

Krisen begegnen – Weiterentwicklung ambulanter aufsuchender Pflege

Was hat unsere eigene Haltung mit neuen
Formen der Pflege zu tun?

Brigitte Anderl-Doliwa

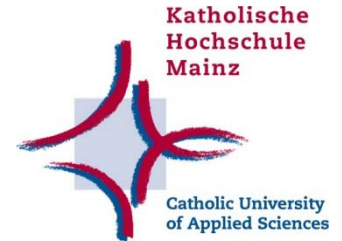
Stiftungsprofessorin erweiterter Pflegekompetenz bei langfristigem
Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie) an der katholischen
Hochschule in Mainz

Agenda



- Warum sollte Psychiatrische Pflege sich im ambulanten/aufsuchenden Bereich (und damit auch im stationären Bereich) weiterentwickeln?
- Was sind die Spezifika einer Erweiterten Pflegekompetenz im ambulanten/aufsuchenden Bereich?
- Welche Kompetenzen brauchen Psychiatrisch Pflegende und wie können sie entwickelt werden?
- Was hat das mit Haltung zu tun?
- Ein kurzer „Ausflug“ zum Stiftungslehrstuhl.

Psychiatrische Pflege im direkten Umfeld der Patienten



- In Großbritannien/Irland seit 1970iger Jahren zentrale Rolle der psychiatrischen Pflege in der ambulanten Versorgung(bis hin zur Medikamentenverschreibung).
- Das Potential der Psychiatrischen Pflege im ambulanten Bereich, innovativ an einer guten, zukunftsfähigen und flächendeckenden(insbesondere auch im ländlichen Bereich) psychiatrischen Versorgung mitzuwirken, ist schon früh in theoretischen Arbeiten untersucht worden (Hitchcock 1971; Richie & Lusky, 1987).
- Insbesondere in Deutschland aber auch in Österreich und der Schweiz hat sich diese Entwicklung, auch aufgrund rechtlicher und finanzieller Hürden, nicht in dem Maße etablieren können.
- Hier hat sich die berufliche Identität eher aus dem Wirken im stationären Bereich gebildet.
- Die Psychiatrische Pflege hat ihren Schwerpunkt im Krankenhaus und in Institutionen.

Psychiatrische Pflege in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen

Mental Health Atlas 2011 – Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization

Land	Psychiater (per 100.000 EW)	Psychiatrisch Pflegende	Betten	Ausgaben in % BSP (nur Zahlen von 2001 verfügbar)	Anteil Psych. Erkrankungen an Gesamtkrankheiten	Ausgaben für die stationäre psychiatrische Versorgung
Deutschland	15,23	56,06	88,70	10,5%	30,9%	59,3% (stat. BA 2010)
Vereinigtes Königreich	17,65	83,23	58,62	5,8%	31,4%	30,92%

Die Psychiatrische Pflege in ambulanten und/oder sektorenübergreifenden bzw. stationersetzenden Settings gewinnt auch in Deutschland aktuell an Bedeutung



Gründe:

- **Demographische und damit einhergehende epidemiologische Veränderungen** zu mehr chronisch kranken Menschen.
- **Epidemiologische Veränderungen** zu mehr Menschen mit mehreren psychiatrischen Diagnosen und/ oder Komorbiditäten.
- Die **größere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen** aufgrund von psychischen Störungen (Zwischen 1990 und 2010 haben die Behandlungstage in Krankenhäusern aufgrund von psychischen Störungen um 58% zugenommen; BARMER GEK Report Krankenhaus 2011).
- Die **zunehmende Bedeutung von psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt** (Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen aufgrund seelischer Erkrankungen).
- **Betroffene müssen einbezogen werden**, weil sich das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Gespräche über die subjektive Bedeutung der Erkrankung positiv auf den Verlauf einer Erkrankung auswirken (Amering & Schmolke 2011).

Die Psychiatrische Pflege in ambulanten und/oder sektorenübergreifenden bzw. stationersetzenden Settings gewinnt auch in Deutschland aktuell an Bedeutung



Gründe:

- **Psychiatrische Krankenhausbehandlung korreliert mit der Chronifizierung Psychischer Störungen** (Wer sich zum zweiten Mal in stationäre Behandlung begibt hat eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit in den kommenden 12 Monaten ein weiteres, dann drittes Mal stationär behandelt zu werden wie ein erstmaliger Fall). Auch wenn sich kein kausaler Zusammenhang Zwischen Klinikaufenthalt und Chronifizierung darstellen lässt, ist diese Häufung bemerkenswert.
- **Die Schwierigkeiten der Umsetzung beim psychiatrischem Entlassungsmanagement**, etwa ein Drittel aller in 2 Jahren nach der Entlassung beobachteten Wiederaufnahmen erfolgt bereits innerhalb der ersten 30 Tage, knapp die Hälfte in den ersten 3 Monaten (BARMER GEK Report Krankenhaus 2011).
- **Die Tatsache das psychiatrische Pflege im direkten Umfeld von ihren Empfängern als weniger paternalistisch und eher partnerschaftlich (und somit wirksamer) wahrgenommen wird** (Bee et.al 2007).

