

Psychiatrische Pflege – Wohin gehst Du?

Vortrag für das Jubiläum „25 Jahre BKH Kempten“

Michael Mayer

11. Oktober 2011

Guten Tag sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Ich freue mich mal wieder hier am BKH Kempten zu sein und ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung zu diesem Symposium. Ich habe in diesem Haus meine ersten Gehversuche in der Psychiatrie gemacht. Und das was ich hier an psychiatrischer Arbeit kennengelernt habe, hat mich geprägt. Es ist der Grundstein zum dem, was ich Ihnen heute erzählen werde.

Ich wurde gebeten, Ihnen etwas über die Zukunft der psychiatrischen Pflege zu erzählen. Das klingt vermessen, denn was die Zukunft bringt, kann man natürlich nicht wissen. Dennoch will ich versuchen, aus dem, was man heute erkennen kann, ein Bild von der Zukunft der psychiatrischen Pflege zu entwickeln. Es wird ein ganz persönliches Bild werden. Es mag also durchaus andere Vorstellungen von der Zukunft der psychiatrischen Pflege geben. Da bin ich gerne bereit, darüber zu diskutieren

Ich halte es für wichtig, dass wir eine Vorstellung von der Zukunft unserer Profession entwickeln, dass wir gerade in diesen ökonomisch dominierten Zeiten eine Vision von psychiatrischer Arbeit und dem Beitrag der psychiatrischen Pflege für psychisch kranke Menschen entwickeln. Visionen leiten unser Denken, Tun und Handeln und im Hier und Jetzt.

Die Zukunft der psychiatrischen Pflege kann nur mitgestalten, wer eine Vorstellung von dieser Zukunft hat. Ich möchte Sie heute zu einer Vision der psychiatrischen Pflege anregen.

1 Die offene Entwicklung des Pflegeberufs

Die erste Phase der Akademisierung

Jede Zukunft basiert auf einer Vergangenheit. Mit diesem Symposium feiern wir 25 Jahre BKH Kempten. In diesen 25 Jahren hat sich auch die Pflege verändert. Sie befindet sich seit dieser Zeit in einem tief greifenden Veränderungsprozess. Vor gut 25 Jahren begann in Deutschland die Akademisierung unseres Berufs. In der Praxis hat man damals nicht viel davon mitbekommen, außer vielleicht, dass man plötzlich bei jeder Fortbildung über Pflege-theorien diskutieren musste. Doch welche Bedeutung sollten die Unterschiede zwischen Peplau, Watson und Orlando für die Praxis haben?

Einige von Ihnen werden sich vielleicht an diese "heiße" Zeit der Pflege-theorien von damals erinnern. Und sie merken heute, dass offenbar nichts so heiß gegessen wird, wie es gekocht wird. Es ist heutzutage ruhiger geworden um die Pflege-theorien. Ihre Bedeutung haben sie vor allem in der Ausbildung und in der Konzeption von Curricula.

Dennoch hat die Akademisierung bereits ihre Spuren in der Pflege hinterlassen. Pflegedienstleitungen und Lehrkräfte in der Ausbildung werden heute fast nur noch mit Akademikern besetzt. Die Akademisierung der Pflegedirektion und der Kranken-pflegesschulen ist heute weitgehend abgeschlossen.

Die zweite Phase der Akademisierung

Und nun beginnt die zweite Phase, die Akademisierung der Pflegepraxis. Manch einer mag denken, dass dies noch weit weg ist, aber dem ist nicht so. Ich möchte Ihnen nur ein paar Beispiele geben.

So probierte die Krankenpflegeschule am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren verschiedene Modelle von Pflegeausbildung aus. Es wurde eine gemeinsame Ausbildung in Alten- und Krankenpflege entwickelt oder die ausbildungsbegleitende Qualifikation zur Fachhochschulreife angeboten.

Bereits vor vier Jahren stellte Prof. Ewers, bei einem Symposium in Irsee, das Konzept einer pflegerischen Hochschulausbildung vor. Im Wintersemester 2008/2009 wurden die ersten Studenten aufgenommen. Letztes Jahr hatte ich dann den ersten Praxisanleiter in der Weiterbildung, der einen Pflegestudenten anleitete.

Manch einer mag nun denken, dass München vom Allgäu immer noch weit weg ist. Allerdings nicht so weit, dass es uns nicht betrifft. In meiner Nachbarschaft, in Kaufbeuren, hat eine junge Frau dieses Jahr ihr Abitur gemacht. Sie interessierte sich für den Pflegeberuf und in Kaufbeuren hat sie da eine große Auswahl, schließlich gibt es zwei Krankenpflegeschulen. Aber diese junge Frau wird von Kaufbeuren wegziehen, sich in Dachau ein Zimmer nehmen und dort im Krankenhaus ihre Ausbildung beginnen. Und im Herbst beginnt sie an der Hochschule München ein Pflegestudium zum Bachelor of Nursing.

