

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

02 /2012

Integrative Supervision in der Akut-Psychiatrie^{*}

eingereicht von: *Reni Caluori*^{**}

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup. Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA,
Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

^{*}Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

^{**} Reni Caluori, CH - 8008 Zürich, Arbenzstr. 16

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Darstellen meines beruflichen und persönlichen Hintergrundes	3
1.2	Warum ich Supervisorin geworden bin.....	4
1.3	Leitung der Jugendpsychiatrie und Supervision in der Erwachsenenpsychiatrie	5
1.4	Warum ich diese Arbeit schreibe	5
1.5	Aufbau der Arbeit.....	6
2	Fragestellung.....	6
2.1	Was ist mit der „Pflege“ der Pflegenden?.....	6
2.2	Welche Art von Supervision braucht das Personal in der Psychiatrie?	6
3	Was ist psychiatrische Pflege?.....	7
3.1	Psychiatrische Pflege im Erwachsenenbereich	7
3.2	Der Alltag in der Pflege von psychisch kranken Menschen	10
3.3	Feld in Bewegung	10
3.4	Veränderungen in den letzten Jahren.....	11
3.5	Pathogenese.....	11
3.6	Salutogenese	13
4	Der Kontext, in dem psychiatrische Pflege stattfindet	13
4.1	Darstellung des Kontextes.....	14
4.2	Hierarchischer, interdisziplinärer Kontext	14
4.3	Definition von Institution und Organisation	15
4.4	Diskurse des Feldes	15
4.5	Atmosphären.....	15
4.6	Mehrebenenmodell	16
4.7	Ethik in der psychiatrische Pflege	16
4.8	Attributionen.....	18
4.9	Würde und Sicherheit	19
5	Gründe für Supervision in der Psychiatriepflege	19
6	Definition von Supervision.....	20
6.1	Definition von Integrativer Supervision	20
6.2	Arbeit am Menschen, die besonders reflektiert werden muss	21
6.3	Kompetenz und Performanz	21
6.4	Aufrechterhalten von Professionalität auch unter widrigen Umständen.....	22
6.5	Helfen unter suboptimalen Bedingungen macht müde.....	22

6.6	Stärkung für den Arbeitsalltag	22
6.7	Hochseilakte	23
6.8	Belastungsgrenzen	23
6.9	Dilemmas.....	23
6.10	Fremdgefährdung, Aggressivität, Macht.....	24
6.11	„Supervisio“: Überblick ist vonnöten	25
6.12	Es ist unbestritten, DASS es hier Supervision braucht!.....	25
7	Wie muss die Supervision in der psychiatrischen Pflege gestaltet sein?	26
7.1.	Supervisionsforschung	26
7.2	Tätigkeitsaspekte der Supervision	27
7.3	Bewältigungsstrategien der Pflegenden und mehr – Coping und Creating.....	29
7.4	Ressourcen und Potentiale	30
7.5	Führungsaspekt von Supervision	30
7.6	Intersubjektivität, Ko-respondenzmodell und Metareflexion	30
7.7	Pflege muss gehört werden!	31
7.8	Burnout-Prophylaxe	32
7.9	Kontrollfunktion der Supervision	33
7.10	Die exzentrische Position	33
7.11	Prozesssupervisionen	34
7.12	Teamsupervision	34
7.13	Einzelsupervision.....	34
7.14	Besondere Anforderungen an SupervisorInnen in der Akut-Psychiatrie.....	35
7.15	Partielles Engagement und selektive Offenheit.....	35
7.16	Wissensvermittlung und Transfer	35
7.17	Unvergessliches Beispiel	36
8	Fazit.....	38
9	Zusammenfassung und Schlüsselwörter	39
10	Literaturliste.....	40

1 Einleitung

1.1 Darstellen meines beruflichen und persönlichen Hintergrundes

Schon während meiner Schulzeit arbeitete ich während meiner Ferien in einer psychiatrischen Klinik. Ich erinnere mich noch genau, wie mich die Menschen faszinierten, wie dankbar sie waren für Gespräche, Spaziergänge und kleine Aufmerksamkeiten. So wurde es für mich klar, dass ich den Beruf einer Pflegefachfrau erlernen wollte. Damit ich mich auch mit Menschen anderer Berufsgruppen (Hauspflegepersonal, etc.) unterhalten konnte, entschloss ich mich, ein Jahr nach Lugano in den Kanton Tessin zu ziehen, um die italienische Sprache zu lernen. Dies war ein guter Entscheid, denn während meiner ganzen beruflichen Laufbahn erlebte ich wunderbare Begegnungen auch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, die dankbar waren, in ihrer Sprache verstanden zu werden. Meine Ausbildung machte ich dann in Oetwil am See in der psychiatrischen Klinik „Schlössli“. Hier erlebte ich einen Umbruch, einem Erdbeben gleich. Die Milieuthérapie hielt Einzug. Von einem Tag auf den anderen konnten wir in zivilen Kleidern arbeiten, die Patienten bekamen Mitspracherecht. Es wurden Personalversammlungen einberufen und wir von der Pflege wurden erstmals gehört und ernst genommen.

Dr. Edgar Heim beschreibt die therapeutische Gemeinschaft folgendermassen:

Durch „bewusste“ Milieugestaltung werden gezielt Umgebungsfaktoren eingesetzt, welche eine positive Wirkung auf die Entwicklung psychischer Störungen haben. Die wichtigsten Prinzipien beruhen zum Teil auf sehr alten Erfahrungen, zum Teil auf neueren Untersuchungen über negative Auswirkungen früherer Anstaltsumilieus. Die wichtigsten positiv wirksamen Milieufaktoren sind:

- Eine dezentralisierte Verteilung der Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse,
- die Klarheit der Programme, der Rollen und der Führung sowie
- eine dichte und intensive Kommunikation und Interaktion zwischen Personal und Patienten.

Prinzipien, Instrumente, Rollenverteilungen und Aufbauphasen der therapeutischen Gemeinschaft:

A. Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft

- Förderung der zwischenmenschlichen Verständigung, der Kommunikation
- Schaffen lebendiger Lerngelegenheit
- Fördern der sozialen- und Gruppenbeziehungen
- Abbau hierarchischer Strukturen, Fördern der Mitverantwortung

B. Instrumente der therapeutischen Gemeinschaft

- Abteilungsversammlung
- Teamsitzung
- Gruppenaktivitäten
- Klinikzentrierte Besprechungen

C. verändertes Rollenverständnis

- Die Rolle
- Die Rollenträger: Patient, Pflegepersonal, Abteilungsarzt, Sozialarbeiter, Ergotherapeut, klinischer Psychologe, medizinische Leitung

D. Aufbauphasen

- Phase 1: Orientierung und Umschulung
- Phase 2: Modelle schaffen
- Phase 3: Gruppendynamik, Rollenfindung
- Phase 4: Ausbau der Abteilungsautonomie
- Phase 5: Integration
- Phase 6: Neuorientierung der medizinischen Leitung
- Phase 7: Einbeziehen der Verwaltung
- Phase 8: partizipierende Führung“

(Dr. med. Helmut Barz, Praktische Psychiatrie, 1977, Therapeutische Gemeinschaft nach Dr. E. Heim)

Ich bin der festen Überzeugung, dass dieser Umbruch meine berufliche Karriere geprägt hat. Ich entwickelte eine ganzheitliche Betrachtungsweise für Menschen und ihre Krankheitsbilder. Wichtig wurde es jetzt für uns in der Pflege, mit den Ressourcen statt mit den Pathologien und Problemen der kranken Menschen zu arbeiten. Mein nächster Schritt war die Gemeindekrankenpflege. In einem Südbündner Tal organisierte ich die Gemeindekrankenpflege. Hier konnte ich meine Sozialkompetenz und meine Organisationsfähigkeit einbringen und ausbauen und wieder half mir die italienische Sprache dabei, Vertrauen aufzubauen. Zurück in der Deutschschweiz übernahm ich den Aufbau eines Alters- und Pflegeheims.

Aus familiären Gründen (ich haben zwei Söhne, wobei der jüngere Sohn an einer geistigen Behinderung leidet) ging ich zurück in die Akut - Psychiatrie. Dort erlebte ich in den nächsten 18 Jahren eine Psychiatrie im steten Wandel. Selber hatte ich verschiedene Funktionen inne:

- Aufbau und Leitung zweier Alters- und Pflegeheime
- Stationsleitung einer Akutstation
- Aufbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich
- Leitung der Tagesklinik für psychisch kranke Jugendliche
- Ausbildung als Stationsleiterin
- Höhere Fachausbildung in psychiatrischer Krankenpflege (HöFa1)
- Aufbau verschiedener Selbsthilfegruppen
- Stiftungsrätin in einem Heim für Menschen mit einer geistigen Behinderung
- Tätigkeit in verschiedenen Gremien, die sich um benachteiligte Menschen bemühen

1.2 Warum ich Supervisorin geworden bin

Meine Berufserfahrung hilft mir, Menschen in Krisensituationen zu verstehen, sie angemessen abzuholen und mit ihnen eine Lebensperspektive zu erarbeiten, damit sie wieder Lebensqualität erleben können. Gleichzeitig muss ein interdisziplinäres Team täglich viel Energie einsetzen, um die Frustrationen, Ängste und Unsicherheiten, die in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen dauernd präsent sind, aushalten zu können. Die Stressoren in der Akut-Psychiatrie sind überhaupt nur mit Supervision zu bewältigen, davon bin ich überzeugt. Copingstrategien, Kompetenzen und Performance, die ich mir über die Jahre angeeignet habe, möchte ich in Form von Supervision an andere Berufskolleginnen und -kollegen weitergeben. Zudem ist es mir wichtig, die verschiedenen Arbeitsfelder innerhalb der Akut-Psychiatrie mit meinen SupervisandInnen und Supervisanden aus

einer Metaperspektive zu beleuchten und so die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zu befördern.

1.3 Leitung der Jugendpsychiatrie und Supervision in der Erwachsenenpsychiatrie

Seit 9 Jahren arbeite ich in der Jugendpsychiatrie. Somit wäre es naheliegend, dass ich auch in diesem Bereich Supervision anbieten würde. Es existiert jedoch nur eine einzige Klinik im Kanton Zürich, wo ich lebe. In dieser war ich vor 13 Jahren daran mitbeteiligt, den pflegerischen Teil aufzubauen. Zwischen der Erwachsenen- und der Jugendpsychiatrie bestehen erhebliche Unterschiede. In der Jugendpsychiatrie spielt sich sehr Vieles auf der Handlungsebene ab. Pädagogische Interventionen, Leitlinien und Vorgehensweisen unterscheiden sich stark von der Arbeit mit erwachsenen Menschen. Bei den Jugendlichen muss immer das System mit einbezogen werden, während es in der Erwachsenen-Psychiatrie darum geht, ein oft nicht mehr vorhandenes soziales Umfeld zu reaktivieren, bzw. erst aufzubauen. In der Jugendpsychiatrie ist der Umgang mit den Ängsten, Frustrationen und Unsicherheiten der Eltern oft geprägt von Widerstand, Trauer und Aggressivität. Demgegenüber muss in der Erwachsenen-Psychiatrie das soziale Umfeld in Form von Einspruch oder Widerspruch nicht berücksichtigt werden. Hier steht der jeweilige Mensch allein im Fokus. Gemeinsam ist beiden Bereichen, dass der Druck der Krankenkassen, der Gesellschaft, der Behörden und der Ämter enorm zugenommen hat. Dies erschwert die Arbeit erheblich. Zudem ist bei der Entlassung aus der Psychiatrie der Krankheitsprozess oft noch nicht abgeschlossen, „das Leben“ nach der Klinik noch nicht so vorbereitet, dass die Menschen wieder teilhaben können an unserer leistungsbetonten Gesellschaft.

1.4 Warum ich diese Arbeit schreibe

Meine Feldkompetenz in der Psychiatrie, ob es nun um Jugendliche oder um Erwachsene geht, ist umfangreich. Und ich verfüge mittlerweile über die nötigen Kompetenzen und Performanzen als Supervisorin. Die jahrzehntelange Arbeit in der Erwachsenen-Psychiatrie macht es mir möglich, den Pflegeprozess interdisziplinär und ganzheitlich aus einer Aussenposition zu betrachten und zu beeinflussen.

Ich habe mir lange überlegt, wie meine Graduiierungsarbeit aussehen könnte. Was interessiert mich in meiner Arbeitswelt so sehr, dass ich eine Arbeit darüber schreiben möchte? Einerseits ist es eine Gelegenheit, meinen langjährigen Berufsweg zu reflektieren, die verschiedenen Stationen und Veränderungen zu analysieren. Andererseits ist es mir wichtig, herauszufinden, wie Supervision in der Psychiatrie gestaltet werden kann, so dass das Pflegepersonal wirklich von ihr profitiert. Es geht um den immensen Druck, der auf den Pflegenden lastet, die ständige Abwertung durch Patienten und die Umwelt, aber auch um die Stigmatisierung der psychiatriepflegerischen Berufe. Es gilt, die Pflegenden dafür anzuerkennen, wie viel Kraft sie täglich in ihrer Arbeit aufwenden müssen und wie hilfsbereit, achtsam und kraftvoll sie optimalerweise sind. Supervision soll dabei helfen, bestmögliche Pflege und Behandlung zu garantieren und so ein salutogenes Klima zu schaffen. Ich erhoffe mir, durch diese Arbeit aufzeigen zu können, wie wichtig und erforderlich Supervision in der Psychiatrie ist. Sie ist notwendig, damit Menschen, welche wir in der Pflege in grossen Krisen ein Stück weit begleiten, auch ausserhalb des geschützten Rahmens einer Klinik wieder Fuss fassen können. Dafür braucht es gesundes und belastbares Personal, das vor dem Ausbrennen – nicht zuletzt durch professionelle Supervision – geschützt wird.

1.5 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn meiner Arbeit stelle ich meine berufliche Laufbahn vor. Daraus ist eine spannende Reflexion meiner langjährigen Führungstätigkeit in der Akut-Psychiatrie geworden. Während dem Schreiben befand ich mich oft in der exzentrischen Position; schaute das Geschehen von aussen an. Je emotionaler der Text wurde, desto intensiver spürte ich die Atmosphäre auf der Station, und einige Patientengeschichten wurden mir sehr präsent. Ich versuchte das Arbeitsfeld der Akut-Psychiatrie realistisch darzustellen, jedoch auch die Institution und deren Organisation. Die Nöte und Ängste, jedoch auch die leichteren etwas ruhigeren Momente der Pflegenden habe ich aufgezeichnet und genauso die Verzweiflung, Ausweglosigkeit und Verunsicherung der Patienten. Zu einer Verbesserung des Status „Psychiatriepatient“ will ich meinen Mitarbeitern weiter vermitteln, die Patienten anzuhören, sie ernst zu nehmen und ihnen Hilfe anzubieten. Ich spreche in meiner Arbeit auch den achtsamen Umgang im Team und ein konstruktives Miteinander an. Es braucht Transparenz und ein angstfreies Klima, um den schwierigen Aufgaben auf einer Akut-Station gewachsen zu sein. Und um all diese Ansprüche zu bewältigen, BRAUCHT es Supervision. Die Integrative Supervision mit ihrer achtsamen Grundhaltung sehe ich dafür als sehr geeignet an. Ich habe die Notwendigkeit von Supervision aufgezeichnet und meine, dass die Pflege um dieses wertvolle Instrument kämpfen muss!!! Meine ganze Arbeit steht unter dem Titel meiner ethischen Grundhaltung, die mich in meiner Arbeit mit psychisch kranken Menschen oder mit Menschen überhaupt immer und überall begleitet.

2 Fragestellung

Mich beschäftigen in Bezug auf die Supervision in der Erwachsenenpsychiatrie zwei konkrete Fragestellungen.

2.1 Was ist mit der „Pflege“ der Pflegenden?

Ein gängiger Leitspruch in der Psychiatrie lautet: „Der Patient steht im Mittelpunkt“. Ich frage mich, wo steht denn dann die Pflegefachkraft? Wie geht sie um mit ihren Belastungen, Ängsten, unerfüllten Erwartungen, Frustrationen? Und wo liegen die Grenzen? Wo beginnt gefährliche Pflege?