Felder ambulanter psychiatrischer Pflege



- Klassische Ambulante psychiatrische Pflege (108 registrierte Partner der BAP zurzeit).
- Psychiatrische Institusambulanzen, Integrierte Versorgungsverträge, Modellprojekte und Regionale Budgetierungen beinhalten ambulante psychiatrische Pflege entweder als Einzelangebot oder als Teil von Multidisziplinären Angeboten (ACT, Hometreatment, Krisendienste etc.).
- Im April 2014 verzeichnet die Internetseite des Hamburger Netzes psychische Gesundheit 27 IV Projekte mit den Leistungsspektren: Case Management, Psychoedukation ,aufsuchende psychiatrische Pflege, Soziotherapie und Krisenintervention.

Formelle Aufgabenprofile ambulanter psychiatrischer Pflege



- Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit
- Assessment und Monitoring der Medikation
- Medikamentenmanagement
- Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung
- Anwendung psychotherapeutischer Techniken
- Patientenedukation und Gesundheitsförderung
- Einbeziehung von Angehörigen
- Case-Management
- Krisenmanagement
- Management somatischer Begleiterkrankungen
- Quasi-vormundschaftliche Betreuungsarbeit

(Quelle: Meta-Synthese: Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht der Pflegenden, Dirk Richter und Sabine Hahn; 2009.)

Informelle Aufgabengebiete – oder das „Wesen“ der ambulanten psychiatrischen Pflege



1. Informelle Aufgaben

- Aufbau von Vertrauen
- Dasein - „being there“
- Fürsorge - „being concerned“
- Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten
- Beziehung beruhend auf Erfahrung, Intuition, Pragmatismus und Kommunikation
- Akzeptierende, respektvolle, schützende, individuelle, ehrliche und offene Grundhaltung
- Wiederholtes Aushandeln und Teilen von Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation mit dem Patienten

(Quelle: Meta-Synthese: Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht der Pflegenden, Dirk Richter und Sabine Hahn; 2009.)

Informelle Aufgabengebiete – oder das „Wesen“ der ambulanten psychiatrischen Pflege



2. Das „Wesen“ der ambulanten psychiatrischen Pflege (Was bedeutet das für die Haltung?)

- Ambulante Pflege löst Probleme in Vivo nicht in Vitro, das erleichtert zwar die Übertragbarkeit bedarf aber auch einer gewissen „Risikobereitschaft“.
- Ambulante Pflege ist mobil, das erfordert auch Mobilität im Kopf der Pflegenden.
- Im Krankenhaus sind die Patienten unsere Gäste, in der ambulanten Pflege sind die Pflegenden zu Gast beim Patienten.
- Pflegende müssen sich so verhalten, das der Patient sie am nächsten Tag noch herein lässt - Machdemonstrationen und Bevormundung haben keinen Platz.
- Ambulante Pflege funktioniert nur auf Augenhöhe
- Ambulante Pflege ist ein „Rund um die Uhr Dienst“

Fazit bisher:

In der Psychiatrie kommt es zu einer massiven Veränderung der Anforderungen aufgrund der Veränderungen der Angebote:

- Zunahme von Entwicklungsspielräumen für Pflege außerhalb des stationären Settings und außerhalb der „organisationalen Intelligenz“ vollstationären, hocharbeitsteiligen Strukturen.
- Im stationären Setting rückt die Krisenintervention in den Vordergrund.
- einer Umorientierung der Berufsziele durch Aufgaben bei der Gesundheitsförderung, der Qualitätssteuerung und –Sicherung, der Beratung von Klienten und Angehörigen, der Zusammenarbeit mit Laien (Organisationen), der Vermittlung von Alltagskompetenzen, von Rehabilitationsaufgaben, der kollegialen Zusammenarbeit und bei der Koordination von unterschiedlichen Leistungen.
- Zunahme von „professionellen“ Konflikten mit anderen Berufen, mit denen es zwar Überschneidungen, für die es aber keine hierarchischen Lösungen gibt.

Was macht also gute psychiatrische Pflege und Betreuung aus?

