

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 07/2006

Supervision bei Pflegefachleuten

Eine Studie zur Situation in der Schweiz*

*Erica Brühlmann-Jecklin, Bern** , Hilarion G. Petzold, Hückeswagen****

* Aus dem „Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ Donau Universität Krems, DUK (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H. G. Petzold) und aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, <mailto:forschung.eag@t-online.de>, <http://www.IntegrativeTherapie.de>

** Dem Text liegt eine Masterthese an der DUK von 2005 zugrunde

*** Betreuer der These: Univ.-Prof. Dr. H.G. Petzold.

Inhalt:

- 1 Einleitung – Wahl des Themas**
 - 1.1 Problemkreis
 - 1.2 Begründung der Forschungsarbeit
 - 1.3 Ziele der Forschungsarbeit
- 2 Supervision**
 - 2.1 Geschichtliches
 - 2.2 Die Rolle der Supervisorin und des Supervisanden
 - 2.3 Definitionen
 - 2.4 Abgrenzung von Supervision zu Coaching und Case Management
 - 2.5 Begründung der Definitionswahl
 - 2.6 Supervisionsformen
 - 2.7 Supervisionssysteme – Supervisionssettings
 - 2.8 Supervision in klinischen Settings – strukturelle und rechtliche Fragen
 - 2.9 Wirkung von Supervision
 - 2.10 ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision
 - 2.11 Supervision und Ethik
 - 2.11 Supervision und Ethik
 - 2.12 Ethik in der Pflegepraxis
- 3 Forschungsstand Supervision**
 - 3.1 Grundsätzliches
 - 3.2 Bei Pflegefachleuten und Pflegesettings
 - 3.3 Forschungsfragen für das Feld der Pflege
- 4 Das Arbeitsfeld des Medizinalfachberufs der Pflegefachleute**
 - 4.1 Geschichtliche Entwicklung – Von der Krankenschwester zum Medizinalfachberuf
 - 4.2 Pflege und Pflegewissenschaft
 - 4.3 Pflegequalität – Qualitätsbegriff und Qualitätssicherung in der Pflege
 - 4.4 Strukturqualität – der Einfluss von Kontextbedingungen auf Arbeitsklima und Pflegequalität
 - 4.5 Arbeitsfelder der Pflege
 - 4.6 Zur Frage der Feld- und Fachkompetenz bei Supervision im Bereich der Pflege
 - 4.7 Zu einem Integrativen Konzept der Pflege
- 5 Hypothesen und Forschungsfragen**
- 6 Empirische Untersuchung**
 - 6.1 Wahl der Methode, Methodisches Vorgehen
 - 6.2 Datenerhebung - Studiendesign
 - 6.3 Stichprobe, Rücklaufquote
- 7 Ergebnisse**
 - 7.1 Arbeitskontext
 - 7.2 Supervision
 - 7.3 Person der Supervisorin, des Supervisors
 - 7.4 Wirkung von Supervision
 - 7.5 Einschätzung der Supervision, der Supervisorin bzw. des Supervisors
 - 7.6 ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision
- 8 Zusammenfassung**
- 9 Diskussion und Ausblick**
- 10. Zusammenfassung/Summary**
- 11. Literatur**

1 Einleitung – Wahl des Themas

1.1 Problemkreis

Einerseits erfordert die Arbeit mit Kranken und Pflegebedürftigen seit jeher starke Persönlichkeiten mit der Fähigkeit guter Stressbewältigung, um auch unerwarteten Situationen, bei denen es um Leben und Tod gehen kann, gewachsen zu sein, aber auch um Leid anderer auszuhalten. Andererseits sind Pflegefachleute heute mehr Druck denn je ausgesetzt. Die Entwicklung der Medizin in Richtung einer Spitzenmedizin brachte den Pflegefachleuten in Aus- und Weiterbildung neue und hohe Anforderungen im Wissensbereich. Bis heute sind es die Pflegefachleute, die oft zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stehen, was immer wieder zu einer rechten Gratwanderung werden kann.

Der in den letzten Jahren in der Schweiz vom Bund, aber vor allem von den Kantonen her, auf Spitäler und ähnliche Einrichtungen ausgeübte Spardruck wird zu einem grossen Teil auf dem Rücken des Spitalpersonals, und damit mittelbar auch auf dem der PatientInnen ausgetragen. Unseres Wissens ist das Problem des Spardruckes in Deutschland und Österreich nicht geringer.

1.2 Begründung der Forschungsarbeit

Supervision ist neuerer Zeit zu einer universitären Disziplin geworden. Sie wurde in den vergangenen beiden Jahrzehnten zunehmend professionalisiert und wird seit gut einem Jahrzehnt allmählich in ihrer Wirkung und Nebenwirkung erforscht (*Petzold et al. 2003*). Supervisionsforschung bedarf dabei noch wesentlicher Entwicklungen. Mit dieser Masterthese soll dazu ein weiterer Beitrag geleistet werden. Als ehemalige Krankenschwester, langjährige Lehrerin für Krankenpflege und als Supervisorin von Pflegeteams und als langjährig in Krankenhäusern tätiger Supervisor und Professor in universitären Abteilung mit klinischem Schwerpunkt in Amsterdam und Krems sind den Autoren das Personal im klinischen Bereich, d. h. die Pflegefachleute, ihre Arbeitsbedingungen und ihre Befindlichkeit bei der Arbeit ein besonderes Anliegen.

1.3 Ziele der Forschungsarbeit

Fragestellungen, die als Hypothesen formuliert wurden (siehe Kapitel 5), sollen mit dieser Forschungsarbeit geprüft werden. Die Arbeit soll in Erfahrung bringen, welche Erwartungen Pflegefachleute an SupervisorInnen haben, und Fragen der Wirkung aber auch negativer Nebenwirkungen von Supervision nachgehen. Aus den Ergebnissen der Umfrage sollen Empfehlungen ausgearbeitet werden. In diesem Sinn soll die Arbeit den Angehörigen des Berufes der Pflegefachleuten dienen. Ein weiteres Ziel ist es, für die Supervision zu sensibilisieren. **Feldkompetent** und **fachkompetent** – beides ist zu differenzieren und wesentlich – durchgeführte Supervision kann ein wertvolles Instrument zur Qualitätssicherung sein. Ausserdem ist es möglich, Krisen in Teams vorzubeugen. Wo nötig kann eine Teamentwicklung oder die Stärkung eines Teams erfolgen. Supervision kann auch in wirtschaftlicher Hinsicht, Nutzen bringen. Schliesslich bietet gute Supervision die Möglichkeit, durch Selbstreflexion persönliches Wachstum zu erlangen.

2 Supervision

2.1 Geschichtliches

Mit der Herkunft des Wortes Supervision wird zum Teil sehr ungenau umgegangen. Es scheinen viele Kolleginnen und Kollegen und ihre Berufsverbände in Begriffserklärungen

gefangen zu sein (Petzold 2005e), die überholt sind. *Edlhaimb-Hrubec* (2005) ist dem Begriff in einer eigenen Arbeit etymologisch auf den Grund gegangen und zwar vor allem auf der Suche nach den lateinischen und griechischen Ursprüngen. Und obwohl sie im Moment wohl die genaueste und gründlichste Erklärung zur Herkunft des Begriffs geben kann, nennt sie die Fragen, die sich damit im Zusammenhang stellen, eine „...gegenwärtige Annäherung, Vermutung und Interpretation“ (a.a.O.). *Petzold* füllt *supervidere* mit Inhalten wie „...sich der Überwachung widmen, auf etwas sehen, beobachten, inspizieren, nach dem Rechten sehen, kontrollieren, beaufsichtigen, führen, untersuchen“. Doch bezieht auch er sich historisch auf die überwachende Beobachtung und nimmt Bezug zur Herkunft aus dem angloamerikanischen Raum. (*Petzold, Ebert, Sieper* 1999/2002 bzw. *Petzold Schigls, Fischer, Höfner* 2003).

Andere Quellen gehen zurück zu den Anfängen der Professionalisierung der Sozialarbeit. Bereits 1889 begann *Mary E. Richmond* (1861 - 1928) in den USA Sozialarbeit in der ‚Charity Organization Society Baltimores‘ zu institutionalisieren. Supervision war hier bereits Bestandteil des Konzeptes (*Möller* 2001, S. 18 und *Brühlmann-Jecklin* und *Petzold* 2004).

Erste Veröffentlichungen zum Thema Supervision erschienen zwischen 1920 und 1945. (*Bernler* 1993). Die AutorInnen schrieben auf ihrem Praxis-Hintergrund von Sozialarbeit. Somit ging es in erster Linie um „Fall-Supervision“ – eine Bezeichnung die man heute kritisch sehen muss: Menschen sind keine „Fälle“. Ausserdem verstellt der „Fall-Begriff“ die Prozessualität von Supervision, weshalb wir heute von „Prozess-Supervision“ sprechen (Durch die weitere Behandlung, nunmehr auch innerhalb von Sozialwissenschaften, entwickelte sich die Disziplin weiter und erfuhr weitreichende Veränderungen und Erweiterung. (*Schwendenwein* und *Kaliske* 2005)

Integrative Supervision, um die es in dieser Arbeit geht, hat wichtige Wurzeln, in Phänomenologie, Hermeneutik, Strukturalismus, Systemtheorie, ihre theoretischen Grundpfeiler sind vielfältig – ein bewusst „multitheoretisch“ (*Luhmann* 1992; *Petzold* 1998a) orientiertes Vorgehen. Als Begründer der Phänomenologie ist der deutsche Philosoph *Edmund Husserl* (1859-1938) zu nennen (*Schmidt, Schischkosff* 1982, S. 296). *Martin Heidegger* (1889-1976) ist sein bedeutendster Schüler. *Maurice Merleau-Ponty* (1908-1961) als Referenztheoretiker des Integrativen Ansatzes hat sein Denken in spezifischer Weise im Ausgriff auf psychologische und sozialwissenschaftliche Wissensstände so entwickelt, dass sie zusammen mit und der phänomenologischen Hermeneutik *Paul Ricœurs* (*Petzold* 2005p) zu einem soliden metatheoretischen Fundament für eine komplexe Praxis integrativer Supervision beigetragen hat (*Petzold* 1998 S. 53; *Edlhaimb-Hrubec* 2005, S. 8.). Der Integrativen Supervision liegt damit eine anthropologische Sichtweise zugrunde, die im Bezug auf *P. Bourdieu, M. Foucault, J. Habermas* u.a. gesellschaftstheoretisch so positioniert ist, dass supervisorisches Handeln auch differenziert ethisch legitimiert werden kann (*Moser, Petzold* 2007; *Leitner, Petzold* 2005).

2.2 Die Rolle der Supervisorin und des Supervisanden

Der Supervisor hat eine Supervisionsausbildung abgeschlossen. Er handelt aufgrund der Aufgaben, die sich ihm stellen. Die Supervisandin ist für den Prozess einer Supervision von besonderer Bedeutung, bringt sie doch mit ihrer Persönlichkeit, ihren Stärken und Schwächen sowie mit ihren professionellen Qualifikationen wichtige Momente für das Gelingen von Supervision ein (a.a.O. S. 32), was sich vor allem auch auf das Klientensystem auswirkt.

2.3 Definitionen

Einfach umschrieben geht es bei Supervision um eine professionelle Form der Beratung verschiedener Berufsangehöriger, welche im Kontext der Supervision Supervisanden genannt

werden. Dabei kann es sich sowohl um MitarbeiterInnen der Basis einer Institution als auch um Führungskräfte handeln. Der Berater reflektiert mit den Ratsuchenden arbeitsbezogene Problemstellungen. Als Disziplin relativ jung, ist Supervision ein Phänomen der Moderne (Petzold, Schigl et al. 2003). SupervisorInnen geben SupervisandInnen Unterstützung bei ihren sozialen Hilfeleistungen und fördern die Qualität des professionellen Handelns (a.a.O. S. 199), sind also Experten für Experten (a.a.O. S. 14). Es ist unabdingbar, dass SupervisorInnen Kenntnis über den Arbeitsplatz und die Klientensysteme ihrer SupervisandInnen haben, sowie über die theoretischen Wissensstände des jeweiligen Bereichs. Wir sprechen hier differenzierend von **Feld-** und **Fachkompetenz**.

Supervision findet auf einer Metaebene statt, was ‚Theorien für die Praxis‘ (Beratungspraxeologie) und Methoden für die Praxis‘ (Beratungsmethodik) erfordert. Von den vorhandenen Theorieansätzen scheinen uns viele aus der Integrativen Therapie, Beratung und Supervision geeignet (siehe 2.4, Auslegung einer spezifischen Definition). Diese Definition lautet wie folgt:

Supervision ist eine interdisziplinär begründete Methode zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, z.B. in der psychosozialen, pädagogischen und therapeutischen Arbeit durch mehrperspektivische Betrachtung aus ‚exzentrischer Position‘, eine aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen (Situationsdiagnostik) auf ihre situativen, personabhängigen und institutionellen Hintergründe hin. Sie geschieht durch Ko-respondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence) an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie, Tragfähigkeit und common sense, so dass eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performativen Umsetzung möglich wird, weshalb wir Supervisionsgruppen auch als ‚Kompetenzgruppen‘ bezeichnen. (Petzold 1973, 1)

2.4 Abgrenzung von Supervision zu Coaching und Case Management

Coaching ist ein Beratungskonzept. Von Coaching spricht man in Bezug auf Beratung und Führung in Organisationsentwicklung. (Petzold 1994g). Supervision im integrativen Sinn beinhaltet auch Coaching, zumal die vielfältige Sicht der Dinge und die Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum bei beiden gefragt sind.

Als modernes Konzept kommt oft ein weiterer Begriff ins Spiel, der des *Case Management*. Die vorläufige Arbeits-Definition des Begriffs Case Management des Netzwerks Schweiz zum Beispiel lautet wie folgt: Case Management ist eine Betreuungsmethode im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. Sie soll bei komplexen Fragestellungen und hohem Koordinationsbedarf im Einzelfall Qualität und Effizienz der Betreuung in Abstimmung mit den Bedürfnissen der betreuten Menschen optimieren. Case Management wird von Personen mit unterschiedlichen Berufen ausgeübt. (<http://www.netzwerk-cm.ch> 2004). Im Integrativen Ansatz hat man hier das Modell einer „optimal process facilitation“ entwickelt (Petzold, Sieper 2008), die besonders die aktive Mitbeteiligung des Klientensystems betont.

2.5 Begründung der Definitionswahl

Die oben aufgeführte, eher komplexe Definition beinhaltet Attribute, welche für eine gute Supervision als unverzichtbar betrachtet werden, weil in ihr wichtige Kernkonzepte des

Integrativen Ansatzes enthalten sind. Es wird versucht, die einzelnen Begriffe glossarmässig zu erklären – wo sinnvoll erläuternd mit Beispielen im Krankenhaus.

Interdisziplinär begründete Methode

Die Integrative Therapie entstand als Therapiemethode aus der kritischen Auswertung verschiedener ‚Schulen‘ und umfanglichen eigenständigen Modell- und Konzeptentwicklungen (Petzold 2003a, 2002b). Sie schöpft aus der *Gestalttherapie* (Perls), aus der *Aktiven Analyse* (Ferenczi), aus dem *Rollenspiel* (Moreno), aus *leibtherapeutischen* und *behavioralen Quellen* (Sieper, Petzold 2003). Weitere theoretische Quellen kommen aus der Philosophie – Phänomenologie und Hermeneutik – und den Neuro- und Sozialwissenschaften (Petzold, Orth, Sieper 2005; Petzold, Schay, Scheiblich 2006). Die Integrative Supervision ist der Interdisziplinarität und Multitheoretizität verpflichtet.

Mehrperspektivische Betrachtung

Die Analyse einer Problemsituation kann nur gelingen, wenn die Supervisorin in der Lage ist, ‚mehrperspektivisch‘ (Jacob-Krieger et al. 2005; Gebhard, Petzold 2005) zu schauen und sich z.B. in den Kollegen, die Ärztin, den Patienten einzufühlen.

Exzentrische Position

Persönliches Wachstum und persönliche Entwicklung sind wichtige Ziele von Supervision und nur dann zu erreichen, wenn der einzelne Mensch in der Lage ist, sich von aussen ‚exzentrisch‘ zu betrachten.

Aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen

Hier geht es darum, das Geschehen zu analysieren (Situationsanalyse), die Interaktionen zu erfassen und durch Spiegelung der Zusammenhänge das Geschehen als Ganzes zu verstehen.

Ko-respondenz

Der Begriff Ko-respondenz beinhaltet einerseits das Miteinander (Ko) und andererseits das Antworten (respondre), was durch Konsens-Dissens-Prozesse ein besseres zusammen Reden, Verstehen, sich neu und besser zu einigen etc. ermöglicht.

Bündelung von Kompetenzen (joint competence)

Alle an der Supervision beteiligten Menschen profitieren vom Wissen, der Erfahrung und den Kompetenzen/Fähigkeiten sowie Performanzen/Fertigkeiten sowohl der Supervisorin als auch der Supervisanden (Petzold, Lemke 1979). Jeder lernt von jeder, was zu einer eigentlichen Potenzierung der Kompetenzen und Performanzen führt.

common sense

Common sense wird aus dem Englischen übersetzt mit ‚gesundem Menschenverstand‘ bzw. ‚vernünftigen Argumentationsbasis‘. Hier meint es eine sinngeladete, ganzheitliche und differentielle Betrachtung auf der Basis von Alltagstheorien.