2.2 Welche Art von Supervision braucht das Personal in der Psychiatrie?

Diese Arbeit soll aufzeigen, wie Supervision optimal in der Psychiatrie zu gestalten ist. Wie soll der Rahmen sein? Welche Instrumente und Formen eignen sich, welche nicht?

3 Was ist psychiatrische Pflege?

Psychiatrische Pflege ist ein Beruf, bei dem unbedingt folgende „Werkzeuge“ eingesetzt werden müssen: **Beziehungsfähigkeit, Achtsamkeit, Integrierendes Menschenbild, Ethische Integrität, Rollenverständnis, Fachwissen**

3.1 Psychiatrische Pflege im Erwachsenenbereich

Menschen in der Erwachsenenpsychiatrie sind Menschen, die sich als ausgegrenzt erleben, Angst haben, perspektivlos sind, sich allein fühlen - ein für uns kaum vorstellbarer Zustand. Solche Menschen zu betreuen und zu führen, ist sehr anspruchsvoll. Das erfordert von den Pflegenden neben ihrer Fachkompetenz eine gefestigte und belastbare Persönlichkeit und bedingt ein humanistisches Menschenbild als Hintergrund. Laut ANA (American Nurses Association) gibt es keine psychiatrische Pflege, sondern nur die Pflege bei psychiatrischen Erkrankungen. Das bedeutet, dass die Pflege in erster Linie auf die Alltagsgestaltung und die Alltagsbewältigung ausgerichtet sein muss. Im Einzelnen bedeutet das: „Entwicklung einer ausreichenden Kompetenz zur Selbstpflege und zur Alltagsbewältigung. Bewältigung krankheitsbedingter Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit“. (Zitat aus W. Kistner „Der Pflegeprozess in der Psychiatrie“)

Im Folgenden sollen verschiedene Pflegekonzepte erläutert werden.

Ebenen der Pflegekompetenz nach Benner (Patricia Benner, 1994) Übertragung des Dreyfus-Modells

Neuling

Im Anfängerstadium des Fähigkeitserwerbs gibt es keinen Hintergrund des Verstehens, sondern kontextfreie Regeln und Attribute sind für eine sichere Tätigkeit in dieser Situation erforderlich. Benner erwähnt, dass es für eine promovierende Krankenschwester ungewöhnlich sei, wenn sie eine Anfängerin wäre. Sie hat die Möglichkeit beschrieben, dass eine Krankenschwester, die auf dem einen Tätigkeitsgebiet Fachfrau ist, auf dem anderen eine Anfängerin sein kann. Studenten, die im ersten Jahr ihrer Pflegeausbildung sind, können auf der Anfängerebene beginnen, aber dieser Ausdruck sollte nicht für gerade absolvierte Krankenschwestern verwendet werden, die in den meisten Fällen auf der Ebene der fortgeschrittenen Anfänger tätig werden.

Fortgeschrittene Anfängerin

Das Stadium der fortgeschrittenen Anfängerin entwickelt sich in dem Dreyfus-Modell, wenn man Mindestleistungen erbringt, genügend reale Situationsbewältigung hat oder von einem Mentor die bedeutsamen Komponenten der Situation gezeigt bekommen hat. Die fortgeschrittene Anfängerin hat genug Erfahrung, um die Aspekte der Situation zu erfahren. Im Gegensatz zu Attributen und Merkmalen können Aspekte nicht vollständig konkretisiert werden, weil sie Erfahrungen erforderlich machen, die auf der Erkenntnis in Zusammenhang mit der Situation beruhen.

Kompetente Pflegende

Das kompetente Stadium des Dreyfus-Modell wird durch starkes Bewusstsein und überlegte Planung gekennzeichnet, die bestimmen, welche Aspekte bei gegenwärtigen und zukünftigen Situationen wichtig sind und welche ignoriert werden können. In diesem Stadium gibt es ein gesteigertes Effizienzniveau.

Erfahrene Pflegende

In diesem Erfahrungsstadium des Dreyfus-Modells nimmt der Handelnde die Situation als Ganze wahr (das ganze Bild) statt in einzelnen Aspekten, und die Leistung wird durch Maximen bestimmt. Erfahrungsniveau ist qualitativ ein Sprung über das kompetente Stadium hinaus. Jetzt erkennt die Handelnde die bedeutsamen Aspekte und begreift intuitiv die Situation, was auf dem Verstehen des Hintergrunds basiert.

Pflegeexpertin

Eine Pflegekraft befindet sich auf der Ebene der Pflegeexpertin, wenn sie ein sogenanntes erfahrungsbasiertes fachsystematisches Vertiefungswissen erworben hat, welches sich durch die verantwortungsvolle Wahrnehmung von wenig strukturierten Aufgaben zeigt, die ein hohes Maß an Arbeitserfahrung und die Aneignung vertieften fachtheoretischen Wissens erfordern. Benner beschreibt die Pflegeexpertin als diejenige, welche intuitiv die Situation versteht und direkt auf den zentralen Bereich des Problems zugeht, ohne Betrachtungen an alternative Diagnosen und Lösungen zu verschwenden. Die fachlich hochstehende Krankenschwester ist in der Lage, dies aufgrund ihres enormen Erfahrungshintergrundes, der auf Paradigma fallen beruht, zu tun (übertragen nach dem Dreyfus-Modell).

Phase der Pflegekraft-Patient-Beziehung

Hildegard Peplau (1995) beschreibt die Interaktion des Beziehungsaufbaus zwischen Pflegenden und Patienten in Phasen:

1. Orientierungsphase

Assessment / Pflegeanamnese

Die Phase der Orientierung stellt den Anfang der Beziehung dar und ist durch den Beziehungsaufbau gekennzeichnet. Hier sucht der Patient Hilfe und wendet sich an die Pflegekraft. Die Pflegekraft nimmt in dieser Phase die Rolle der Zuhörerin ein. Wenn die Pflegekraft und der Patient beginnen, eine übereinstimmende Bewertung der Probleme des Patienten zu entwickeln, ist die Phase der Orientierung weitgehend abgeschlossen.

2. Identifikationsphase

Planung / Pflegediagnose / Pflegeverantwortung

In der Phase der Identifikation bilden sich die wechselseitigen Muster von Hilfeersuchen auf Seiten des Patienten und Hilfeleisten auf Seiten der Pflegekraft heraus. Die Pflegekraft zeigt dem Patienten gegenüber eine bedingungslose Akzeptanz und lässt die - zum Teil auch irrationalen -

Verhaltensweisen des Patienten zu. Somit entsteht eine Umgebung der Sicherheit, die das Lernen und die Entwicklung fördert (*Sills und Beeber, 1995, S. 41f*). *Peplau* unterscheidet drei Reaktionsmuster in dieser Phase (*Peplau, 1995, S. 113-124, besonders 123*):

1. wechselseitige Abhängigkeit, d.h. ein Zusammengehen mit der Pflegekraft
2. Unabhängigkeit, d.h. mit Isolation oder einer Gegenreaktion auf das Hilfsangebot
3. Abhängigkeit, d.h. Hilflosigkeit und Regression

3. Explorationsphase / Nutzungsphase

Durchführung / Pflegedokumentation

In der Phase der Nutzung beginnt der Patient, die angebotenen Hilfen aktiv zu nutzen und den Prozess der Hilfe bewusst zu kontrollieren. Der Krankheitsprozess wird in dessen Leben integriert. Die Rolle der Pflegekraft ist in dieser Phase eine beratende und reflektierende. Es folgt eine einvernehmliche Zusammenarbeit zwischen Pflegeperson und Patient. Der Patient trifft in Bezug auf Behandlungen und Hilfen seine eigenen Entscheidungen. Dies führt zu einem Wendepunkt, zu der letzten Phase des Beziehungsprozesses (*Sills und Beeber, 1995, S. 42f*).

4. Ablösung

Evaluation / Pflegeergebnis

In der Phase der Ablösung verfügt der Patient nun über effektive Problemlösungsstrategien und die Fähigkeit, diese eigenständig anzuwenden. Die Pflegekraft hilft dem Patienten eine Haltung eines „aus der Krankheit Lernens“ einzunehmen und fördert seine Reintegration in die Gesellschaft. Mit dem Ende der Phase der Ablösung ist die - von Beginn an auf eine begrenzte Dauer konzipierte - Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft beendet (*Sills und Beeber, 1995, S. 43*).

Rolle in der Pflege

Fremde / Unbekannte

Laut *Peplau* ist die Pflegekraft unvoreingenommen und vorbehaltlos gegenüber dem Patienten. Wertschätzung, emotionale Offenheit und maximale Aufmerksamkeit sind die Attribute dieser Rolle.

Informanten / Ressource

Die Pflegekraft beantwortet alle offenen Fragen des Patienten. Die Art und die emotionale Tiefe der Fragen sind ein deutlicher Indikator für das Verhältnis Patient/Pflegekraft.

Lehrende(r)

Die Pflegekraft vermittelt Wissen und leitet den Patienten an, um ihn in die Selbstständigkeit zurückzuführen. Die Pflegekraft initiiert nicht nur das Lernen, sondern hält es laut *Peplau* auch am Leben.

Beratende(r)

Laut *Peplau* die wichtigste, aber auch schwierigste Rolle, welche die meisten Anforderungen an die Pflegekraft stellt. Ziel ist es, den Patienten zu befähigen, seine Situation zu reflektieren und Schlussfolgerungen zu ziehen, um Selbstständigkeit zurück zu gewinnen.

Stellvertretung / Ersatzperson

Laut *Peplau* projizieren viele Patienten eine ihnen bekannte Rolle auf die Pflegekraft. Die Pflegekraft sei angehalten, die Unterschiede zwischen sich und der Rolle deutlich zu machen.

3.2 Der Alltag in der Pflege von psychisch kranken Menschen

Im Alltag einer psychiatrischen Akutstation sind viele Krankheitsbilder anzutreffen, welche an die Pflegenden große psychische Herausforderungen stellen, so zum Beispiel:

- Bipolare Störungen (manisch – depressives Kranksein)
- Depressionen
- Angststörungen
- Psychosen (Verkennen der Realität)
- Persönlichkeitsstörungen (geht oft einher mit Gewalt gegen Drittpersonen oder gegen sich selbst)
- Suchterkrankungen

Die Arbeit mit verschiedenen Persönlichkeiten in Ausnahmesituationen, mit speziellen Bedürfnissen und auf engem Raum schafft Bedingungen, die für die Pflegenden oft kaum zu bewältigen sind. So bestehen zum Beispiel Spannungen durch Gewalt. Bei Suizidalität ist höchste Aufmerksamkeit erforderlich. Über- und Unterforderung wechseln sich ständig ab. Häufig herrschen Hektik und Strukturlosigkeit. Die Pflegenden müssen zuhören, dann wieder ihre eigene Meinung kundtun. Gleichzeitig sollen sie den Patienten zu verstehen geben, dass sie im Moment zwar in anderen Welten leben, sie aber dennoch in ihrer Wahrheit und Wahrnehmung respektiert werden. Andauernd müssen die Patienten kontrolliert werden und die Pflegenden müssen so eine Atmosphäre von Misstrauen aushalten.

3.3 Feld in Bewegung

Sozialpsychiatrie, Ambulatorien, kürzeste Aufenthaltsdauer. In jedem Beruf, in dem Menschen im Mittelpunkt stehen, ist es wichtig, den Prozess der ausgelöst wird, wahrzunehmen und die Situation anzupassen. Vor wenigen Jahren hatten die Patienten die Möglichkeit sich langsam zu orientieren. Sie durchliefen verschiedene Phasen (Eintritts-Therapie- und Austrittsphase). Heute wird schon beim Eintrittsgespräch das Ziel des Aufenthalts definiert und wenn möglich ein

eventuelles Austrittsdatum festgelegt. Diese Hektik und teilweise Überforderung verunsichert die Patienten und fördert ihren Heilungsprozess in keinster Weise.

3.4 Veränderungen in den letzten Jahren

Die *Careum-Fachhochschule* für psychiatrische Krankenpflege schreibt in ihrem Pflegeportal.ch (Das Fachportal für Gesundheitsberufe):

“Gerade in der psychiatrischen Pflege trifft man sehr häufig auf besondere Herausforderungen, da man es mit Phänomenen zu tun hat, die nicht immer einfach erklärt werden können. Bereits vor hunderten von Jahren hat man psychiatrisch Kranke "Irre" einfach weggesperrt, Behandlungen mit Zwangswesten, Fixierungen und Beruhigungsbädern haben zwar für Ruhe gesorgt, jedoch das Problem nicht gelöst. Arthur Freiherr von Knigge beobachtete jedoch in dieser Zeit auch anderes: unter unmerklicher Beobachtung frei im Hause und Garten herumgehen, und der Zuchtmeister verfährt so sanft und liebevoll mit ihnen, dass viele derselben nach einigen Jahren völlig geheilt wieder herauskommen.“

Anders als in der somatischen Klinik haben wir es in der Psychiatrie mit Menschen zu tun, welche rein äußerlich oft nicht von „gesunden“ Menschen zu unterscheiden sind. Gerade diese Situation macht es so schwer, diese Menschen in ihren Nöten zu verstehen. Sie haben oft kein soziales Umfeld mehr, keine Chance einen Arbeitsplatz zu finden, Familienmitglieder wenden sich ab, Einsamkeit stellt sich ein.

Durch unsere allgemeine Ruhelosigkeit und unser Streben nach immer mehr Luxus fallen diese Menschen immer mehr durch die Maschen der Gesellschaft. Der Ausspruch, diese Menschen seien Menschen zweiter Klasse, zeigt unsere Einstellung gegenüber psychisch Kranken. Früher wurden diese Menschen in der Psychiatrie zur Arbeit angehalten, z.B. auf dem Bauernhof, auf den Feldern, und im günstigsten Fall wurden sie an diesen Orten sogar in eine Gemeinschaft eingebunden.

Heute beschäftigen wir diese Menschen in der Klinik künstlich, z.B. durch Arbeits- oder andere Therapien. Das schützt die kranken Menschen nicht vor der Einsamkeit außerhalb der Klinik, weil sie nicht wirklich eingebunden sind. Ich spreche hier von chronischen Patienten, welche nach ihrer akuten Phase keine Möglichkeit für eine Rehabilitation mehr haben, weil das Geld fehlt! Nach somatischen Krankheiten können Patienten oft einen Kuraufenthalt anschließen. Für psychisch kranke Menschen ist es aber sonnenklar, dass sie sofort einen geschützten Arbeitsplatz finden müssen. Die Arbeitsversuche finden noch während dem Klinikaufenthalt statt, obwohl eine Psychose oder eine Depression sehr viel Energie kostet. Die Erschöpfung, die solche Zustände nach sich ziehen, wird somit in keiner Art und Weise berücksichtigt.

3.5. Pathogenese

Um in der Akut-Psychiatrie bestehen zu können, braucht es Menschen mit einer gereiften Sozialkompetenz, einem fundierten Wissen und einem ausgeprägten Durchsetzungsvermögen. Das interdisziplinäre Team besteht aus verschiedenen Berufsgruppen, die wiederum aus

speziellen Kontexten kommen: Pflegefachpersonen, Ärzte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Arbeitstherapeuten und noch viele andere. Alle Fachpersonen haben dasselbe Ziel, nutzen jedoch verschiedene Arbeitsinstrumente, um das Ziel zu erreichen. Den Patienten „abholen“, eine Beziehung aufbauen und ihm einen Weg aus der Krise aufzeigen, das wollen sie alle gemeinsam. Die Pflegenden stehen dem Patienten jedoch am nächsten. Sie sind von der ersten Minute beim Eintritt bis zum Austritt während 24 Stunden für diese Menschen verantwortlich. Sie stehen an vorderster Front! Wenn Aggression ins Spiel kommt, müssen sich die Pflegenden organisieren, damit niemand verletzt wird. Sie müssen die eigenen Ängste aushalten und sich immer wieder so aufbauen, dass ein achtsamer Umgang mit ihren Patienten möglich ist und auch möglich bleibt. Damit die Pflegenden jederzeit geachtete und kompetente Partner (im interdisziplinären Team) bleiben, ist eine integrierende Kommunikation und auch immer wieder eine kollegiale Reflexion nötig.