Welche Pflegerischen Konzepte machen gute psychiatrische Pflege aus?

Konzepte guter Psychiatrischer Pflege und Betreuung



Die Sozialpsychiatrisch ausgerichteten Berufe werden in jüngster Zeit hauptsächlich durch Importe aus dem angelsächsischen Raum geprägt:

(Quelle: Richter, Schwarze, Hahn 2010)

Empowerment:

In den 60-70igern aus dem politischen in den Selbsthilfebereich und später auf den Bereich Psychiatrische Erkrankungen übertragen.

Recovery:

Einerseits aus der Nutzerbewegung und andererseits aus Erfahrungen der REHA entstanden - In USA, GB, Irland, Australien und Neuseeland zentrales Konzept für die Betreuung psychisch kranker Menschen.

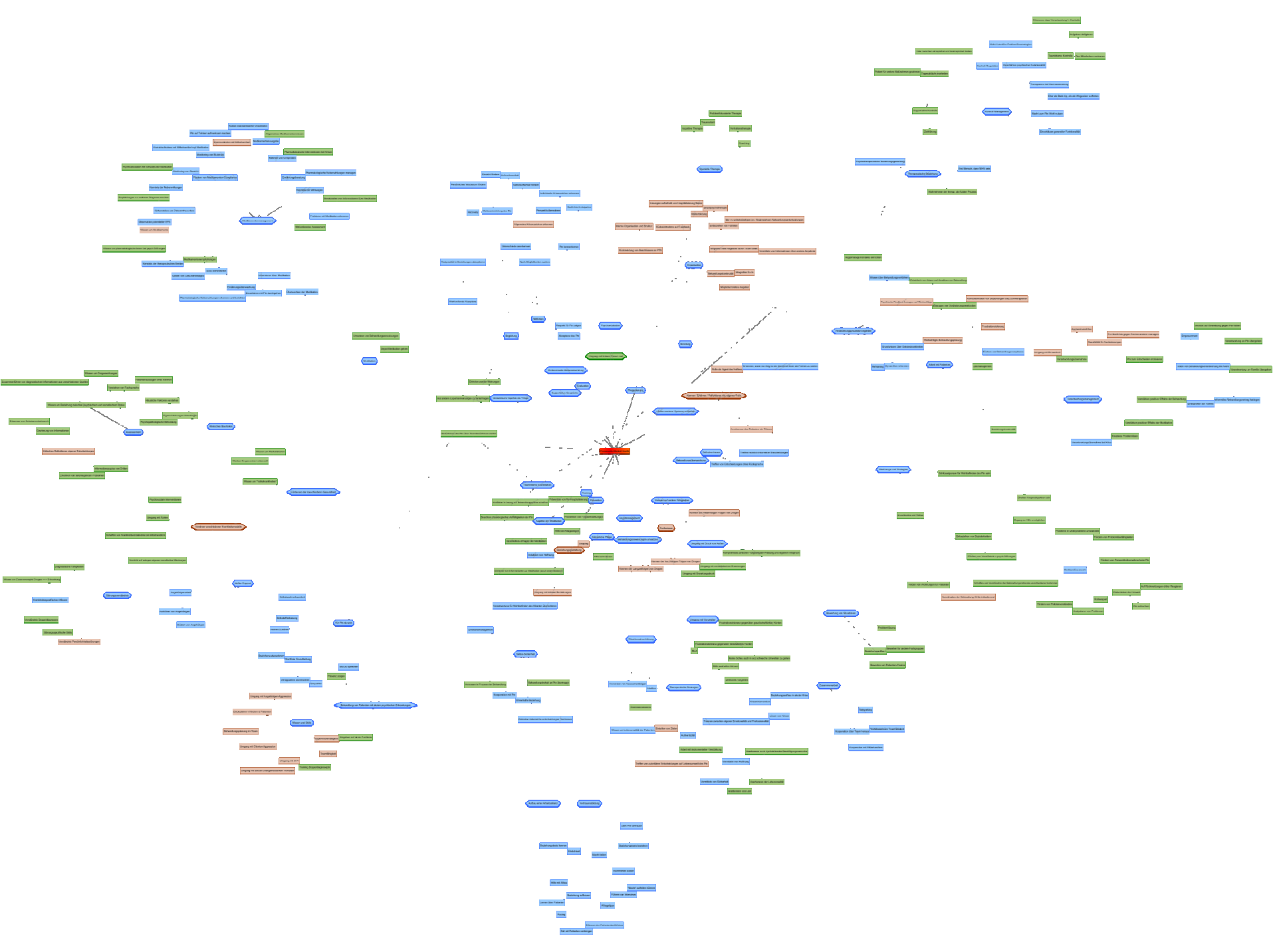
Choaching:

z.B. Lifecoaching oder supported Employment mit dem Ziel sozialer Inklusion

Motivational Interviewing:

Methode aus der Suchttherapie (im angelsächsischen Raum gerade in der Pflege gelehrt), Patienten durch die Förderung der eigenen Motivation in die Lage versetzen, ihr Leben und die damit verbundenen Probleme selber in die Hand zu nehmen.