Nun ist das alles nur für diejenigen, die Pflege neu lernen wollen. Aber was ist mit uns, die wir bereits einen Berufsabschluss haben? Da hat Prof. Michael Schulz aus Bielefeld gerade ein Angebot für die psychiatrische Pflege. Er hat diesen Monat mit einem Bachelor-Studiengang in "Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit" begonnen.

Damit soll Pflegenden, die eine ganz normale Pflegeausbildung absolviert haben, eine Alternative zur Fachweiterbildung angeboten werden. Der Studiengang qualifiziert für die Pflegepraxis. Er bietet aber auch die Möglichkeit weiter zu machen, mit Master oder Promotion zum Doktor der Pflege und damit eine eher wissenschaftliche Laufbahn einzuschlagen. Wir sehen, die Akademisierung verändert die Karriereewege in der Pflege, bereits heute.

Auswirkungen auf die Praxis

Aber was bedeutet das nun für diejenigen in der Pflege, die nicht studiert haben? Die erste Phase der Akademisierung betraf vor allem Leitungs- und Ausbildungsfunktionen in der Pflege. Man musste sich daher in der Praxis keine Gedanken zu "den Studierten" machen, denn die Kollegen, die studierten, verließen die Praxis. Aber das könnte und muss sich in Zukunft ändern, und dann? Was wird dann aus einer ganz normalen Pflegekraft, die eine dreijährige Ausbildung absolviert hat? Sind Pflegenden, die "nur" eine dreijährige Ausbildung absolviert haben, in Zukunft noch gut genug für die Pflege?

Ich denke: "Ja, natürlich!" Wir werden in der Zukunft unterschiedliche Qualifikationen in der Pflege brauchen. Wir brauchen Pflegenden mit Ausbildung und wir brauchen aber auch Pflegenden mit Studium. Wir brauchen aber vor allem einen fließenden Übergang zwischen Ausbildung und Studium.

Wir brauchen Leute, die uns helfen wissenschaftliches (Pflege-)Wissen zu generieren und in die Praxis zu transferieren. Und wir brauchen Leute, die uns helfen, Erfahrungen aus der Praxis an die Hochschulen zu bringen.

Die Pflege der Zukunft ist wirkungsvoll

Es darf sich daher nicht nur die Ausbildung der Pflege verändern, auch der Beruf selbst muss sich weiter entwickeln. Wir brauchen in Zukunft eine Pflege, die einen eigenständigen Beitrag im Gesundheitsbereich leistet, auch für die psychische Gesundheit. Aus meiner Sicht müssen wir eine zukunftsorientierte Pflege vor allem in drei Bereiche weiter entwickeln:

1. Wir müssen ein Selbstbewusstsein für den Wert und die Besonderheit unserer pflegerischen Arbeit entwickeln,
2. Wir müssen unsere therapeutischen Kompetenzen weiter ausbauen und
3. Wir müssen unser wissenschaftliches Fundament ausbauen.

Das kann und muss durch eine bessere Verzahnung zwischen Praktikern und Wissenschaftlern gelingen.

2 Pflege auf dem Weg in die Zukunft

2.1 Selbstbewusstsein: Experte für psychische Gesundheit

2.1.1 Der Nutzen psychiatrischer Pflege

Selbstdefinition

Die historische Bürde der Pflegeberufe ist ihr gespanntes Verhältnis zur Medizin. Die Pflege entstand als ärztlicher Hilfsberuf, auch in der Psychiatrie schnitzten Ärzte die Wärter nach ihren Bedürfnissen. Man brauchte jemanden, der auf die Kranken aufpasste, jemand der auf den Stationen für Ordnung und Sicherheit sorgte. Man brauchte "Wärter".

Natürlich hat sich die Rolle der "Wärter" in der Psychiatrie im Laufe der Jahrzehnte gewandelt. Mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde auch die psychiatrische Pflege therapeutischer. Dennoch konnten Björdahl, Palmstierna und Hansebo (2010) zeigen, dass Sicherheit und Ordnung immer noch ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Pflege ist. Bei einer Befragung von Pflegepersonen auf psychiatrischen Akutstationen in England identifizierten die Pflegeforscher zwei grundsätzliche Pflegestile: die „Bulldozer“ und die „Balletttänzer“. Während für die „Balletttänzer“ der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten das Wichtigste ist, sorgen die „Bulldozer“ für Sicherheit und Ordnung auf Station.