Damit jede Berufsgruppe ihren Auftrag erfüllen kann, braucht es Respekt und Verständnis füreinander. Das Instrument Supervision ist geeignet respektive nötig, damit im speziellen Kontext der Akut-Psychiatrie ein ganzheitliches, ethisch vertretbares Arbeiten möglich ist. Durch die finanziell angespannte Situation im Pflegebereich werden die Pflagetage immer kürzer. Oft ist nur noch die allernötigste Hilfe möglich – auch dann, wenn das soziale Netz, in das die PatientInnen zurückkehren müssen, nicht stabil genug ist, um sie aufzufangen. Das heisst, die Patienten werden entlassen und stehen schon nach kürzester Zeit wieder vor der Türe. Oft hat sich der Gesundheitszustand der Patienten wieder massiv verschlechtert und somit beginnt die Behandlung erneut. Nun heisst es für die Pflegenden, wieder die nötige Motivation zu finden, damit sich keine destruktive Arbeitsweise einstellt. Auch bei sogenannten „Drehtür-Patienten“ ist eine wohlwollende, fundierte Teamarbeit nötig. Punkt.

Angesichts der Situation, dass die Patienten in vielen Fällen nicht freiwillig, sondern per Fürsorgerischem Freiheitsentzug FFE (*Psychiatrische Ethikkommission Kt ZH; zuständig auch für die Kt GL,GR , SH und das Fürstentum Lichtenstein ZGB 397a*) auf die Station kommen und angesichts der immer kürzer werdenden Aufenthaltsdauer ist es oft eine Kunst, eine Beziehung zu diesen Menschen aufzubauen. Durch die fehlende Ko-respondenzmöglichkeit der Patienten ist es oft lange unmöglich, mit ihnen in einen Dialog zu kommen. Die Bezogenheit dieser Menschen zu Mitmenschen und Umwelt korrespondiert nicht mehr auf der gleichen Ebene. Die Patienten in der Akutpsychiatrie haben sich oft eine Welt aufgebaut, in der sie nicht gestört werden wollen, in der sie - oft befreit von Ängsten und Bevormundungen - leben möchten. Um diesen Menschen eine Brücke zur Welt der Gesunden zu bauen, um Beziehungsarbeit wieder möglich zu machen, braucht es Geduld, Ehrlichkeit und Empathie. Grösste Behutsamkeit ist nötig, um die Verletzlichkeit dieser Menschen zu achten und ihrer momentanen Lebenssituation gerecht zu werden. Die Herausforderung besteht darin, die psychisch kranken Menschen immer wieder mit ihren Geschichten abzuholen, ihnen jedoch auch mitteilen zu können, dass die Pflegenden eine andere Meinung haben. Manches ist nicht zu verstehen, aber optimal erweise lassen die Pflegenden die Wahrnehmungen der Patienten trotzdem achtsam stehen. Oft gelingt es den Pflegenden gerade durch diese Gratwanderung, die Patienten wieder in die reale Welt zu holen. Gerade diese Momente sind besonders anspruchsvoll: Den kranken Menschen auf unsicherem Boden begleiten, immer bereit sein, ihm Unterstützung anzubieten und ihm gleichzeitig die notwendige Nähe und Distanz zu gewähren. Dass dieser Prozess Vertrauen voraussetzt und auch einen Vertrauensaufbau beinhaltet, ist unverkennbar. Die Ko-respondenz muss wieder behutsam und wachsam aufgebaut werden. Über positivere Selbstaffiliationen sollen die kranken Menschen im eigenen sozialen Umfeld/Konvoi ihren Selbstwert wieder finden.

Damit psychisch kranke Menschen wieder in einen normalen Alltag integriert werden können, braucht es zumindest einen kurzen Blick auf die 5 Säulen der Identität

1. Leiblichkeit (*Gesundheit*)
2. Soziales Netzwerk (*in der Familie eingebunden sein, Freunde haben*)
3. Arbeit, Leistung, Freizeit (*besteht Zufriedenheit im Beruf? wie steht es um die Leistungsfähigkeit?*)
4. materielle Sicherheit (*besteht noch ein Arbeitsverhältnis? ist eine Wohnmöglichkeit vorhanden?*)
5. Werte und Normen (*Glaube, Werthaltungen*)

Bei psychisch kranken Menschen steht oft keine Säule mehr fest neben der anderen. Die unerträgliche Isolation, in der sich diese Menschen oft befinden, ist eine Folge ihrer Erkrankung und führt zur Schädigung aller Säulen. Ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit kann deshalb diesen Menschen nicht geholfen werden. Es muss eine adäquate Kommunikation und eine aufmerksame und professionelle Zusammenarbeit stattfinden, um den Patienten angemessen helfen zu können. Der interdisziplinäre Prozess in der Akut-Psychiatrie setzt eine beträchtliche Passung (Dynamische Regulation zwischen Systemen, *Petzold 2007, S. 390*) voraus, hohe Achtsamkeit im Umgang mit Patienten und deren Umfeld sowie motivierte und professionell arbeitende Fachpersonen.

3.6 Salutogenese

Ein wichtiger Teil der Salutogenese ist die ressourcenorientierte Arbeit

Jeder Mensch besitzt Ressourcen. Bei den Patienten in der Psychiatrie ist es schwierig, die Ressourcen zu erkennen und (wieder) aufzubauen. Oft fehlt der Antrieb oder Patienten sind so angetrieben, dass ein Innehalten kaum möglich ist. Auch in diesen Situationen braucht es Aufmunterung, Ruhe und Vertrauen. Jeder Schritt muss genau überlegt werden, damit sich bei den Patienten keine Überforderung einstellt. Die Sensibilität dieser Menschen ist besonders hoch und die Anforderungen an die Pflege in diesem Kontext sind enorm. Wenn sich dann Erfolgserlebnisse einstellen und die Patienten wieder in ihr „altes“ Leben zurückfinden, erlebe auch ich als Pflegendende die Situation als Geschenk.

4 Der Kontext, in dem psychiatrische Pflege stattfindet

Um die Patienten verstehen zu können, müssen die Pflegenden ihren Kontext kennen. Erst dann wird es möglich, die Menschen während ihres Aufenthaltes in der Klinik behutsam und angemessen zu begleiten. In einem Kontext von vielen verschiedenen Kulturen, in unruhiger, gespannter Atmosphäre, in engen Räumlichkeiten und konfrontiert mit dem steten Wechsel interdisziplinärer Bezugspersonen ist das schwierig. Die Pflegediagnose gibt den Pflegenden die Möglichkeit, den Kontext der einzelnen Menschen kennen zu lernen und mit ihnen die verschiedenen Ebenen anzuschauen. Sie lernen die sozialen und ökologischen Lebenswelten der Patienten kennen.

Die Pflegediagnose umfasst folgende Dimensionen (Pflegediagnosen und Maßnahmen, *C. Abderhalden und Regula Ricka, 2002*):

- a. Den Patienten kennen lernen und eine professionelle Beziehung aufbauen.
- b. Direkte Informationen sammeln durch Befragen des Patienten, der Angehörigen ev. anderen Teammitgliedern oder durch das Studium der Patientenunterlagen (z.B. bei Drehtür-Patienten). Die Zusammenfassung der Informationen wird als „Pflegeanamnese“ bezeichnet.
- c. Passende Pflegediagnose auswählen (NANDA-Taxonomie= North American Nursing Diagnosis Association).
- d. Aufgrund all dieser Informationen kann schließlich die Pflegeplanung erstellt werden.

4.1 Darstellung des Kontextes

Die kleinste Einheit der Mikroebene beinhaltet die direkte Pflege am Patienten in seinem jeweiligen Kontext (Arbeits- und Wohnsituation, soziales Netzwerk). Diese direkte Pflege findet in der Mikro-Ebene des interdisziplinär arbeitenden Teams statt. Die Meso-Ebene ist das Feld der Akut-Psychiatrie. Die Makro-Ebene meint hier die gesellschaftliche Struktur im Land Schweiz mit ihren allgemeinen politischen und ökonomischen Parametern.

Die Mikro-Ebene steht unter einem hohen Erwartungsdruck. Gefordert sind hier einerseits hohe Fachlichkeit und Professionalität, gleichzeitig aber auch menschliche Wärme und ein hohes Maß an Affiliation und Empathie.

Die Meso-Ebene, also das Feld der Akut-Psychiatrie, ist geprägt durch die hohen Erwartungen von verschiedenen Seiten. Einerseits ist eine psychiatrische Klinik ein stark hierarchisch geprägtes Gebilde, andererseits sollte aber die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf verschiedenen Stufen reibungslos funktionieren. Allein schon dieser Anspruch stellt eine fast nicht bewältigbare Herausforderung dar.

Auf der Makro-Ebene zeigt sich, dass die Gesellschaft psychisch kranke Menschen in ihrer Mitte schlecht erträgt. Also wird die Verantwortung für diese Menschen an die Psychiatrie delegiert. Gleichzeitig steht aber immer weniger Geld zur Verfügung, um die nötigen Dienstleistungen zu finanzieren. Das geht zu Lasten der Patienten.

4.2 Hierarchischer, interdisziplinärer Kontext

Der Kontext, in dem sich die Pflegenden bewegen, ist spannend, vielfältig und sehr anstrengend. Sie werden hierarchisch gesteuert. Die Leitung hat aber andere Prämissen als die Pflegenden. Sie ist ständig dazu angehalten, zu sparen, während die Pflegenden versuchen, eine möglichst professionelle Pflege zu gewährleisten. Damit eröffnet sich ein grosses Spannungsfeld, da das Ziel der möglichst professionellen Pflege kaum zu vereinbaren ist mit dem hohen Spardruck. Die Anforderungen steigen stetig an, da immer weniger Mittel zur Verfügung stehen. Es wird jedoch verlangt, dass dieselbe Leistung wie vorher erbracht wird. Verlierer ist hier der Patient. Zudem wird die Arbeit im stationären, interdisziplinären Kontext immer schwieriger, da im Team verschiedene professionelle Kulturen aufeinander prallen. Die jeweiligen Fachsprachen sind über die Disziplinen hinweg schwer zu verstehen, die Fachleute kommen aus verschiedenen Ländern, die Werte-

Vorstellungen decken sich nicht und die Kompetenzen sind nicht dem Wissen und der Erfahrung entsprechend zugeteilt.

4.3 Definition von Institution und Organisation

Institutionen sind Einrichtungen, welche die Gesellschaft von bestimmten Aufgaben und Verantwortungen entlastet. Zum Beispiel: Gefängnisse, Psychiatrische Kliniken, Heime für Menschen mit einer Behinderung, etc. Die Institution ist mächtig („Macht ist in Institutionen vorfindlich“, Petzold, 2007, S. 266ff) und wird von Gesetzen und Verordnungen gesteuert. Die Institution wird durch die öffentliche Hand finanziert und bleibt somit unbeweglich. Durch die politischen Einflüsse verändert sich auch die Lebensqualität in den Institutionen. Die Gesellschaft ist befreit von Minderheiten, welche nicht in die Einseitigkeit der verblendeten Eintönigkeit passen. Die Gesellschaft muss sich nicht mit den gescheiterten Persönlichkeiten in den Gefängnissen auseinandersetzen. Und auch nicht mit den psychisch kranken Menschen, die doch oft nur eine eigene Lebensform leben wollen. Oder mit Menschen mit einer Behinderung, die vielleicht in „ungeeigneten“ Momenten Gefühlsregungen zeigen, die uns Anderen leider immer verwehrt bleiben. Und zu guter Letzt auch nicht mit den alten Menschen, die uns an die Defizite im Alter und an die eigene Endlichkeit erinnern.

Die Organisation hingegen finanziert sich selbst, ist vom Markt abhängig und steht in einem dauernden Wettbewerb. Trotz allem sind in der Organisation mehr Veränderungen möglich, weil sie flexibel bleiben kann.

4.4 Diskurse des Feldes

In der Institution Psychiatrie sind die verschiedensten Themen angesiedelt. So zum Beispiel medizinische Forschung, die im Stationsalltag oft nicht verstanden werden kann. „Schon wieder eine Blutentnahme?“, „Ist das MRT wirklich nötig?“, „Das Medikament schränkt den Patienten in seiner Beweglichkeit ein!“ - so die Fragen und Aussagen der Pflegenden, welche oft nur bei starkem Nachdruck beachtet werden. Die Pflegenden arbeiten jedoch im Team und jede Unsicherheit und Störung im Team überträgt sich auf die Patienten. Ohne das Werkzeug „Kommunikation“ und bewusstes Zuhören ist die Arbeit auf einer Akut-Station der Psychiatrie unmöglich.

4.5 Atmosphären

In der Arbeit mit psychisch kranken Menschen wird die Wahrnehmung geschärft. Es kann so weit gehen, dass die Pflegenden beim Betreten der Station über die Wahrnehmung sofort verschiedene Stimmungen erfassen: Angst, Aggression, Trauer, jedoch auch Freude und Leichtigkeit. Wenn dann noch die Gesichter, die Stimmen oder Bewegungen der Menschen beobachtet und gehört werden, ist die Situation zu verstehen. Um nach Erklärungen zu suchen, fehlt oft die Zeit. Doch die Pflegenden machen häufig, rein intuitiv, das Richtige.

4.6 Mehrebenenmodell

Die Akutpsychiatrie stellt ein pluriformes Arbeitsfeld dar, das nur mit dem Mehrebenenmodell erfasst werden kann. Damit eine ganzheitliche Pflege funktionieren kann, müssen die social worlds der Patienten mit einbezogen werden. Die ganze Kette der beteiligten Personen und Ämter (IV, Krankenkassen, Sozialamt, Arbeitslosenkasse, etc.) müssen immer auf dem aktuellsten Stand der Informationen sein. Erschwerend kommt hinzu, dass ohne Schweigepflichtentbindungen der Patienten keine externe Person oder kein Amt involviert werden darf. Diese Situation macht häufig eine adäquate, interdisziplinäre Betreuung schwierig.

Die Aufgabe der Pflegenden ist es nun, den Patienten so schonungsvoll als möglich darauf aufmerksam zu machen, dass wir wissen müssen, mit welchen Angehörigen er noch in Kontakt steht, bei welcher Krankenkasse er angemeldet ist, ob er eine IV-Rente bezieht und vieles mehr. Oft sind diese Fragen mit viel Scham oder Angst besetzt. Nun müssen die Pflegenden abwägen, wie viel Offenheit der kranke Mensch erträgt und ob er im Moment überhaupt Aussagen über seine Situation machen kann. Wenn der Patient durch seine Krankheit zum Beispiel ein Wahngelbde aufgebaut hat und er mit solchen Fragen in die Enge getrieben wird, ist ein Beziehungsaufbau kaum möglich und es könnte sich daraus sogar Aggression entwickeln. Auch hier sind Achtsamkeit, Einfühlungsvermögen und Ruhe nötig. Oft existiert bei diesen Patienten kein Konvoi mehr und es ist schwierig, die wenigen vorhandenen Angehörigen ausfindig zu machen und in die Behandlung mit einzubeziehen.

Die social worlds dieser Patienten treffen nun auf die social worlds der Pflegenden, die ihrerseits in das komplexe Gefüge der Institution eingebunden sind. Die Institution jedoch steht immer in einem bestimmten politischen und gesellschaftlichen Zusammenhang. Die social worlds im Makrobereich zeigen den Zustand unserer Lebenswelt auf und auch die Störungen der Konvivialität werden hier sichtbar.

Die Komplexität eines solchen Mehrebenensystems ist somit sehr offensichtlich.

4.7 Ethik in der psychiatrische Pflege

Um einen achtsamen Umgang mit Menschen zu pflegen, braucht es eine fundierte, ethische Ideologie. Die Schweigepflicht ist ein wichtiges Element, um die Patienten in ihrer Würde und Autonomie zu schützen.

„Die Würde des Menschen und die Einzigartigkeit des Lebens stehen im Zentrum allen pflegerischen Handelns“ (ethische Grundsätze für die Pflege, *SBK, schweizerischer Berufsverband für die Pflege*, 1990). Pflegequalität basiert laut SBK auf berufsethischen Geboten:

„**Professionelle Pflege** leisten (Autonomie, Gutes tun) heisst, das kranke oder gesunde Individuum zu unterstützen, seine gesundheitlichen Ziele zu erreichen.