Entwicklung von Kompetenzen

Durch den Supervisionsprozess entwickelt und mehrt die Supervisandin ihre Kompetenzen, was ihre Professionalisierung stärkt und sie in ihrer Arbeit sicherer werden lässt.

Performativische Umsetzung

Kompetenz verlangt Performanz, die Umsetzung der Kompetenz in Praxis (Petzold, Engemann, Zachert 2004).

Kompetenzgruppen

Wie unter ‚Bündelung der Kompetenzen‘ beschrieben, kann es in jeder Supervisionsgruppe zu einer regelrechten Potenzierung der Kompetenzen führen, so dass die Gruppen als eigentliche Kompetenzgruppen betrachtet werden können, die natürlich auch die Performanz-Qualität fördert.

2.6 Supervisionsformen

Hier sollen Supervisionsformen mit Verweis auf die Relevanz im klinischen Feld genannt werden:

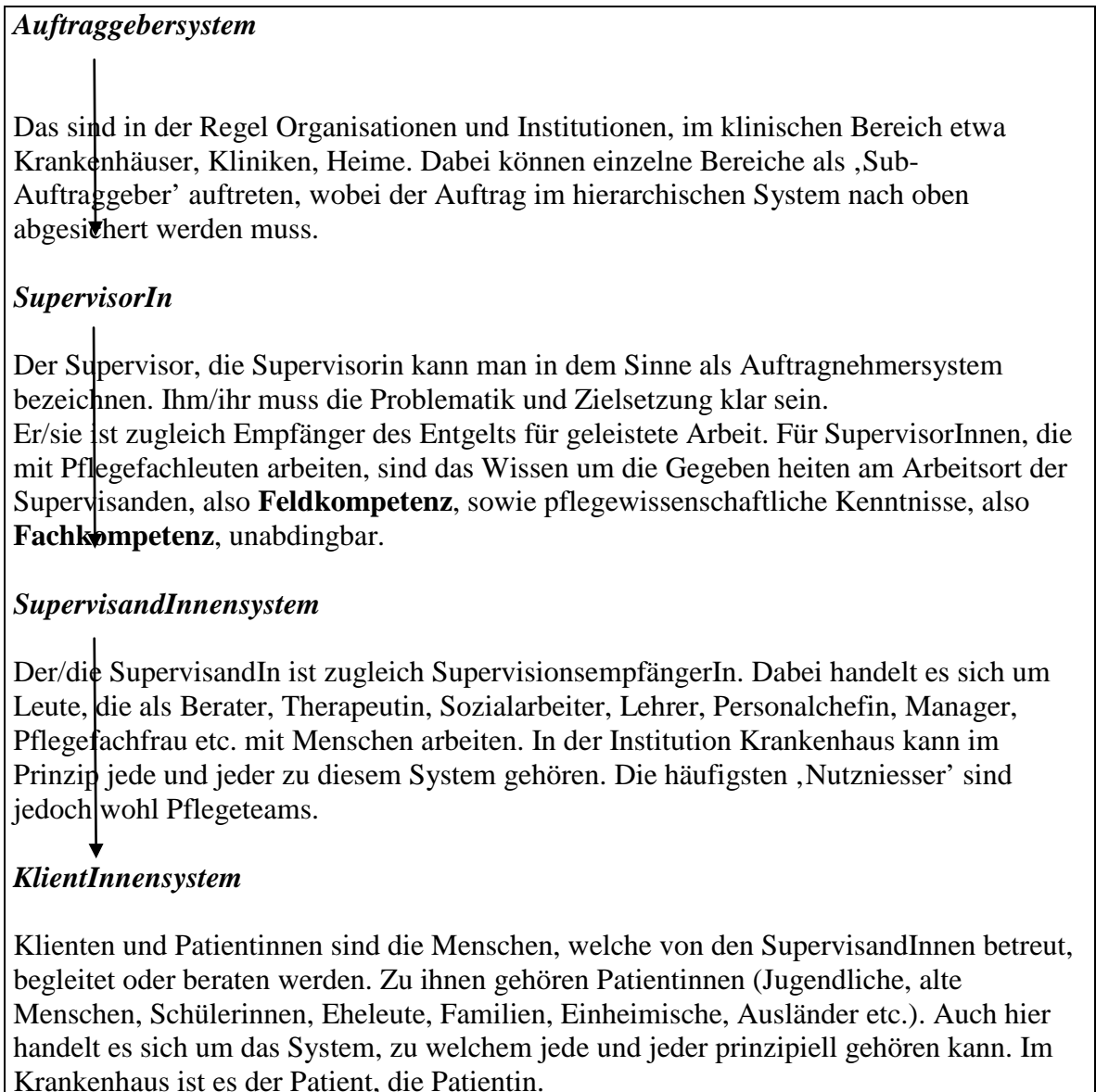
| Supervisionsform | Kurzbeschreibung |
|---|---|
| <i>Dyadische Supervision (Einzelsupervision)</i> | SupervisorIn und SupervisandIn sitzen sich gegenüber, arbeiten zusammen (dyadisches Setting). Bei jeder im Krankenhaus arbeitenden Person denkbar. |
| <i>Teamsupervision</i> | Ein bestimmtes Team, das in derselben Institution gemeinsam an institutionellen Aufgaben arbeitet, erhält edurch Teamsupervision ein Setting. Im Krankenhaus z.B. ein Team einer bestimmten Abteilung. |
| <i>Gruppensupervision</i> | Die TeilnehmerInnen gehören nicht demselben Team an, haben aber ein gemeinsames Thema. Vom Krankenhaus z.B. Stationsleiterinnen, die sich mit Stationsleiterinnen anderer Krankenhäuser treffen. |
| <i>Institutionssupervision</i> | Supervision für Menschen in öffentlichen Institutionen (Behörden, Ämter, Kirchen, Krankenhäuser), die durch Organisationsentwicklung nicht grundlegend veränderbar sind, weil sie durch gesellschaftlicher Macht (Gesetze, Regeln, Verordnungen) eingerichtet wurden. |
| <i>Organisationssupervision</i> | Supervision für Menschen in Organisationen die ein bestimmtes Ziel verfolgen. Unternehmen, Verbände, Non-profit-Organisationen. Bei ihnen kann Organisations-Entwicklung zum Tragen kommen. |

Tab. 1 Supervisionsformen

2.7 Supervisionssysteme – Supervisionssettings

Der Integrative Ansatz spricht vom „Supervisionssystem“, das mehrere „Ebenen“ als Subsysteme umfasst (Petzold 1990o). Dieses von Petzold eingeführte Modell wird hier verwendet, um dem Leser ein Verständnis dafür zu geben, in welchem Kontext die Supervisorin steht.

Dass sich Menschen des SupervisandInnensystems in einer Supervision, in der es um ihr Klientel geht, selber entwickeln und stärken können, ist eine der positiven Wirkungen.



Tab. 2 Ausschnitt aus dem ‚Gesamtsystem Supervision als Mehrebenenmodell‘

Bei den Supervisionssettings sind verschiedene Möglichkeiten zu erwähnen:

Dyade – Diskurs – Dialog

So genannte „Einzelsupervision“ ist eigentlich ein „dyadisches“ Setting. Das dyadische Setting ist zwar auf einer sozialen Mikroebene angesiedelt, trotzdem ermöglicht die Methode der sog. „metahermeneutischen Triplexreflexion“ (Petzold 1998a) auf verschiedenen Ebenen zu suchen, was die bestmögliche Wahrheit und/oder Lösung ist. Einseitiges, starres Denken eines einzelnen Subjekts wird so vermieden. Menschen, um die es in der Supervision geht, die aber nicht anwesend sind, sind mitgemeint und ihre Sicht der Dinge wird so gut wie möglich berücksichtigt.

Gruppale, polyladische, multidisziplinäre Settings - Polylog

Sowohl in einer Gruppensupervision als auch in einer Teamsupervision wird das Gespräch weit über den Dialog hinaus nach vielen Richtungen geführt, wie *M. Bakhtin* gezeigt hat, weshalb wir von **Polylogen** sprechen, die dem Prinzip der Parrhesie, der Offenheit in solchen ‚Gesprächen Vieler‘ untereinander verpflichtet ist (Petzold 2002c).

2.8 Supervision in klinischen Settings – strukturelle und rechtliche Fragen

Strukturell bekommen innerhalb der Institution Krankenhaus am ehesten Team-Angehörige, also Pflegefachleute Supervision. Zwar gehören Pflegefachleute einem eigenständigen Berufsstand an, doch hat sich aus ‚alten Zeiten‘ manches von einer Mentalität in die heutige Zeit herüber ‚gerettet‘, als Krankenschwestern quasi Untergebene der Ärzte waren. Hierarchisch ist das Organigramm neu zu schreiben. Pflorgeteams unterstehen meistens direkt einer Bereichsleiterin und eine Stufe höher einer Pflegedirektorin, welche in den meisten modernen Spitälern zusammen mit dem ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor zur Führung der Einrichtung gehört.

Wird ein Pflorgeteam supervidiert, geht es thematisch oft um Angehörige dieses Teams. Diese sind also anwesend und mit involviert und auch informiert. Sobald es jedoch um eine Fallsupervision geht, kommt eine Komponente ins Geschehen, wie sie auch bei Beratungen, Psychotherapien und Kontrollsupervisionen eine Rolle spielt: Der oder die, über den oder die gesprochen wird, ist nicht anwesend. Damit muss das Thema Schweigepflicht mit allen dazugehörigen Überlegungen zur Sprache kommen (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Eichert, Petzold 2003). In der Schweiz regelt der Artikel 321 des Strafgesetzbuches (StGB) die Schweigepflicht dieses **rechtliche Argument**. Im Standardwerk über Rechtskunde für Gesundheits- und Pflegeberufe (Landolt 2004) ist je ein Abschnitt der Schweigepflicht der Berufsangehörigen und dem Datenschutz der Patienten gewidmet. Da der Patient, die Klientin, in der Supervisionsstunde nicht anwesend ist, muss zwingend eine Schweigepflichtentbindungs-Erklärung und damit eine schriftliche und ausdrückliche Einwilligung (informed consent) bei der Hauptperson eingeholt werden. Über das rechtliche Argument ist auch das **ethische Argument** von grosser Bedeutung. Niemand, der diese Fragen in (möglicher) Selbstbetroffenheit durchdenkt, hegt wohl nur den geringsten Zweifel daran, dass die eigene Würde verletzt wird, wenn andere Menschen „über einem reden“. Zum juristischen und ethischen Argument ist als drittes das **klinische Argument** zu erwähnen wichtig. Über Jahrzehnte verfügten Ärzte über Patientendaten, ohne die Patientin einzubeziehen, wurden Berichte und Briefe an Kollegen, Institutionen und Ämter weiter gereicht, was oft eine Stigmatisierung (Goffman 1967) des Patienten zur Folge hatte. Aber auch Pflegefachleute und ÄrztInnen haben das Recht, geschützt zu sein und müssen, wo sie in einer Supervision nicht anwesend sind, um ihre Einwilligung gefragt werden.

2.9 Wirkung von Supervision

Um die Frage nach der Wirksamkeit von Supervision zu beantworten, müssen Fragen in den verschiedenen Systemen gestellt werden:

Klientensystem:

Wirkt sich Supervision positiv aus auf Patienten und Klientinnen?

Wenn ja, welche Supervisionsmethoden bewirken das?

Supervisandensystem:

Wird durch Supervision die professionelle Kompetenz und Performanz gefördert?

Wenn ja, welche Supervisionsrichtungen, Formen und Settings bewirken das?

Es sind katamnestic Studien und Längsschnittuntersuchungen nötig (Petzold, Schigl et al. S. 223), auch Langzeitstudien mit vergleichbaren Populationen und ähnlichen Fragestellungen zur Qualität von Supervision. Es bleibt die Wirksamkeit solange hypothetisch, als uns keine Ergebnisse entsprechender Forschungsstudien vorliegen.

2.10 ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision

Gefahren innerhalb von Supervision sind zum Teil dieselben, wie in Therapiesettings (siehe auch Märtens und Petzold, Therapieschäden, Mainz 2002 und Petzold, Müller 2005). Mangelnde Mehrperspektivität verhindert ev. die möglichst objektivste Sicht. Mangelnde Selbstreflexion beim Supervisor kann genauso zur Falle werden, wie bei der Therapeutin. Interpretationen können falsch sein und somit verletzend wirken. Eine weitere Gefahr, die vielleicht nicht unmittelbare Folgen hat, aber dennoch im höchsten Mass ein Unrecht ist, ist die ‚Behandlung Betroffener‘ ohne deren Zustimmung.

2.11 Supervision und Ethik

Das im Kaptitel 2.8 hinsichtlich Schweigepflicht kurz erwähnte ‚ethische Argument‘ bedarf als eigenes Kapitel ‚Supervision und Ethik‘ einer Vertiefung. So jung die Disziplin Supervision ist, so wenig sind entsprechende Fragen hinreichend geklärt und haben supervisionsspezifische Ethikkonzepte genügend Einzug in die Praxeologie und Praxis gehalten. Die erwähnten Argumente verlangen eine klare Ethik der Handlungsregeln sowie eine Theorie hinsichtlich Praxeologie, Methode und Disziplin zur Supervision. Nur so kann Qualität in der Supervision gewährleistet werden. Innerhalb des Integrativen Ansatzes hat Petzold in Anlehnung an Marcel (1967) und Lévinas (1983) ‚Eckwerte der Ethiktheorie‘ definiert, die auch für die Supervision Gültigkeit haben. Als wichtigste seien hier erwähnt:

Integritätsprinzip

Sorgsamkeit, die Integrität des Anderen nicht zu schädigen und seine Souveränität zu fördern. Dies gilt für Einzelpersonen, aber auch für Gruppen und Organisationen.

Intersubjektivitätsprinzip

Der Andere ist als gleichwertiges Subjekt anerkannt, in seiner Andersheit, ja auch Fremdheit toleriert und angenommen.

Diskursethik

Diese meint die Ethik einer fundierten und fundierenden Ko-respondenz (Petzold 1992 S. 503).

Die Kenntnis spezieller Ethiktheorien ist wichtig, genauso wie die Übersicht über die wesentlichen Paradigmen der Ethiktheorie (a.a.O. S. 38).

2.12 Ethik in der Pflegepraxis

Da sich diese Arbeit mit Supervision bei Pflegefachleuten beschäftigt, soll ein kurzes Kapitel der Ethik in der Pflegepraxis gewidmet sein. Nachdem Ende der 80-er-Jahre der internationale Dachverband der Pflegefachleute ICN (International Council of Nurses) die nationalen Verbände aufgerufen hatte, eigene berufsethische Grundsätze auszuarbeiten, nahm sich in der Schweiz eine neu gegründete Ethikkommission des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern SBK dieser Herausforderung an. Zehn Jahre später konnte die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes das von dieser Kommission erarbeitete Dokument Ethische Grundsätze für die Pflege genehmigen. Im Jahr 2002 wurde das Dokument überarbeitet, der hochprofessionellen Pflege sowie den modernen Arbeitsbedingungen angepasst und neu publiziert. Im Mittelpunkt einer Pflegeethik muss der Patient, die Patientin sein, und alle Supervision bei Pflegefachleuten hat sich somit zwingend mit dessen Wohl zu beschäftigen. Ein Dilemma ergibt sich oft sowohl für die Pflegenden als auch für die Supervisorin, wenn Institutionen finanziell und personell die Ressourcen kürzen, die Pflegenden die heute anerkannten wichtigen ethischen Grundsätze einzuhalten und selbstverständlich qualitativ hohe und sichere Pflege zu bieten haben. Oft sind es in einem

solchen Dilemma moralische Begründungen, welche Entscheidungen rechtfertigen und untermauern. Dies zeigt deutlich, dass Ethik längst mehr ist als eine ‚Reihe moralischer Normen‘. Sie bedarf der ständigen Reflexion zum Verhalten, zur Pflege, zur Stellungnahme bei Fragen von Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod (a.a.O. S. 4 f.) Ziel jeder Pflege und also folgerichtig Ziel jeder Supervision bei Pflegefachleuten muss die Achtung der Würde jedes Menschen, hier besonders des kranken und abhängigen Menschen sein.

3 Forschungsstand Supervision

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin der Donau-Universität Krems in Österreich hat unter anderem die Zielsetzung, „...*innovative, gesellschaftsrelevante Forschungsfragen aufzugreifen, die für die Theorienbildung und Methoden-entwicklung im weiten Bereich der psychosozialen Medizin und gesellschaftlichen Gesundheitsförderung von Bedeutung sind.*“ (Petzold, Schigl et al. 2003, Seite 9). Damit will man an dieser Universität einerseits dem universitären Auftrag, Forschung und Lehre zu fördern, nachkommen, andererseits auch dazu beitragen, dass die Praxis psychosozialer und medizinischer Hilfeleistung in ihrer Qualität gefördert, entwickelt und gesichert wird.