Nun kommen die Pflegestile natürlich kaum in Reinkultur vor. Sie werden jedoch als Schwerpunkt in der Arbeit psychiatrisch Pflegende wahrnehmbar. Leider widersprechen sich diese Pflegestile und diese Widersprüche sind auch für Patienten wahrnehmbar. Für den englischen Professor der psychiatrischen Pflege, Phil Barker (2011), ist die übermäßige Betonung von Kontrolle und Ordnung in der psychiatrischen Pflege ein überkommenes Relikt aus der Fremddefinition durch Ärzte, aus der Zeit der Wärter. Er fordert die psychiatrische Pflege daher auf, sich endlich selbst zu definieren und sich nicht von Institutionen oder anderen Berufen vorschreiben zu lassen, was pflegerische Aufgaben seien.

Orientierung am Nutzer

Leider neigt die Pflege in ihrer Theorie gerne zu einer Idealisierung und Selbstverherrlichung der eigenen Arbeit. Pflege wird dann zu einem fast "spirituellen" Ereignis und die pflegerische Beziehung zum nahezu vergötterten Ideal. Dies steht dann im Widerspruch zur Praxis, in der die Beziehung selten ideal erlebt wird. Manchmal kommt man vor lauter Organisation der Station überhaupt nicht dazu, mit seinen Bezugspatienten zu sprechen. Beziehungsarbeit ist in der psychiatrischen Pflege oft schwierig.

Wir brauchen daher dringend ein Selbstverständnis, das unsere therapeutische Arbeit betont. Wir brauchen Konzepte, die den Bedürfnissen der von uns gepflegten Patienten entgegenkommen. Die psychiatrische Pflege hat nur dann eine Zukunftsberechtigung als eigenständige Profession in der Psychiatrie, wenn sie einen konkreten Nutzen für psychisch kranke Menschen hat. Da reicht es nicht, einfach eine "gute Beziehung" anzubieten.

Nicht die Beziehung ist wichtig und auch nicht, das was wir tun, sondern die Wirkung, die der Patient und seine wichtigen Bezugspersonen von unserer Arbeit wahrnimmt. Eine Profession muss sich vor allem über ihren Nutzen für ihre Klienten definieren. Doch welchen Nutzen kann die Pflege für einen Patienten haben? In Anlehnung an den Pflegewissenschaftler Hermann Brandenburg (2002) von der philosophisch-theologischen Hochschule Vallendar sehe ich verschiedene Möglichkeiten, wie Pflege nützlich sein kann:

- Die Pflege kann dem Pflegenutzer helfen seine Erkrankung und Lebenssituation besser zu verstehen. Dazu brauchen wir eine fundierte Pflegediagnostik.
- Die Pflege kann den Pflegenutzer bei der Bewältigung seiner Erkrankung und den Anforderungen in seinem Leben unterstützen. Dazu müssen wir uns bei psychischen Erkrankungen und ihren Folgen für den Alltag von Menschen auskennen. Wir müssen Konzepte zur Bewältigung einer Erkrankung und zum Umgang mit Behinderungen im Alltag haben. Dazu müssen wir auch auf wissenschaftlich Befunde zurückgreifen können.
- Die Pflege bietet dem Nutzer Sicherheit. Wir haben in der Pflege gelernt mögliche Risiken für unsere Nutzer oder seine Umgebung systematisch zu erkennen. Wir haben Konzepte zum Risikomanagement, zur gesunden Ernährung, zum Umgang mit Aggression und Gewalt, mit Suizidalität u.a.
- Die Pflege hat ihren Fokus auf dem alltäglichen Leben. Wir unterstützen psychisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Wir fahren mit ihnen nach Hause und beraten sie in ihrem häuslichen Umfeld.

Als professionelle Pflegepersonen sind wir Experten für Gesundheitsförderung und zur Bewältigung von Alltagsanforderungen. Dabei liegt der pflegerische Fokus auf den individuellen Bedürfnissen unserer Nutzer.

2.1.2 Bedeutung der Individualität

Die Krankenschwester als Mädchen für alles

In unserem Alltag kommt diese Bedürfnisorientierung leider manchmal zu kurz. Allzu leicht gerät die Pflege unter die Räder der institutionellen Anforderungen. Wenn es etwas zu organisieren gibt, wer ist zuständig? Die Pflege. Wenn gerade keine Therapeuten da sind, wer ist zuständig? Die Pflege. Wenn die Stationssekretärin nicht

mehr da ist, wer ist zuständig? Die Pflege. Wenn die Reinigungskräfte ihre Arbeit beendet haben, wer ist zuständig? Die Pflege.

Ich stelle mir da manchmal schon die Frage, wie man Geld für die psychiatrische Weiterbildung Pflegenden fordern kann, wenn die Absolventen danach Betten waschen.

Eine professionelle Pflege

Die Pflege hat aber Potenzial zu mehr. Ich glaube, dass Pflegende in Zukunft einen wichtigen Beitrag für die Versorgung psychisch kranker Menschen leisten werden. In ihrem Kern ist die Pflege für mich ein therapeutischer Beruf und wir müssen anpassen, dass wir nicht einfach für alles zuständig sind.