Dies geschieht durch Handlungen,

- die aufgrund der Angaben der Person, ihrer Krankheitssymptome, ihrer Auffassung von Gesundheit oder Krankheit und aufgrund der präventiven, kurativen oder palliativen medizinischen Behandlung definiert wurden;

- die aufgrund klinischer Entscheidungen bestimmt wurden, welche sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse, Erfahrung sowie die Wünsche und die Zustimmung des Patienten stützen;
- die auf ein Ziel ausgerichtet sind, das der Patient annehmen kann;
- deren Ergebnisse evaluiert oder gemessen werden können;
- die von Wahrhaftigkeit, Vertrauen und Aufrichtigkeit getragene Beziehungen ermöglichen.

Sichere Pflege leisten (Gutes tun, nicht schaden) heisst, den Patienten bei dem zu unterstützen, was ihm gut tut, und ihn vor dem zu beschützen, was ihm schadet, seine Sicherheit gefährdet oder sein Leben in Gefahr bringen könnte:

- den mit der Behandlung, der Umgebung, kulturellen Missverständnissen und menschlichen Irrtümern verbundenen körperlichen und emotionalen Risiken besondere Beachtung schenken;
- Patienten mit drohenden Komplikationen erkennen und entsprechende präventive Massnahmen ergreifen;
- Massnahmen und Verfahren anwenden, die Fehlern vorbeugen.

Gerechte Pflege (Gerechtigkeit) leisten heisst, die Grundrechte jedes Individuums zu respektieren und die verfügbaren Ressourcen so einzusetzen, dass jeder Mensch entsprechend seinem Pflegebedarf behandelt werden kann:

- gewährleisten, dass jeder Menschen ohne Unterscheidung kompetente, seinem Bedarf entsprechende Pflege erhält;
- den Patienten über seine Rechte und Pflichten, die verfügbaren Ressourcen und die Bedingungen informieren, unter denen die Pflege erfolgt;
- Prioritäten setzen und begründen, um eine gerechte Verteilung der pflegerischen Ressourcen sicherzustellen.

Qualität der Pflege misst sich unter anderem an den Patientenergebnissen:

- Prävention, Heilung, Stabilisierung der Krankheit;
- Autonomie und die Fähigkeit, mit den Folgen von Gesundheitsverlust sowie den Behandlungen umzugehen;“ (Ethische Grundsätze für die Pflege, SBK, 1990)

Diesen hohen Ansprüchen müssen die Pflegenden gerecht werden, was nicht einfach ist. Die Arbeit mit Menschen ist ein großes Geschenk. Jede Persönlichkeit hat ihre eigene Geschichte. Diese Einzigartigkeit müssen die Pflegenden jederzeit respektieren und auch in schwierigsten Momenten den Patienten die notwendige Achtung vor ihrer Würde als Menschen entgegenbringen. Dies setzt eine ausgereifte, ethische Grundhaltung voraus. Dazu gehört jedoch auch, die nötige Distanz wahren zu können. Fürsorglichkeit kann auch erdrücken und kann eine Beziehung lähmen. Die Pflegenden befinden sich nicht selten im Spagat zwischen Aufmerksamkeit und Zuwendung geben und vom Patienten abgelehnt und verbal verletzt werden. Diese Erschütterungen müssen von den Pflegenden zuerst wieder verarbeitet werden, um daraus wieder positive Energie gewinnen zu können. Dabei hilft es, die Lebensgeschichte des kranken Menschen nochmals Revue passieren zu lassen, die Ressourcen hervorzuheben und zu versuchen, die eigene Kränkung zu überwinden. Solange die Ko-respondenz glückt, ist gegenseitiges Interesse da und es kann immer wieder etwas Neues entstehen.

- Gesellschaftliche und politische Komponente der Ethik in der Pflege: Eine psychische Erkrankung ist heute noch lange nicht gesellschaftskonform. Die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen, die Ängste und die Abschreckung auf der gesellschaftlichen Seite scheinen unüberbrückbare Probleme darzustellen. Oft spielen sich ethisch kaum vertretbare Szenen in der Öffentlichkeit ab. Durch die immer präsenteren Medien haben psychisch kranke Menschen auch immer weniger Möglichkeiten am alltäglichen Leben teilzunehmen. Sanfte Integration findet zwar statt, doch bei Rückfällen fehlt oft jedes Verständnis. Psychisch kranke Menschen werden nicht selten als „Schmarotzer“ bezeichnet und dementsprechend behandelt.
- Jeder Mensch hat in Anlehnung an die Integrative Ethiktheorie (Metatheorie) das Recht, in eine gesellschaftlich humane Ethik eingebettet zu sein. Die Werte, auf welche die Pflegenden sich berufen, müssen ethisch vertretbar sein. Eine in Handeln und Denken integrierte Ethik zeichnet sich durch Zufriedenheit, Wohlwollen und Menschenfreundlichkeit aus. Zudem müssen ethische Grundsätze immer wieder neu überprüft werden, damit sich in der Pflege keine Automatismen einstellen. Wichtig ist eine gelebte Konvivialität, ein Miteinander in aller Verschiedenheit. Jeder Mensch kann sich selber sein, sowohl der Patient / die Patientin als auch der oder die Pflegende. Mit ihrer / seiner jeweiligen Geschichte, in ihrer / seiner ganz persönlichen Identität, in einer – so der Wunsch - wohlwollenden Gesellschaft. Die Patienten sollen in ihrer Autonomie unterstützt werden, wobei die autonomen Ansprüche zum Teil auch etwas begrenzt werden müssen. Die Integrativen Forderungen in diesem Zusammenhang sind: Gerechtigkeit, Integration, Konvivialität, Humanität, Gewissensarbeit als Praxis von Ethik, Würde, Selbstbestimmung und Autonomie.

4.8 Attributionen

Gegenüber Minderheiten bestehen große Vorurteile (negative Attributionen) in der Gesellschaft. Psychisch kranke Menschen erleben oft unmäßige Erniedrigungen, die sie nicht einordnen können, die sie verunsichern und verängstigen. Dies führt zu negativen Selbstattributionen. Durch ihre krankheitsbedingte, momentane Sensibilität ist es den Patienten oft nicht möglich, Vertrauen zu fassen. Sie werden an den Rand der Gesellschaft gedrängt und ausgegrenzt. Verschiedene Organisationen wie Kirchengemeinden, karitative Vereine und sozialpsychiatrische Einrichtungen sehen ihre Aufgabe darin, diesen Menschen wieder Boden unter den Füßen zu geben und sie - wenn möglich - wieder einzugliedern. Meistens ist das ohne stationäre Psychiatrie nicht möglich.

Die Aufgabe der Psychiatrie ist es, die Menschen wieder „gesellschaftsfähig“ zu machen. Eigentlich eine absurde Tatsache. Unsere Gesellschaft ist noch immer nicht bereit, sich mit anders „funktionierenden“ Menschen auseinander zu setzen und ihre eigenen Ängste abzubauen. Sie verschließt immer noch Augen und urteilt, anstatt sich dem Unbekannten, Unheimlichen zu stellen. So bleiben die psychisch kranken Menschen unverstanden, einsam und isoliert. Um zu anderen Attributionen der Gesellschaft zu kommen, braucht es Zeit, braucht es Informationen und braucht es Beziehung. Nur so könnten die psychisch kranken Menschen verstanden werden und als wertvoller Teil unserer Gesellschaft ihren Platz in ihr finden.

4.9 Würde und Sicherheit

In der Entwicklungspsychologie steht geschrieben, dass Sicherheit eine wichtige Disposition ist, damit das Kind lernt, Vertrauen aufzubauen. Durch die Isolation und die Unfähigkeit Kontakt aufzunehmen, werden psychisch kranke Menschen misstrauisch. Sie erleben ihren Kontext als Bedrohung. Sehr oft sind sie getrieben und bleiben unverstanden mit ihren Wahrnehmungen und Ideen, welche geprägt sind von Angst und Unsicherheit. Nicht selten verändert die psychische Krankheit auch die äußere Erscheinung von Menschen. Sie wirken ungepflegt, sind agitiert und kaum zu bremsen. Diesen Menschen achtsam zu begegnen, damit sie wieder in eine würdevolle Rolle zurückfinden können, stellt hohe Anforderungen an Menschen, welche sich um Integrationsprozesse bei Randgruppen bemühen. Durch eine neu entstandene Beziehung wird es möglich, den Patienten Wege aufzuzeigen, damit sie wieder Sicherheit gewinnen können. Die „client safety“ und die „client dignity“ sind hier zentrale Begriffe. (Petzold, 2007, S. 397)

5 Gründe für Supervision in der Psychiatriepflege

Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist eine riesige Herausforderung. Die Patienten befinden sich nicht mehr auf einem soliden, leb baren Weg. Die Pflegenden versuchen, mit den Patienten deren Lebensweg zu ebnen, sie versuchen ihnen neue Erkenntnisse zu vermitteln, damit sie sich in ihrer Welt wieder besser zurecht finden können. Diese andauernden Wechsel zwischen der Realität der Pflegenden und der prekären Lebenslage der Patienten verunsichert, macht müde und lässt oft an der eigenen Berufskompetenz zweifeln. Die eigene Befindlichkeit muss immer wieder in den Hintergrund treten, weil es ja um die Patienten geht, weil Pflegende stark sein müssen und ihr Lebenstraum ja schließlich das Helfen ist.

Ich meine, dass die Pflegenden ihre eigene Entwicklung selbst in die Hand nehmen müssen. Sie müssen lernen, sich abzugrenzen und sie müssen die Patienten immer wieder ermutigen, Selbstverantwortung zu übernehmen. Um diese Entwicklungen zu analysieren, zu fördern und zu steuern, ist die Supervision das geeignete Instrument. Damit die interdisziplinäre Teamarbeit funktionieren kann, müssen die Kommunikation und die Zusammenarbeit aller beteiligten Personen optimal funktionieren. Um diesen hohen Anspruch konstruktiv zu bewältigen, ist Supervision unentbehrlich. Im Gefäß der Supervision können gemeinsam die verschiedenen Ebenen angeschaut, reflektiert und optimiert werden. So wird auch jedem Bereich die nötige Anerkennung gezollt, was dazu führt, dass das Arbeitsfeld in seiner Komplexität erfasst werden kann und die Patienten die bestmögliche Behandlung und Pflege bekommen.

6 Definition von Supervision

Zur Geschichte

Ursprünglich verstand man als Supervision die Praxisberatung in der sozialen Arbeit. Insbesondere in den USA war Supervision die Aufsicht und Anleitung durch einen Vorgesetzten. Dabei handelte es sich zunächst um freiwillige Sozialhelfer, die von professionellen Sozialarbeitern supervidiert wurden. Supervision diente hier dem Vorgesetzten dazu, professionelles Handeln in seinem Sinne mit dem ausführenden Mitarbeiter durchzusprechen und zu bestimmtem Verhalten anzuleiten. Supervisor war oft der direkte Vorgesetzte. Das heutige Mentoring hat diesen Ansatz übernommen. Manchmal wird auch Coaching so verstanden und eingesetzt.

Heute wird Supervision in der Regel von externen und unabhängigen Supervisoren geleistet. Und etliche Berufsverbände schließen eine hierarchische Supervision aus (*Wikipedia*).

Definition

Supervision bietet Unterstützung an bei der Bewältigung beruflicher Aufgaben, der Reflexion beruflichen Handelns und der Weiterentwicklung der fachlichen und psychosozialen Kompetenzen. Qualitative Elemente, u.a. der transparente Umgang mit Macht und das Wahren von Unabhängigkeit gegenüber dem beruflichen Umfeld von Kunden und Kundinnen, sind fester Bestandteil von Supervision.

Aufgabe und Zielsetzung

Supervision setzt sich zum Ziel, Lern-, Veränderungs- und Entwicklungsprozesse bei Einzelpersonen, Gruppen und Teams zu begleiten und zu optimieren. Sie arbeitet dabei auf der Wahrnehmungs-, Reflexions- und Handlungsebene. Supervision bezieht immer den Kontext der Gesamtorganisation und die Besonderheiten des Fachgebietes mit ein, in dem die SupervisandInnen tätig sind.

Die qualitative Verbesserung von Berufsarbeit gehört zu den wichtigen Zielen von Supervision. Sie bearbeitet persönliche und rollenbezogene Aspekte im Spannungsfeld zwischen Stabilität und Wandel (*BSO*).

6.1 Definition von Integrativer Supervision

"Supervision ist eine interdisziplinär begründete Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation [...] durch mehrperspektivische Betrachtung aus ‚exzentrischer Position.‘. Sie geschieht durch Ko-respondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence) an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie und Tragfähigkeit. So entwickeln sich Kompetenzen und es wird eine performativische Umsetzung möglich.

Supervision ist ein interaktionaler Prozess, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen bewusst, transparent und damit veränderbar gemacht werden mit dem Ziel, die personale, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz der supervidierten Personen durch die Rückkoppelung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine

Steigerung der Effizienz bei der supervidierten Institution im Sinne der Aufgabenstellung zu erreichen. Diese Aufgaben selbst müssen reflektiert und gegebenenfalls den Erfordernissen der ‚relevanten Umwelt‘ entsprechend verändert werden.

Supervision als Praxisstrategie erfolgt in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden, vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Ganzheit, ihrer Struktur, ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben.

Supervision als sozialphilosophisch fundierte Disziplin mit interventiver Zielsetzung wurzelt im Freiheitsdiskurs moderner Demokratie und im Engagement für Grund- und Menschenrechte. Auf dieser Basis legitimiert sie sich als ein praxisgerichtetes Reflexions- und Handlungsmodell, das auf die Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz von Berufstätigen gerichtet ist, um Effizienz und Humanität professioneller Praxis zu sichern und zu fördern. Sie leistet damit Arbeit im Gemeinwesen für das Gemeinwesen." (H. Petzold, 2007, S.12)

6.2 Arbeit am Menschen, die besonders reflektiert werden muss

Die Realität und die eigens geschaffene Welt, in welcher sich psychisch kranke Menschen bewegen, ist meistens nur schwer zu verstehen. Oft wechseln die Patienten auch zwischen den verschiedenen Welten hin und her. Die Pflegenden befinden sich also dauernd in einer Spannung, sie müssen immer konzentriert sein, damit der Patient dort abgeholt werden kann, wo er im Moment steht. Dazu kommt, dass die Patienten häufig misstrauisch sind und jede sprachliche und gedankliche Ungereimtheit zum Thema machen. Der Patient kann aggressiv reagieren, er kann sich zurückziehen oder er kann in der ganzen Patientengruppe agieren. Wenn nun eine ganze Patienten-Gruppe mitagiert, ist es für die Pflegenden schwierig, die Kontrolle zu behalten. Es müssen Strukturen angeboten werden, z.B. ein kurzes Time-Out im Zimmer, es müssen Gespräche stattfinden, eventuell braucht es sogar Reservemedikation, damit die Situation nicht eskaliert. Solche Geschehnisse müssen reflektiert werden, damit wieder ein förderliches, heilsames Arbeitsfeld geschaffen werden kann. Die Supervision ist also auch ein wichtiges Instrument für die Psychohygiene der Pflegenden.

6.3 Kompetenz und Performanz

Die Kompetenzen in einem interdisziplinären Team müssen sorgfältig eingesetzt werden. Es braucht immer wieder Absprachen und eine ständige Information unter den beteiligten Pflegenden, damit keine Wissenslücken entstehen. So wird dem Patienten Sicherheit vermittelt und es hilft ihm zugleich, Vertrauen aufzubauen. Jedes Teammitglied hat seine eigene Geschichte und die Kompetenzen sind verschieden gelagert. Dieser ganze Fundus hilft dem Team, den Patienten ganzheitlich zu erfassen. So können die gemeinsamen Ziele erreicht und die gemeinschaftliche Performanz gesteigert werden (joint competence, joint performance, (Petzold, 2007, S. 102). Es braucht persönlichen Raum für alle Pflegenden, damit sich die eigenen Kompetenzen entwickeln können und die gemeinsame Performanz in fundierter Kollegialität den Weg finden kann.