3.1 Grundsätzliches

Die Supervisionsforschung steckt in den Kinderschuhen (Petzold 1996). Diese von Petzold gemachte Äusserung hat sich in den vergangenen Jahren nicht wesentlich verändert. Möller meint fünf Jahre später noch immer: Eine Supervisionsforschung ist im Entstehen begriffen (Möller 2001). Mittlerweile wurde sie vorangetrieben und es liegen zum Teil bereits interessante Ergebnisse vor. In Österreich ist Supervision struktureller Bestandteil in diversen gesetzlich geregelten Ausbildungen (PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal). Genauso in Deutschland, wo man die Investition für Supervision auf jährlich 75 Millionen Euro schätzt (Leitner, Petzold et al. 2004). Supervision wird also als Disziplin weiter an Wichtigkeit zunehmen. Insofern gewinnt auch die Erforschung der Supervision an Bedeutung. Forschungsinhalte zielen darauf ab, Wirksamkeit von Supervision zu erforschen, aber auch Nebenwirkungen zu eruieren, die unerwünscht oder gar schädigend sein könnten. Und nicht zuletzt ist die Wirtschaftlichkeit von Supervision in Bezug auf ihren Nutzen zu erforschen. Trotz noch grossem Forschungsbedarf ist es dem AutorInnen-Team Hilarion G. Petzold, Brigitte Schigl, Martin Fischer, Claudia Höfner und Petra Telsemeyer gelungen, im Buch *Supervision auf dem Prüfstand* eine Bestandesaufnahme internationaler Forschung zu machen.

3.2 Bei Pflegefachleuten und Pflegesettings

Als ursprünglich gelernte Krankenschwester und heutige Supervisorin von Pflegeteams und als Supervisor in zahlreichen Krankenhäusern war und ist es der Untersucherin und ihrem Betreuer ein Anliegen, zu erforschen, was Pflegefachleute für Erfahrungen mit Supervision haben und wie ihre Bedürfnisse diesbezüglich sind. Eine erste Möglichkeit, in den Genuss von einer Art Supervision zu kommen, war für Mitarbeitende in Spitälern, also für Ärzte und damals Krankenschwestern und -pfleger in den sog. Balint-Gruppen. So wurde es für Krankenschwestern möglich, Teamsituationen zu besprechen. In Balintgruppen steht die Beziehung zwischen HelferIn und PatientIn/KlientIn im Vordergrund. Man könnte also von einer Art Fallsupervision sprechen. Mittlerweile gibt es erste Studien zu Supervision bei Pflegefachleuten. Hier sollen einzelne kurz erwähnt werden.

Eine Befragung in einem Krankenhaus, wo regelmässig Supervision gemacht wird, ergab, dass die MitarbeiterInnen damit sehr zufrieden sind. (Rave-Schwank 1997).

Eine andere Arbeit berichtet, dass Pflegefachleute, welche Supervisionserfahrung hatten, öfter als andere sagten, Supervision trage zur Bewältigung von Problemen bei. (Schaffer 1992).

Bei Pflegefachleuten seien Faktoren zu berücksichtigen wie Rollenvorstellungen von Pflege, die Einbezogenheit in die Krankenhausstrukturen, stationsspezifische Funktionen und professionelle Beziehungen innerhalb des Stationsteams. (Ehmer 1998).

Gottfried et al. untersuchten mittels Fragebogen in Schweizer Psychiatriekliniken Einsatz, Formen und Nutzen von Supervision für Pflegefachleute und ÄrztInnen (SupervisandInnensystem) und für die PatientInnen (PatientInnensystem). (Gottfried et al. 2003).

Müller und Petzold untersuchten die Situation innerhalb der Gerontotherapie, fragten nach schützenden (protektiven) Faktoren (Müller und Petzold 2002 b).

Müller, Petzold und Schreiter-Gasser (2005) haben in einer grossen Untersuchung die Situation von Supervision in Altenheimen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen und Pflegediensten in der Schweiz untersucht. Nur etwa ein Drittel spricht sich eindeutig für den Wert der Supervision aus. Beklagt wird die zumeist fehlende ‚Feld- bzw. Fachkompetenz‘ der SupervisorInnen.

3.3 Forschungsfragen für das Feld der Pflege

Im Gebiet der Krankenpflege gäbe es noch viele Fragestellungen, die sich für weitere Forschung eignen würden.

- Wie wird in Supervisionssitzungen mit bestimmten Themen aus dem Krankenhausalltag umgegangen?
- Wie wird mit den teilweise sehr ‚starken‘ Hierarchien umgegangen?
- Wie wirkt sich aus, dass durch Schichtdienst und Notfalldienste nie das ganze Team an einem Supervisionssetting teilnehmen kann?
- Wie wirkt sich fehlende Feldkompetenz von SupervisorInnen auf den Prozess aus?
- Wie stark stehen Patientenprozesse im Vordergrund (Fallsupervision)?
- Wie wird innerhalb von Supervisionen mit der Informationspflicht umgegangen?
- Könnte Supervision vor Burnout bewahren?
- Sind innerhalb der Institution Leitbilder vorhanden?
- Sind innerhalb der Institutionen Organigramme vorhanden und falls ja, sind diese den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt?

Auf Forschungsfragen bezüglich ‚Pflege‘ soll hier nicht näher eingegangen werden. Die Pflegeforschung, eine Disziplin, in welcher sich Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften überschneiden, hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten und intensiv im letzten Jahrzehnt etabliert und grosse Verdienste gemacht. Pflegeforschung will vor allem neue Kenntnisse für die Pflege und zur Verbesserung der Ausbildung und der beruflichen Kompetenzen erwerben.

4 Das Arbeitsfeld des Medizinalfachberufs der Pflegefachleute

4.1 Geschichtliche Entwicklung – Von der Krankenschwester zum Medizinalfachberuf

In diesem Kapitel soll kurz daran erinnert werden, wo ‚institutionalisierte‘ Krankenpflege begann. Zum einen gilt Florence Nightingale als ‚erste Krankenschwester‘, sie die im Krimkrieg (1853 - 1856) in grosser Aufopferung verwundete Soldaten pflegte. Nach dem Krieg gründete sie 1860 die erste Schwesternschule in London. Erstmals wurde Krankenpflege nach ‚modernen Vorstellungen‘ gelehrt. Doch schon vor ihrer Zeit waren Kranke und Pflegebedürftige auf das Wohlwollen und Erbarmen anderer angewiesen. Insbesondere katholische Ordenshäuser, später auch Diakonissenhäuser, nahmen sich der Kranken an. Das Barmherzige, Dienende, Zugewandte hat sich bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein ‚gerettet‘, ist bis heute nicht wirklich verschwunden. Während in den letzten drei bis vier Jahrzehnten die Spitzenmedizin vorangetrieben wurde, und während die Krankenpflegeschulen entsprechend immer bessere, gründlichere und umfassendere Ausbildungen anboten und höhere Aufnahmekriterien forderten, regte sich auch bei den Schülerinnen Unmut und Ärger über die Ausnutzung innerhalb dieses Berufes, was politische Aktivitäten sowohl beim diplomierten Pflegepersonal als auch bei den Schülerinnen vorantrieb. Es sollte erreicht werden, dass für Sonntags- und Nachtwachdienste nicht mehr vor allem Schülerinnen eingespannt würden, weil diesen keine Zulage bezahlt werden musste. Die Veränderung des Berufsbildes geschah also auf mehreren Ebenen. Inzwischen sind Krankenpflegeschulen differenzierte Ausbildungsstätten für ‚Fachangestellte Gesundheit‘ und die Krankenschwester und der Pfleger Pflegefachleute geworden. Die Curricula der Schulen sind so angelegt, dass verschiedene Niveaus angestrebt werden und ein Weiterbildungsweg bis zum universitären ‚Master of Nursing Sciences‘ führen kann, was in den USA und in Grossbritannien schon seit Jahrzehnten möglich ist. Mit dem Einzug der Pflegenden in die Universitäten etablierte sich auch die Pflegewissenschaft. (Polit et al. 2004 und Brandenburg 2003).

4.2 Pflege und Pflegewissenschaft

In der modernen Medizin ist Pflege längst ein eigenständiger Beruf, an den weit über ärztliche Anordnungen hinaus hohe Anforderungen sowohl im spitalinternen als auch im ambulanten Bereich gestellt werden. Nicht nur zur Erreichung bestmöglicher Effizienz, sondern auch um ‚schädigende Pflege‘ zu verhindern und hoch stehende Ausbildungen anbieten zu können, ist Pflegeforschung innerhalb wissenschaftlicher Kriterien nötig. SupervisorInnen, die mit Pflegeteams arbeiten, müssen einen entsprechenden Wissensstand haben. An der Universität Basel wurde an der Medizinischen Fakultät am 1. Februar 2000 das in der Schweiz erste und bis jetzt einzige universitäre Institut für Pflegewissenschaft, das Institute of Nursing Science (INS) eröffnet. In einem dreijährigen, klinisch ausgerichteten Masters Curriculum haben Pflegefachleute die Möglichkeit, sich in vertiefter klinischer Pflegeexpertise (Advanced Nursing Practice, ANP) auszubilden und sich so wissenschaftliche und klinische Kompetenzen zu erwerben.

4.3 Pflegequalität – Qualitätsbegriff und Qualitätssicherung in der Pflege

Obwohl Pflegequalität bereits seit Jahrzehnten diskutiert wird, hat dieser Begriff erst in jüngerer Zeit seine Bedeutung erlangt, und zwar aufgrund immer begrenzter werdender Ressourcen im Gesundheitswesen. Es sind mehrere anerkannte Pflegemodelle, die der Sicherung von Pflegequalität dienen. Das von *Nancy Roper* ist zu nennen, die Pflegequalität mit einer ‚Checkliste‘ der Bedürfnisse der Patienten überprüfbar machte (Roper 1997), oder das von *Dorothea Orem*. Sie geht davon aus, dass sich im Prinzip jeder Patient (auch) selber pflegen kann. (Orem 1997). In dieser Arbeit werden zwei weitere Modelle erwähnt, die schon

recht spezifisch und differenziert auf die Qualitätssicherung hingehen, obwohl es nicht neue Modelle sind. Damals, in den 70-er-Jahren, entstand das *Stufenmodell der Pflegequalität*. Es unterscheidet abnehmend zwischen optimaler und gefährlicher Pflege in den vier Stufen optimale Pflege, angemessene Pflege, sichere Pflege und gefährliche Pflege. Der amerikanische Wissenschaftler *Avedis Donabedian* (1919 bis 2000, Professor of Public Health, University of Michigan USA) gilt eigentlich als Begründer von Qualitätsforschung im Gesundheitswesen (Donabedian 1966). Er entwickelte ein analytisches Konzept, das Pflegequalität unterteilt in Strukturqualität (Rahmenbedingungen, unter denen Pflege erfolgt), Prozessqualität (Umfang und die Art der pflegerischen Handlungen) und in Ergebnisqualität (Ergebnis, das Pflege beim Kranken ergibt, aber auch das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Pflegenden). Alles in allem sind diese Qualitäten die ‚Eckpfeiler der Qualitätssicherung‘.

4.4 Strukturqualität – der Einfluss von Kontextbedingungen auf Arbeitsklima und Pflegequalität

In jüngerer Zeit haben immer wieder einmal Pflegenden Schlagzeilen gemacht, die ihnen anvertraute PatientInnen willentlich zu Tode brachten. Erinnerung sei an die vier selbsternannten ‚Todesengel‘ im österreichischen Lainz im Jahr 1989, aber auch an den Luzerner ‚Todespfleger‘, der anfangs 2005 wegen Mordes an 22 Patientinnen und wegen Mordversuch an weiteren Heimbewohnerinnen zu einer lebenslänglichen Strafe verurteilt wurde. Ein so grausames Verbrechen lediglich in Zusammenhang mit einem überfordernden Arbeitsklima zu bringen, ist m. E. heikel. Ein schlechtes Arbeitsklima führt nicht a priori zu mörderischem Verhalten. Der Tat, einen Menschen umzubringen, liegt m. E. eine grausame Pathologie zugrunde wiewohl eine spezifische Form der Pathologie bei den TöterInnen aus dem Pflegebereich bislang nicht festgestellt werden konnte (Beine 1992). Trotzdem muss die grosse Problematik des überfordernden Arbeitsklimas erwähnt sein, denn allen oben erwähnten Taten ist eines gemeinsam: Sie fanden auf einer Intensivstation statt oder in einem Alters- und Pflegeheim, an Orten, wo einerseits grosser Arbeitsandrang durch Notfall- und Intensivsituationen besteht, oder andererseits wo zu wenig Pflegepersonal und viel zu wenig ausgebildetes Pflegepersonal angestellt ist. Diese schwierige und belastende Thematik gehört hier zumindest erwähnt, um aufzuzeigen, dass schlechte Arbeitsbedingungen bzw. ein schlechtes Arbeitsklima und Überforderung eine potentielle Gefahr darstellen können. Unsinniger Spardruck mit der Folge von zu wenig qualifiziertem Personal bzw. zu wenig Personal überhaupt, kann auch im ‚normalen Bereich‘ schädigende Folgen haben, die weder bewusst noch gewillt geschehen, denn auch qualifiziertes Personal ist nicht gefeit vor schädigender Pflege, wenn es unter Zeitdruck steht. Schädigende Pflege mit der letzten Konsequenz für den Patienten, der des Todes, ist eines. Die ganze Bandbreite schädigender Pflege dazwischen, die selten an die Öffentlichkeit und oft nicht einmal ins Bewusstsein der Geschädigten gelangt, das andere. PolitikerInnen müssen also selbstverständlich aufgefordert werden, keine ‚Sparmassnahmen‘ anzuwenden, wo Menschen durch Krankheit oder Alter in ihrer Hilflosigkeit anderen Menschen ausgeliefert sind.

4.5 Arbeitsfelder der Pflege

Pflegefachleuten sind viele interessante Berufsmöglichkeiten geboten. Während die einen gerne mit chronisch Kranken, Behinderten oder alten Menschen arbeiten, mögen andere die Herausforderungen einer Akutstation wie Medizin, Chirurgie, der Wöchnerinnenstation oder gar der Intensivpflege- oder Notfallstation. Die Arbeit mit Sterbenden erfordert eine besondere Reife und die Bereitschaft, sich mit der eigenen Vergänglichkeit auseinanderzusetzen. Für die Arbeit mit psychisch Kranken ist eine spezielle Ausbildung erforderlich, und auch für andere oben erwähnte ‚Felder‘ sind oft Zusatzausbildungen bzw. Weiterbildungen geboten. Weiter arbeiten Pflegefachleute auch in spitalexternen

Krankenpflege, oder erwerben sich durch entsprechende Weiterbildungen das nötige Wissen, um eine Kaderposition zu besetzen oder als Lehrerin zu arbeiten.

4.6 Zur Frage der Feld- und Fachkompetenz bei Supervision im Bereich der Pflege

Es ist unabdingbar, dass eine Supervisorin das Arbeitsfeld ihrer Supervisanden kennt. Hat sie sich nach dem Erlernen des Berufes zur Pflegefachfrau zur Supervisorin weitergebildet, ist dem Rechnung getragen. Bekommt ein Supervisor ein Mandat aufgrund eines anderen Studienweges, müsste ein mehrwöchiges Praktikum in einem Krankenhaus absolviert werden. Petzold führte zusätzlich zum Begriff Feldkompetenz den der Fachkompetenz ein. (Petzold 1990g).

4.7 Zu einem Integrativen Konzept der Pflege

Es ist uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass insbesondere ein Modell der Integrativen Therapie und Supervision sich eignen würde, ein Integratives Konzept für die Pflege zu erarbeiten, nämlich das der ‚Fünf Identitätssäulen‘ (Petzold 1993). Befindlichkeit und Identität gehören untrennbar zusammen. Die fünf Säulen der Identität eignen sich als Pflege-diagnostisches Mittel zur Erfassung der körperlichen, psychischen und sozialen Befindlichkeit unter Berücksichtigung des Lebenskontextes und des Zeitkontinuums (Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft). Sie führen zur entsprechenden Pflegeplanung.

Erste Säule: Leiblichkeit

Die Beurteilung, wie stabil und stark diese Säule sei, erfolgt auf die Frage, inwieweit Gesundheit, Krankheit, körperliche Versehrtheit, Züchtigung, aber auch Ertüchtigung und so weiter, im Leben eines Einzelnen eine Rolle spielen und noch spielen. Pflegefachleuten liegen dazu auch objektive Werte (Labor- und Untersuchungs-befunde, Arztberichte etc.) vor.

Zweite Säule: Soziales Netzwerk

Diese Säule fragt nach dem ‚Eingebettet-Sein‘, nach Angehörigen, Freunden, Bekannten, nach dem sozialen Netz überhaupt, dem ein Mensch zugehörig ist und nach dessen Tragfähigkeit. Hat der Patient Krankenbesuche, die ihn freuen? Oder eher solche, die ihn belasten? Wissen Pflegefachleute, an wen sie sich in Notfällen wenden können und sollen?