Welche Fähigkeiten und Kompetenzen brauchen psychiatrisch Pflegende um den aktuellen Tendenzen Rechnung zu tragen?



Anforderungen an die Kompetenz ambulant (nur ambulant?) psychiatrisch Pflegender



„ Die Tätigkeit setzt sehr große Eigenständigkeit und Verantwortungsbewusstsein voraus, sie überschreitet traditionelle Professionsgrenzen und manchmal sogar rechtliche Limitationen“

Notendige Grundlagen werden in klassischen Aus- und Weiterbildungen nur unzureichend gelehrt - es dürfen die Grundlagen aber keinesfalls nur primär über die bisherige Praxis, „Learning-by-doing“ und Learning-by-making-experiences“ ,erfolgen, wenn wir den Anspruch einer professionellen Praxis stellen.

Sich daraus ergebende Qualifikationsanforderungen

1. **Orientierung am individuellen Bedarf und an der persönlichen Lebenswelt**
 - Diagnostische Kompetenz - Bedarfsorientierung
 - Hermeneutische Kompetenz - Individuelles Fallverstehen (Overmann, 1978)
 - Systemische Kompetenz - Vor Ort intervenieren, Verständnis entwickeln, wie Krisen im Kontext des Lebensbereiches entstehen bzw. noch entscheidender, wie sie sich unter Einbeziehung der Angehörigen und des Umfeldes auflösen lassen

2. **Inklusivität**
 - Inklusiv Fähigkeiten - Assistenz beim Leben in der Gemeinschaft
 - Präventive Kompetenz - Vermeidung von Ausgrenzung erübrigt Inklusion
 - Diplomatische Fähigkeiten - Vermittlung zwischen Klient und Umwelt

3. **Verlässlichkeit**
 - Beziehungskompetenz - Gute Beziehungsarbeit
 - Assistenzkompetenz - Fachkompetenz als Assistenzleistung anbieten, Mitwirkender - Hauptakteur ist der Klient, assistierte Autonomie

Künftige Qualifikationsanforderungen

4. **Fachkompetenz und Wissenschaftlichkeit**
 - Evidenzbasierung
 - Pflegekräfte für die direkte Patientenarbeit, die Forschung in die Praxis übertragen können
 - Generalisten Fähigkeiten (Wissen aus vielen Gebieten kombinieren und anwenden) - Keine „little doctors“ sondern „big nurses“
 - Trialogische Kompetenz - Zusammenarbeit mit Erfahrenen und Angehörigen

5. **Integriert und sektorenübergreifend**
 - Koordinationskompetenz - Verbindungen und Netzwerke denken, schaffen und erhalten
 - Integrationskompetenz - Verschiedenste Partner und Professionen vereinen
 - Systemkompetenz - umfassende Kenntnisse über Versorgungssysteme und Sozialgesetze

6. **Gesellschaftliche Akzeptanz und Transparenz**
 - Antistigmatisierungskompetenz - Nimbus des Unverstehbaren aufheben
 - Öffentlichkeitsarbeiter - Werte dazu in die Gesellschaft tragen