6.4 Aufrechterhalten von Professionalität auch unter widrigen Umständen

Um in der Akut-Psychiatrie bestehen zu können, muss bei den Pflegenden eine hohe Professionalität und eine gefestigte Persönlichkeit vorhanden sein. Eine professionelle Pflege ist immer ressourcenorientiert. Ich bin der festen Überzeugung, dass bei jedem Menschen Ressourcen vorhanden sind, mag die aktuelle Krise noch so lebens einschränkend sein. Den psychisch kranken Menschen Halt geben und ihnen ihre Möglichkeiten aufzeigen, damit sie den ersten Schritt auf ihrem Genesungsweg beschreiten können, ist eine große Herausforderung und bereitet eine unfassliche Genugtuung. Diese Professionalität ist nötig, damit auch schwierige Situationen, im Team und mit dem Patienten, gemeistert werden können. Ein menschenorientiertes, interdisziplinäres Team muss fähig sein, auch in Krisensituationen den Patienten achtungsvoll zu unterstützen und ihm eine neue Lebensperspektive aufzuzeigen. Supervision hilft, diese Professionalität zu bestärken und unterstützt die Pflegenden darin, eine menschenfreundliche Haltung zu bewahren.

6.5 Helfen unter suboptimalen Bedingungen macht müde

„Komplexe Achtsamkeit“ ist eine wichtige Devise im Umgang mit Menschen. Einen achtsamen Umgang erlangen bedeutet, ein positives Menschenbild zu entwerfen. Jedes Gegenüber muss in seiner ganzen Würde wahrgenommen und respektiert werden. Auch hier sind die Ressourcen ein wichtiger Aspekt. Ressourcen bedeuten Lebendigkeit und Gesundheit. Somit zeigt der kranke, verletzte Mensch seinem Gegenüber etwas ganz Intimes, nämlich einen Teil seines gesunden Kerns. In diesen Situationen wird nun größte Behutsamkeit und Respekt von den Pflegenden gefordert. Hier setzt unsere Hilfe ein. Um dieser großen Verantwortung gerecht zu werden, müssen die Pflegenden die Gelegenheit haben, niederprozentig zu arbeiten, damit genügend Freizeit zur Verfügung steht. Die Arbeitszeit muss stunden massig geregelt sein. Die Löhne müssen so angepasst werden, dass die Lebenshaltungskosten und ein gewisser Standard gedeckt sind. Um eine konstruktive, gesunde Arbeitsatmosphäre zu erlangen, braucht es offene Kommunikation, transparente Arbeitsbedingungen und eine gelebte Fehlerkultur.

So wird es möglich, dass die Pflegenden ihren Beruf achten, dass sie auf ihre Arbeit stolz sein können und dass sie gesund und leistungsfähig bleiben können. Supervision hat in diesem Bereich eine wichtige Funktion. Sie dient der Psychohygiene und damit der Gesunderhaltung der Pflegenden, da Helfen müde macht.

6.6 Stärkung für den Arbeitsalltag

Persönliche Interessen, die außerhalb des Arbeitsfeldes stattfinden, tragen dazu bei, beim Pflegepersonal Kräfte und Energien zu generieren, sie sind Ressourcen. Es ist wichtig für die Pflegenden, Freundschaften zu leben und immer wieder Ruhezeiten einzubauen (ohne schlechtes Gewissen). Die Pflegenden brauchen ein hohes Maß an Selbstsorge (*Merleau Ponty*), damit sich das Leib-Subjekt (=Körper-Seele-Geist-Wesen) erholen kann und seine Lebenswelt (=soziales, ökologisches Umfeld (Petzold 2007, S. 227 / *Merleau Ponty*, anthropologische Grundformeln) lebendig bleibt. Supervision hat hier die Aufgabe, die social worlds, die Lebenswelt und den jeweiligen Konvoi der Pflegenden mit einzubeziehen und so zu stärken.

6.7 Hochseilakte

Die Verantwortlichkeiten in der Pflege allgemein sind sehr ausgeprägt, was die Arbeit zu einem Hochseilakt macht. Die Pflegenden haben es mit Menschen in Ausnahmesituationen zu tun. Es geht um Krankheit und Tod, Ängste, Hoffnungen und Enttäuschungen. Diese Stimmungen müssen von der Pflege ausgehalten werden. Es ist ein andauerndes Dilemma, auf den Patienten eingehen zu wollen, ohne zu viel zu sagen, was ihn verunsichern könnte. Es müssen aus Gründen der Entlastung immer wieder Reflektionen zwischen den Pflegenden stattfinden, denn eventuell sind Arbeiten und Verantwortungen umzuverteilen, wenn sich Pflegenden in Stress-Situationen nicht mehr abgrenzen können. Supervision hat in diesem Bereich nicht nur eine Entlastungsfunktion, sondern dient auch der philosophischen Reflektion von zentralen Themen wie Leben und Tod, Sinn und Ohnmacht, Leid und Schmerz.

6.8 Belastungsgrenzen

Menschen mit suizidalen Impulsen brauchen eine besonders achtsame Begleitung. Ihre Gedanken kreisen immer wieder um die einzige Frage: „Wie kann ich meinem Leben ein Ende setzen?“ Diese Menschen strahlen Einsamkeit, Trauer und Leblosigkeit aus und es ist schwierig, mit ihnen in Kontakt zu kommen. Trotzdem müssen sie überwacht werden. Dosierte Zuwendung und Hilfe ist genauso wichtig, wie die suizidalen Menschen in ihrer grenzenlosen Dunkelheit und Abgeschiedenheit vom Leben zu begleiten. Für die Pflegenden ist es schwierig, nicht in diese Leere hineingezogen zu werden. Schon die kleinste Regung der Patienten zurück ins Leben gibt den Pflegenden eine wunderbare Zufriedenheit.

Genau diese Momente sind jedoch für die Pflegenden von größter Wichtigkeit und sie beanspruchen höchste Aufmerksamkeit. Wenn beim Patienten die Lebendigkeit zurück kommt, ist die Suizidgefahr am höchsten. Die körperliche Aktivität kommt zurück, das Gedankenkreisen um das Sterben ist jedoch immer noch vorhanden. Und es kann vorkommen, dass sich trotz vorsichtigster Überwachung ein Mensch auf einer Akut-Station suizidieren kann. Die Schuldgefühle, die dann bei Pflegenden aufkommen, sind nur schwer zu ertragen. Dass bei jedem vollendeten Suizid die Polizei hinzugezogen werden muss, erschwert die ganze Situation. Mord, Unfall oder Suizid muss aufgeklärt werden und jeder Mensch, der so etwas erlebt hat, stellt sich und den Beruf in Frage. Dass hier eine sorgfältige Begleitung notwendig wird, ist wohl selbstverständlich!

Supervision dient klar der Bearbeitung solcher Vorfälle, welche die Persönlichkeit erschüttern und eigentlich über alle Grenzen gehen. Empathie und höchste Achtsamkeit auf Seiten der Supervisorin sind nötig, um solche Überbelastungen bewältigen zu können. (Schnyder Sauvant: Krisen der Helfer)

6.9 Dilemmas

Über ethische Grundsätze kann viel diskutiert werden. Aber in der psychiatrischen Krankenpflege haben es die Pflegenden vor allem mit Dilemmas zu tun. Beispiel: Auf einer geschlossenen Akut-Station sind 15 Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern in verschiedenen

Krankheitsstadien. Ein Patient ist psychotisch, agitiert und motorisch angetrieben. Eine hier angebrachte ethische Überzeugung ist es, dass dieser Mensch Raum braucht, um sich bewegen zu können. Nun folgt aber die Überlegung, dass der Patient sich selbst und auch die anderen Patienten gefährdet, welche die Hyperaktivität und die Lautstärke kaum ertragen können. Das ethische Dilemma besteht nun darin, dem Patienten einerseits Bewegungsfreiheit ermöglichen zu wollen, ihm aber andererseits Medikamente geben und ihn eventuell auch noch isolieren zu müssen. Diese Maßnahmen sind nötig, um den Patienten und das Umfeld zu schützen. Supervision muss sich auf solche ethische Dilemmas einlassen und die Pflegenden auf der Suche nach der optimalen Lösung unterstützen. Gleichzeitig muss sie klar machen, dass immer nur vorläufige und begrenzte Lösungen gefunden werden können. Perfektion gibt es in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen keine. Damit müssen die Pflegenden leben lernen.

6.10 Fremdgefährdung, Aggressivität, Macht

Eine Schwierigkeit auf der Akut-Station ist es, die verschiedenen Bedürfnisse der Patienten in ihrer Krankheit zu erkennen und wenn möglich zu erfüllen. Die Menschen befinden sich in Ausnahmesituationen, in einer künstlichen, einengenden Welt. Dies kann ein Nährboden für Gewalt und Aggressivität sein. Die Folge davon ist häufig Fremd- und Selbstgefährdung der Patienten. Die Pflegenden befinden sich ständig im Wechselspiel der Gefühle: Angst, Nervosität, Wut und Entspannung. Die atmosphärische Sensibilität wird von den Pflegenden zwangsläufig so weit entwickelt, dass schon beim Betreten der Station die herrschende Spannung zu spüren ist.

Auf einer Akut-Station ist auch Macht ein wichtiges Thema. Die Pflegenden üben „direkte Macht“ aus. „Ausgeübte und erfahrene Macht ist konfigurativ (Macht-Ohnmacht-Struktur) eingebunden in Machtgefüge, die Freiräume bemessen und kontrollieren“ (Petzold, 1968f). Sie geben die Strukturen vor, sie haben die Möglichkeit, das Leben und die Lebensumstände der Patienten zu bestimmen. Macht ist vorfindlich in der Psychiatrie. Sie soll aber nicht demonstrativ eingesetzt werden, sondern dient nur als Leitplanke, die den Patienten die notwendige Struktur und Sicherheit gibt. Mit den Patienten sollte immer der Dialog gesucht werden, um Verständnis für die nötigen Strukturen und Grenzen zu schaffen. Nur so kann die Macht als Leitplanke ihren Zweck erfüllen. Es wäre utopisch zu glauben, dass diese Macht von den Pflegenden immer subtil ausgeübt werden kann. Es gibt eine Patienten-Gruppe (Menschen mit Persönlichkeitsstörungen), welche die Grenzen aufgrund ihres Krankheitsbildes austesten muss. Wenn die Pflegenden dann ihre Macht und Verantwortung nicht wahrnehmen, kann es zu gefährlichen Situationen kommen, da eine Macht-Umkehr droht, die sich verheerend auswirken würde. In vielen Fällen kommt es dann zu einer direkten Machtausübung von Seiten der Pflegenden: Der Patient muss notfalls durch zwangsweise verabreichte Medikamente und Isolation vor sich selbst geschützt werden, gleichzeitig hat auch der Schutz der ganzen Patientengruppe einen hohen Stellenwert. Dies kann zu einer Gratwanderung zwischen Machtausübung und Gewaltanwendung werden. Supervision muss hier den Grenzgang zwischen Macht und Gewalt sorgfältig begleiten und sicherstellen, dass die Pflegenden im Sinne der ethischen Grundhaltungen handeln. Es geht darum, ständig zu überprüfen, zu hinterfragen und zu reflektieren (metahermeneutische Triplex-Reflexion. (Petzold, 2007, S. 132, 192f)

In diesem Kontext ist auch die Persönlichkeitsentwicklung von zentraler Bedeutung, damit bei den Pflegenden ein Zuwachs an Professionalität stattfinden kann. Auch dies kann Supervision einlösen.

6.11 „Supervisio“: Überblick ist vonnöten

Die Arbeit auf einer Akut-Station ist nur möglich, wenn die Pflegenden sich mit ihrer ganzen Persönlichkeit einsetzen können. Um den Überblick zu haben und zu halten, müssen alle Sinne (Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) uneingeschränkt verfügbar sein. Die Pflegenden müssen stets wachsam und aufmerksam sein. Das Team muss belastbar sein, es muss jederzeit transparent und gemeinsam handeln können. Bei Unstimmigkeiten muss diskutiert werden, bis ein gemeinsamer Nenner gefunden ist. Es kann hier keinen Konsens über Dissens geben, sondern es muss wirklich ein gemeinsamer Konsens gefunden werden. Durch die Krankheit sind die Patienten oft sensibilisiert auf Störungen. Sie spüren sofort, wenn das Team geschwächt oder uneins ist. Die Auswirkungen (z.B. Spaltungen) können fatal sein. Ein geschlossen auftretendes Team gibt den Patienten Sicherheit. Durch ein „kränkelndes“ Team kann eine „gefährliche Pflege“ entstehen. Durch eine Mehrperspektivität (Petzold, 2007 S.114) besteht die Möglichkeit verschiedene Standorte einzunehmen. Das heisst zB: „Zentrizität“, man schaut von Innen (vom Zentrum her), „Exzentrizität“, man schaut von außen nach innen, oder im „Rollentausch“ mit den Augen eines anderen etc. Mehrperspektivität impliziert immer die Sicht unterschiedlicher Disziplinen und Kulturen (Petzold, 2007 S.31) Mehrperspektivität anwenden heisst, professionell arbeiten. Mehrperspektivität richtig angewendet eröffnet auch eine Vielfalt von Möglichkeiten, die Situationen besser zu verstehen und darauf kompetent zu reagieren. Nur so kann der Mensch ganzheitlich verstanden werden und die Pflege und Betreuung dementsprechend anzupassen.

6.12 Es ist unbestritten, DASS es hier Supervision braucht!

Es ist wohl keine Frage, dass auf einer geschlossenen Station Supervision dringend notwendig ist. Die verschiedenen Situationen müssen immer wieder aus einer exzentrischen Position analysiert werden. Zu einem Supervisionszyklus muss das ganze interdisziplinäre Team eingeladen werden. Und die Supervision muss regelmäßig stattfinden. Das interdisziplinäre Team auf einer Akut-Station braucht eine konsequente Begleitung. Die Kommunikation muss gepflegt werden und transparent sein, die Grundhaltung muss jedem Mitarbeiter bekannt sein und die ethischen Grundsätze müssen immer wieder überprüft werden. Über die Reflektion können zukünftige Fehler vermieden werden und durch eine bessere Zusammenarbeit können die PatientInnen besser betreut und gepflegt werden. Für die MitarbeiterInnen wird die Arbeit interessant und durch einen vertrauensvollen Umgang miteinander wird das Arbeitsfeld bereichert. Supervision ist ein Instrument welches unbedingt genutzt werden muss.

7 Wie muss die Supervision in der psychiatrischen Pflege gestaltet sein?

7.1. Supervisionsforschung

Um ein ganzheitliches Bild meiner Graduierungsarbeit zu erhalten studierte ich die Multicenterstudie Schweiz (*Petzold, Gottfried, Petitjean, 2003*). Es ist dies eine Studie, im Rahmen des Diplomstudiengangs Supervision der Freien Universität Amsterdam der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit Hückeswagen und der Donau-Universität Krems zur forschungsgestützten Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Supervision. Befragt wurde das Klinikpersonal.

Ich beschränke mich im Folgenden auf die Schweiz, obwohl mit dem gleichen Instrument auch in Deutschland, Österreich und Norwegen geforscht wurde. Mittels standardisierten Fragebögen konnten die Klinikmitarbeiterinnen und –mitarbeiter, die Supervision in Anspruch nehmen, an der Befragung teilnehmen, also das gesamte Pflegepersonal. Die Fragebögen wurden anonymisiert bearbeitet und durch die Klinikleitung oder Supervisionsverantwortlichen abgegeben. Danach wurden sie ausgefüllt an die Forschungsgruppe zurückgesandt. Es waren 5 Kliniken in der Deutschschweiz und 1 Klinik in der Romandie. Dies zeigt das Interesse und die Bedeutsamkeit der Supervision auf, denn ursprünglich wurden 13 Kliniken in der Deutschschweiz und 4 Kliniken in der Romandie angefragt, sich an dem Forschungsprojekt zu beteiligen. Der Zeitrahmen der Befragung war ein Jahr. Folgende Fragestellungen waren zu beantworten:

Fragen:

Welchen Nutzen (persönlicher-, beruflicher-, team- und patientenbezogener Nutzen) konnten die Mitarbeiter der interdisziplinären Teams aus der Supervision ziehen?

Wurden während den letzten 6 Monaten positive oder negative Erfahrungen gemacht? Wenn ja, in welchem Ausmass?

Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision für die SupervisandInnen in den interdisziplinären Teams, respektive für die PatientInnen beinhalten?