Immer wieder müssen wir uns bewusst machen, was der Kern unserer Arbeit ist, sonst laufen wir im gegenwärtigen System Gefahr, dass wir weiterhin von anderen, nach deren Bedürfnissen, definiert werden.

Aber, was ist der Kern unserer Arbeit? Was steht im Zentrum der psychiatrischen Pflege? Die individuelle Situation der Menschen, die zu uns kommen. Eine professionelle Pflege orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen von Menschen. Eine professionelle Pflege erkennt und fördert individuelle Fähigkeiten. Dazu müssen wir lernen den Patienten zu verstehen und ihm helfen, sich selbst besser zu verstehen.

Wir suchen in der Pflege nicht nach Krankheiten, daher ist "Krankheitseinsicht" für uns unbedeutend. Wir wollen auch kein "störendes" Verhalten verändern. Wir wollen vielmehr die individuelle Sichtweise eines Menschen verstehen und wir gehen davon aus, dass jedes Verhalten für einen Menschen Sinn macht. Manchmal erschließt sich dieser Sinn allerdings nur, wenn man die Biografie eines Menschen kennt. Professionelle Pflege hilft Menschen, ihr Leben zu leben (Barker, 2010).

Natürlich gibt es in der psychiatrischen Pflege große Überschneidungsbereiche zu anderen Professionen in der Psychiatrie. Das liegt auch an der Besonderheit psychiatrischer Arbeit. Phil Barker (2010) hat mal gesagt, dass die besten Konzepte psychiatrischer Pflege von Ärzten stammen. Er meinte damit zum Beispiel das Konzept der Soteria von Mosher und Ciompi oder das Bedürfnismodell von Alanen. Es gibt Ärzte und Psychologen, die verdammt gute pflegerische Arbeit machen. Andererseits gibt es aber auch Pflegende, die gute Psychotherapeuten sind. Und es gibt Pflegende, die Ideen für eine richtig gute Psychopharmakotherapie entwickeln können.

2.1.3 Positionierung als Beruf

Trotz dieser Überschneidungen ist es aber wichtig, dass wir den Kern unserer Arbeit darstellen können. Dazu müssen wir die zentralen Konzepte der psychiatrischen Pflege kennen.

Zentrale Konzepte der Pflege

Der Pflegewissenschaftler Dirk Richter (2010) hat auf der Basis einer Literaturanalyse sowie durch Befragung von Pflegenden und Nutzern eine erste Auswahl von Konzepten für die psychiatrische Pflege vorgeschlagen.

- Als ein zentrales Konzept nennt er das "Empowerment". Mit Hilfe dieses Konzepts unterstützen psychiatrische Pflegeprofis ihre Patienten, damit die-

se ihr Leben wieder selbst in Hand nehmen können. Wir unterstützen die soziale Integration und ermuntern unsere Patienten zur Mitsprache und Mitentscheidung bei ihrer Therapie und letztlich auch zu einem gesellschaftspolitischen Eintreten für ihre Rechte.

- Ein weiteres Konzept ist "Recovery", mit dem die Genesung des Patienten gefördert werden soll. Es handelt sich im Prinzip um eine Erweiterung des Empowerment und zwar um das Prinzip "Hoffnung". Dieses Pflegekonzept hat vor allem in der englischsprachigen Pflegeliteratur eine sehr große Bedeutung erhalten. Dieses Pflegekonzept hat vor allem in der englischsprachigen Pflegeliteratur eine sehr große Bedeutung erhalten.
- Weitere Konzepte der psychiatrischen Pflege sind das Konzept der "Sozialen Inklusion", mit dem soziale Bindungen gestärkt werden sollen, das Konzept des "Coachings", mit dem Problembewältigungen unterstützt werden und das "Motivational Interviewing", das ursprünglich in der Suchttherapie entwickelt wurde und die Motivation zur Selbstbefähigung stärken soll. In der englischsprachigen Pflege wird das Konzept des "Motivational Interviewing" inzwischen als ein zentrales Konzept der Pflege psychisch kranker Menschen empfohlen (Callaghan, Playle & Cooper, 2009 nach Richter et al. 2010). Vor Kurzem bin ich über eine Untersuchung gestolpert, die den Nutzen des "Motivational Interviewing" auch in der neurologischen Rehabilitation von Schlaganfallpatienten nachweist (Thompson, 2011).

Differenzierung statt Durchschnitt

Wie sie sehen, haben sich die Konzepte der psychiatrischen Pflege in den letzten Jahren zunehmend verfeinert. Natürlich sind damit auch höhere Anforderungen an psychiatrisch Pflegende verbunden. Es ist daher unbedingt notwendig, dass wir uns für diesen speziellen Fachbereich spezialisieren. Eine allgemeine Ausbildung in Pflege ist eine gute Basis für ein therapeutisches Arbeiten in der Psychiatrie, aber sie reicht nicht aus. Eine "one size fits all"-Ausbildung (Holmes, 2006) kann nur eine Ausgangsbasis für eine pflegerische Arbeit in der Psychiatrie sein. Wie jeder besondere Fachbereich braucht auch die Psychiatrie eine Spezialisierung, derzeit als Fachweiterbildung, zukünftig als Studium.