Künftige Qualifikationsanforderungen

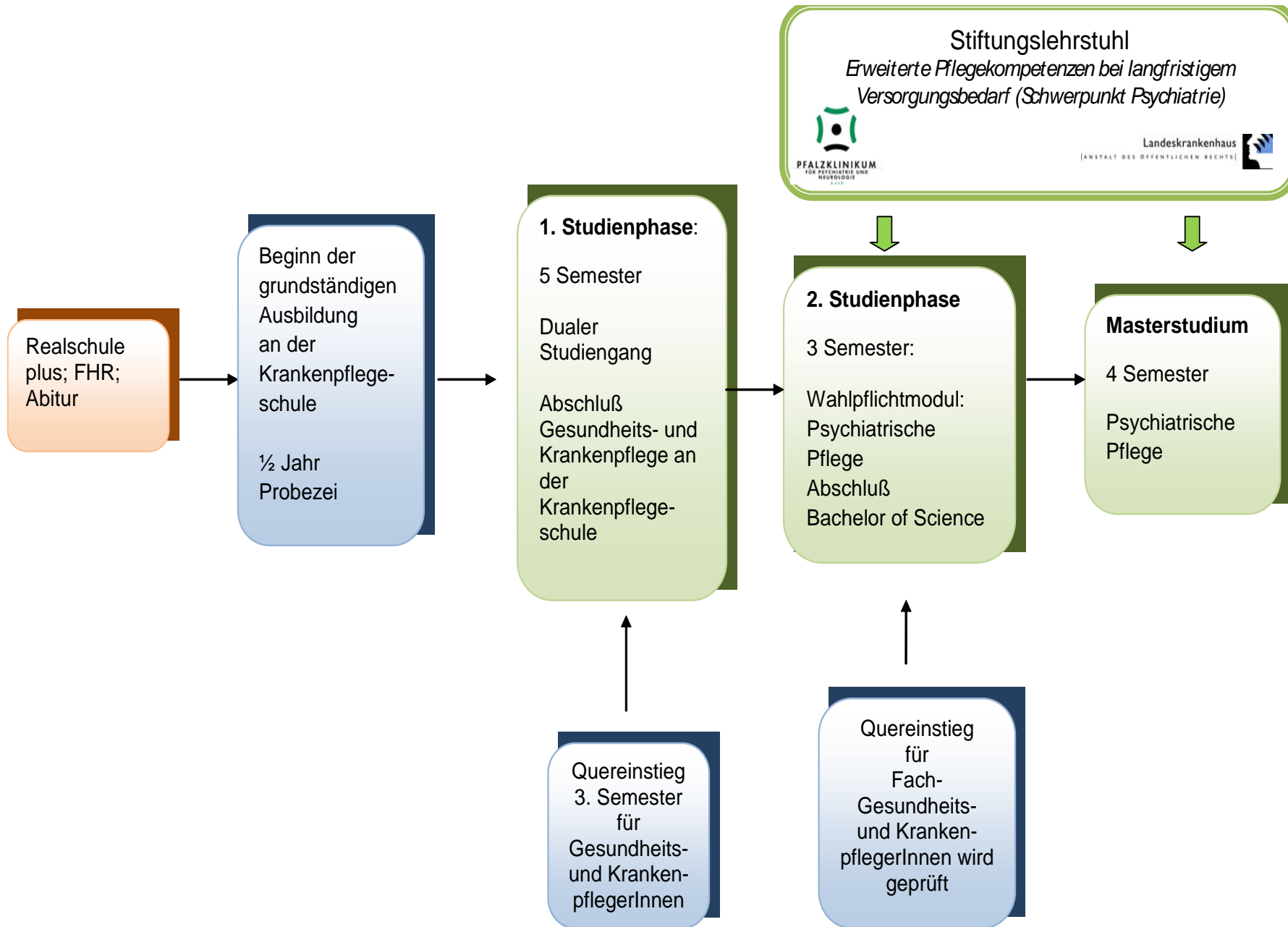
7. Zentraler Faktor „Denke“

- Teilhabe und Inklusion als Menschenrecht und Auftrag annehmen
- Wissen um den Facettenreichtum von Normalität und ihre Veränderbarkeit
- Konstruktivistische Perspektiven anerkennen - Realität entsteht und ändert sich im Auge des Betrachters
- Bereitschaft und Fähigkeit neue Wege zu gehen

Der Stiftungslehrstuhl für Erweiterte Pflegekompetenz bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)



- Stifter sind zwei große Träger psychiatrischer Einrichtungen und Anbieter von Dienstleistungen zur seelischen Gesundheit in Rheinland-Pfalz.
- Ein Auslöser war das Angebot „stattkrankenhaus“.
- Die Psychiatrische Versorgung der Zukunft braucht eine „zukunftsfähige“ psychiatrische Pflege.
- Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum braucht eine starke Beteiligung professioneller Pflege.
- Professionelle Pflege muss dahingehend qualifiziert werden.



Inhalt Studiengang "Gesundheit & Pflege „Psychiatrie“

Modul	Inhalt
Diagnostik und Therapie spezifischer Fragestellungen bei Menschen mit langdauernden psychischen Einschränkungen	Ressourcenassessment, Physisches Assessment (körperliche Untersuchungsmethoden und Stuserhebung) Psychopathologie (Dimensionen, Untersuchungsmethoden und Statusbeschreibungen) Psychiatrische Diagnostik (ICD, DSMR) Epidemiologie und Anamnestische Datenerhebung Sozialassessment, Psychopharmakologie, Medikamentenmanagement, Social Inclusion Therapie, Resilienzförderung Empowerment, Recovery, Adhärenz Psychotherapeutische Ansätze



Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!