Dritte Säule: Arbeit, Leistung und Freizeit

Hat Jemand in gesunden Zeiten eine Arbeit, die ihn befriedigt? Ist er unterfordert? Überfordert? Ist Jemand seinen Fähigkeiten entsprechend gefördert worden? Hat er Arbeit? Gibt es in der Freizeit einen befriedigenden Ausgleich? Hat er ein Hobby? Kann er es auch in kranken Tagen ausüben? Kranke sind in der Regel aus ihrer Arbeitsrolle heraus gefallen. Diese Identitätssäule wird durch Krankheit also direkt tangiert.

Vierte Säule: Materielle Sicherheit

Existentiell ist die Frage nach der materiellen Sicherheit. Dabei geht es um Themen wie Armut, Reichtum, Lebensstandard, Verarmungsängste und so weiter. Leider spielt die Mehrklassenmedizin unter staatlichem Spardruck und steigenden Gesundheitskosten wieder mehr und mehr eine Rolle.

Fünfte Säule: Werte

Welche Werte prägen einen Menschen? Sind es religiöse, philosophische oder andere? Was ist sein verinnerlichtes Wertesystem? Kann er daraus Ressourcen schöpfen? In Notlagen Trost und Hoffnung nehmen? Diese Säule kann wesentlich sein, wenn es beim Patienten darum geht, sich mit schweren Diagnosen, mit Behinderung oder dem Sterben befassen zu müssen.

Die Ausarbeitung einer Check-Liste zu den fünf Säulen könnte ein sinnvolles Ziel sein, um Patientinnen und Patienten mit ihrer Befindlichkeit integrativ zu erfassen.

Zum Thema gefährliche Pflege wurde in der INTEGRATIVEN THERAPIE (2005) eine Pflegekonzeption der IT publiziert, die hier kurz zusammengefasst werden soll. Petzold definiert in diesem Aufsatz riskante Pflege wie folgt:

Als „riskante Pflege“ bezeichnen wir Pflegehandlungen und Pflegesituationen, die für die Gepflegten ein Risiko bergen, an Gesundheit und Leben Schaden zu nehmen und die zu „gefährlicher Pflege“ entgleist sind, wenn unbefugte und schädigende Handlungen und Pflegemissstände Teil des Pflegealltags geworden sind und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit und das Leben der PatientInnen besteht. Petzold schreibt: „Es ist zu unterstreichen, dass Deprivation von Kommunikation und multipler Stimulierung in höchstem Masse gesundheitsgefährdend ist. Neglect (hier als Vernachlässigung gemeint, Anm. der Autorin) ist schon eine Form der Misshandlung. Diese Situation des Risikos, einer „Gefährdung“, kann sich durchaus noch verschärfen, so dass akute „Gefahr“ besteht oder schon eintritt und ein Risiko also zur feststellbaren – weil eingetretenen - Schädigung wird, wie in der Situation von „Lainz I“.

In weiteren Definitionen wird deutlich, dass Pflege nicht als Handlung von Einzelpersonen angesehen wird, sondern die Pflegesituation erfasst. Die Tätigkeit des Teams wird gewichtet, da gemäss Petzold in einer Institution nicht Einzelpersonen pflegen. Er rät deshalb dringend, bei BewohnerInnen von Altenheimen, welche nur wenig Besuche von Verwandten oder Bekannten bekommen, dies innerhalb der Kardexunterlagen als ‚kommunikative Mangelsituation‘ festzuhalten. Professionelle Pflege bedient sich medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt und bezieht Pflegende und Gepflegte als Personen ein. (Petzold, 1993, 636f) Pflege - insbesondere bei LangzeitpatientInnen - ist also eine hoch differenzierte Kunst, die entsprechend personell zu erfolgen hat, und die Arbeit von Pflegefachleuten ist eine Tätigkeit, die nie ohne mitmenschliches Engagement geschehen kann.

5 Hypothesen und Forschungsfragen

5.1 Erste Hypothese: Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht zur Regelmässigkeit: Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht regelhaft zur Ausübung ihres Berufes, sondern, Pflegefachleute bekommen in der Regel erst dann Supervision, wenn im Team oder Arbeitsfeld Probleme und Krisen entstanden ist.

5.2 Zweite Hypothese: Viele mit Pflegefachleuten arbeitende SupervisorInnen haben nicht die dafür erforderliche Aus- oder Weiterbildung: SupervisorInnen, welche mit Pflegeteams arbeiten, haben in der Regel nicht die Vorbildung, welche für die Arbeit mit Pflegefachleuten nötig wäre, was zu ‚schädigender Supervision‘ führen kann.

5.3 Dritte Hypothese: Supervision in der Pflege erfordert Feldkompetenz: Supervision in der Pflege erfordert ‚Feldkompetenz‘.

5.4 Forschungsfragen

Es sollen weiter folgende Fragestellungen, die zum Teil bereits in den Hypothesen enthalten sind, zu klären versucht werden:

- Inwieweit kennen Pflegefachleute Begriffe wie Beratung, Coaching, Supervision und Teamentwicklung?
- Werden Pflegeteams regelmässig supervidiert? Wenn ja, mit welchem Erfolg oder Misserfolg?
- Werden Pflegeteams erst dann supervidiert, wenn Konflikte im Team entstehen? Wenn ja, mit welchem Erfolg oder Misserfolg?
- Nehmen Einzelpersonen in Teams Supervision in Anspruch?
- Können durch Supervision Ressourcen optimiert werden?
- Was für eine Ausbildung haben SupervisorInnen, welche Pflegeteams supervidieren?
- Wenn Supervision erhalten wurde, gab es Nutzen? Schäden?

Da das Grundgerüst des Fragebogens von anderen Untersuchungen übernommen und den Forschungsfragen bei Pflegefachleuten angepasst wurde, will die Untersuchung analog der erwähnten Fragen zusätzlich folgende, erneut der hier erforschten Gruppe angepasst, zu beantworten versuchen (a.a.O. S. 303 Punkt 1 bis 6, *Veränderungen kursiv*):

1. Welchen Nutzen (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) konnten *die Pflegefachleute* in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?
2. Wurden in den letzten 6 Monaten gute, respektive positive Erfahrungen gemacht (positive, risiko- und schadensmindernde Wirkungen von Supervision)? Wenn ja, in welchem Ausmass?
3. Wurden in den letzten 6 Monaten schlechte, respektive negative Erfahrungen gemacht (Erfassen von Nebenwirkungen, Negativwirkungen, Schädigungen durch Supervision)? Wenn ja, in welchem Ausmass?
4. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision *für Pflegefachleute* beinhalten?
5. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision *aus der Sicht der Pflegefachleute* für die Patientinnen und Patienten beinhalten?
6. Welche Erwartungen haben *Pflegefachleute* an Supervision im Allgemeinen und an eine Supervisorin, einen Supervisor?

6 Empirische Untersuchung

6.1 Wahl der Methode, Methodisches Vorgehen

Tatsächlich bestehen in der Supervisionsforschung methodische Probleme, einerseits aufgrund der Komplexität von Supervisionssituationen, andererseits, weil es kaum standardisierte Instrumente gibt, die speziell auf die Bedingungen der Supervision abgestimmt

sind. Dagegen gibt es im deutschsprachigen Raum gut erprobte Fragebogen zur Einstellungsmessung und hinsichtlich der Fragestellung zur Selbstwirksamkeit (self-efficacy) (Petzold, Schigl et al. S. 173). Auch der bei dieser Untersuchung verwendete Fragebogen basiert auf einem bei weiteren Supervisionsforschungen erprobten, wurde aber themenspezifisch für die Fragestellung der Pflegefachleute angepasst. Mit dem Fragebogen soll in erster Linie eine quantitative Untersuchung in der Schweiz erfolgen. Die Möglichkeit, bei bestimmten Fragen eigene Gedanken, Anliegen etc. anzubringen, bringt einen qualitativen Aspekt mit hinein.

Methodisches Vorgehen:

Die Fragebogen wurden der Verbandszeitschrift ‚Krankenpflege‘ des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) beigelegt und so breit gestreut. Ein Begleitbrief informierte die zu Befragenden. Diese konnten frei entscheiden, ob sie den Fragebogen ausfüllen möchten. Es konnten telefonisch und per E-Mail Rückfragen gestellt werden. Die Daten wurden durch Christina Winkler mit dem Statistikpaket SPSS Version 11.0 ausgewertet. Zur Beschreibung der Stichprobe und der deskriptiven Items werden die Daten in Form von Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Graphische Darstellungen sollen der Veranschaulichung dienen.

Erfüllung ethischer Verpflichtungen

Die ethischen Verpflichtungen (siehe ‚Ethische Grundsätze Forschung und Pflege, SBK 2004: Achtung der Würde der Person: Aufklärung, Einwilligung, Wahrhaftigkeit, Vertraulichkeit, Schutz der StudienteilnehmerInnen, Abwägen zwischen Nutzen und Risiken, Gutes tun, nicht schaden, Prinzip der Gerechtigkeit) wurden vollumfänglich eingehalten, indem die Pflegefachleute den Fragebogen anonym einsenden konnten und die für die Arbeit notwendigen anzugebenden Personalien codiert wurden.

6.2 Datenerhebung - Studiendesign

Die Datenerhebung fand vom Dezember 2004 bis im März 2005 statt.

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine explorativ prospektive Studie, für die ein halbstandardisierter Fragebogen teilweise übernommen und der spezifischen Fragestellung bei Pflegefachleuten angepasst wurde. Genau wie von der Forschergruppe Gottfried, Petitjean und Petzold (Multicenterstudie zu Supervision in der Psychiatrie in der Schweiz, a.a.O. S. 299 ff.) wurde der für diese Studie verwendete Fragebogen in Anlehnung an den standardisierten Fragebogen zu Supervision der Freien Universität Amsterdam und der Donau-Universität Krems erarbeitet. Der vierseitige Fragebogen ist nach folgenden Kriterien gegliedert:

1. Anzahl Jahre Berufserfahrung und Arbeitskontext
2. Bekanntheit der Supervision und Fragen zu Erfahrungen mit Supervision
3. Fragen zur Person der Supervisorin, des Supervisors
4. Fragen zur Wirkung von Supervision
5. Einschätzung der Supervision, der Supervisorin, des Supervisors
6. Fragen zu Risiken, Nebenwirkungen, protektiven und präventiven Faktoren

Die Fragen sind sowohl quantitativ als auch qualitativ. In den Fragen 1 bis 3 waren die Antworten vorgegeben, in den Fragen 4 bis 6 musste einerseits eine Bewertung (hoch, mittel, gering, keinen Nutzen – voll zutreffend, unentschieden, nicht zutreffend) erfolgen, andererseits waren Textantworten möglich, die nach bestimmten Kriterien ausgewertet wurden.

6.3 Stichprobe, Rücklaufquote

Einerseits kann bei einer Rücklaufquote der Gesamtstichprobe mit $N = 316$ mit einem repräsentativen Ergebnis gerechnet werden. Andererseits gilt es zu bedenken, dass der in der Zeitschrift KRANKENPFLEGE 30'000-fach beigelegte Fragebogen prozentual von einer kleinen Gruppe (1.05 %) ausgefüllt wurde. Als Begründungen dafür könnten folgende Punkte aufgeführt werden: Viele Pflegefachleute haben wenig Zeit, die Zeitschrift des Berufsverbandes zu lesen und übersahen somit den Fragebogen. Oft wird der Zeitschrift Werbung beigelegt, so dass der Fragebogen nicht genau angeschaut wurde. Etliche Leute ganz ohne Supervisionserfahrung fühlten sich nicht angesprochen. Im Gegenzug dazu: Die Leute, die den Fragebogen ausfüllten, sind für Supervision sensibilisiert. Die letzten zwei Punkte könnten als Störfaktor wirken, der letzte Punkt vor allem dann, wenn damit eine spezifische Gruppe der Pflegefachleute angesprochen worden wäre, die Supervision speziell positiv oder speziell negativ erlebt hätte. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Ergebnisse darf man diesen möglichen Störfaktor als solchen aber wohl vernachlässigen.

7 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der befragten Personen ($N=316$) dargestellt werden.

Alter der befragten Personen

Die Altersspanne der Befragten bewegt sich zwischen 19 und 62 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt 43 Jahre. 89,3 % sind zwischen 30- und 60-jährig. Die meisten Befragten, nämlich 35,8 %, sind zwischen 40- und 50-jährig.

Geschlecht der befragten Personen

91,88 % der Befragten sind Frauen, 7,6 % Männer. Zwei Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht.

Grundberuf und Funktion der befragten Personen

Von den Befragten verfügen 60,4 % über eine abgeschlossene Ausbildung in Krankenpflege Diplom-Niveau II (in der Schweiz früher Krankenschwester mit dreijähriger Ausbildung). 3,8 % schlossen auf Diplom-Niveau I ab (in der Schweiz früher Pflegerin FA SRK, nun aber mit der Möglichkeit, sich auch in Niveau II auszubilden). Von allen waren zur Zeit der Befragung 2,2 % noch in Ausbildung, 31 % in leitender und 63,9 % in nicht leitender Stellung.

Anzahl Jahre Berufserfahrung

Die durchschnittliche Anzahl Jahre Berufserfahrung beträgt 7-15 Jahre, wobei die Hälfte der Befragten, nämlich 50,9 %, eine Berufserfahrung von mehr als 15 Jahren vorweisen.

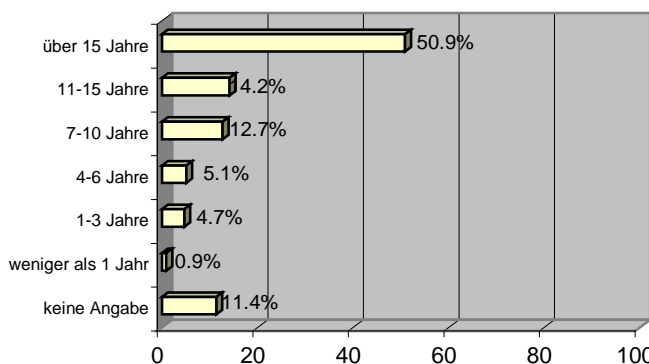


Abb. 1 Anzahl Jahre Berufserfahrung der befragten Personen

7.1 Arbeitskontext

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse geben allgemein Auskunft über die befragten Personen, ihre Ausbildung und ihren Arbeitsort.

7.1.1 Öffentliche vs. Private Einrichtung

Mehr als zwei Drittel der Befragten, 70,9 %, arbeiten in einer öffentlichen Einrichtung. 19,9 % geben als Arbeitsort eine private Institution an, 9,2 % machen dazu keine Angabe.

7.1.2 Art der Einrichtung

Die Befragten arbeiten auf folgenden Stationen:.

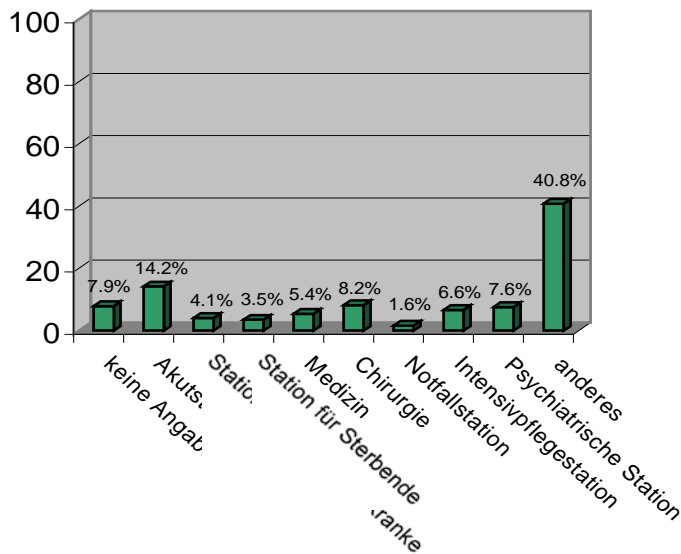
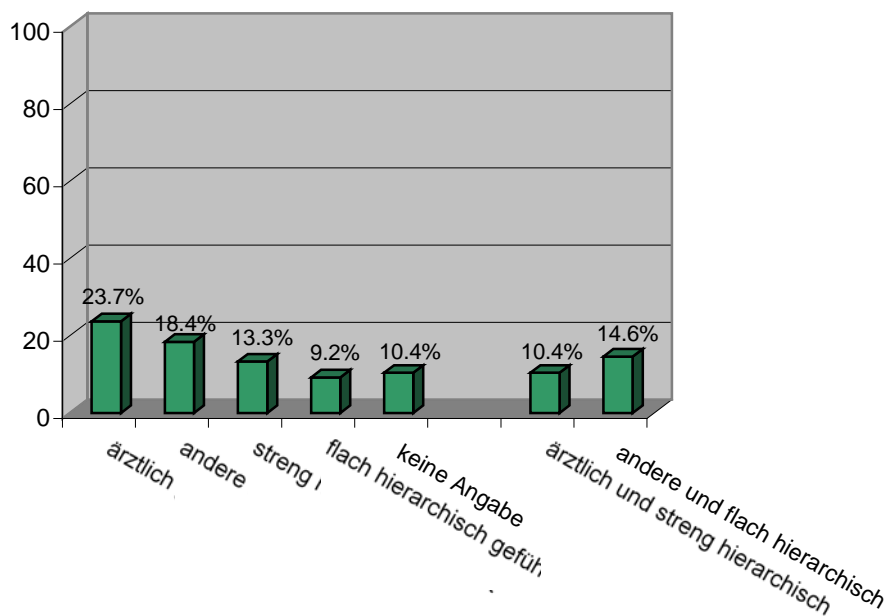


Abb. 2 Arbeitskontext: Station

Von den 129 Personen, die ‚anderes‘ angeben, werden von einigen Angaben gemacht: Wochenbett / Gynäkologie (12 Personen), Berufsschule (7), Anästhesie (3), Akut- und Langzeitgeriatrie (6), Schwerstbehinderte (3), Alters- und Pflegeheim (18), Spitex (25), Fachstelle (2), Reha (6), Onkologie (10), Mütterberatung (2), Neurologie (1), Hämodialyse, (2), Sportorthopädie (1), Spitalgefängnis (1), Pro Senectute (1), Hygiene (2), Drogenhilfe (1)

7.1.3 Führung der Institution

Bei dieser Graphik ist zu bedenken, dass sich die einzelnen Punkte nicht ausschliessen. Daher sind durch die Eigeninitiative von einigen Befragten (jene, welche zwei Kästchen angekreuzt



haben) zwei neue Antwortkategorien entstanden (die beiden rechten Säulen in der Graphik).