Die Ergebnisse sind die Folgenden: Die interdisziplinäre Supervision schnitt besser ab, als die nicht Interdisziplinäre. Geringer oder kein Nutzen sahen 24%, einen mittleren Nutzen sahen 47% und ein hoher Nutzen sahen 29%. Befragt wurden insgesamt 326 KlinikmitarbeiterInnen.

74 % der Befragten machten gute Erfahrungen und 18 % machten negative Erfahrungen, 8% äusserten sich nicht zum Thema. Es zeigten sich grosse Unterschiede in der Anzahl genannter „negativer Erfahrungen“ zwischen den verschiedenen Kliniken und den Klinikmitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Von negativen Erfahrungen sprachen hauptsächlich jüngere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit wenig Berufserfahrung. Von den 60 negativen Aussagen sprachen 15 Personen von „gravierenden Erfahrungen“, ja sogar von Schädigungen. Als Ursache der negativen Erfahrung

wurden doppelt so häufig die Supervisorinnen und Supervisoren genannt wie die Mitsupervisandinnen und -supervisanden.

Bezüglich der protektiven bzw. Risikofaktoren fanden 49% der Befragten die Risiken für die MitarbeiterInnen höher versus 21 %, die das vor allem für die PatientInnen sehen. Auch hier spielte wieder das Alter eine Rolle. Die „Jüngeren“ schätzten Risiken und Nebenwirkungen für sich selber höher ein.

Die Studie ist interessant und ich empfehle sie zum lesen. Was für mich schwierig zu verstehen ist, dass nahezu die Hälfte der Befragten angibt, die Zusatzausbildung der SupervisorInnen nicht zu kennen. Die fachliche Kompetenz der SupervisorInnen wurde bei 64 % als hoch eingestuft, 33% als mittel und bei 3% als gering.

7.2 Tätigkeitsaspekte der Supervision

Die Integrative Supervision geht von sechs Tätigkeitsaspekten aus, wovon die vier, aus meiner Sicht, für die Akut-Psychiatrie wichtigen im Folgenden erläutert werden. (Petzold, 2007, S. 78)

- Optimierung - gesellschaftliche Dimension: Die ganzen Arbeitsabläufe müssen immer wieder reflektiert werden. Das Team muss in der Lage sein, sich auf immer wechselnde Situationen einzustellen, oft mehrmals pro Tag. Es muss ein angstfreies, lebendiges, aufbauendes Arbeitsfeld geschaffen werden. Außerhalb der Klinik muss die Psychiatrie ein angesehener Ort werden, in dem mit Menschen gearbeitet wird, welche jederzeit einen Platz in der Gesellschaft verdient haben.
- Weiterbildung - Agogik: Die Akutstation ist ein Lernfeld. Die interdisziplinären Mitarbeiter werden immer wieder mit schwierigsten Situationen und Schicksalen konfrontiert. Diese müssen mit dem ganzen Team analysiert werden. Auch die Mitarbeitenden im Nachtdienst müssen unbedingt eingeladen werden. Sie haben während der Nacht, mit viel weniger Mitarbeitenden, eine riesige Verantwortung zu tragen. Überhaupt braucht der Nachtdienst eine Stimme. Er wird sehr oft vergessen und somit nicht in den Arbeitsprozess eingebunden.
- Kommunikation - soziotherapeutische Dimension: Der größte Schatz in der Psychiatrie ist die Sprache. Je besser die Kommunikation funktioniert, desto leichter ist der Einstieg in einen stärkenden Vertrauensprozess zwischen den Pflegenden und den Patienten. Damit sich die Patienten orientieren und sich sicher fühlen können, muss das gesamte interdisziplinäre Team dieselbe Sprache sprechen, was nicht einfach und mit großen Herausforderungen verbunden ist. Die Supervision gibt die Möglichkeit die „gemeinsame Sprache“ zu entwickeln, zu pflegen und zu professionalisieren. Die Mehrperspektivität (ein Metakzept des Integrativen Ansatzes) in einem Team in der Psychiatrie ist unabdingbar. Die verschiedenen Ressourcen der Mitarbeiter müssen nutzbar gemacht und eingesetzt werden, damit eine ganzheitliche Pflege gewährleistet ist und die verschiedenen „Brillen“ zum Tragen kommen. So werden die Pflegenden ihren

Fähigkeiten entsprechend eingesetzt und es können daraus Erfolgserlebnisse entstehen, welche zu einem wohlthuenden Arbeitsklima führen.

- Support - Psychohygiene: Um auch über die eigene Befindlichkeit sprechen zu können, braucht es in einem Team Vertrauen. Die Gesprächsregeln müssen mit dem Team vereinbart und deren Einhaltung von der Supervisorin genau überwacht werden.
- Methodologie – Amelioration: Die Supervision stellt den Pflegenden Methoden und Techniken zur Verfügung, die ihrem Arbeitsfeld entsprechen.
- Aufdecken: Wie ich schon vorher betonte, muss eine gelebte, reflektierte Fehlerkultur angestrebt werden. Am besten ist die direkte Bereinigung von schwierigen Ereignissen. Oft ist eine unmittelbare Klärung aus Zeitgründen nicht möglich und es bleiben ungute Gefühle zurück. Um die Arbeitsfähigkeit der Pflegenden zu erhalten, müssen die entsprechenden Situationen in der nächsten Supervision reflektiert werden.

Bevor ich mich mit der „Integrativen Supervision“ auseinander zu setzen begann, waren mir die Gesprächsregeln nach *Ruth Cohn* und *F. Perls* bekannt (*R. Cohn*, von der Psychoanalyse zur TZI, 1980) Weil sie während meinem beruflichen Werdegang eine wichtige Rolle eingenommen haben, führe ich sie hier an.

Gesprächsregeln nach Ruth Cohn und Fritz Perls

1. Vergegenwärtige dir deine Ziele und überlege, wie du zum Gelingen der Sitzung beitragen kannst. (*R. Cohn*)
2. Riskiere Offenheit, andere werden sich anstecken lassen und gemeinsam schafft ihr eine fruchtbare Arbeitsatmosphäre. (*R. Cohn*)
3. Übernimm Verantwortung für deine Beiträge und sage „ich“ statt „man“. (*F. Perls*)
4. Du darfst selbst bestimmen, wann und was du sagen und worauf du dich selbst einlassen möchtest. Du darfst jederzeit (auch ohne Gründe) sagen: „Nein, das möchte ich nicht...“ (*R. Cohn*)
5. Die anderen verstehen dich besser, wenn du Verallgemeinerungen vermeidest und so konkret wie möglich redest. Versuche, von dir zu reden, anstatt nur zu fragen. (*F. Perls*)
6. Unterbrich das Gespräch, wenn du nicht mehr folgen kannst (z.B. weil du dich ärgerst, langweilst, unkonzentriert bist). Teile allen deine Störung mit. (*R. Cohn*)
7. Sprich andere direkt an und suche dabei Blickkontakt. Halte dich mit Interpretationen von anderen zurück, erzähle lieber davon, was der Beitrag des/der anderen in dir auslöst. (*F. Perls*)
8. Vermeide Seitengespräche und bringe deinen Beitrag direkt in die Gruppe ein, damit sich niemand ausgeschlossen fühlt. (*R. Cohn*)
9. Drücke aus, was die Dinge jetzt für dich bedeuten, denn deine Gefühle sind genauso wichtig wie deine Gedanken und deine Meinung. Gefühle sind das Gewürz des Lebens. (*F. Perls*)

10. Achte auf die Signale deines Körpers! Was regt sich in dir bei bestimmten Themen, Menschen? (F. Perls)

Die Teilnehmenden haben das Recht auf Klärung heikler Situationen. Auch schwierigste Ereignisse müssen im Sinne einer Prozessbegleitung achtsam angesprochen und geklärt werden. Es geht aber gleichzeitig auch darum, dass ein wohlwollender Umgang im Team befördert und unterstützt wird. In einem Arbeitsfeld und einem Alltag, der so stark belastet ist, wie derjenige in der Akut-Psychiatrie, ist ein Gefäß, in dem ohne Tabus alles angesprochen werden kann, dringend vonnöten. So müssen z.B. die Aggressionsgefühle, Ohnmachts- und Entwertungstendenzen von Pflegenden angesprochen, benannt und reflektiert werden können. Es geht um eine tatkräftige Unterstützung (Selektive Offenheit und partielles Engagement von Seiten des Supervisors sind nötig!), damit die Pflegenden ihren Arbeitsalltag optimal bewältigen können.

Sicher ist es ganz im Sinne des Ko-respondenzmodells (H. Petzold, 1978c /2007 S. 56), das ich als ausgereifter und differenzierter wahrnehme.

7.3 Bewältigungsstrategien der Pflegenden und mehr – Coping und Creating

In der Integrativen Supervision spricht man von drei unterschiedlichen Bewältigungsstrategien im Sinne von „coping“: Das evasive, das aggressive und das adaptive Coping. (Petzold, 2007, S. 299)

In der Pflege sehe ich als günstigen Coping-Stil vor allem das adaptive Coping, da Ausweichstrategien oder aggressives Verhalten sicher nicht angebracht sind. Strategien der Anpassung und autoplastisches Verhalten (individuelle Welt) helfen, um mit Problemen, Belastungen und Überforderungen zu Recht zu kommen (Ferenczi zitiert nach Petzold 2007). Dabei darf es aber nicht bleiben. In eigentlichen Stress-Situationen ist oft nur noch ein „Funktionieren“ möglich.

Die Supervision kann hier Hand bieten, um bei den Pflegenden kreative Coping-Strategien zu installieren und auszubauen, damit sie sie in ihrem Alltag umsetzen können. In der Integrativen Supervision spricht man hier von „creative adjustment“, „creative change“ und „creative cooperation“ (Petzold/Orth, 1996b in Petzold, 2007, S. 299). Das „creative adjustment“ ist eine Strategie, die den Pflegenden die Möglichkeit gibt, die vorfindlichen Gegebenheiten kreativ auszunutzen. „Creative change“ ist zumindest ein Ziel, da hier Grenzen überschritten werden müssen und anhand der Ressourcen aller Beteiligten Neues erschlossen werden soll. Natürlich muss dabei beachtet werden, dass psychisch kranke Menschen zum Teil so krank sind, dass nur kleine Fortschritte sichtbar sind. Für diese Menschen sind Veränderungen verunsichernd und angstbesetzt. Die „creative cooperation“ ist eine Strategie, die aus meiner Sicht vor allem auf der Ebene des Teams angestrebt werden kann. Sie bringt das Team in die Lage, gemeinsam neue Ideen und Entwürfe zu gestalten, die über die Möglichkeiten des Einzelnen hinaus gehen. Im Rahmen der Supervision muss immer versucht werden, das Team in kreative Coping-Strategien hinein zu führen.

7.4 Ressourcen und Potentiale

Im Feld der Akut-Psychiatrie werden vor allem die Defizite der PatientInnen wahrgenommen. Daher ist es enorm wichtig, den Ressourcen und Potentialen großen Wert beizumessen. Dazu braucht es Erfahrung.

Ressourcenarbeit ist immer das zentrale Thema. Die Ressourcen sind der Lebensmotor aller Menschen. Wenn sie erkannt und nutzbar sind oder gemacht werden, können die freigesetzten Energien den Genesungsprozess befördern und beschleunigen. Ressourcen helfen den Menschen, ihr Leiden besser zu tragen und ihren Weg klarer zu erkennen. Die Störungen und Erkrankungen bleiben zwar oft noch bestehen, verlieren jedoch ihre Schwere. Sie können durch die Stärkung des Selbst, eine gewachsene persönliche Identität und Souveränität (*Petzold, 2007, S. 226*) besser analysiert und bearbeitet werden. Allenfalls werden so auch Potentiale erkennbar und bestenfalls freigelegt. Ich bin der Meinung, dass sich echte Professionalität bei Pflegenden dadurch auszeichnet, dass Ressourcen bei den Patienten erkannt und befördert werden können. Die Gewichtigkeit der Krankheit verringert sich, wenn die Ressourcen und die Potentiale der Menschen bewusst gemacht und gefördert werden. Die aufgedeckten Potentiale müssen genutzt und gekräftigt werden, damit der Heilungsprozess (*H. Petzold, 2007, S.141*) beginnen kann.

7.5 Führungsaspekt von Supervision

Um den ganzen Pflegeprozess in einem disziplinären Team zu verfolgen und zu reflektieren, braucht es Supervision. Je klarer die Führung durch die Supervision ist, desto erfolgreicher kann sich ein Prozess entwickeln. Die einzelnen Teilnehmenden müssen gehört werden, ihre Anliegen müssen jederzeit ernst genommen werden. Aus der exzentrischen Position kann Supervision „blinde Flecken“ sichtbar machen und allenfalls Kurskorrekturen vornehmen. Hier möchte ich anfügen, dass eine effiziente, integrative Führung immer ein fließendes Zusammenspiel (Konflux) sein muss (*H. Petzold, 2007, S. 223*). Ein integrativer Führungsstil schafft Synergien und daraus kann sich eine fundierte Kollegialität entwickeln. Führung durch Supervision bedeutet in diesem Kontext, dass die Supervision als Kontrollinstrument eingesetzt werden muss, das nicht einfach nur für ein gutes Arbeitsklima und fließende Zusammenarbeit sorgen, sondern in einer optimalen Theorie-Praxis-Verschränkung die Professionalität der Mitarbeitenden hochhalten soll, ethische Positionen überprüfen muss und so für die Sicherheit und Würde der Patienten eintritt. Damit geht es auch um Macht. In dem Moment, wo Supervision stattfindet, übernimmt der Supervisor, die Supervisorin Führung, indem sie Prozesse kontrolliert und für deren Verlauf mit zuständig wird.

7.6 Intersubjektivität, Ko-respondenzmodell und Metareflexion

Diese drei Begriffe beschreiben Metakonzepte des Integrativen Ansatzes. Sie sollen an dieser Stelle erwähnt sein, da sie in der Supervision auf der Akut-Psychiatrie von zentraler und eminenter Bedeutung sind. Sie sollen im Folgenden in der Akut-Psychiatrie verortet und in Beziehung zueinander gesetzt werden.

In der Akut-Psychiatrie haben wir es mit einer hohen Komplexität auf verschiedenen Ebenen zu tun, die in der Supervision entsprechend reflektiert werden muss. Die Intersubjektivität (*Petzold,*

2007, S. 408) meint das wechselseitige Erkennen, das Nachvollziehen und das Verstehen der unterschiedlichen Wahrnehmungen aller Beteiligten. Die Intersubjektivität bildet die Grundlage der Supervision in diesem Feld, in dem wir es mit einem Mehrebenenmodell (Petzold, 2007, S.134) zu tun haben.

Beziehungen sollten nach Integrativer Ansicht immer als Subjektbeziehungen gestaltet sein, welche dem Menschen als einzigartigem Subjekt mit seinem Recht auf Würde und Integrität Rechnung tragen. In der Akut-Psychiatrie ist das ein Muss. Es besteht aber ein Machtgefälle zwischen Pflegekräften und Patienten, welches diesen Ansprüchen oft widerspricht. Umso wichtiger ist der Versuch, zwischen den Pflegenden und den Patienten immer wieder Ko-respondenz herzustellen. Ko-respondenz ist im Integrativen Verständnis „ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene.“ (Petzold, 2007, S. 107) Die Kommunikation auf Augenhöhe muss das Ziel sein.

Auch innerhalb des Teams muss die Intersubjektivität immer wieder neu gewonnen werden. Die Gleichwertigkeit der Beziehungspartner, auch wenn sie sich in unterschiedlichen Disziplinen bewegen, ist immer wieder neu über Ko-respondenzprozesse zu erarbeiten. Der Ko-respondenzprozess zwischen Supervisor und Supervisanden ermöglicht seinerseits ein hohes Mass an Exzentrizität. So kann die hohe Komplexität reduziert und handhabbar gemacht werden.

7.7 Pflege muss gehört werden!

Je professioneller die Pflege arbeitet und je professioneller sie darüber kommuniziert, was sie tut, desto eher wird sie gehört. Die Pflegenden wollen in ihrer Professionalität wahrgenommen werden. Sie wollen in einem möglichst stressfreien Arbeitsfeld arbeiten können, in dem Weiterentwicklungen angestrebt und befördert werden. Die Pflegenden führen zwar medizinische Verrichtungen auf Anordnung der Ärzte aus, sind jedoch in ihrer Integrität unabhängig. Die Pflegefachpersonen wollen eigenständig bleiben.

Der Trend momentan ist, dass sich die „Pflege-Schere“ immer mehr öffnet. Auf der einen Seite gibt es die Pflegewissenschaften, welche sich immer weiter von der Praxis entfernen. Die Pflegequalität an der Basis verändert sich stetig. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse können wegen Spardruck und wegen zu wenig Aus- und Weiterbildung der Pflegenden nur teilweise umgesetzt werden. Die große Unzufriedenheit unter den Pflegenden ob dieser Rahmenbedingungen wirkt sich selbstverständlich auch auf die Qualität der Arbeit am Patienten aus. Die Pflegenden müssen wieder um mehr Stellen kämpfen, damit der immense Druck nachlässt und sie ihre Kräfte wieder zum Wohle ihrer Patienten einsetzen können. Es muss wieder erstrebenswert werden, den Pflegeberuf zu erlernen.

Die Pflegegeschichte verfügt im Gegensatz zur Medizingeschichte nicht über eine tief verankerte Tradition und Institutionalisierung innerhalb des Berufsbildes und des Selbstverständnisses der Pflege innerhalb der letzten Jahrhunderte. Die Erforschung der Geschichte der Pflege wird und wurde überwiegend von Laien, interessierten Pflegekräften und Pflegeforschern betrieben, die zumeist über keine geschichtswissenschaftliche Ausbildung verfügen. An europäischen medizinhistorischen Instituten wurden in jüngerer Zeit jedoch auch Forschungsprojekte aus dem Bereich der Pflegegeschichte begonnen, an denen unter anderem Historiker mit einer pflegefachlichen Ausbildung teilnehmen, um die geschichtswissenschaftliche Untersuchung der Pflege voranzutreiben. Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen, sowohl von Laien wie auch

Historikern, sind neben der Medizingeschichte Teil der Ausbildung von Pflegefachkräften aller Bereiche und werden im Rahmen der Berufskunde unterrichtet. Dem Spektrum der Pflegewissenschaft liegt das ganzheitliche Menschenbild zugrunde. Die Sichtweise und das Erleben der gepflegten Person nimmt eine wichtige Rolle ein, was gut in den integrativen Kontext passt. Zentrale Themen in heutigen Ausbildungen sind dementsprechend das Erleben und Verhalten von Pflegenden und Gepflegten, die Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten und die Wirkung von organisatorischen, gesellschaftlichen und ethischen Faktoren auf die Pflege. Die Effektivität pflegerischer Maßnahmen auf die sozialen, emotionalen und körperlichen Aspekte des Patienten werden in den Fokus genommen und es werden Inhalte betreffend der Qualität, dem Qualitätsmanagement und den Methoden der Evaluation vermittelt. Zunehmend werden Fragestellungen aus der Pflegepraxis relevant und Forschungsergebnisse sollen auf diese zurückwirken. Pflegepraxis und Pflegewissenschaft sind damit zwei sich wechselseitig beeinflussende Bereiche der Pflege. Dabei steht insbesondere die Überprüfung der Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen und -konzepten im Mittelpunkt und sollen die Qualität der Pflege verbessern helfen.

7.8 Burnout-Prophylaxe

In einem so belasteten Feld wie dem der Akut- Psychiatrie muss der Burnout-Prophylaxe der Mitarbeitenden ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. Die Arbeit in der Akut-Psychiatrie zehrt, Helfen macht müde. Besonders dann, wenn die Fortschritte stets klein sind und Phänomene wie die Drehtürpatienten, bei denen gar kein nachhaltiger Fortschritt sichtbar ist, alltäglich sind. Die Pflegenden müssen einen achtsamen Umgang untereinander finden. Die Offenheit und das Vertrauen im Team müssen immer wieder reflektiert und die Umgangsformen den Gegebenheiten angepasst werden. Störungen haben immer Vorrang und müssen sofort bearbeitet werden. Vielleicht sollte ja das Arbeitspensum etwas gesenkt werden, vielleicht braucht es eine Einzel-Supervision; wichtig ist die sofortige Behandlung des anstehenden Problems. Im Rahmen der integrativen Supervision ist es deshalb vonnöten, einfache Entspannungstechniken zu vermitteln, Gesundheitsberatung zu machen, Spaziergänge zu verordnen. Auf die Psychohygiene im Speziellen ist zu achten. Das heißt, dass in der Supervision ein Klima geschaffen werden muss, in dem Vertrauen herrscht und in aller Offenheit über Schwieriges, Belastendes und Ärgerliches gesprochen werden kann im Sinne der freien Rede, der Parrhesie (*Petzold, 2007, S. 386*). Im Kontext der Burnout-Prophylaxe müssen Überlastungen, Überforderungen, Fehler und Fehlleistungen, Wünsche und Bedürfnisse und Konflikte aufgedeckt, geklärt und nach Möglichkeit gelöst werden. Obschon es bisher keine Studie gibt, die den burnout-prophylaktischen Charakter von Supervision beweisen kann (weil es zu wenig Studien gibt), glaube ich als erfahrene Pflegefachfrau und Supervisorin daran, dass die Gefahr des Ausbrennens vermindert wird, wenn die Pflege in diesem Rahmen gehört und bestärkt wird.

Motivierte und verstandene Mitarbeiter arbeiten zufriedener und können dieses Wohlbefinden auch weiter geben, damit die Patienten ein heilsames Klima vorfinden. Vor allem die Führungskräfte sind für ein angstfreies Arbeitsklima verantwortlich. Sie müssen dementsprechend durch Supervision und Coaching geschult und unterstützt werden. Die Sensitivität eines jeden Einzelnen muss wie ein Seismograph funktionieren, um Unstimmigkeiten im Team, Veränderungen oder Spannungen frühzeitig zu erkennen. Sicher sind das alles hohe Ansprüche, aber nur so ist es möglich, Burnout vorzubeugen.

7.9 Kontrollfunktion der Supervision

Ursprünglich war die erste Aufgabe von Supervision, Arbeitsabläufe zu kontrollieren. Auch in der Akut-Psychiatrie ist das ein Thema. Genauso wichtig ist es aber, ethisch anspruchsvolle Situationen, die mit Menschenbildern, Patientenrechten, Machtausübung usw. zu tun haben, im Team immer wieder zu reflektieren und zu kontrollieren. Es genügt nicht, sich auf gemeinsame Ziele zu einigen, sondern es muss auch immer wieder um Begriffe wie Integrität, Würde und Humanität gerungen und so eine gemeinsame kollektive Repräsentation geschaffen werden. Dies immer im Sinne des Polyloges (*Petzold, 2007, S. 373*) unter Berücksichtigung des Parrhesie-Prinzips (*Petzold, 2007, S. 386*). Viele verschiedene Menschen haben auch viele verschiedene Ansichten, verschiedene subjektive Theorien. Damit diese individuellen Aspekte evaluiert und funktionstüchtig eingesetzt werden können, braucht es Supervision.

Seit die Pflegenden Mitsprache haben, ist die Supervision ein hilfreiches Arbeitsinstrument. Bis vor einigen Jahren hatte die Pflege keinen Zugang zu Supervision. Heute sind die Pflegenden kompetente, innovative Arbeitspartner. Das Machtgefüge wurde breiter. Die stillen, dienenden, ausführenden Krankenschwestern und Pfleger wurden zu Pflegefachleuten, die ein eigenes Berufsbild erarbeitet haben. Dies gibt ihnen Genugtuung, Kraft und Autonomie. Sie müssen sich aber damit auch einer Kontrolle unterziehen, was bedingt, dass sie sich in die Karten schauen lassen und ihre eigenen Werte und Muster offenlegen und reflektieren müssen. Damit die verschiedenen Fachbereiche (Medizin, Pflege etc.) zusammenspielen können, braucht es Supervision. Hier können gemeinsam Ziele benannt, erreicht und überprüft werden. Durch eine gelebte Konvivialität (*Petzold, 2007, S. 396*) wird eine wohlwollende, achtsame Arbeitsatmosphäre möglich, in der ethische Grundsätze jederzeit in die Patienten-Arbeit einfließen und umgesetzt werden können.

7.10 Die exzentrische Position

Das Sprichwort „Jeder ist sich selbst am nächsten“ müsste jeder Pflegenden für sich in Anspruch nehmen. Die Pflegenden sind in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen oft mit Ängsten und ihren eigenen Schwächen und Unzulänglichkeiten konfrontiert. Simple Abgrenzung ist in diesem Kontext ein schlechter Weg, das zur Vernachlässigung von Patienten und Patientinnen führen könnte und so eine Verschlechterung der Arbeitsqualität zur Folge hätte. Im Integrativen Verständnis geht es vielmehr um das Aushandeln von Grenzen in Ko-respondenz (*Petzold, 2007, S. 107*). Hier hat Supervision die Aufgabe, Angrenzungen zu ermöglichen, Grenzen zu klären und zu benennen. Sie muss die SupervisandInnen immer wieder aus der Involviertheit in eine exzentrische Position bringen und ihnen so Übersicht ermöglichen. Das Engagement soll immer nur partiell sein, damit die Pflegenden von ihrer Arbeit nicht allzu sehr vereinnahmt werden. Eine gewisse Distanznahme dient der Professionalität. Es braucht auch eine gute Selbstsorge, damit immer wieder genügend Motivation und Kraft generiert werden kann. Anders ist es nicht möglich, diese Arbeit auszuführen.

7.11 Prozesssupervisionen

Um die Lebensgeschichte der Patienten genau zu erfassen („Biographiearbeit“, *Petzold, 2007, S. 90*. „Netzwerkanalyse“, *Petzold, 2007, S. 35*. „Konvoi“, *Petzold, 2007, S. 396*) werden regelmässige Fallbesprechungen im Abstand von 4 bis 6 Wochen gemacht. Jede Person vom interdisziplinären Team macht einen Beitrag zu dem jeweiligen Patienten, damit das Bild möglichst ganzheitlich wird. Medizinische Befunde sind genauso wichtig wie die Erfahrungen aus der Ergotherapie, der Bewegungstherapie oder die Beziehung zu der Bezugsperson. Nach einer Fallbesprechung müssen immer neue Ziele definiert werden.

Gibt es bei einem Patienten Schwierigkeiten oder noch offene Fragen, können die Pflegenden eine Fallsupervision einfordern. Dort stellen die Bezugsperson und der Arzt die Krankheitsgeschichte des Patienten vor. Aus der exzentrischen Position kommen oft schwierige Mechanismen und destruktive Handlungsmuster zum Vorschein, deren Klärung für die Patienten überlebenswichtig sein kann. Die ganzen Team-Reaktionen müssen analysiert werden. Eventuell werden neue Behandlungsaufträge besprochen und Aufgaben frisch verteilt. Ziel ist eine Metareflexion, die nach den Ursachen von den Ursachen und den Folgen von den Folgen fragt und so „Hyperexzentrizität“ (*Petzold, 2007, S. 69*) zu finden versucht. Hier ist es ganz wichtig, dass der Gender-Aspekt mitberücksichtigt wird (*Petzold, Orth, 2011*).

7.12 Teamsupervision

Das Ziel einer interdisziplinären Teamsupervision muss ein „fließendes Zusammenspiel“, „Konflux“ (*Petzold, 2007, S. 9*) sein. Die verschiedenen Berufsgruppen müssen einander zuhören und es braucht gegenseitigen Respekt. Die Aufgabe des Supervisors ist es, jedem Teammitglied einen „Raum“ zur Verfügung zu stellen, damit er sich angstfrei äußern kann. Das aktive Hinhören des Supervisors und seine sorgfältige Lenkung helfen mit, ein achtsames Klima zu gewährleisten, damit das eigene Beteiligt-Sein und die damit einhergehenden Gefühlsreaktionen jederzeit geschützt sind. Am Ende des Supervisionsprozesses sollte ein Puzzle entstanden sein, das ein konstruktives Miteinander möglich macht. Gegenseitige Erwartungen sollen geklärt sein, so dass eine störungsfreie Kommunikation erfolgen kann.

7.13 Einzelsupervision

Die Einzelsupervision ist ein Gefäß für Fachpersonen, die eigene Erfahrungen (Ängste, Frustrationen, Unsicherheiten) und Themen wie Rollenkonflikte, Klärungen von Position und Funktion noch genauer evaluieren möchten. Sehr oft besteht schon ein grosser persönlicher Druck und häufig ist der Leidensweg schon lang, wenn jemand eine Einzelsupervision beantragt. Die Supervisorin hat nun die Aufgabe, mit der Person die Ereignisse genauer anzuschauen, zu klären und gegebenenfalls eine „therapeutische Schlaufe“ vorzuschlagen.

7.14 Besondere Anforderungen an SupervisorInnen in der Akut-Psychiatrie

Die zahlenmäßig größte Arbeitsgruppe auf einer Akut-Station stellen die Pflegenden dar. Die Supervisorin oder der Supervisor brauchen also eine hohe Feldkompetenz im Feld der Pflege und grundsätzlich in der Arbeit mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen. Eine ressourcenorientierte Grundhaltung und ein positives Menschenbild müssen den Supervisor auszeichnen. Die Teams sind häufig multikulturell besetzt. Die kulturbedingten, verschiedenen Ansichten („social worlds“, *Petzold, 2007, S. 20*) sollten dem Supervisor vertraut sein, denn sie können eine Zusammenarbeit im Team massiv erschweren. Hier muss im Sinne der „Transkulturalität“ (*Petzold, 2007, S. 9*) vermittelt und gegenseitiges Verständnis geschaffen werden. In einem „gereiften“ Team werden so beachtliche Dinge möglich. Es kann eine wertvolle Teamkultur entstehen. Das WIR muss im Sinne *Lévinas* in allen Facetten immer beachtet werden. Der Supervisor hat hier die Rolle eines Mediators, eines Vermittlers, eines Übersetzers, eines Anwalts für die Humanität und Dignität und trägt Sorge zur fundierten Kollegialität (*Petzold, 2007, S. 14*).

7.15 Partielles Engagement und selektive Offenheit

„Partielles Engagement“ (*Petzold, 2007, S. 157*) ist für den Integrativen Ansatz ein wichtiges Stichwort. SupervisorInnen sollen sich auf die Lebenswelt der Pflegenden einlassen und in Kontakt sein. Es geht darum, dass wir uns als SupervisorInnen engagieren und uns von der Lebenswelt und Lebensgeschichte der Patienten berühren lassen, ohne dass wir die professionelle Distanz verlieren. Lassen wir uns zu sehr involvieren, verlieren wir den Überblick und können nicht adäquat intervenieren. Auch die „selektive Offenheit“ (*Petzold, 2003, S. 203*) ist in diesem Zusammenhang wichtig. Um eine tatkräftige Unterstützung für die Pflegenden in ihrem komplexen Arbeitsfeld sein zu können, müssen wir SupervisorInnen zwar authentisch sein, aber nicht alles sagen, was wir wissen und wahrnehmen. Wir äussern nur das, was dem Prozess dienlich ist anhand unserer prozessualen Diagnostik.

7.16 Wissensvermittlung und Transfer

Supervision muss in der Akut-Psychiatrie immer wieder den agogischen Aspekt berücksichtigen und einbeziehen. Die Integrative Supervision betrachtet die Theorie und die Praxis als miteinander verschränkt. Wir nennen dies „Theorie-Praxis-Zyklus“ (*Petzold, 2007, S. 84*). Die Praxis wird als Grundlage von Theorie und die Theorie als Grundlage von Praxis betrachtet. Konkret heisst das für die Supervision in der Akut-Psychiatrie, dass immer wieder Beobachtungen, Wahrnehmungen und Ereignisse aus dem Alltag in der Theorie verortet werden müssen. Dies erlaubt den Pflegenden eine „Supervisio“ (*Petzold, 2007, S. 13*) des alltäglichen Geschehens und ermöglicht somit Exzentrizität. Umgekehrt müssen Interventionsvorschläge der Pflegenden theoriegeleitet sein, um zu verhindern, dass sie willkürlich sind. Dazu bietet die Integrative Supervision ein hilfreiches Konzept, nämlich das des Theorie-Praxis-Zyklus im Ko-respondenzmodell (*Petzold, 2007, S. 107*). Es geht von vier Phasen aus

1. Initialphase: Identifizierung und Formulierung des Problems, Sammeln von Daten durch alle Beteiligten auf der Sach- und Affektebene

- Hier geht es um Differenzierung und Komplexität
2. Aktionsphase: Auseinandersetzen aller Beteiligten über Daten und Problemstellung auf der Sach- und Affektebene – Konsens
Hier geht es um Strukturierung und Prägnanz
 3. Integrationsphase: Integration der Materialien aus der Aktionsphase zu konsensgegründeten Konzepten
Hier geht es um Integration und Stabilität
 4. Neuorientierungsphase: Umsetzung der Konzepte in der Praxis durch Kooperation aller Beteiligten, d.h. Veränderung der Situation
Hier geht es um Kreation und Transgression

Als Methode zur Wissensvermittlung respektive den Wissenstransfer bieten sich vor allem die sogenannten „Mini-Lectures“ (Petzold, 2007, S.189) an. Sie können laufend in die Supervisionsprozesse eingebaut werden und haben Weiterbildungscharakter.

7.17 Unvergessliches Beispiel

Ich stelle hier als Beispiel eine spezielle Supervision dar, einen einmaligen Krankheitsverlauf und eine Teamzusammenarbeit, die mir unvergesslich bleibt. Eigentlich wurde die Supervisionssitzung zuerst als Fallbesprechung deklariert, bis ich als Stationsleiterin intervenierte und eine Fallsupervision verlangte.

Auf meiner Station wurde ein 25jähriger, dunkelhäutiger Mann mit einem FFE (Anm. d. A. Fürsorgerischer Freiheitsentzug) eingeliefert. Er wurde von der Polizei begleitet. Die Vorgeschichte war folgende: Der Mann fiel in der Stadt auf, weil er auf einem personenreichen Platz in Zürich als aufdringlich, distanzlos und unheimlich wahrgenommen wurde. Er betete, er sang, er tanzte, er belästigte Passanten und er zeigte auch immer wieder tiefe Trauer und weinte. Diese emotionalen Wechsel vollzogen sich innerhalb von wenigen Minuten. Die Menschen auf dem Platz waren verunsichert und fühlten sich bedroht. Der Mann sprach die Menschen in einer unbekanntenen Sprache an und es war unmöglich, mit ihm in Kontakt zu treten. Er wurde von der Polizei gegen seinen Willen in die Klinik gebracht. Es wurde in der Folge eine akute Psychose diagnostiziert.

Auch auf der Station zeigte der Mann dasselbe Krankheitsbild. Da die Pflegenden seine Worte nicht verstehen konnten und er motorisch immer unruhiger wurde, wurde eine Notfallmedikation verordnet und eine zeitweise Isolation. Die Argumentation lautete „Selbstgefährdung mit einer unbestimmten Fremdgefährdung“. Die Pflegenden verabreichten dem Mann Medikamente gegen seinen Willen und er wurde isoliert. In den folgenden Tagen verweigerte er die feste und flüssige Nahrung. In seiner großen Not zeigte er uns ein Wechselspiel zwischen Apathie, Trauer, motorischer Unruhe und aggressiven Durchbrüchen. Der Mann benötigte Medikamente und zugleich war sein Leben gefährdet, weil er die Nahrung verweigerte. Das interdisziplinäre Team war verunsichert und gespalten. Die ethischen Grundsätze des Pflorgeteams wurden ordentlich durchgerüttelt.

Zitat (BAPP): „In der psychiatrischen Pflege steht der Mensch im Mittelpunkt. Eine der Hauptaufgaben der Pflege ist es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem Anpassungsprozess zu begleiten und zu unterstützen in einem psychisch, physisch und sozialen Gleichgewicht zu bleiben und/oder ein neues zu finden (wenn er mit einer Lebenseinschränkung leben muss). Psychiatrische Erkrankungen gehen immer mit einer Beziehungsstörung einher. Dies bewirkt, dass viele psychisch erkrankte Menschen in großer Isolation leben und nicht mehr in der Lage sind, für

sie lebensnotwendige Kontakte zu knüpfen. Deshalb kommt in der psychiatrischen Pflege dem Beziehungsprozess als notwendige Basis und als Methode der psychiatrischen Pflege eine besondere Bedeutung zu.“ (www.bapp.info)

Grosse Worte, unglaublich schwierig, sie in die Realität umzusetzen, wenn bedeutende Informationen fehlen. Stammt der Mensch aus einem Kriegsgebiet? Hat er Gewalt am eigenen Leib erfahren? Hat er selbst Gewalt ausgeübt? Die Pflegenden versprachen sich Klärung durch die Fallsupervision, damit sie wieder handlungsfähig werden konnten.

Die interdisziplinäre Fallsupervision sah folgendermaßen aus: Jeder Beteiligte erzählte von seiner Erfahrung mit dem Patienten. Schon während der ersten Minuten konnten verschiedenste Stimmungen wahrgenommen werden: Wut, Angst, Verunsicherung, Ohnmachtsgefühle, Ratlosigkeit, um nur einige davon zu nennen. Jeder und jede Pflegende bekamen genügend Raum, um seine / ihre Gefühle auszudrücken. Die Stimmung wechselte von Verunsicherung zu Interesse an diesem „namenlosen“ Mann. Der Supervisor (mit riesiger Feldkompetenz) zeigte Möglichkeiten auf, die im Alltagsgeschäft einfach nicht mehr gesehen werden konnten. Er führte das Team behutsam und respektvoll auf einen Weg, der den Menschen in einem anderen Kontext zeigte; in einer anderen uns fremden Kultur und mit anderen Werten. Das Team begann darauf, gewisse Verhaltensweisen mit denjenigen ehemaliger Patienten zu vergleichen, die eventuell aus ähnlichen Kontexten stammen könnten. Es gab Hinweise, dass der Mann gläubig sein könnte und dass in seinem Kulturkreis Frauen nicht denselben Stellenwert haben könnten wie bei uns. „Verschiedene Brillen“ wurden im Sinne von *Petzolds* Mehrperspektivität aufgesetzt. Das Team erarbeitete gemeinsam eine Strategie und es wurden Aufgaben verteilt. Der Dienstplan wurde so verändert, dass sich, wenn möglich, Männer um den Patienten kümmern konnten und es wurde ein Imam organisiert.

Der Imam (arabisch إمام, DMG Imām ‚Vorsteher, Vorbild‘) ist:

- der Vorbeter beim islamischen Gebet (arabisch Salat), ob er nun diese Funktion nur einmalig oder amtsmässig ausführt
- Ehrentitel für einen hervorragenden Muslim (z. B. Imam Malik, Imam Khomeini)
- nach schiitischer Auffassung der jeweilige legitime Nachfolger des Propheten Mohammad

Dank der Fallsupervision stellte sich heraus, dass der Mann ein „papierloser“ Schwarzafrikaner war und ein streng gläubiger Muslim. Zudem war Fastenzeit. Der Imam las mit ihm im Koran und er erklärte ihm, dass während der Fastenzeit kranke Menschen Medikamente nehmen dürfen und auch Zwischenmahlzeiten erlaubt sind. Der Imam kam nun regelmäßig, um den Patienten zu besuchen. Durch ihn spürte der Patient Vertrautheit. Dank der verschiedenen Anpassungen seitens der Klinik und des respektvollen Umgangs mit der fremdartigen Kultur konnte eine Beziehung aufgebaut werden, die für den Krankheitsverlauf des Patienten sehr hilfreich war. Die Supervision hatte in dieser Geschichte die Funktion eines Türöffners in eine fremde Welt.

In diesem Zusammenhang ist es mir wichtig, auf die Bedeutung von Kulturunterschieden hinzuweisen. Der DGSv verlangt heute unter dem Stichwort „diversity“ die Reflexion unserer Bilder und Vorstellungen von korrekten Verhaltensweisen von ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Es geht darum die sichtbaren und unsichtbaren Barrieren zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft wahrzunehmen, bewusst zu machen, durch differenziertere Sichtweise zu ergänzen und zu würdigen. So können bestehende Unterschiede als Ressource genutzt werden.

8 Fazit

Während des Schreibens meiner Arbeit überlegte ich mir, wann ich zum ersten Mal an einer Supervision teilgenommen hatte und wie die pflegerische Zusammenarbeit in der Psychiatrie ohne Supervision überhaupt funktionieren konnte! Vor vierzig Jahren war unser Beruf ein „medizinischer Hilfsberuf“. Mitdenken war nicht gefragt, es ging nur darum, Verordnungen auszuführen. Wir hatten als Pflegende keine Eigenständigkeit.

Durch die Professionalisierung des Pflegeberufes wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit immer wichtiger. Während der Ausbildung der Pflegenden wurde nun nicht mehr von der Arbeit am Patient, an der Patientin gesprochen, sondern von der Arbeit mit dem Patienten. Der Patient, die Patientin wurde zum Partner. Auch das soziale Netzwerk wurde bedeutend und wenn möglich integriert. Die Verantwortlichkeiten in den Teams mussten neu zugeordnet werden. Die Kompetenzerweiterung der Pflegenden bedeutete teilweise einen Kompetenzverlust anderer Berufsgruppen.

Damit ein „fruchtbares“ Arbeitsfeld entstehen konnte, wurde interdisziplinäre Supervision nötig. Es galt, jeder Berufsgruppe die nötige Anerkennung zu vermitteln, die Grenzen aufzuzeigen und trotzdem den Fokus auf eine gemeinsame Zielerreichung zu legen. Aus der Sicht der Pflegenden muss das Ziel immer sein, den Patienten ganzheitlich zu sehen und ihm die bestmögliche Pflege angeeignet zu lassen. In diesem Zusammenhang möchte ich das Leitbild der Pflege St. Gallen erwähnen, das aus diesem Kontext heraus entstanden ist:

„Das Wohl und der Wille der Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt pflegerischen Handelns. Pflegefachpersonen haben daher ihre pflegerischen Maßnahmen in Absprache und möglichst gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten umzusetzen. Dieser Maxime folgend ist auch das neue Leitbild verfasst. Im Zentrum stehen fünf Leitthemen:

- Menschen als Individuen respektvoll unterstützen.
- Kompetent pflegen.
- Wirksam pflegen.
- Partnerschaftlich handeln.
- Im gesellschaftlichen Kontext pflegen.“ (*Leitbild der Pflege St Gallen*)

Dieses Leitbild zeigt, wie komplex der Klinikalltag heute ist. Supervision in der Akut-Psychiatrie muss sich dieser Komplexität stellen und die Realitäten genau erfassen. Nur so kann sie Hand bieten für eine konstruktive Zusammenarbeit und die Gewährleistung der Professionalität, die schlussendlich den Patienten zugute kommt. Patienten profitieren von der Supervision, da Rollen geklärt sind, Konflikte gelöst werden können und die Pflegenden gesünder bleiben. Eine Akut-Psychiatrie ohne Supervision ist nicht mehr denkbar.

Natürlich ist nicht jede Supervision geeignet im Feld der Akut-Psychiatrie. Die Supervision, welche sich gut eignet ist die „Integrative Supervision“, weil sie in unterschiedliche, untereinander konsistente Theorien eingebettet ist („Tree of science“, *Petzold, 2007, S. 84f*), die ein Ganzes bilden. Die Integrative Supervision stellt nicht nur real-explikative Theorien und die Praxeologie zur Verfügung, sondern basiert auf einer Metatheorie und verbindet so die verschiedene Ebenen von

Praxis bis Theorie miteinander. Sie setzt sich ein für die Würde des Menschen, hat eine fundierte ethische Basis und beinhaltet ein ressourcenorientiertes, positives Menschenbild. Solch fundierte Grundlagen bieten in einem Feld, wo immer wieder Gratwanderungen und Grenzgänge nötig sind, Orientierung, Sicherheit und Halt. In diesem Sinne ist die Integrative Supervision meine Heimat geworden.

Danksagung

Ich möchte auf diesem Weg meinem Lebenspartner, Peter Ammann herzlich danken. Er unterstütze und forderte mich immer wieder mit Inputs, mit konstruktiver Kritik und Hilfsbereitschaft. Mit meinen Freundinnen, Caroline Ratz und Cathrine Müller, habe ich wunderbare „Lernwochenende“ in Vernate TI verbracht. Wir forderten uns gegenseitig und mit den Ressourcen jeder Einzelnen, kamen wir gemeinsam zum Ziel. Vielen. Vielen Dank. Dann möchte ich auch Claude-Michel Ammann, einen ganz herzlichen Dank aussprechen. Er hat die Arbeit gelesen und Korrekturen angebracht die mir weiter halfen.

9 Zusammenfassung und Schlüsselwörter

Zusammenfassung: Integrative Supervision in der Akut-Psychiatrie

Die vorliegende Arbeit beschreibt, wie die Supervision im Feld der Akutpsychiatrie verortet werden kann und muss. Sie beschreibt die Herausforderungen, die Problemstellungen und die Machtstrukturen, in denen sich die Pflegenden bewegen. Insbesondere werden die Ethik, die Praxis von Supervision in diesem spezifischen Feld und die zu berücksichtigenden Faktoren im Umgang mit Pflegenden ausgeführt.

Schlüsselwörter: Supervision, Akut-Psychiatrie, Pflege, Ethik, Ko-respondenz, Intersubjektivität

Summary Integrative supervision in acute psychiatry

The present paper describes how supervision can and must be applied in the field of acute psychiatry. It describes the challenges, problems and hierarchical work structures in which psychiatric nurses are involved. Ethics, the role of supervision in this specific field and factors which need to be addressed in working with psychiatric nurses will be discussed.

Keywords: Supervision, acute psychiatry, nursing, ethics, co-responsibility, intersubjectivity

10 Literaturliste

Abderhalden, C.; Ricka, R. (2002): „Pflegediagnosen und Massnahmen“; Hans Huber Verlag.

Barz, H. (1977): „Praktische Psychiatrie“; Hans Huber Verlag.

Benner, P. (1994): „Stufen zur Pflegekompetenz (from novice to expert) nach Hubert und Stuart Dreyfus Modell zur Kompetenzentwicklung“; Hans Huber Verlag.

Cohn, R. (1980): „Von der Psychoanalyse zur TZI“, Hans Huber Verlag.

Gesundheitsdepartement des KT St Gallen (2007): „Leitbild Pflege“.

Gottfried, K., Petitjean, S., Petzold, H.G. (2003a): Supervision im Feld der Psychiatrie – eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold, Schigl, Fischer, Höfner (2003) 299-333.

Kistner, W. (2002): „Der Pflegeprozess in der Psychiatrie“; Verlag Urban & Fischer.

Naujoks, A., Petzold, H.G. (2012): Die Wirkung von Supervision in stationären Entwöhnungsbehandlungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige – eine empirische Felderkundung als Beitrag zur Situation der Qualitäts- und Wirkungsnachweise von Supervision. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2012

Orth, S., Siegele, F., Petzold, H.G. (2007): Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 05/2007

Peplau, H.G. (1995): „Pflegetheorie“, Hans Huber Verlag

Petzold, H.G. (2007) „Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung“

Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alleausgaben/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement.html>

Petzold, H.G. (2002I): Supervision? – Die gibt man, die ‘nimmt’ man doch nicht!“ – „Führen, das kann man, oder lernt es nie!“ in: In: Zeitschrift für Supervision 3, 2002. S. 75 – 80 und in www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm In: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 03/2002

Petzold, H. G., Orth, I, (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: VS Verlag. 195-243.

Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Leske + Budrich, Opladen, VS Verlag Wiesbaden

SBK (1999): „Ethik in der psychiatrischen Pflege (ethische Grundsätze für die Pflege)“; SBK-ASI Schweizerischer Berufsverband für die Pflege.

ZGB: Psychiatrische Ethikkommission Kt ZH (zuständig auch für GL, GR, SH und das Fürstentum Lichtenstein) Schweigepflicht und FFE ZGB 397a.

Online Quellen

www.wikipedia.de: Imam (15.4.12).

www.pflegeportal.ch: Careum Fachhochschule für Pflege in Zürich (Pflegeportal.ch).

www.bapp.info BAPP = Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege, 2010.

[www. BSO.ch](http://www.BSO.ch) (Berufsverband Supervision Organisationsberatung und Coaching).