Dennoch wird es heute immer schwieriger an einer psychiatrischen Fachweiterbildung teilzunehmen. Die Weiterbildungsplätze sind stark reglementiert. Man spricht davon, dass man die Quote der notwendigen Fachkräfte erreicht habe, meint damit aber lediglich eine Finanzierungsquote. Eine selbstbewusste Pflege muss diese Frage muss ökonomische und inhaltliche Fragen miteinander verknüpfen.

Wir wissen, dass Fachweiterbildungen teuer sind, dass Fachpflegende für Psychiatrie etwas besser verdienen, eben darum müssen wir uns auch Gedanken darüber machen, wie wir deren spezielles Know-how in der psychiatrischen Praxis nutzen. Letztlich geht es auch hier um den Nutzen für unsere Patienten. Nur wenn unsere Patienten merken, dass sie von einer Fachkraft für psychiatrische Pflege betreut werden, hat die Weiterbildung eine Zukunft!

2.2 Therapeutische Kompetenz: Beziehungsgestaltung

2.2.1 Pflege als therapeutische Intervention

Wir müssen lernen, unsere therapeutische Kompetenzen für psychisch kranke Menschen offensiv zu vertreten. Auf einer Tagung der Fachpflege für Psychiatrie (13.09.2011 im Bildungswerk Irsee) wurde vor Kurzem darüber diskutiert, ob die psychiatrische Pflege therapeutisch ist. Erstaunlicherweise gab es dazu unterschiedliche Ansichten. Aus meiner Sicht ist das gar keine Frage. Die Pflege ist therapeutisch.

Pflege oder Psychotherapie

Ich möchte Ihnen das am Beispiel einer Definition für Psychotherapie verdeutlichen. Für Prof. Schüßler ist Psychotherapie "... ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patienten, Therapeuten und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden" (Schüßler, 2009, S. 152)

"Ein bewusster und geplanter Prozess der Interaktion," könnte man so nicht auch die pflegerische Beziehung definieren?

Schüßler schreibt außerdem, dass es in der Psychotherapie um die "Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen" geht. Auch das könnten wir in der Pflege problemlos unterschreiben. Unsere Pflege zielt auf "Wohlbefinden" und persönliche "Reife" (Peplau, 1995)

Vielleicht unterscheiden wir uns letztlich nur in der Art, wie wir diese Leidenszustände beeinflussen. Mediziner nutzen biologische Interventionen, psychologische Psychotherapeuten bearbeiten die Störungen mit Hilfe von vor allem kommunikativer Techniken und in der psychiatrischen Pflege bearbeiten wir individuelle Probleme, indem wir die Fähigkeiten und Ressourcen von Menschen stärken. Da nutzen wir Kommunikation, manchmal aber auch ein gemeinsames Handeln, und wenn es notwendig ist, übernehmen wir auch mal einen Teil der Selbstpflege.

2.2.2 Psychiatrische Arbeit ist Beziehungsarbeit

Jeder dieser therapeutischen Ansätze basiert auf einer Interaktion und kann daher nur mithilfe einer vertrauensvollen Beziehung therapeutisch wirksam werden.

Die therapeutische Beziehung ist ein zentraler Aspekt jeder therapeutischen Arbeit. Sie hat für unsere Nutzer subjektive Bedeutung. Therapie erschöpft sich aber nicht in Beziehung. Es geht eben nicht "nur" um Beziehung, sondern um Therapie, um Veränderung. In der Pflege wollen wir mithilfe der Beziehung, im Sinne eines Recovery-Ansatzes, auch positive Erwartungen mobilisieren.

Beziehungen haben subjektive Bedeutung

Die erlebte Beziehung zu Mitarbeitern ist für Nutzer psychiatrischer Dienstleistungen eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale ihre Behandlung. In einer Befragung von Suchtpatienten konnten Nordfærn und Kollegen (2010) zwei Faktoren herausarbeiten, die deren Wahrnehmung der Behandlungsqualität entscheidend beeinflussten: (1) die therapeutische Beziehung zu den Professionellen und (2) die Gespräche mit Mitpatienten. Während die Gespräche mit Mitpatienten häufig für die Motivation

ausschlaggebend waren, wurde in der unterstützenden Beziehung zu den Profis die Basis für hilfreiche Interventionen gelegt.

Beziehungen geben Hoffnung

Auch hier möchte ich noch einmal auf den Psychotherapeuten Schüßler (2009) verweisen. Für ihn ist die therapeutische Beziehung der "robusteste Prädiktor des Psychotherapieerfolgs" (S. 153). Selbst eine rein pharmakologische Behandlung wirkt bei einer vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung besser. Außerdem hält Schüßler (2009) es für wichtig, dass in der psychotherapeutischen Beziehung Hoffnungen und positive Erwartungen vermittelt werden. Denn Hoffnung führt seiner Ansicht nach, ganz im Sinne eines Recovery-Ansatzes, zur Linderung und Besserung der Symptomatik.

Pflege fördert Beziehungen

Die Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Pflege erschöpft sich aber nicht in einer individuellen therapeutischen Beziehung. Die psychiatrische Pflege fördert auch die Beziehungen der Patienten untereinander, zu ihren relevanten Bezugspersonen und anderen für unsere Nutzer bedeutende Personen. Die Förderung sozialer Beziehungen gehört zu den zentralen Aufgaben psychiatrischer Pflege.

2.2.3 Professionelle Beziehungskompetenz

Emotions- und Gefühlsarbeit

Nun sind Beziehungen natürlich immer mit Emotionen verbunden. Daher spielen Emotionen in der Pflege eine wichtige Rolle. Wir müssen in der psychiatrischen Pflege lernen unsere eigenen Emotionen zu regulieren, dass wir nicht gleich aus der Haut fahren, wenn ein Patient unzufrieden auf uns reagiert. Wir müssen aber auch lernen, die Emotionen von Patienten günstig zu beeinflussen. Emotionen sind die Basis unserer pflegerischen Beziehungsarbeit.

Selbstreflexion von Beziehungserfahrungen

Unsere Beziehungskompetenz entwickelt sich im Laufe unseres Lebens, aus den verschiedenen Beziehungserfahrungen, die wir machen. Für eine therapeutische Beziehungsarbeit ist es daher hilfreich, die eigenen Beziehungserfahrungen gut zu kennen. Wir arbeiten in der psychiatrischen Pflege mit unserer eigenen Person, die sollten wir in Supervisionen, Balintgruppen und Selbsterfahrungen gut kennengelernt haben.

Pflegerische Psychotherapie

Übrigens lernt man Beziehungsarbeit nicht durch Bücher. Die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe stärkt die Wissensbasis von Pflegenden, vielleicht auch die methodischen Kompetenzen, aber nicht die Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung. Die müssen wir uns nach wie vor in der täglichen Beziehungsarbeit aneignen und dazu brauchen wir systematische Reflexionsmöglichkeiten.

Je mehr therapeutische Verantwortung die psychiatrische Pflege übernimmt, desto mehr wird sie ihre therapeutischen Fähigkeiten entwickeln müssen. Wir brauchen

daher in Zukunft eine systematische Qualifizierung in pflegerischer Beziehungsarbeit. Außerdem muss es für Absolventen pflegerischer Studiengänge möglich sein, sich zum "pflegerischen Psychotherapeuten" ausbilden zu lassen.

2.3 Wissenschaftliches Fundament: Wirksamkeit nachweisen

2.3.1 Qualifikationswege der psychiatrischen Pflege

Kommen wir zum dritten Standbein einer professionellen psychiatrischen Pflege: der wissenschaftlichen Basis unserer Arbeit.

Die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen sind ursprünglich um den Arztberuf herum entstanden (Brucks, 2001). Berufe mit klar umgrenzten eigenen Tätigkeitsbereichen, wie Ergotherapeuten oder Psychotherapeuten, entwickelten im Laufe der Jahre ein eigenständiges Arbeitsfeld. Für die Pflege war dies, aufgrund ihrer Nähe zur ärztlichen Tätigkeit schwieriger. Zudem gibt es in der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen oft widersprüchliche Strömungen.

Durchlässigkeit zwischen den Berufen

Wir befinden uns heute jedoch in einer Zeit, in der auch Ärzte Schwierigkeiten haben. Zum einen mangelt es ihnen an Nachwuchs. Zum anderen gibt es auch innerhalb der Ärzteschaft eine zunehmende Spezialisierung, mit der Folge, dass die Position der Allgemeinärzte schwieriger geworden ist. Aber auch die Professionalisierung der Pflege bleibt nicht ohne Folgen für den ärztlichen Beruf.

Bereits 2001 entwarf die Psychologin Brucks eine interessante Neuordnung der Berufe im Gesundheitswesen. Die Basis bilden berufliche Ausbildungen, wie Krankenpflege, Physiotherapie, Heilpädagogik und ein medizinischer Fachberuf, der die klassische Arzthelferin ersetzt, aber auch Elemente des Heilpraktikers, des Rettungssanitäters und der Fußpflege umfasst. Die Absolventen dieser Studiengänge könnten ebenso wie Abiturenten direkt in ein Studium der Medizin oder von "Pflege und Gesundheit" einsteigen.

Der Studiengang "Pflege und Gesundheit" verknüpft die Fächer Pflege und Medizin und eröffnet die Möglichkeit einer Weiterbildung zur Allgemeinmedizin, aber auch zu Fach- und Leitungsfunktionen sowie zum Unterricht an beruflichen Schulen. Auch das Studium der Psychologie sollte in ein solches Konstrukt integriert werden. Damit verlöre die Medizin ihre Sonderstellung im System der Krankenversorgung. Die Berufsschneidungen, so nennt man die Abgrenzung der Berufe zueinander, würde sich eher an praktischen Erfordernissen, statt an Standesüberlegungen orientieren.

Übrigens empfahl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bereits 2007 die Prüfung von Modellen erweiterter Pflegepraxis, wie "Advanced Nursing Practice".

2.3.2 Internationale Pflegeforschung

Um sich als Beruf weiter zu entwickeln, muss die Pflege den Weg der Akademisierung der Pflegepraxis weiter gehen. Hier ist uns die internationale Pflege voraus.

Während in der deutschen "Psych. Pflege heute" vorwiegend Expertenmeinungen publiziert werden, beschäftigt sich das international renommierte "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" aus England mit psychiatrischer Pflegeforschung

auf höchstem Niveau. Die Augustausgabe beginnt beispielsweise mit einer Literaturübersicht, das ist eine Zusammenfassung verschiedener Forschungsliteratur, zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Faktoren in der Schizophrenieentwicklung. Dann folgt eine Studie zur individuellen Bedeutung von Recovery für Nutzer der psychiatrischen Pflege, eine Literaturübersicht zur Gesundheitsförderung in der Psychiatrie, eine Literaturübersicht zum therapeutischen Nutzen von kreativen Techniken, eine Studie zur aktiven Beteiligung von suizidalen Patienten an ihrer Behandlung usw. Es würde zu weit führen alle Artikel hier aufzuführen. Es sollte lediglich deutlich werden, welchen Stellenwert Pflegeforschung in dieser psychiatrischen Zeitschrift hat.

Nun ist es nicht so, dass sich die deutsche Pflegeforschung verstecken müsste. Es gibt eine Reihe von psychiatrischen Pflegeforschern, die regelmäßig englischsprachig veröffentlichen, die Schweizer Needham oder Abderhalden beispielsweise. Außerdem gibt es die letzten Jahre auch immer wieder psychiatrische Pflegeforschung, die in ärztlichen Journalen veröffentlicht wird (vgl. Richter und Needham, 2006; Richter und Berger, 2009). Auf der Ebene der Forschung ist die gegenseitige Anerkennung der Professionen schon recht weit entwickelt.

In meiner Vision wird die psychiatrische Pflegeforschung, die praktische Arbeit in der Psychiatrie in Zukunft entscheidend prägen. Wir sind hier bereits auf dem Weg und da kann uns nichts mehr aufhalten. Wir können, glaube ich, nur noch die Geschwindigkeit dieses Prozesses beeinflussen.

2.3.3 Pflegeforschung in der konkreten Patientenarbeit

Doch wie kann das aussehen, wie kann man Forschung für die Praxis nutzbar machen. Ich möchte Ihnen dazu ein paar Beispiele geben.

Common sense model of illness

In der Fachweiterbildung zur psychiatrischen Pflege nutzen wir das "Common Sense Model of Illness" von Leventhal und Kollegen (1992) als erste Annäherung an den subjektiven Blickwinkel der Betroffenen. In der Pflege interessiert uns vor allem das subjektive Erleben von Menschen. Jeder Mensch entwickelt eine Vorstellung von seiner Erkrankung. Dabei versucht er, nach Ansicht der Forschergruppe um Leventhal (1992) Antworten auf folgende Fragen zu finden:

- Was habe ich da? (Identity)
- Warum habe ich das? (Cause)
- Welche Folgen hat es für mich (Consequences)
- Wie wird die Erkrankung weiter gehen? (Time line)
- Wie kann ich meine Erkrankung beeinflussen? (Control)

Mit dieser Befragung haben wir schon eine ganze Menge pflegerelevanter Informationen bekommen. Wir wissen, worunter der Betroffene leidet und welche Ressourcen er wahrnimmt. Bei der Arbeit mit dem "common sense model of illness" beziehen wir uns auf psychologische Forschung. Auch das ist ein Merkmal unserer pflegerischen Arbeit, die Pflege als Praxis nutzt, ebenso wie die Medizin, verschiedene Wissenschaften für ihre praktische Arbeit.

POP-Einführung in der Forensik des BKH Kaufbeuren

Ich möchte Ihnen noch ein weiteres Beispiel für hilfreiche Pflegeforschung geben. In der forensischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren führen wir derzeit die Pflegeplanung nach Praxisorientierter Pflegediagnostik (POP, Stefan et al., 2009) ein. Dabei verwenden wir Erkenntnisse aus der Pflegeforschung.

Im ersten Schritt haben wir die Qualität der bereits bestehenden Planung mit einem in der Pflegewissenschaft entwickelten Messinstrument überprüft (Müller-Staub et al., 2008). Mit diesem Instrument, dem "Quality of Nursing Diagnosis, Interventions, and Outcomes" von Müller-Staub, Needham und anderen (2008) messen wir auch die Qualitätsentwicklung im Laufe der Umsetzung.

Zu Unterstützung einer verstehensorientierten Perspektive in der Pflegediagnostik nutzen wir eine Forschungsarbeit von Müller-Staub (2006), die das Modell der Kollegialen Beratung für die Pflegediagnostik adaptierte.

Bei der Nutzung wissenschaftlicher Ergebnisse in der Praxis durchlaufen diese natürlich einen Veränderungsprozess. Das Leben ist immer ein bisschen anders, als es in der Wissenschaft dargestellt wird. Meist ist es viel reichhaltiger, eben lebendiger.

3. Fazit: Der Weg ist das Ziel!

Ich komme nun zum Abschluss meines Vortrags. Ich wollte Ihnen mit meinen Überlegungen einige, aus meiner Sicht wesentlichen, Bausteine der Zukunft einer psychiatrischen Pflege aufzeigen. Ich wollte Ihnen keine Angst machen, sondern Sie ermuntern diese Zukunft mitzugestalten.

Aus meiner Sicht ist Pflege keine Wissenschaft, sondern eine Praxis, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden beruht.

In meiner Vision ist ...

- die Pflege der Zukunft ein eigenständiger Ansatz in einer multidisziplinären psychiatrischen Versorgung. Pflegenden unterstützen psychisch kranke Menschen beim Verstehen und bei der Bewältigung ihrer Erkrankung im Alltag.
- die Pflege der Zukunft ist eine anerkannte therapeutische Disziplin und bietet Pflegenden auch die Möglichkeit sich zum pflegerischen Psychotherapeuten zu qualifizieren.
- die Pflege der Zukunft verwendet Methoden, die auf wissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung basieren.
- die Pflegeforschung der Zukunft leistet bedeutende Beiträge für die psychiatrische Forschung.
- im Zentrum einer Pflege der Zukunft liegt die Perspektive der Nutzer und die Stärkung ihrer Gesundheit (Recovery).

Allerdings wird es in Zukunft auch immer schwieriger werden von "der" Pflege zu sprechen. Die Pflege wird sich nämlich zunehmend differenzieren und die Übergänge zwischen den Berufen des Gesundheitswesens, zwischen Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Pflegenden werden fließend.

Entscheidend sind in meiner Vision einer Zukunft nicht die Standesgrenzen der Berufe, sondern die Weiterentwicklung einer Psychiatrie zum Wohle ihrer Nutzer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). Bulldozer und Balletttänzer. *Psych. Pflege Heute*, 16(06), 313-320.
- Brandenburg, H. (2002). Zukunft der Pflege – der soziale Wandel und neue Tätigkeitsfelder in der professionellen Pflege alter Menschen. *Pflegewissenschaft*, 12(5), 2808.
- Holmes, C. A. (2006). The slow death of psychiatric nursing: what next? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 401-415.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG). (2004).
- Kistner, W. (1992). *Der Pflegeprozess in der Psychiatrie: Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege*. München; Jena: Urban und Fischer.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Löhr, M., & Schulz, M. (2010). Einwurf aus der Redaktion. *Psych. Pflege Heute*, 16(05), 232-232.
- Müller-Staub, M. (2006). Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. *Pflege*, 19(05), 0275-0279.
- Müller-Staub, M., Needham, I., Lunney, M., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2008). Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Messinstruments Q-DIO. *Pflege*, 21(05), 0327-0338.
- Nordfærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 46-64.
- Peplau, H. E. (1995). *Interpersonale Beziehungen in der Pflege: ein konzeptioneller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel: Recom.
- Richter, D., & Needham, I. (2006). Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe - Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 33, 1–8.
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter: Psychological consequences of patient assaults on mental health staff. *Der Nervenarzt*, 80(1), 68-73.
- Richter, D., Schwarze, T., & Hahn, S. (2010). Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. Vorläufige Ergebnisse einer Literatursynthese. *Psych Pflege*, 16, 17–20.
- Stefan, H., Eberl, J., Allmer, F., Hansmann, R., Jedelsky, E., Schalek, K., Michalek, A., u. a. (2009). *POP. PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen*. Wien: Springer.
- Thompson, D. R. (2011). Motivational interviewing improves patients' mood and reduces mortality 12 months poststroke. *Evidence-Based Nursing*.