7.1.4 Leitbild

Bei 82,6 % ist ein Leitbild vorhanden. 7.9 % geben an, kein Leitbild zu haben und 9,5% machen dazu keine Angaben.

7.1.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

76,6 % geben an, dass eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Stationen (Onkologie und Medizin oder Onkologie und Chirurgie etc.) oder Institutionen (Labor, Röntgen etc.) realisiert wird. Bei 5,7 % existiert dieser Anspruch nur auf dem Papier. Bei 7.9 % scheint es keine Interdisziplinäre Zusammenarbeit zu geben und mit 9,8 % machen ähnlich viele Befragte keine Angabe zu dieser Frage.

7.2 Supervision

Die unter 7.1 differenziert dargestellten Personen äussern sich nun in diesem Unterkapitel zu ihren Erfahrungen mit bzw. ihrem Wissen über Supervision.

7.2.1 Supervision bekannt oder nicht?

Bei dieser Frage über Supervision waren Mehrfachantworten möglich. Mit dieser Frage sollte u.a. auch der ersten Hypothese (siehe 5.1) nachgegangen werden, gemäss welcher Supervision bei Pflegefachleuten einerseits nicht zur Regelmässigkeit gehört und andererseits meist erst in Krisensituationen in Anspruch genommen werden kann. 4,4 % geben an, Supervision nicht zu kennen. Während 56,6 % Supervision kennen, bekommt doch nur ein Viertel der Befragten regelmässig Supervision. Bei 30 % ist dies entweder kein Thema oder wird in der Institution generell nicht durchgeführt.

7.2.2 Finanzierung der Supervision

Bei jenen, die Supervision in Anspruch nehmen können, tun dies 7.9 % privat und bezahlen die Supervision aller Wahrscheinlichkeit nach aus der eigenen Tasche. 64,2 % geben an, dass die Institution die Supervision bezahlt. Die relativ hohe Zahl von 27,8 %, die dazu keine Angaben machen, gehört möglicherweise zu jenen 27,5 %, die Supervision entweder nicht kennen oder nicht in den Genuss von Supervision kommen.

7.2.3 Quantität der Supervision

32,6 % der Befragten machen zur Quantität der Supervision keine Angabe.

Die Aussage der übrigen Teilnehmerinnen der Studie gibt aber dennoch eine Antwort, indem 43 % die Quantität der erhaltenen Supervision mit ‚ausreichend‘ bezeichnet und 24,4 % mit nicht ausreichend. Es ist also davon auszugehen, dass mehr als ein Drittel von jenen, die Supervision erhalten, diese als nicht ausreichend einstufen.

7.2.4 Ort der Durchführung der Supervision

69,6 % der Befragten geben den Ort an, wo die Supervision durchgeführt wird. Die Streubreite und recht gleichmässige Verteilung weist darauf hin, dass Supervision wohl wenig institutionalisiert durchgeführt wird und von der Institution offenbar unterschiedlich ‚ernst‘ genommen wird.

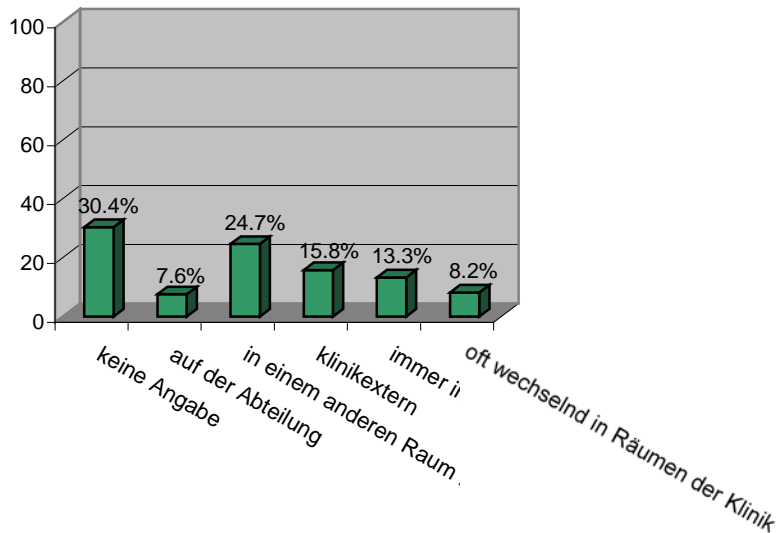


Abb. 4 Supervision: Rahmen der Durchführung

7.2.5 Form der Supervision

Bei der Befragung nach der Form der Supervision (siehe auch 2.5) waren Mehrfachantworten möglich, weil ein Team, das regelmässig Supervision erhält, sowohl einen bestimmten ‚Fall‘ als auch Probleme innerhalb des Teams oder auf der Abteilung anschauen kann. Mit 52,5 % ist Teamsupervision diejenige Form, die am meisten vorkommt, hierzu gehört wohl jene Gruppe, die eben nur dann Supervision erhält, wenn es (meist innerhalb des Teams) zu einer Krise gekommen ist. 31,1 % geben an, Fallsupervision zu erhalten. Die Kreuztabelle zeigt, dass von 111 Personen, welche Fallsupervision angeben, 19 Personen die Zustimmung des Patienten einholen. 85 Personen, die Fallsupervision haben, kennen die Verschwiegenheitspflicht. 13,6 % der Befragten nehmen Einzelsupervision in Anspruch.

7.2.6 Teilnahme freiwillig versus nicht freiwillig

Von den 78,1 % der Befragten, die auf die Frage, ob ihre Teilnahme an der Supervision freiwillig sei oder nicht antworten, geben 41,3 % an, dass diese für sie nicht freiwillig ist. Bei 36,8 % ist die Teilnahme freiwillig.

7.2.7 Anzahl Supervision in den letzten 6 Monaten

Durchschnitt: 2mal. Min. - Max. : 0 - 24mal.

Fragt man etwas spezifischer auf die letzten sechs Monate zurück (was sich auf den Zeitraum zwischen Juli, August und September 2004 und Dezember, Januar und Februar 2005 beziehen muss, siehe 6.2), so sind die Antworten sowohl hinsichtlich der Anzahl erhaltener Supervisionen als auch der Sitzungsdauer relativ ernüchternd. 44 % erhielten zwischen 1 und 3 Sitzungen, und nur 17,7 % bekamen zwischen 4 und 6 Sitzungen. Bei den Angaben zwischen 7 und 24 Sitzungen sind mit insgesamt 3,9 % verschwindend wenige.

7.2.8 Dauer der Sitzungen

Bei der Sitzungsdauer ragen bei jenen, die Supervision bekamen, drei Blöcke besonders heraus, und zwar mit 15,2 % die, welche 1-stündige Settings, mit 16,1 % die, welche 1 ½-stündige Settings und mit 22,5 % jene, die 2-stündige Settings bekamen.

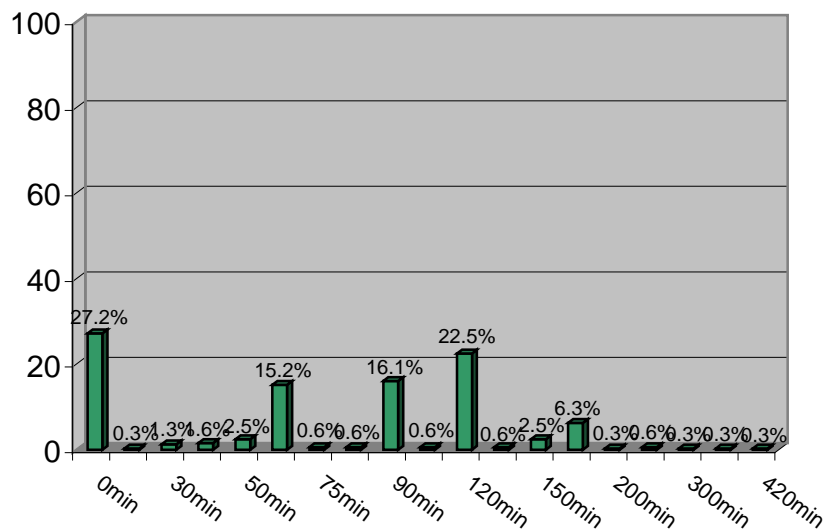


Abb. 5 Supervision: Dauer der Sitzungen

Erwähnenswert sind die 27,2 %, die 0 Minuten angeben, aber auch die 6,3 %, die 3-stündige Settings erhielten. Ein paar wenige geben eine Sitzungsdauer von 5 bis 7 Stunden an.

7.2.9 Verschwiegenheitspflicht

60,4 % kennen die Verschwiegenheitspflicht. 25,9 % machen dazu keine Angabe. 13,6 % beantworten die Frage mit ‚nein‘. Bei mehr als 40 % der Befragten ist diesbezüglich die Sensibilität für die hohe Verletzlichkeit der Integrität des Patienten also nicht vorhanden.

7.2.10 Einholen der Zustimmung der Patienten

Die Frage, ob beim Patienten, der Patientin die Zustimmung eingeholt wurde, ergab folgendes Resultat: 12 % bejahen. 34,2 % machen keine Angabe. Mehr als die Hälfte, 53,8 %, reden in Supervisionssettings über ‚Fälle‘, ohne dass die Betroffenen davon wissen.

7.3 Person der Supervisorin, des Supervisors

7.3.1 Alter und Geschlecht

Altersspanne: 30 - 60 Jahre. Durchschnittsalter: 35 Jahre.

25 % machen keine Angaben zum Alter der SupervisorIn. 5,1 %, geben an, die Supervisorin sei weniger als 40-jährig. 2,5 % geben das Alter des Supervisors mit über 60 Jahren an. Insgesamt 67,4 % sind zwischen 40 und 60-jährig.

Bei der Genderfrage, entsprechen die 25,3 % ohne Angaben praktisch den 25 % beim Alter. Mit 51,9 % Frauen zu 22,8 % Männern überwiegt der Frauenanteil um mehr als das Doppelte.

7.3.2 Grundausbildung und Weiterbildung Supervisor, Supervisorin

38,7 % kennen die Grundausbildung ihres Supervisors nicht und 46,8 % die Weiterbildung bzw. Spezialisierung ihrer Supervisorin nicht.

7.3.3 Psychotherapieausbildung des Supervisors, der Supervisorin

Mit 18,4 % ist hier die Gesprächstherapie Leader (wobei nicht klar ist, ob die Gesprächstherapie nach Rogers gemeint ist oder auch andere Formen verbaler Therapie), gefolgt von Familientherapie mit 10,4 %, Psychoanalyse mit 8,5 % und Verhaltenstherapie mit 7 %. Die Integrative Therapie und die Gestalttherapie machen zusammen 7,6 % aus. Lediglich 3,4 % machen zu dieser Frage keine Angabe und 6 % geben eine ‚andere‘ offenbar nicht bekannte Richtung der Spezialisierung an.

7.3.4 Spezifische Supervisionsausbildung und welche?

Bei der Frage nach einer vorhandenen Supervisionsausbildung zeigt sich, dass alle zusammen gezählten Prozente 62 (statt 100 %) ergeben. Es bleibt offen, was 38 % über eine mögliche spezifische Ausbildung ihrer SupervisorIn wissen. Zusammen mit den 46,8 %, die keine Angabe machen, sind dies immerhin 84,8 %. Die wenigen 15,2 % verteilen sich gleichmässig auf Spezialisierungen wie Balintmethode, Integrative Supervision, systemische Supervision, psychoanalytische Supervision oder andere (3,1 %) Richtung.

7.3.5 SupervisorIn und Verbandsmitgliedschaft

Von 15,5 % der SupervisorInnen ist bekannt, dass sie in einem Berufsverband Mitglied sind. Mit 54,1 %, bei denen dies nicht eruiert werden kann, und mit 24,1 % ohne Angabe, ist bei fast 80 % keine schlüssige Aussage möglich.

7.3.6 Supervisionserfahrung der Befragten?

23,7 % der Befragten haben einmal Supervisionserfahrungen sammeln können. Während 20,6 % keine Angaben machen, sind es mit 55,7 % doch mehr als die Hälfte aller Befragten, die bereits mehr als einmal Supervision erhalten haben. Von diesen 55,7 % werden die gemachten Erfahrungen wie folgt eingeschätzt:

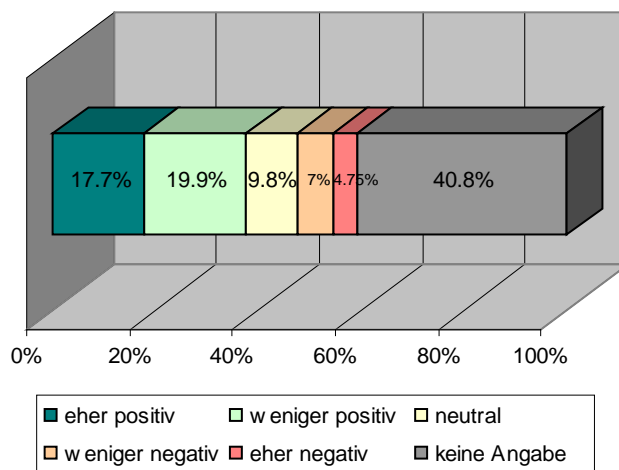


Abb. 6 Supervisionserfahrung

40,8 % machen keine Angabe, wobei zu bedenken ist, dass dies möglicherweise ein Grossteil jener ist, die gar keine Supervisionserfahrungen haben, den Fragebogen aber dennoch weiter ausfüllten.

7.4 Wirkung von Supervision

In diesem vierten Teil wird nach der Wirkungseinschätzung und der Einschätzung des Nutzens von Supervision gefragt. Auf die Frage, welchen Nutzen in den letzten 6 Monaten aus Supervision gezogen werden konnte, wurde folgendermassen geantwortet:

7.4.1 Nutzen von Supervision

| Bewertung | Hoch | mittel | Gering | Kein Nutzen | Keine Angabe |
|----------------------------|--------|--------|--------|-------------|--------------|
| Persönlicher Nutzen | 25,3 % | 25 % | 10,8 % | 9,2 % | 29,7 % |
| Eigener beruflicher Nutzen | 21,2 % | 26,6 % | 11,4 % | 9,8 % | 31 % |
| Patientenbezogener Nutzen | 16,5 % | 20,3 % | 13,3 % | 16,1 % | 33,9 % |
| Teambezogener Nutzen | 21,5 % | 27,5 % | 14,6 % | 5,4 % | 31 % |

Tab. 3 Einschätzung Nutzen von Supervision

Der ‚Persönliche Nutzen‘ und der ‚Nutzen fürs Team‘ werden besser eingeschätzt als der ‚Nutzen für den Patienten‘. Aus den Textantworten zur Frage nach konkreten Erfahrungen werden sechs Kategorien gebildet, die zunächst vom Negativen, anschliessend vom Positiven her betrachtet, wiedergeben werden.

7.4.2 Konkrete negative Erfahrungen mit Supervision (Textantwort)

40.2% geben **Beispiele von negativen Erfahrungen** mit Supervision. 59.8% geben keine Antwort, was aber nicht heisst, dass sie keine negativen Erfahrungen gemacht haben.

1. Im Bezug auf den Einzelnen

14 Personen haben Negativpunkte beschrieben. Sie hatten meist eine schlechte Erfahrung gemacht, welche sie verletzte oder verunsicherte, jedoch ohne dass sie die Supervision oder die Supervisorin in Frage stellten.

2. Im Bezug auf das Team

22 Personen sind der Meinung, Supervision habe dem Team eher geschadet, oder zumindest nicht genutzt.

3. Im Bezug auf den Patienten

1 einzige Person findet, dem Patient schade Supervision, wobei nicht konkret darauf eingegangen wurde.

4. Im Bezug zu Vorgesetzten

17 Befragte haben schlechte Erfahrungen mit der Supervision gemacht, weil Vorgesetzte darin involviert waren. Zum Teil störte es, dass Vorgesetzte an der Supervision teilnahmen, zum Teil seien SupervisorInnen mit Vorgesetzten bekannt, ja befreundet gewesen, oder die Supervisorin habe bereits Informationen durch Vorgesetzte erhalten, was eine Beeinflussung zur Folge gehabt habe. Sie fanden den Supervisor nicht neutral. Jemand äusserte, man habe das Gefühl gehabt, die Supervisorin habe gegenüber der Vorgesetzten in einem Abhängigkeitsverhältnis gestanden. Jemand erwähnte, die Verschwiegenheitspflicht sei nicht eingehalten worden, so dass Vorgesetzte informiert worden seien, was zu Kündigungsandrohungen geführt habe.

5. Im Bezug auf Lösungen

18 Befragte finden, es sei kein Nutzen aus der Supervision entstanden, welcher zu Lösungen geführt habe. Manchmal sei ein Problem erkannt, aber die Lösung nicht umgesetzt worden. Die Zeitinvestition sei zu gross gewesen im Vergleich zum Ergebnis, es habe keine sichtbare Veränderung gegeben, es sei viel geredet aber nichts in die Praxis umgesetzt worden, die Supervision habe nichts verändert, das Team sei wenig motiviert gewesen, etwas umzusetzen.

6. Anderes

Negativ wird von 3 Leuten genannt, die Supervision habe Misstrauen geschürt bzw. Vertrauensverlust zur Folge gehabt. 1 Person gibt an, sie erfolge nur in Krisensituationen. 27

Personen geben Schwierigkeiten mit dem Supervisor an. Hier werden verschiedene Punkte erwähnt, zum Beispiel, die Supervisorin sei parteiisch gewesen, habe jemanden zum Weinen gebracht, sei verletzend gewesen, habe zuviel geredet, oder es habe zu lange gedauert, bis die Probleme genannt worden seien, dann habe die Supervisionsstunde abrupt abgebrochen werden müssen, was ein ungutes Gefühl zurück gelassen habe. Jemand erwähnte, der Supervisor sei nicht aus dem ‚Pflegesektor gekommen‘. 2 Leute störte, die Supervision sei zu ‚ärztelastig‘ gewesen bzw. Ärzte hätten nur teilgenommen, wenn sie wollten. Jemand erwähnte, es seien Leute ins Lächerliche gezogen worden oder man sei mit belastenden Äusserungen allein gelassen worden. Da und dort hätten sich Teammitglieder ‚sehr bedroht‘ gefühlt. Eine Person schreibt: „Bodenloses Elend einer Person, die stark konfrontiert wurde, und der Rahmen reichte nicht fürs Auffangen!“

7.4.3 Konkrete positive Erfahrungen mit Supervision (Textantwort)

55.7% geben **Beispiele für positive Erfahrungen** mit Supervision. 44.3% geben keine Antwort, was aber nicht heisst, dass sie keine positiven Erfahrungen gemacht haben.

1. Im Bezug auf den Einzelnen

75 Befragte haben Positivpunkte beschrieben. Sehr viele nennen Fortschritte in der eigenen Persönlichkeitsentwicklung, Gewinnen von Selbstsicherheit und Lernen von Abgrenzung. Sowohl die Selbstreflexion als auch die Sicht der Probleme anderer habe zugenommen, man habe gelernt, Probleme zu analysieren, Wege zu finden, um Probleme zu lösen und Krisensituationen zu meistern, das Berufsverständnis habe sich verändert, Supervision sei insgesamt eine Hilfestellung gewesen.

2. Im Bezug auf das Team

75 Personen fühlen sich durch die Supervision im Team gestärkt, betonen, die Kommunikation sei verbessert worden, man habe gelernt, Probleme beim Namen zu nennen und Team-orientiert Lösungen zu erarbeiten, sei für Krisensituationen gewappnet, der Teamgeist werde gefördert. Es seien ‚Spielregeln‘ für die Zusammenarbeit im Team gemacht worden, man ziehe dank der Supervision am selben Strick. Immer wieder wurde erwähnt, dank des besseren Teamgeistes seien belastende Ereignisse leichter zu ertragen. Tabuthemen kämen dank der Supervision zur Sprache. Die Teammitglieder würden sich besser kennen lernen. Die Teamkultur habe sich extrem gebessert, die Arbeit mache dadurch ‚Riesenspass‘.

3. Im Bezug zum Patienten

15 Befragte sind der Meinung, die Patienten trügen einen Nutzen davon. Hier wird genannt, der Umgang mit den Patienten verbessere sich, die Empathie habe zugenommen. Auch in emotionalen Situationen könne man nun mit den Patienten neue Wege suchen.

4. Im Bezug zu Vorgesetzten

3 Personen haben die Supervision als Nutzen in der Beziehung zu Vorgesetzten empfunden.

5. Im Bezug auf Lösungen

9 Befragte erwähnen Nutzen aus der Supervision, der zu Lösungen geführt habe: Massnahmen hätten umgesetzt werden können, die Arbeitsteilung sei verbessert worden, das Arbeiten sei konstruktiver geworden, Hilfestellung zur Entwicklung von Behandlungsplänen sei gegeben worden, man habe gelernt, Situationen anzunehmen und könne dadurch lösungsorientierter arbeiten. Man arbeite vernetzter. Neue Ideen, Tipps und Anregungen könnten umgesetzt werden.

6. Anderes

Positiv äusserten sich hier fassbar zwei: Jemand erlernte die Sicht aus der Metaebene, jemand konnte das Führungsverhalten verbessern.

7.5 Einschätzung der Supervision, der Supervisorin bzw. des Supervisors

Im fünften Teil der Auswertung wird nach der Kompetenz der SupervisorInnen gefragt, aber auch nach den Erwartungen an die Supervision.

7.5.1 Kompetenz der Supervisorin, des Supervisors

| Bewertung | hoch | Mittel | gering | Keine Angabe |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------------|
| Fachlich | 19 % | 7 % | 1,3 % | 72,8 % |
| - Fachwissen im med. Bereich | 27,6 % | 31,4 % | 16,2 % | 24,8 % |
| - methodisches Geschick | 47 % | 24,1 % | 7,6 % | 21,3 % |
| Sozial | 53,8 % | 20,9 % | 2,8 % | 22,5 % |

Tab. 4 Einschätzung der Kompetenz der Supervisorin, des Supervisors

7.5.2 Wichtigkeit von medizinischem Fachwissen und Feldkompetenz in der Institution

Die Wichtigkeit von medizinischem Fachwissen und Feldkompetenz in der Institution, in welcher die SupervisandInnen arbeiten, wird mit 28,5 % als sehr wichtig, mit 33,9 % als wichtig und mit 16,8 % als mittel wichtig beurteilt. Lediglich 6,6 % finden die Feldkompetenz weniger wichtig und 3,8 % gar nicht wichtig. Da bei dieser Frage lediglich 10,4 % keine Angabe machen, also gegen 12 bis 20 % weniger als bei den vorangehenden, ist zu vermuten, dass sich hier Leute wieder ‚eingeklinkt‘ haben, welche zwar keine Supervisionserfahrung, doch konkrete Vorstellungen von Supervision und also auch Erwartungen an diese haben.

7.5.3 Verbindung mit dem Begriff Supervision (Textantwort)

86,7 % der Befragten haben eine oder mehrere Angaben gemacht, was sie mit dem Begriff ‚Supervision‘ verbinden. Das sind 274. Die Angaben liessen sich in Kategorien positiv, negativ oder neutral einteilen.

| | |
|---------------|------------|
| Positiv | 242 |
| Negativ | 14 |
| Neutral | 18 |
| Keine Antwort | 42 |
| Total: | 274 |

Tab. 5 Verbindung mit dem Begriff Supervision

Die 274 Antwortenden machten insgesamt 406 Aussagen, die sich in folgende Kategorien einteilen liessen:

| | |
|---|------------|
| Probleme und Konflikte lösen, Klärung, Hilfe in Krisen | 135 |
| Unterstützung, Begleitung, Beratung, Hilfe von aussen, Coaching | 100 |
| Teamentwicklung | 38 |
| Selbstkompetenz fördern, Hilfe zur Selbsthilfe | 38 |
| Aussenansicht von Problemen, neutrale Sicht | 35 |
| Reflexion | 24 |
| Verbesserungen, Veränderungen, neue Ziele | 18 |
| Psychohygiene und Burnout verhindern | 11 |
| Chance für Patienten | 7 |
| Total Aussagen | 406 |

Tab. 6 Aussagen zum Begriff Supervision

7.5.4 Erwartungen, welche an Supervision gestellt werden

| Bewertung | Voll zutreffend | Unentschieden | Nicht zutreffend | Keine Angabe |
|--|-----------------|---------------|------------------|--------------|
| Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team | 51,6 % | 30,7 % | 10,8 % | 7 % |
| Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik | 26,6 % | 37 % | 25,9 % | 10,4 % |
| Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten | 36,4 % | 27,5 % | 26,9 % | 9,2 % |
| Verbesserung der Kommunikation im Team | 88,6 % | 5,4 % | 0,6 % | 5,4 % |
| Unterstützung/ Entlastung | 68 % | 20,9 % | 5,4 % | 5,7 % |
| Mehr Sicherheit bei diagnost. Entscheidungen | 9,5 % | 27,5 % | 52,8 % | 10,1 % |
| Optimierung von therapeutischen Interventionen | 22,5 % | 27,5 % | 38,9 % | 11,1 % |
| Mehr Verständnis für die PatientInnen | 47,2 % | 31 % | 12,7 % | 9,2 % |
| Gewinn von mehr Betreuungszeit | 16,1 % | 39,2 % | 33,2 % | 1,4 % |
| Problem- u. Konfliktlösung | 88,9 % | 4,4 % | 1,3 % | 5,4 % |
| Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team | 86,7 % | 6,6 % | 1,9 % | 4,7 % |

Tab. 7 Erwartungen an Supervision

7.5.5 Als was wird der/die SupervisorIn betrachtet?

| Bewertung | Voll zutreffend | Unentschieden | Nicht zutreffend | Keine Angabe |
|------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|--------------|
| Beistand/ HelferIn | 56,6 % | 22,5 % | 14,2 % | 6,6 % |
| LehrerIn | 10,1 % | 25,3 % | 55,7 % | 8,9 % |
| SpezialistIn und ExpertIn | 64,2 % | 23,1 % | 7 % | 5,7 % |
| Förderer/ Entwicklerin von Neuem | 57 % | 26,6 % | 11,1 % | 5,4 % |
| PsychotherapeutIn | 19 % | 33,2 % | 40,5 % | 7,3 % |
| Coach | 77,2 % | 13,9 % | 3,8 % | 5,1 % |
| VermittlerIn zwischen den Parteien | 62 % | 22,2 % | 10,1 % | 5,7 % |
| ProblemlöserIn | 53,8 % | 30,4 % | 9,8 % | 6 % |

Tab. 8 ‚Betrachtung‘ der Supervisorin, des Supervisors

7.5.6 Idealalter des Supervisors, der Supervisorin

Das ideale Alter einer SupervisorIn wird folgendermassen angegeben:

| Bis 35 Jahre | 35-45 Jahre | 45-55 Jahre | 55-65 Jahre | Über 65 Jahre |
|--------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| 0,9 % | 23,7 % | 52,2 % | 4,4 % | 0,6 % |

Tab. 9 Idealalter der Supervisorin, des Supervisors

6 % machen keine Angabe und 12 % sind der Meinung, das Alter sei nicht von Bedeutung.

7.6 ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision

7.6.1 ‚Risiken‘ für Befragte, für PatientInnen, fürs Team

‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision für Befragte

75.9% äusserten sich zu Risiken und Nebenwirkungen, welche Supervision für die Befragten mit sich bringen können. 23.9% äusserten sich nicht.

| Äusserungen | Befragte |
|--|------------|
| Befragte selber fühlt sich tangiert, weil: | |
| . Angst vor Verletzung, Blossstellung und Angriff und Übergehen der Person | 80 |
| . Verunsicherung, Kontrollverlust | 40 |
| . Angst vor Veränderung und Kündigung | 9 |
| | Total: 129 |
| Befragte fühlt sich nicht gut, weil: | |
| . Das Team genügt nicht | 12 |
| . Das Team hält die Verschwiegenheitspflicht nicht ein | 4 |
| . Konfliktunfähigkeit | 20 |
| | Total: 36 |
| Befragte fühlt sich nicht gut, weil: | |
| . Die Supervisorin macht Fehler, ist parteiisch, kennt die Leitung und missbraucht ihre Stellung | Total: 26 |
| Befragte wertet Supervision für sich als: | |
| . Zeitverschwendung | Total: 14 |
| Befragte geht davon aus, Supervision bringe nichts, weil: | |
| . Nicht-Umsetzen der Erkenntnisse wegen Zeit- oder Geldproblemen | Total: 9 |
| Nicht kategorisierbar, weil: | |
| . Positive Antworten trotz Frage nach Negativem | 12 |
| . Unklare Antworten | 15 |
| | Total: 27 |
| Gesamt-Total Anzahl Aussagen | 241 |

Tab. 10 Risiken und Nebenwirkungen für Befragte

‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision für Patienten

48.7% äusserten sich zu Risiken und Nebenwirkungen, 51.3% äusserten sich nicht.

| Äusserungen | Patient |
|--|-----------|
| Befragte findet, der Patient leide direkt, weil: | |
| . Patient wird ‚schubladiert‘ kategorisiert, nicht individuell gesehen | 26 |
| . Intimsphäre verletzt | 8 |
| . Machtmissbrauch durch Team | 6 |
| . Patient spürt Unruhe im Team | 14 |
| | Total: 54 |
| Befragte findet, der Patient leide indirekt, weil: | |
| . Dem Patient wird ‚Zeit gestohlen‘ während der Supervision | 10 |
| . Schweigepflicht verletzt | 10 |
| . Es wird abwertend über Patient gesprochen | 1 |
| . Personal ändert sich zu Ungunsten des Patienten | 18 |
| | Total: 39 |

| | |
|---|------------|
| Nicht kategorisierbar, weil: | |
| . Positive Antworten trotz Frage nach Negativem | 10 |
| . Neutrale Aussagen und unklare Aussagen | 14 |
| | Total: 24 |
| Gesamt-Total Anzahl Aussagen | 117 |

Tab. 11 Risiken und Nebenwirkungen für Patienten

„Risiken und Nebenwirkungen“ von Supervision für das Team

68.7% äusserten sich zu Risiken und Nebenwirkungen. 31.3% enthielten sich ihrer Stimme.

| Äusserungen | Team |
|--|-------------|
| Team leidet direkt, weil: | |
| . Spaltung des Teams, Polarisierung | 24 |
| . Uneinigkeit | 12 |
| . Parteibildung | 7 |
| . Konflikte brechen auf oder werden grösser als zuvor, Resignation | 25 |
| . Kündigungen und Veränderungen im Team | 13 |
| | Total: 81 |
| Team leidet indirekt, weil: | |
| . Schlechtes Klima, Spannungen | 9 |
| . Unruhe, Herausforderung | 21 |
| . Spitalleitung kontrolliert oder zieht nicht mit | 4 |
| | Total: 34 |
| Supervision bringt dem Team nichts, weil: | |
| . Supervisor wird als ‚Guru‘ gesehen, überbewertet | 3 |
| . Team schadet sich selber durch Unehrllichkeit oder Fehlen | 14 |
| | Total: 17 |
| Nicht kategorisierbar weil: | |
| . Subjektive Antworten | 14 |
| . Positive Antworten trotz Frage nach Negativem | 15 |
| . Unklare nicht einzuordnende Angaben | 20 |
| | Total: 49 |
| Gesamt-Total Anzahl Aussagen | 181 |

Tab. 12 Risiken und Nebenwirkungen für Team

7.6.2 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte, für PatientInnen, fürs Team

Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte

84.4% äusserten sich zu protektiven und präventiven Faktoren. 15.2% äusserten sich nicht.

| Äusserungen | Befragte |
|--|-----------------|
| Befragte werden gestützt, gestärkt, gefördert, weil: | |
| . Stützen der Fähigkeiten, Unterstützung, Wachstum, Förderung | 96 |
| . Positives Denken fördern, Frustration und Resignation verhindern | 10 |
| . Klarheit | 38 |
| | Total: 144 |

| | |
|---|------------|
| Befragte erfahren Entlastung und bessere Gesundheit, weil: | |
| . Burnout-Prophylaxe, Gesundheit erhalten und fördern | 41 |
| . Mobbing- und Kündigungs-Prävention | 4 |
| . Entlastung, Objektivierung | 26 |
| | Total: 71 |
| Befragte gehen besser miteinander um, weil: | |
| . Besserer und sorgfältigerer Umgang miteinander | 16 |
| . Beziehungen und Kommunikation werden verbessert | 42 |
| | Total: 58 |
| Eskalation kann verhindert werden, weil: | |
| . Lösung verhindert Eskalation, weil Probleme rechtzeitig erkannt | 26 |
| | Total: 26 |
| Nicht kategorisierbar, weil: | |
| . Unklare Antworten | 11 |
| | Total: 11 |
| Gesamt-Total Anzahl Aussagen | 310 |

Abb. 13 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte

Die kategorisierten Antworten zur Frage nach protektiven und präventiven Faktoren hier in die vier Gruppen schützend, stützend, fördernd, vorbeugend eingeteilt:

| Befragte | |
|-----------------|------------|
| schützend | 37 |
| stützend | 48 |
| fördernd | 111 |
| vorbeugend | 79 |
| Unklar | 11 |
| Total | 286 |

Tab. 14 Spezifische Kategorisierung Befragte

Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Patienten

67.7% äusserten protektive und präventive Faktoren. 32.3% äusserten sich nicht.

| Patienten | |
|------------------|------------|
| schützend | 136 |
| stützend | 12 |
| fördernd | 8 |
| vorbeugend | 17 |
| unklar | 19 |
| Total | 188 |

Tab. 15 Spezifische Kategorisierung Patienten

| Äusserungen | Patient |
|--------------------|----------------|
|--------------------|----------------|

| | |
|--|------------|
| Vertrauen beim Patienten nimmt zu, weil: | |
| . Verständnis und Kommunikation werden besser | 43 |
| . Das Klima verbessert sich und das Pflgeteam zieht an einem Strick | 43 |
| . Weniger Personalwechsel | 3 |
| | Total: 89 |
| Patient wird in Mündigkeit gestärkt, weil: | |
| . Kompetenz und Selbständigkeit werden verbessert | 7 |
| . Patient wird stärker im Tragen der Krankheit | 1 |
| . Schweigepflicht wird besser eingehalten | 2 |
| | Total: 10 |
| Zunahme von Pflegequalität und Sicherheit: | |
| . Fehler werden minimiert, mehr Sicherheit durch mehr Professionalität | 19 |
| . Pflegequalität nimmt zu | 50 |
| | Total: 69 |
| Schwere Vergehen können verhindert werden: | |
| . Gewaltprävention | 3 |
| | Total: 3 |
| Nicht kategorisierbar, weil: | |
| . Unklare Aussagen | 19 |
| | Total: 19 |
| Gesamt-Total Anzahl Aussagen | 190 |

Abb. 16 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Patienten

Protektive und präventive Faktoren von Supervision für das Team

77.8% äusserten protektive und präventive Faktoren. 22.2% äusserten sich nicht.

| Äusserungen | Team |
|--|------------|
| Verhinderung von Eskalation, weil: | |
| . Eskalation und Krisen werden verhindert, Erleichterung, Entlastung durch Konfliktbewältigung und bessere Kritikfähigkeit | 31 |
| | Total: 31 |
| Team wird gestärkt, weil: | |
| . Kommunikation verbessert sich, Toleranz und Verständnis nehmen zu | 60 |
| . Teamzusammenhalt verbessert sich, wird gestärkt | 86 |
| . Frustration wird minimiert | 1 |
| . Motivation wird verbessert | 1 |
| . Veränderungen sind möglich | 3 |
| | Total: 151 |
| Gesundheit der Einzelnen wird erhalten, weil: | |
| . Burnout-Prophylaxe, Gesundheit wird erhalten, Seelenhygiene, Ausgeglichenheit, Entspannung, Wohlfühlen | 18 |
| | Total: 18 |
| Patient profitiert indirekt, weil: | |
| . Pflege wird verbessert, professionalisiert | 9 |
| . Fehler werden minimiert | 2 |
| . Verhinderung von Routine | 1 |
| . Ressourcen gespart bzw. richtig eingesetzt | 4 |
| . Sachebene, Objektivität, Abgrenzung | 2 |
| . Klarheit gewinnen | 17 |
| | Total: 35 |

| | |
|---|-----------|
| Einzelne werden gefördert, weil: | |
| . Weiterbildung, Entwicklung | 9 |
| . Verbesserung der Selbstkompetenz | 5 |
| | Total: 14 |
| Betrieb profitiert indirekt, weil: | |
| . weniger Krankheitsausfälle | 2 |
| | Total: 2 |
| Gesamt-Total Anzahl Aussagen | 251 |

Abb. 17 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Team

| Team | |
|--------------|-----|
| schützend | 13 |
| stützend | 66 |
| fördernd | 99 |
| vorbeugend | 39 |
| Unklar | 3 |
| Total | 220 |

Tab. 18 Spezifische Kategorisierung Team

8 Zusammenfassung

Zu den einzelnen Ergebnissen kann zusammenfassend gesagt werden:

Eine durchschnittliche **Berufserfahrung** von mehr als 15 Jahren geben über 50 % der Befragten an. Rechnet man alle zusammen, die mehr als drei Jahre Berufserfahrung haben, kommt man auf 72,9 %. Die Befragten sind also weitgehend bestandene Pflegefachleute, was die Signifikanz der Ergebnisse m. E. stärkt. Die **Arbeitsfelder** sind breit gestreut, die verschiedenen Stationen sind relativ gleichmässig verteilt. Hinsichtlich **interdisziplinärer Zusammenarbeit** geben 76,6 % an, sie werde realisiert. Mit diesem Ergebnis dürfen wir davon ausgehen, dass die Vernetzung innerhalb der Institution sehr gut ist. Bei den 5,7 %, bei welchen dieser Anspruch nur ‚auf dem Papier existiert‘, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit wahrscheinlich im Leitbild erwähnt. Da mit 9,8 % wenig Befragte gar keine Angabe zur Frage der interdisziplinären Zusammenarbeit machen, wurde erogen, die Hypothese zu prüfen, ob dies mit dem Alter und einer weiter zurückliegenden Ausbildung zusammenhängen könnte. Die Hypothese wurde nicht gestützt. Mit dem Alter ist diesbezüglich kein signifikanter Zusammenhang feststellbar. Frappant, aber aufgrund der Berufswerdung (siehe auch 4.1) erklärbar, ist das Resultat hinsichtlich Gender der befragten Personen: 91,88 % sind Frauen, 7,6 % Männer. Lediglich zwei **Personen** machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht. Vergleicht man das Geschlecht mit der Führungsposition, so kann gesagt werden, dass sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Führungsposition (leitend vs. nicht-leitend) zeigt. Dass bei 82,6 % ein **Leitbild** vorhanden ist, darf als ein gutes Ergebnis betrachtet werden, wenn man bedenkt, dass es so etwas vor wenigen Jahren noch überhaupt nicht gab. Die 7,9 %, die angeben, kein Leitbild zu haben und die 9,5 %, die dazu keine Angaben machen, lassen vermuten, dass entweder kein Leitbild vorhanden ist oder der Begriff nicht bekannt ist. Dieses Ergebnis machte neugierig, ob hier eine Korrelation zum Alter der Pflegefachleute besteht, um der Vermutung nachzugehen, dass ältere Pflegefachleute, also ‚ursprüngliche Krankenschwestern‘ sich noch wenig mit neueren Organisationsmodellen befasst haben und/oder in Institutionen arbeiten, wo dies nicht für erforderlich gehalten wird, ev. in Chronisch-Krankheimen, Altersheimen etc.. Die Korrelationsanalyse (Pearson) ergibt kein signifikantes Ergebnis, d.h. es kann kein

Zusammenhang zwischen dem Alter der Pflegenden und dem Vorhandensein eines Leitbildes in der Institution, in welcher die Befragten arbeiten, festgestellt werden. 56,6 % geben an, **Supervision zu kennen**, wobei hier noch nicht klar wird, was das bedeutet. 25 % bekommen regelmässig Supervision. Da hier Mehrantworten möglich waren, ist die Auswertung erschwert. Der Fragebogen hätte hier besser differenziert werden müssen. So ist zum Beispiel nicht unbedingt klar, was der Unterschied ist zwischen den Antworten ‚wird bei uns nicht durchgeführt‘ (23,1 %) und ‚bei uns kein Thema‘ (7 %). 4,4 % geben an, Supervision nicht zu kennen. Diese Zahlen zusammen mit den 27,8 %, die angeben, Supervision nur in Krisensituationen zu bekommen, bestätigen die erste Hypothese (siehe 35) aber doch recht signifikant. Auch hinsichtlich **Quantität der Supervision** zeigt sich, dass es sinnvoll gewesen wäre, in der unter 7.2.2 erwähnten Untergruppe weiter zu befragen, - darauf deutet der hohe Anteil von 32,6 % hin, wo die Befragten zur Quantität der Supervision keine Angabe machen. Die Aussage der übrigen Teilnehmerinnen der Studie gibt aber dennoch eine eindrückliche Antwort, indem 43 % die Quantität der erhaltenen Supervision mit ‚ausreichend‘ bezeichnen und 24,4 % mit nicht ausreichend. Es ist also davon auszugehen, dass mehr als ein Drittel von jenen, die Supervision erhalten, diese als nicht ausreichend einstufen. Dieses schlechte Ergebnis muss zu denken geben. Es stützt die erste Hypothese ebenfalls. Die angegebenen durchschnittlichen 76 Minuten Zeit für eine Supervisionssitzung scheinen uns etwas kurz. Je nach Problem- oder Fragestellung, Team- bzw. Gruppengrösse sollte ein Setting mindestens 90 Minuten, sinnvollerweise jedoch zwei Stunden dauern. Zur Bezahlung der Supervision machen mit 27,8 % relativ viele Befragte keine Angaben zur Finanzierung. Möglicherweise gehören diese zu jenen 27,5 %, die Supervision entweder nicht kennen oder nicht in den Genuss von Supervision kommen (siehe 7.2.2). Genauere Angaben hätte man hier bekommen können, wenn man im Fragebogen differenziert jene Untergruppe befragt hätte, welche regelmässig oder wenigstens in Krisensituationen Supervision bekommt. Das unter Quantität erwähnte Versäumnis der nicht erstellten Untergruppe zeigt sich auch bei der Frage nach dem **Ort der Durchführung** der Supervision. Neben 69,6 %, welche den Ort angeben, bleiben wenig mehr als 30 %, die keine Angaben machen. Uns scheint bemerkenswert, dass sich bei all diesen Fragen, wo man diesen relativen Störfaktor erwähnen muss, die Anzahl der Leute, die ‚keine Angabe‘ machen, sich stets bei plus - minus 30 % bewegt. Daraus darf vermutet werden, dass die übrigen das neue 100%-Quorum ausmachen könnten. 31,1 % der Befragten erhalten **Fallsupervision**. Dies scheint recht viel und hier wäre es interessant, der Frage nachzugehen, ob die unter 2.7 abgehandelten rechtlichen Fragen (Schweigepflicht bzw. Zustimmung der Patienten, die als ‚Fall‘ besprochen werden), eingehalten werden. Die Daten sind aber leider zu gering, um eine genauere Analyse zu machen. Mit 13,6 % der Leute, die **Einzelsupervision** in Anspruch nehmen, werden vor allem Leute in Kaderpositionen vermute, wo sich Supervision und/oder Coaching gemäss der Praxiserfahrung bereits weit mehr etabliert hat als an der Basis, etwas, was durchaus positiv gewertet werden darf in der Annahme, gute Supervisionserfahrungen seien mehr und mehr auch den Angestellten im unteren Kader und an der Basis gegönnt. Zur **Anzahl der erhaltenen Supervision** ist zu ergänzen, dass lediglich 17,7 % zwischen 4 und 6 Sitzungen erhalten, die Anzahl, die uns innerhalb eines halben Jahres (ausserhalb von Krisen) sinnvoll und angemessen schiene. Bei der **Dauer der Sitzungen** sind die 6,3 % erwähnenswert, die 3-stündige Settings erhielten, und ein gewisses Erstaunen und die Frage, was wohl bei Leuten, die zwischen 5 und 7-stündige Sitzungen (420 Min.) haben, letztlich als Resultat dabei herauskommt. Haben hier die Befragten eventuell eine Weiterbildung mit Supervision verwechselt? Erschreckend sind die Angaben zur **Verschwiegenheitspflicht**. Offenbar kennen diese lediglich 60,4 %. 25,9 % machen keine Angabe und 13,6 % beantworten die Frage mit ‚nein‘. Damit ist bei mehr als 40 % der Befragten die Sensibilität für die hohe Verletzlichkeit der Integrität des Patienten also nicht vorhanden. Noch mehr erschrecken die Antworten auf die Frage, ob die **Zustimmung des Patienten** eingeholt worden ist, da dies

lediglich von 12 % bejaht wird. Während 34,2 % dazu keine Angabe machen, sind es mehr als die Hälfte, nämlich 53,8 %, welche in Supervisionssettings über ‚Fälle‘ reden, ohne dass die Betroffenen davon wissen. Zum **Alter der SupervisorIn** machen 25 % keine Angaben. Die 5,1 %, die angeben, die Supervisorin sei weniger als 40-jährig, wirft bei uns die Frage nach der Seriosität der Ausbildung auf, die 2,5 % über 60-jährigen lassen eine gewissen ‚Lebensweisheit‘ erhoffen. Die übrigen Angaben scheinen realistisch, insgesamt 67,4 % sind zwischen 40 und 60-jährig, also in einem durchaus gereiften Alter, innerhalb dessen eine adäquate Ausbildung erfolgen konnte, eine Frage, der wir in 7.4.2 nachgingen (siehe übernächster Punkt). Über Gründe, weshalb ein Viertel der Befragten den **Gender der/des Supervisor/in** nicht angeben, kann nur spekuliert werden: Waren ev. vorwiegend Supervisorinnen involviert bzw. wurde die Frage als nicht so wichtig befunden, oder ist sie bei jener nach dem Alter untergegangen?

Auch bezüglich **Grundausbildung und Weiterbildung** ist wenig Differenziertheit vorhanden. Mit den 38,7 %, welche die Grundausbildung ihrer Supervisorin nicht kennen und den 46,8 %, die nichts über die Weiterbildung bzw. Spezialisierung ihres Supervisors wissen, muss vermutet werden, dass SupervisandInnen ihre Supervisoren unhinterfragt als solche zu akzeptieren scheinen. „Bei der Frage nach der **Wirkung von Supervision** wird hinsichtlich ‚**Persönlichem Nutzen**‘ dieser nur von einem knappen Drittel als hoch attribuiert, nur ein Viertel sieht einen mittleren Wert. Ein Fünftel gibt gar an, der Nutzen sei gering oder gar nicht vorhanden. Das ist für eine anspruchsvolle Methodologie wie Supervision kein gutes Ergebnis. Auch beim ‚Eigenen beruflichen Nutzen‘ sind die Werte ähnlich. Noch schlechter ist die Einschätzung ‚**Nutzen für den Patienten**‘. Wenn 16,1 % der Befragten nämlich davon ausgehen, dass die Patienten keinen Nutzen haben, muss dies nachdenklich stimmen, wenn man sich darauf besinnt, dass Supervision in allererster Linie dem Klientensystem nutzen sollte. Am besten fällt die Einschätzung des **Nutzens fürs Team** aus, wo immerhin ein gutes Fünftel der Befragten den Nutzen als hoch und etwas mehr als ein Viertel als mittel einschätzen. Trotzdem bleiben auch hier mit 14,6 % gering und mit 5,4 % keinen Nutzen ein Fünftel, welche der Supervision auch fürs Team wenig oder nichts abgewinnen können. Solche Ergebnisse können mit gemachten Erfahrungen zu tun haben. Eindrücklich ist, dass sich nur 27,2 % zur **fachlichen Kompetenz des Supervisors** überhaupt äussern können oder wollen, wovon nur 19 % diese als hoch einschätzen. Es drängt sich die Frage auf, inwieweit diese den Supervisanden überhaupt offenbart wird. Etwas besser, wie wohl immer noch mit schlechtem Ergebnis, wird das **Fachwissen im medizinischen Bereich**, das zur Fach- und Feldkompetenz gehört, mit 27,6 % hoch und 31,4 % mittel eingeschätzt. Es bleiben über 40 % SupervisorInnen, bei denen ungenügende Feldkompetenz vermutet werden muss.“ Dies bestätigt die dritte Hypothese in bedenklichem Mass. Für den medizinischen Bereich ist ein solcher Zustand untragbar, weil es um Exaktheit, Informiertheit und auf das Erfüllen höchster Qualitätsansprüche ankommt. Geht es doch um das Leben und die Gesundheit der den Pflegefachleuten anvertrauten Patientinnen und Patienten. Mit insgesamt 47 % hoch und 24,1 % mittel wird das **methodische Geschick** gut eingeschätzt. Das Ergebnis, dass die SupervisandInnen die supervisions-methodische Arbeit positiv attribuierten, steht in einem seltsamen Gegensatz zu den doch eher schwachen Bewertungen der faktischen Performanz der Supervisoren, die diese Untersuchung zeigt. Kommt hier ein ‚Mythos Supervision‘ zum Tragen? (Leitner, Petzold et al. 2004). Die Untersuchungen von Gottfried et al. (2003) und Müller et al. (2005) aus dem Bereich der Psychiatrie und der Sozialgerontologie zeigen dieselbe Diskrepanz. Aufgrund der positiven Attributionen kann jedoch vermutet werden, dass für Supervision weitgehend qualifizierte Leute eingestellt werden, die ihr ‚Handwerk‘ verstehen. Mit 53,8 % wird die **soziale Kompetenz** der SupervisorInnen noch etwas höher eingeschätzt.

Zu den Hypothesen können folgende Aussagen getroffen werden:

1. Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht regelhaft zur Ausübung ihres Berufes, sondern, Pflegefachleute bekommen in der Regel erst dann Supervision, wenn im Team oder Arbeitsfeld Probleme und Krisen entstanden ist. Pflegefachleute erhalten die wenigsten regelmässig und regelhaft Supervision. Entsteht eine Krise im Team oder aufgrund der Pflege eines bestimmten Patienten, wird Supervision einberufen, um das spezifische Problem zu lösen. Eindrücklich ist, dass von 406 Aussagen (Mehrfachantworten möglich, wobei 274 Befragte Aussagen machten) 135 den Begriff Supervision mit der Lösung und Klärung von Konflikten sowie mit Hilfe in Krisen in Zusammenhang gebracht wird. Im Verbund mit den oben gemachten Angaben stützt dies die erste Hypothese gut (siehe Tab. 6).

2. Supervisorinnen und Supervisoren, welche mit Pflegeteams arbeiten, haben in der Regel nicht die Vorbildung, welche für die Arbeit mit Pflegefachleuten nötig wäre bzw. sind ausbildungs-mässig nicht auf dem neusten Stand, was zu ‚schädigender Supervision‘ führen kann. Es konnte nur teilweise eruiert werden, was für eine Vorbildung die Supervisorinnen haben, welche Pflegeteams begleiten. Mit 38,7 % der Befragten, denen die Grundausbildung ihrer Supervisorin nicht bekannt ist, wird die zweite Hypothese teilweise gestützt, aber nicht bestätigt. Um hier Klarheit zu bekommen, müsste eine weitere Untersuchung bei SupervisorInnen, welche Pflegeteams supervidieren, gemacht werden, da bei der Befragung der SupervisandInnen immer ein Rest Unklarheit bleiben wird.

3. Supervision in der Pflege erfordert ‚Feldkompetenz‘. SupervisorInnen müssen den Arbeitsort und die Arbeitsbedingungen ihrer SupervisandInnen kennen. Feldkompetenz bedeutet hier, dass Supervisorinnen Fachwissen im medizinischen Bereich haben müssten. Durch die Einschätzung der Kompetenz der SupervisorIn, können hinsichtlich Feldkompetenz teilweise Schlüsse gezogen werden. Gemäss den Ergebnissen wird die Vorbildung der Supervisoren unterschiedlich eingeschätzt. Dass bezüglich fachlicher Kompetenz nur 19 % als hoch eingestuft werden, hinsichtlich des Fachwissens im medizinischen Bereich ebenfalls lediglich 27,6 %, stützt diese Hypothese in einem bedenklichen Mass.

Zu den Forschungsfragen kann folgendes zusammengefasst werden:

Pflegefachleute kennen Begriffe wie Beratung, Coaching, Supervision und Teamentwicklung im grossen und ganzen gut. Fast vier Fünftel der Befragten sehen im Supervisor einen Coach. Die SupervisorInnen werden weniger als Lehrerinnen und Psychotherapeuten gesehen denn als als Beistand und Helfer, Problemlöserinnen, Experten und Vermittlerinnen zwischen Parteien. Von 272 (von N = 316) Aussagen zum Begriff Supervision sind 242 positiv und nur 14 negativ. 18 definieren den Begriff neutral und 42 äussern sich nicht. Das ‚Image‘ von Supervision ist also gut. Kann Supervision diesem Bild, das Pflegefachleute von ihr haben, aber nachkommen? Die Ergebnisse dieser Untersuchung werfen hier Fragen auf, denn eine eindeutige Positivbewertung findet sich nicht und diese Untersuchung beinhaltet noch keine Wirksamkeitsüberprüfung in einer kontrollierten Studie. Inhaltlich gibt es keine klaren Abgrenzungen. Von 406 Aussagen (der 274, welche dazu eine Aussage machten, Mehrfachantworten möglich) nennen 100 ‚Unterstützung, Beratung und Coaching‘, 38 Teamentwicklung, 38 Förderung der Selbstkompetenz und Selbsthilfe. Bedenklich ist auch hier, dass lediglich 7 Befragte eine Chance für den Patienten sehen. Supervision wird auch kritisch bewertet. Am meisten Aussagen im Kapitel 7.6.1 zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen machen die Befragten über sich. Hier werden vor allem Ängste genannt. Auch hier werden beim Patienten deutlich weniger Angaben gemacht als beim Befragten und beim Team. Am meisten wird genannt, der Patient werde schubladisiert und kategorisiert, nicht mehr als individuell gesehen. Das Team erhält wieder mehr Aussagen. Die Angst geht

vor allem dahin, das Team werde gespalten, polarisiert, es würden Konflikte aufbrechen und Supervision könne Kündigungen zur Folge haben. Es kann angenommen werden, dass durch Supervision Ressourcen optimiert werden. Die Antworten in Kapitel 7.6.2 Protektive und präventive Faktoren weisen darauf hin. Befragte fühlen sich durch Supervision gestärkt und gefördert, gehen besser miteinander um, schätzen die Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch Supervision als deutlich ein. Für den Patienten wird die Erhöhung der Pflegequalität als am wichtigsten eingestuft, beim Team die Stärkung des Zusammenhalts und des gegenseitigen Verständnisses. Bei der Einschätzung der Antworten in diesem Kapitel in die vier Gruppen schützend, stützend, fördernd, vorbeugend, ergab sich hinsichtlich Rangliste ein interessantes Ergebnis zwischen den Textantworten und der Einschätzung:

| Befragte: | Patienten: | Team: |
|------------------|-------------------|---------------|
| 1. fördernd | 1. schützend | 1. fördernd |
| 2. vorbeugend | 2. vorbeugend | 2. stützend |
| 3. stützend | 3. stützend | 3. vorbeugend |
| 4. schützend | 4. fördernd | 4. schützend |

Die Einschätzung von Befragten und Team, wo es ja um dieselben Personen geht, werden hier ähnlich eingeschätzt. Dem Patienten dagegen wird wenig Förderliches zugetraut. Das schützende ist mit grosser Zahl im Vorsprung. Kommt hier das alte Bild der helfenden schützenden Krankenschwester und des unmündigen abhängigen Patienten nochmals zutage? Hat der Paradigmawechsel in der Praxis nicht stattgefunden? Wieviel darf der Patient selber mitentscheiden? Wieviel Eigen-Kontrolle und Selbstwirksamkeit (self-efficacy, locus of controll, Flammer 1990) wird ihm zugetraut? In wieviel Ausgeliefertheit muss er verharren?

9 Diskussion und Ausblick

Pflegefachleute sind in ihrem Beruf gefordert wie kaum in einem anderen. Sie tragen eine hohe Verantwortung. In der Ausbildung wird das dafür nötige Wissen zwar optimal vermittelt, doch was während der Ausbildung zur Pflegefachfrau, zum Pflegefachmann zu kurz kommt, sind Fragen der Ressourcenoptimierung und Stressbewältigung. Pflegefachleute in der Schweiz kennen Supervision im grossen und ganzen gut. Sie schätzen sie und haben positive Begriffserläuterungen dazu. Sie kennen auch die möglichen Risiken und Nebenwirkungen, haben zum Teil selber erfahren, dass Supervision schaden kann. Ängste um die eigene Person, um Angriff und Verletzung sind da. Aber auch die Stärkung eines Teams wird gesehen. Die Person der Supervisorin wird zwar als Spezialistin eingeschätzt, aber wenig als das gesehen, was sie wäre, nämlich als Fachperson, welche mit Teams und Einzelnen aufgrund einer interdisziplinär begründeten Methode arbeitet, mit dem Ziel der Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation., die durch ihre Arbeit die Sicherheit des Patienten mehrt und die Pflegequalität fördert. SupervisandInnen selber werden durch Supervision gefördert in Bewältigung von Stress und sie mehren ihre Ressourcen (Eichert 2004). Inneres Wachstum und Reife sind positive Nebenwirkungen von Supervision. Der Anspruch an die Vorbildung entsprechender Spezialistinnen muss gross sein. Feldkompetenz ist dabei für die Qualitätssicherung in der Pflege unabdingbar. Supervision bei Pflegefachleuten in der Schweiz scheint ein noch in vielen Belangen zu beackerndes Land zu sein. Vom Berufsverband wie von universitärer Seite her erhielt die Autorin wenig Support bzw. wenig Interesse für diese Arbeit. Es stellte sich die Frage, ob Supervision auch auf Metaebenen nicht den Stellenwert hat, welcher ihr zukommen sollte. Es wäre zu prüfen, wie dieser Sachverhalt weiter untersucht werden könnte. Denkbar wären qualitative

Untersuchungen in Form von Interviews, mit Fragen, entlang eines Rasters. Viele Fragen bleiben offen. Viel Arbeit wäre diesbezüglich noch zu tun.

10. Zusammenfassung: Supervision bei Pflegefachleuten

Eine Studie zur Situation in der Schweiz

Diese Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Ziel der Arbeit war es, die gegenwärtige Situation von Pflegefachleuten hinsichtlich Supervision zu erforschen.

Im ersten Teil wird theoretisch auf den Begriff Integrative Supervision und auf die Herkunft des Wortes eingegangen, werden Bezüge zur Krankenpflege gemacht und die Hypothesen erstellt. Wirkung von Supervision aber auch Nebenwirkungen und mögliche Schädigungen sollen untersucht werden. Der Forschungsstand der Supervision wird zusammengefasst dargestellt und das Arbeitsfeld der Pflege erläutert. Folgenden drei Hypothesen wird in einer Untersuchung nachgegangen.

‚Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht zur Regelmässigkeit.‘

‚Viele mit Pflegefachleuten arbeitende SupervisorInnen haben nicht die dafür erforderliche Aus- oder Weiterbildung.‘

‚Supervision in der Pflege erfordert ‚Feld- und Fachkompetenz.‘

Schliesslich wird kurz auf Pflegequalität und Pflegeforschung eingegangen.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse dargelegt und die Hypothesen überprüft, die sich weitgehend bestätigen. Befragt wurden 316 Pflegefachleute. Es zeigt sich, dass die ethischen Richtlinien der Schweigepflicht bzw. des Einholens der Erlaubnis beim Patienten, der als ‚Fall‘ supervisorisch betrachtet wird, wenig bis gar nicht eingehalten werden. Als Nebeneffekt der Untersuchung wird deutlich, dass der Paradigma-Wechsel zugunsten eines mündigeren selbstverantwortlicheren Patienten in der Praxis nicht wirklich stattgefunden hat.

Schlüsselworte: Supervision, Integrative Supervision, Pflege Ethik ‚supervisorische Feld- und Fachkompetenz, Wirkung von Supervision, Nebenwirkungen und Schädigungen

Summary: Supervision of qualified nurses

A study of the situation in Switzerland

The study is composed in two parts. Aim of the study was to examine the present situation relating to the supervision of qualified nurses.

The first part covers the theoretical concept of integrative supervision, the origin of the notion supervision, the relation to nursing and the forming of hypothesis. Effects, side effects and possible damage of supervision shall be examined. The results concerning the status of supervision in the context nursing environment will be presented and discussed.

The following three hypotheses will be examined:

‘Supervision is not a regularity for qualified nursing staff.’

‘Many supervisors have not received accredited initial nor further training.’

'Supervision of nursing activities requires field and task competencies.'

To conclude a brief exposé is made on nursing quality and experimentation.

The second part of the study shows the results and checks on the hypothesis formulated; which are largely confirmed.

316 qualified nurses were questioned. It was noted that ethical guidelines of professional discretion and data protection such as obtaining patients' consent to be presented as a supervisory "case" are almost entirely neglected. A clear side effect of this research is that the change of paradigm to favour a responsible adult citizen as a partner for the medical system has not yet really taken place.

Keywords: Supervision, Integrative Supervision, Nursing, supervisory field and task competence, effects, side effects, damage by supervision

11. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron, Health, Stress and Coping. San Francisco 1991
- Beer, Th., Evaluation von Supervision. In: Berker, Peter, Buer, Ferdinand, Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 99 – 129, 1998
- Berker, P., Buer, F., Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, 1998
- Brandenburg, H., Dorschner, St., (Hrsg.), Pflegewissenschaft 1, Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Hans Huber Bern 2003
- Brieskorn-Zinke, M., Gesundheitsförderung in der Pflege. Kohlhammer Stuttgart 2004
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G., Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. GESTALT 51, 2004
- Donabedian, A., Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, Jg. 1966 S. 166 - 206 oder In: Görres, Stefan, Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1999
- Donabedian, A., Explorations in Quality – Assessment and Monitoring. Vol. II: The Criteria and Standards of Quality. 1982
- Eck, D., Supervision in der Psychiatrie – Ein mehrperspektivischer Ansatz. In: Eck, D., (Hrsg.), Supervision in der Psychiatrie. Bonn 1998
- Edlhaimb-Hrubec, Ch.M., Etymologische Frag-Mente zu Wort und Begriff Supervision im Fokus der Integrativen Supervision. Krems/Düsseldorf/Hückeswagen. Bei - SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. www.fpi-publikationen.de/supervision. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 02/2005
- Ehmer, S., Supervision mit Krankenschwestern und -pflegern in der stationären Psychotherapie. In: supervision. Zeitschrift für berufsbezogene Beratung 33, S. 102 – 118. Votum Verlag München, 1998
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G., Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen, SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 11/2003, S. 1 – 20, <http://www.fpi-publikationen.de/supervision/Eichert - schweigepflicht - supervision-11-2003.htm> 2003a
- Eichert, H.-Ch., Supervision und beruflicher Stress im psychiatrischen Bereich. Ressourcenentwicklung durch Supervision. Diplomarbeit, Amsterdam 2004
- Fengler, J., Supervision und Evaluation. In: Berker, Peter, Buer, Ferdinand, Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, S. 69 – 89, 1998
- Flammer, A., Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern 1990
- Goffmann, E., Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt 1967
- Gottfried, Kurt, Petitjean, Sylvie, Petzold, H. G., Supervision in der Psychiatrie. Eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold, H. G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C., Supervision auf dem Prüfstand. Opladen: Leske und Budrich, S. 299 – 334, 2003
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Pflegeforschung – Methoden – Bewertung – Anwendung. Elsevier München 2005
- Grawe, K., Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau Nr. 43, S. 132 – 136, Bern 1992
- Herger, Andrea, Pflege heute. Ausbildungsnachweis. München 2005
- Holloway, E.L., Clinical supervision: a systems approach. Sage Publications, Thousand Oaks 1995

Holloway, E., Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz. Paderborn 1998
 Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel, Homepage: <http://pages.unibas.ch/nursing/ins/deut/allg-infos/institut/lehre.html>

Knaus, K.J., Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie. Master of Science-These, Zentrum für psychosoziale Medizin. Donau-Universität Krems. 2005a

Knaus, K.-J., Petzold, H. G., Müller, L. (2005): Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – Problemlage und Forschungsergebnisse. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2005 in Vorber.

König, M., Petzold, H.G., Müller, L., Supervision in österreichischen Altenheimen – eine Felderkundung (in Vorbereitung) (2005)

Landolt, H., Rechtskunde für Gesundheits- und Pflegeberufe. Bern 2004

Lazarus, R.S., Launier, R., Stress related transactions between person and environment. In: Pervin, L.A., Lewis, M. (Hrsg.), Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum S. 287 – 327, 1978

Leitner, A., Petzold, H.G., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P. (2004): Mythos Supervision? - Zur Notwendigkeit von ‚konzeptkritischen‘ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm In: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2004

Märtens, M., Petzold, H.G., Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz 2002

Möller, H., Selbstkonfrontationsinterviews bei Experten der Supervision. In: Berker, P., Buer, F., Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster. Votum, S. 196 – 215, 1998

Möller, H., Märtens, M., Evaluation von Supervision wohin? In: Pühl, H., Supervision und Organisationsentwicklung. Opladen: Leske und Budrich, S. 104 – 122, 2000

Moscovici, S., The phenomenon of social representations. In: Farr, R.M., Moscovici, S., (eds.), Social representations. Cambridge: Cambridge University Press, 3-69, 1984

Moscovici, S., Notes towards a description of social representation. European Journal of Social Psychology 18, 211 – 250, 1988

Müller, L., Petzold, H.G., Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis. Integrative Therapie 1, S. 52 – 90, 2002

Müller, L., Petzold, H.G., und Schreiter-Gasser, U., Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit. Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz. 2005

Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter-Gasser, U. (2005): Supervision in gerontologischen Einrichtungen und Diensten – Eine empirische Erkundung in klinischen und sozialen Einrichtungen für alte Menschen in der Schweiz. Integrative Therapie 1-2, 181-214 auch in: Petzold, Müller, 2005a

Nitsch, J.R., (Hrsg.), Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen. S. 213 – 260, Bern, Stuttgart, Wien 1981

Orem, D., E., Strukturkonzepte der Pflegepraxis. (Hrsg. Bekel, G.), Bern 1997

Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J., