutschsprachigen Raum nicht in diesem Ausmass zu erkennen. Allerdings möchten viele NutzerInnen zum Teil mehr Persönliches von den Pflegenden erfahren. Dieser auf der einen Seite bestehende Wunsch nach mehr Nähe wird auf der anderen Seite an die Erwartung gekoppelt, ausreichend Distanz zu wahren, was vor allem die Beachtung der Intimsphäre betrifft.

Die Zielorientierung ist zweifelsohne eine Thematik, welche in der psychiatrischen Pflege ausbaufähig ist. Relevant ist hier in erster Linie die Berücksichtigung individueller Ressourcen und Bedarfe. Die Ziele müssen noch weniger als heute an den Defiziten der NutzerInnen orientiert sein, auch wenn dies bisweilen im klinischen Alltag schwer fällt. Ein essentieller Veränderungsbedarf gegenüber dem heutigen Stand ist bei der gemeinsamen und partnerschaftlichen Erarbeitung von Zielen zu verorten. Während gegenwärtig die Situation in der Klinik bzw. auf der Station wichtig ist, sollte sich nach Einschätzung aller an diesem Projekt Beteiligten der Fokus auf die soziale Situation ausserhalb des stationären Settings ausrichten. Dies gilt für Alltagsfertigkeiten, für die soziale Einbindung in Netzwerken, aber auch für Fragen wie Arbeit und Beschäftigung. Entscheidend ist dabei, dass die Ziele gemeinsam von den Pflegefachperson und den NutzerInnen festgelegt werden.

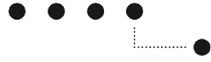
Sowohl bei der Beziehungsgestaltung als auch bei der Zielorientierung kann es für die Pflegefachperson eine grosse Unterstützung sein, wenn sie sich mehr als heute an Recovery- und Empowerment-Konzepten orientieren. Die Ziele können ganz individuell und ganz verschieden von anderen NutzerInnen sein, es gilt, die Unterstützung auf diesem individuellen Weg sicherzustellen. Angesichts der zahlreichen Problemstellungen im Alltag und der teilweise entmutigenden Erfahrungen der NutzerInnen muss die Ermutigung zum Ausprobieren des individuellen Wegs eine besonders wichtige Rolle einnehmen. Dazu ge-



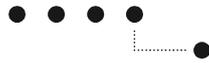
hört auch, dass von den Pflegenden eine gewisse Risikobereitschaft signalisiert wird und dass Fehler, die immer auch zum Ausprobieren dazugehören, toleriert werden.

Aus unseren Daten wird eine Diskrepanz bezüglich der Ansprüche an Fachwissen zwischen den NutzerInnen und den Pflegefachpersonen deutlich. Für NutzerInnen spielt das psychiatrische Fachwissen der Pflegenden eine nachgeordnete Rolle. Sie setzen stattdessen mehr auf Beziehungsgestaltung und soziale Unterstützung. Es gibt allerdings Themenbereiche, wo die psychiatrische Fachkompetenz durchaus gefragt ist. Dies betrifft zum einen verschiedene Möglichkeiten und Alternativen in der Versorgung, und zum anderen ein gutes Wissen über Medikamente, oder genauer gesagt, über Vorteile und Nachteile einzelner Präparate. Damit verbundenen ist auch die Nachfrage nach einer klaren Einstellung gegenüber Medikamenten, die durchaus kritisch sein kann.

Als Konsequenz für die Forschung in der psychiatrischen Pflege wird geschlussfolgert, dass die hier aufgezeigten Elemente einer guten psychiatrischen Pflege in Form von Interventionsstudien operationalisiert und getestet werden müssen. Auch die Psychiatriepflege darf sich den Ansprüchen einer evidenzbasierten Pflege nicht länger entziehen. Zweifelsohne wird dieses Unterfangen schwierig umzusetzen sein, wie Erfahrungen aus dem sozialpsychiatrischen Bereich bereits anderswo gezeigt haben. Komplexe Interventionen, wie sie hier angedeutet wurden, lassen sich nur mit grossem Aufwand tatsächlich überprüfen. Dennoch sollte ein Versuch in dieser Richtung gestartet werden.



6 Anhang



6.1 Detailergebnisse Delphi-Runde 1

Tabelle 1

Gute psychiatrische Pflege zielt auf ... (I)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
1.1 ... die bestmögliche persönliche Entwicklung der NutzerInnen/Nutzer	93.8%	100.0%	96.4%	n=102 n.s.
1.2 ... die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der NutzerInnen/Nutzer	97.9%	100.0%	92.9%	n=101 n.s.
1.3 ... die Vermittlung von Hoffnung für die persönliche Entwicklung	95.8%	100.0%	92.6%	n=101 n.s.
1.4 ... die Verminderung von Symptomen	84.8%	92.0%	81.5%	n=98 n.s.
1.5 ... einen Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung im Alltag	97.9%	100.0%	100.0%	n=101 n.s.
1.6 ... die soziale Einbindung der NutzerInnen/Nutzer	91.5%	100.0%	100.0%	n=100 n.s.
1.7 ... die Akzeptanz der Krankheit und die Integration der Krankheit in das Leben	97.9%	96.2%	92.9%	n=102 n.s.
1.8 ... den Umgang mit Stigma und Diskriminierung	91.5%	100.0%	96.4%	n=101 n.s.

Tabelle 2

Gute psychiatrische Pflege zielt auf ... (II)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
2.1 ...einen grösstmöglichen Einbezug von Angehörigen in die gesamte Pflege und Betreuung	91.7%	88.5%	80.8%	n=100 n.s.
2.2 ... eine umfassende Information der Angehörigen	93.8%	96.2%	83.3%	n=98 n.s.
2.2.1 Diese Information beinhaltet Information zur Erkrankung	97.8%	100.0%	95.5%	n=92 n.s.
2.2.2 Information zu Therapien und Behandlungsmöglichkeiten	97.8%	100.0%	86.4%	n=92 s.
2.2.3 Information über Behandlungsverlauf	93.3%	100.0%	90.9%	n=92 n.s.
2.2.4 Information zum Austritt	93.3%	100.0%	86.4%	n=92 n.s.
2.2.5 Information zu Hilfsangeboten für Angehörige	97.8%	100.0%	95.5%	n=92 n.s.



Tabelle 3

Gute psychiatrische Pflege zeichnet sich aus durch ...(I)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
3.1 ... die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Nutzerinnen/Nutzer	95.8%	96.2%	88.9%	n=101 n.s.
3.2 ... die Orientierung am Alltagsleben der Nutzerinnen/Nutzer, das ausserhalb der psychiatrischen Versorgung (zu Hause) stattfindet	95.8%	100.0%	100.0%	n=102 n.s.
3.3 ... die Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitsphase (akut-instabil-frei von Symptomen) der Nutzerinnen/Nutzer	100.0%	100.0%	96.4%	n=100 n.s.
3.4 ... die Berücksichtigung der jeweiligen Lebensphase (Alter, Geschlecht, Biographie) der Nutzerinnen/Nutzer	100.0%	100.0%	96.4%	n=100 n.s.
3.5 ... die Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation der Nutzerinnen/Nutzer	100.0%	100.0%	96.4%	n=101 n.s.
3.6 ... die bestmögliche Berücksichtigung der Voraussetzungen und Fähigkeiten der Nutzerinnen/Nutzer	100.0%	100.0%	96.3%	n=100 n.s.

Tabelle 4

Gute psychiatrische Pflege zeichnet sich aus durch ...(II)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
4.1 ... die Übernahme der Verantwortung (Entlastung) durch die Pflegefachpersonen in akuten Phasen und die Rückgabe der Verantwortung an die Nutzenden in weniger akuten Phasen	93.8%	100.0%	92.6%	n=100 n.s.
4.2 ... die Vermittlung von Sicherheit	97.9%	100.0%	100.0%	n=102 n.s.
4.3 ... gut informierte und ausgebildete Pflegefachpersonen	97.9%	100.0%	92.9%	n=102 n.s.
4.4 ... die Vermittlung von Informationen über Möglichkeiten und Alternativen in der psychiatrischen Versorgung	93.8%	96.0%	96.4%	n=101 n.s.
4.5 ... die Vermittlung von Fertigkeiten für den Aufbau sozialer Beziehungen	93.8%	100.0%	100.0%	n=101 n.s.



Tabelle 5

Die Umsetzung einer guten psychiatrischen Pflege basiert auf ... (I)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
5.1 ... einer einvernehmlichen und transparenten Zielsetzung und -vereinbarung zwischen Pflegenden und NutzerInnen/Nutzern	97.9%	100.0%	92.9%	n=100 n.s.
5.2 ... realistisch und optimistisch übertriebenen Zielsetzungen	97.8%	96.2%	92.9%	n=100 n.s.
5.3 ... ausreichend Zeit für die Zielsetzung und -vereinbarung	100.0%	100.0%	92.9%	n=101 n.s.
5.4 ... einer Abwägung zwischen Informationsrechten der Angehörigen und persönlichen Wünschen und Rechten der NutzerInnen/Nutzer	98.4%	92.3%	85.7%	n=101 n.s.

Tabelle 6

Die Umsetzung einer guten psychiatrischen Pflege basiert auf ... (II)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
6.1 ... einer Ablehnung von Psychopharmaka als ausschliessliche Behandlungsform	83.3%	65.4%	89.3%	n=102 n.s.
6.2 ... einem gemeinsamen Üben von Alltagstätigkeiten und -fertigkeiten	97.9%	100.0%	88.9%	n=100 n.s.
6.3 ... der Erarbeitung einer sinnvollen Beschäftigungsform für die NutzerInnen/Nutzer	93.8%	100.0%	88.9%	n=101 n.s.
6.4 ... der Suche nach einer den psychischen und physischen Ressourcen der NutzerInnen/Nutzer angepassten Lebensgestaltung	97.9%	100.0%	92.9%	n=101 n.s.
6.5 ... der Erarbeitung von einer beruflichen Perspektive für die NutzerInnen/Nutzer	75.0%	100.0%	89.3%	n=102 s.



Tabelle 7

Gute Psychiatrie-Pflegende sollen ... (I)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
7.1 ... im Umgang mit Nutzerinnen/Nutzer die Alltagssprache gebrauchen	97.9%	96.2%	92.9%	n=102 n.s.
7.2 ... eine gereifte Persönlichkeit sein	89.1%	96.2%	82.1%	n=100 n.s.
7.3 ... ein Vorbild sein im Umgang mit persönlichen Problemen	91.5%	88.5%	96.3%	n=100 n.s.
7.4 ... Lebenserfahrung mitbringen	85.1%	88.5%	96.3%	n=100 n.s.
7.5 ... sich und ihre Arbeit hinterfragen	97.9%	92.3%	92.9%	n=102 n.s.
7.6 ... einfühlsam sein	100.0%	100.0%	100.0%	n=102
7.7 ... emotional ausgeglichen sein	89.4%	100.0%	100.0%	n=100 n.s.
7.8 ... Zeit und Geduld mit den Nutzerinnen und Nutzern haben	100.0%	96.2%	96.4%	n=102 n.s.

Tabelle 8

Gute Psychiatrie-Pflegende sollen ... (II)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
8.1 ... respektvoll und wertschätzend sein	100.0%	100.0%	100.0%	n=102
8.2 ... Entscheidungen der Nutzerinnen/Nutzer akzeptieren	95.8%	100.0%	100.0%	n=102 n.s.
8.3 ... motiviert sein	100.0%	100.0%	100.0%	n=102
8.4 ... die Nutzerinnen/Nutzer ermutigen	100.0%	96.2%	100.0%	n=100 n.s.
8.5 ... akzeptieren, dass Nutzerinnen/Nutzer sich in schwierigen Lebenssituationen befinden können	100.0%	100.0%	100.0%	n=102
8.6 ... kompetent handeln können, d.h. ihr Handeln erklären und fachlich begründen können	100.0%	100.0%	100.0%	n=102
8.7 ... die Erfahrungen und Ressourcen der Angehörigen nutzen	100.0%	100.0%	92.6%	n=99 n.s.
8.8 ... ihre positive Einstellung gegenüber Nutzerinnen/Nutzern und Angehörigen auch nach Rückschlägen und schlechten Erfahrungen aufrechterhalten	100.0%	100.0%	100.0%	n=102



Tabelle 9

Merkmale einer guten Beziehung zwischen Pflegenden und Nutzerinnen/Nutzern sind (I)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
9.1 ... eine vertrauensvolle Zusammenarbeit	100.0%	96.2%	100.0%	n=101 n.s.
9.2 ... die richtige Mischung aus reflektierter Distanz	100.0%	100.0%	100.0%	n=101
9.3 ... gelegentliche Preisgabe von persönlichen Informationen auch von Seiten der Pflegenden, wo passend	91.3%	88.5%	100.0%	n=98 n.s.
9.4 ... die Beachtung der Intimosphäre der Nutzerinnen und Nutzer	100.0%	100.0%	100.0%	n=100
9.5 ... die Zusammenarbeit mit Angehörigen und deren Einbezug in die Pflege	95.7%	100.0%	80.8%	n=98 s.
9.6 ... Echtheit	100.0%	95.8%	96.2%	n=97 n.s.

Tabelle 10

Merkmale einer guten Beziehung zwischen Pflegenden und Nutzerinnen/Nutzern sind (II)				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
10.1 ... die Reflexion der Angehörigen-Zusammenarbeit mit den Nutzerinnen/Nutzern	95.8%	100.0%	88.5%	n=100 n.s.
10.2 ... Partnerschaftlichkeit	91.5%	96.0%	92.6%	n=99 n.s.
10.3 ... die Reflexion der Beziehung durch die Pflegenden	95.7%	100.0%	100.0%	n=96 n.s.
10.4 ... dass die Beziehung durch die Nutzerinnen/Nutzer und deren Angehörigen nicht hierarchisch erlebt wird	89.6%	96.0%	92.3%	n=99 n.s.
10.5 ... Konstanz (vor allem in akuten Phasen)	95.8%	100.0%	100.0%	n=100 n.s.



Tabelle 11

Für die Aus- und Weiterbildung von Pflegenden in der Psychiatrie ist es wichtig, dass ...				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
11.1 ... eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von NutzerInnen/Nutzern stattfindet	97.9%	100.0%	100.0%	n=101 n.s.
11.2 ... eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der Angehörigen stattfindet	93.8%	100.0%	92.9%	n=102 n.s.
11.3 ... NutzerInnen/Nutzer die Inhalte der Ausbildung mit gestalten	83.0%	88.0%	89.3%	n=100 n.s.
11.4 ... Angehörige die Inhalte der Ausbildung mit gestalten	73.3%	88.0%	82.1%	n=98 n.s.
11.5 ... die persönliche Haltung reflektiert wird	100.0%	96.2%	96.4%	n=101 n.s.
11.6 ... eine angemessene Haltung gegenüber NutzerInnen/Nutzern und psychischen Krankheiten entwickelt wird	95.7%	100.0%	100.0%	n=101 n.s.
11.7 ... eine nicht stigmatisierende Haltung gegenüber NutzerInnen/Nutzern entwickelt wird	100.0%	100.0%	96.4%	n=102 n.s.
11.8 ... eine nicht an Defiziten orientierte Sprache eingeübt wird	97.9%	100.0%	96.4%	n=102 n.s.

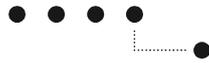
Tabelle 12

Gesundheit ist für mich ...				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
12.1 ... wenn ich genügend Geld für meinen Tagesablauf habe	58.7%	62.5%	74.1%	n=97 n.s.
12.2 ... wenn ich trotz Unterstützung selbständig leben kann	95.7%	100.0%	96.4%	n=100 n.s.
12.3 ... wenn ich die Krankheit in mein Leben integrieren kann	95.7%	96.2%	96.4%	n=101 n.s.
12.4 ... auf jeden Fall nicht die vollkommene Heilung von der Krankheit	72.3%	68.0%	74.1%	n=99 n.s.



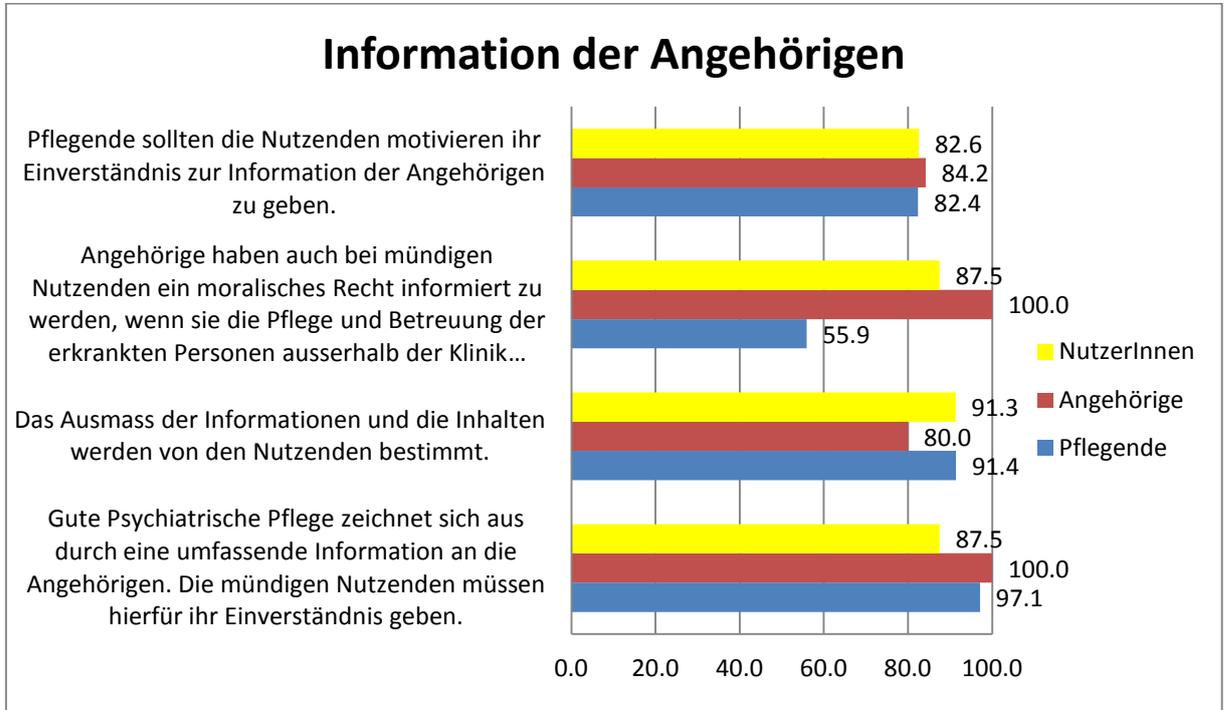
Tabelle 13

Wie benennen Sie Menschen, die psychiatrische Behandlung und Betreuung in Anspruch nehmen				
Zustimmung [stimme zu/stimme eher zu] in Prozent pro Gruppe				
	Pflegende	Angehörige	NutzerInnen	n= Unterschied
13.1 Nutzerin/Nutzer	50.0%	60.0%	57.1%	n=97 n.s.
13.2 Patientin/Patient	91.3%	88.5%	85.7%	n=100 n.s.
13.3 Überlebende/Überlebender	4.7%	8.7%	42.9%	n=94 s.
13.4 Mensch	85.1%	81.0%	77.8%	n=95 ns.s.
13.5 psychisch krank	80.9%	79.2%	67.9%	n=99 n.s.
13.6 psychisch gestört	2.3%	12.5%	21.4%	n=95 s.
13.7 psychisch behindert	13.6%	54.2%	35.7%	n=96 s.
13.8 psychisch eingeschränkt	42.9%	52.0%	55.6%	n=94 n.s.

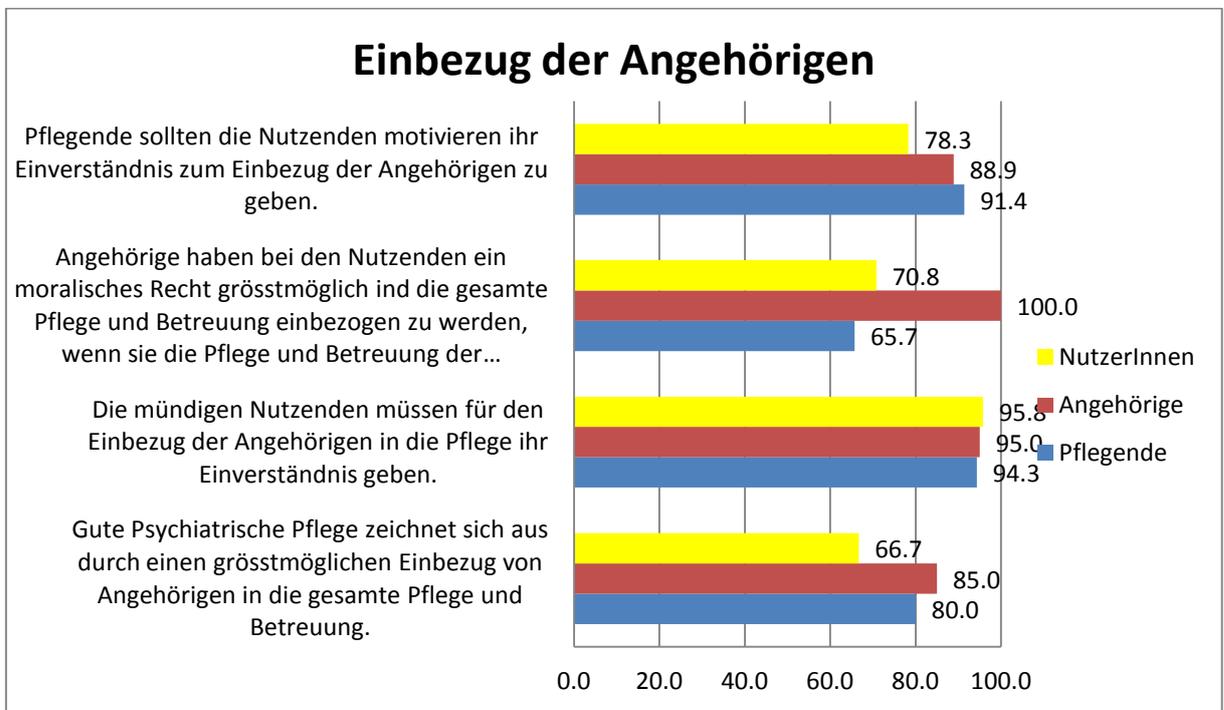


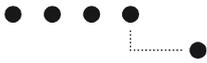
6.2 Detailergebnisse Delphi-Runde 2

Grafik 1

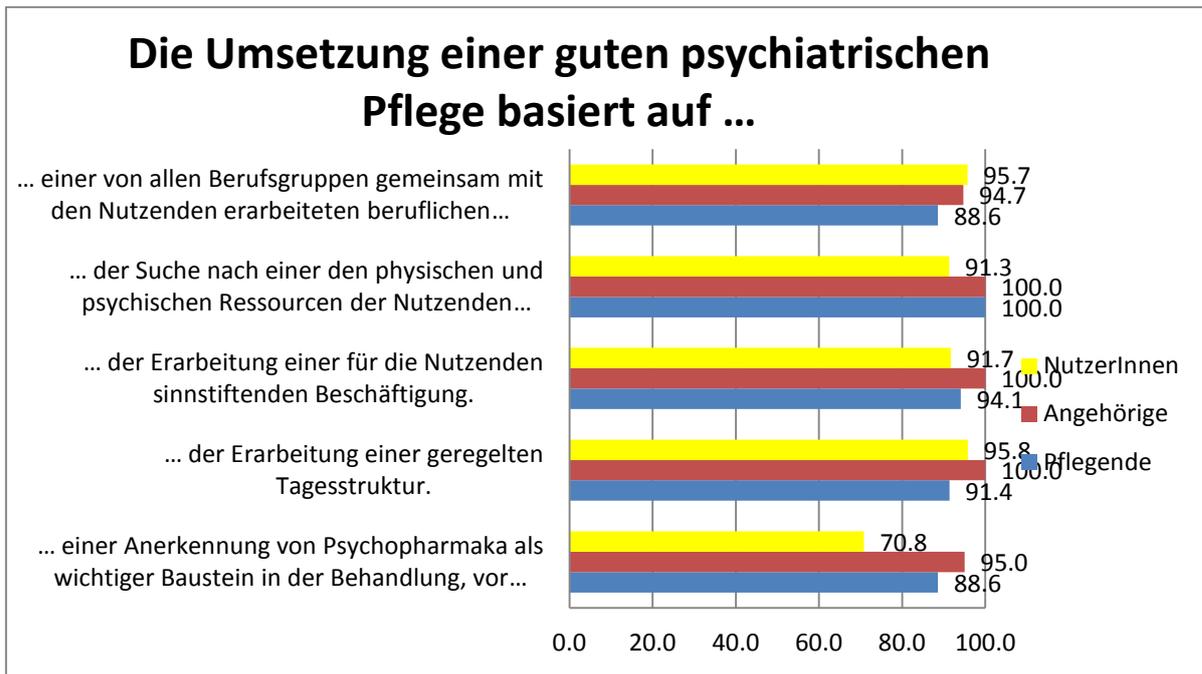


Grafik 2

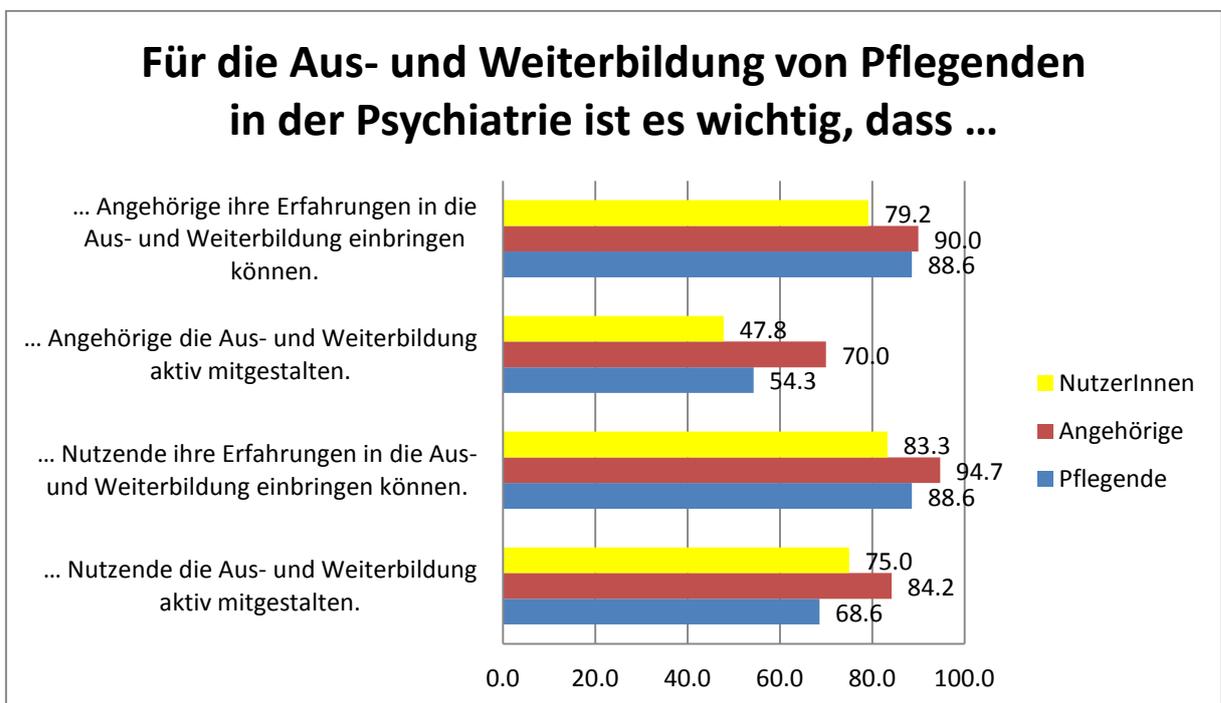


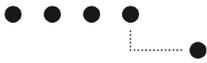


Grafik 3

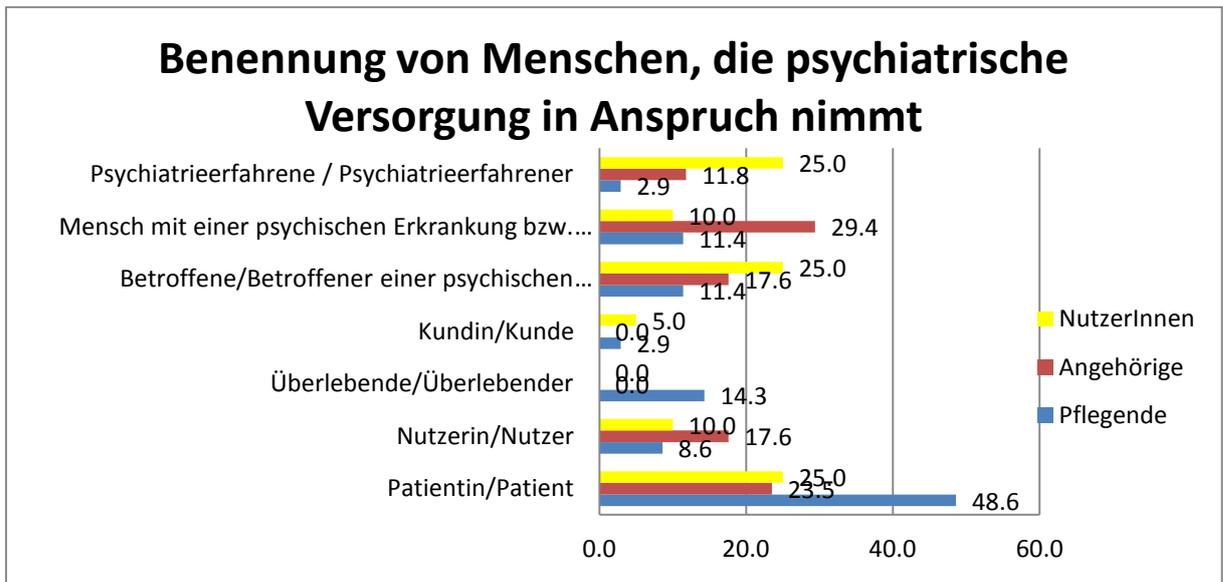


Grafik 4

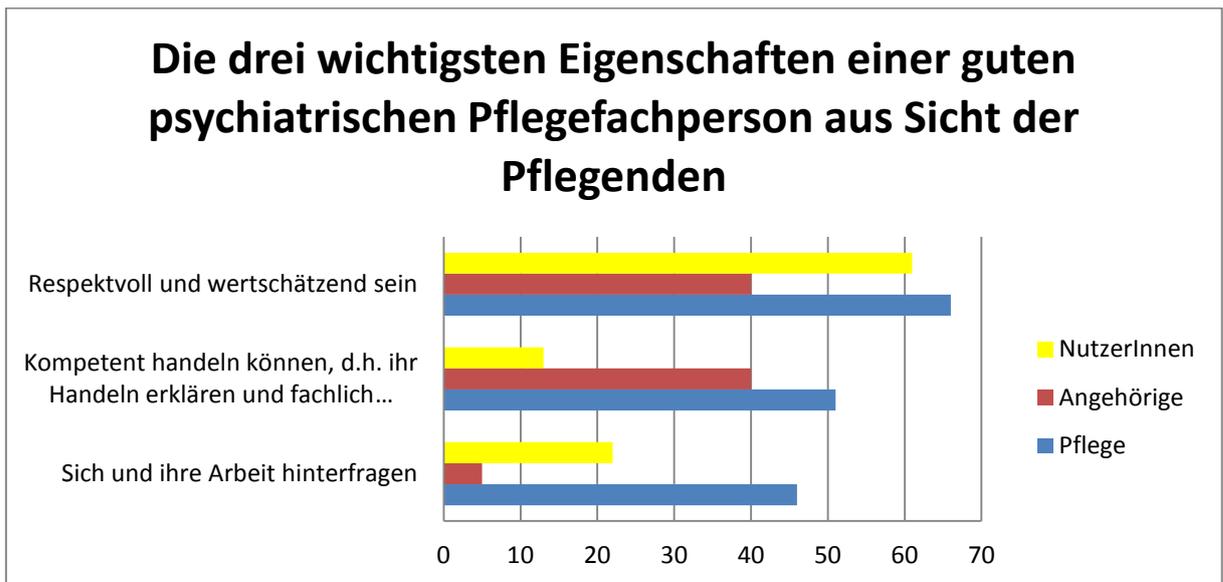


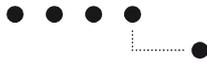


Grafik 5

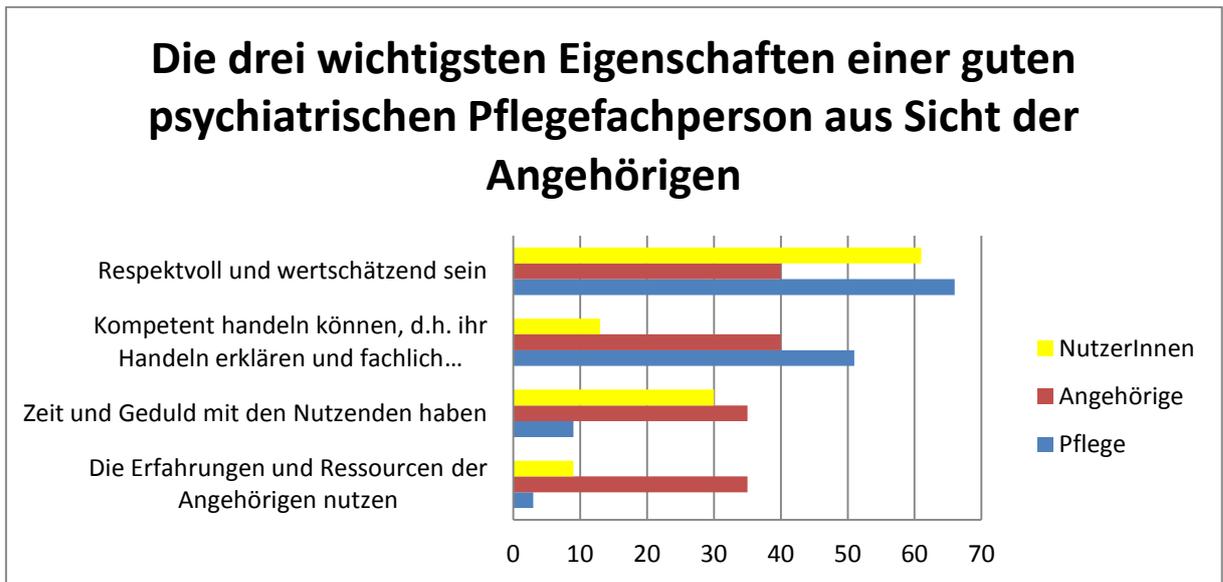


Grafik 6

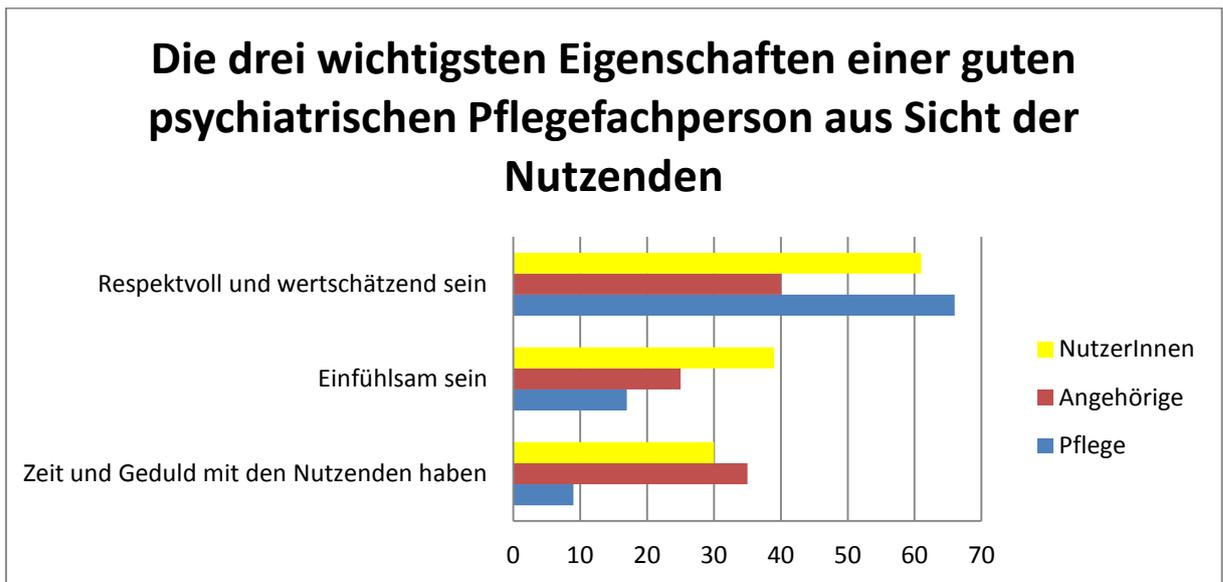




Grafik 7



Grafik 8





6.3 Literatur

1. Schulz, M., *Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch*. Psych. Pflege heute, 2005. **11**: p. 256-263.
2. Cutcliffe, J.R. and M.F. Ward, *Key debates in psychiatric/mental health nursing*. 2006, Edinburgh: Churchill Livingstone.
3. Powers, P., *Empowerment as treatment and the role of health professionals*. ANS Adv Nurs Sci, 2003. **26**(3): p. 227-37.
4. Rappaport, J., *Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology*. American Journal of Community Psychology, 1987. **15**: p. 121-148.
5. Knuf, A., M. Osterfeld, and U. Seibert, *Selbstbefähigung fördern: Empowerment und psychiatrische Arbeit*. 5. überarb. ed. 2007, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
6. Finfgeld, D.L., *Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations*. Advances in Nursing Science, 2004. **27**: p. 44-52.
7. Cleary, A. and M. Dowling, *The road to recovery*. Mental Health Practice, 2009. **12**(5): p. 28-31.
8. Warner, R., *Recovery from schizophrenia and the recovery model*. Current Opinion in Psychiatry, 2009. **22**: p. 373-380.
9. Barker, P., *The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care*. International Journal of Mental Health Nursing, 2003. **12**: p. 98-102.
10. Agerbo, E., et al., *Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 2004. **61**: p. 28-33.
11. Richter, D., B. Eikelmann, and T. Reker, *Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker*. Gesundheitswesen, 2006. **68**: p. 704-707.
12. Burns, T., et al., *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial* The Lancet, 2007. **370**: p. 1146-1152.
13. Eikelmann, B., T. Reker, and D. Richter, *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2005. **73**: p. 664-673.
14. Repper, J. and R. Perkins, *Social inclusion and acute care*, in *Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner*, M. Harrison, Editor. 2004, Sage: London. p. 51-77.
15. Richter, D., *Soziale Inklusion: Eine neue Aufgabe für die psychiatrische Pflege?*, in *Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel*, M. Schulz, et al., Editors. 2007, Ibcura: Unterostendorf. p. 17-26.
16. Leff, J. and R. Warner, *Social inclusion of people with mental illness*. 2006, Cambridge, Engl.: Cambridge University Press.
17. Repper, J. and R. Perkins, *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. 2003, Edinburgh: Ballière Tindall.
18. McHugh, S.A., K. Storey, and N.J. Certo, *Training job coaches to use natural support strategies*. Journal of Vocational Rehabilitation, 2002. **17**: p. 155-163.
19. Nelson-Jones, R., *Life Coaching Skills: How to Develop Skilled Clients*. 2007, London: Sage.
20. Neenan, M., *From cognitive behaviour therapy (CBT) to cognitive behaviour coaching (CBC)*. Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavioural Therapy, 2008. **26**: p. 3-15.
21. Biswas-Diener, R., *Personal coaching as a positive intervention*. Journal of Clinical Psychology: In Session, 2009. **65**: p. 544-553.
22. Roberts, G. and P. Wolfson, *The rediscovery of recovery: open to all*. Advances in Psychiatric Treatment, 2004. **10**: p. 37-49.
23. Schenk, S. and K. Hartley, *Nurse Coach: Healthcare resource for this millenium*. Nursing Forum, 2002. **37**(3): p. 14-20.
24. Huffman, M., *Health Coaching: A new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes*. Home Healthcare Nurse, 2007. **25**(4): p. 271-274.
25. Arkowitz, H., H.A. Westra, and W.R. Miller, eds. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2007, Guilford: London.
26. Callaghan, P., J. Playle, and L. Cooper, *Mental Health Nursing Skills*. 2009, Oxford: Oxford University Press.



27. Pope, C., N. Mays, and J. Popay, *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence*. 2007, Maidenhead: Open University Press.
28. Finfgeld, D.L., *Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 2008. **19**: p. 111-119.
29. Lamnek, S., *Qualitative Sozialforschung: Methoden und Techniken*. Vol. Bd. 2. 1989, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
30. Häder, M. and S. Häder, eds. *Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften: Methodische Forschungen und innovative Anwendungen*. 2000, Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
31. Hasson, F., S. Keeney, and H. McKenna, *Research guidelines for the Delphi survey technique*. J Adv Nurs, 2000. **32**(4): p. 1008-15.
32. Keeney, S., F. Hasson, and H.P. McKenna, *A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing*. Int J Nurs Stud, 2001. **38**(2): p. 195-200.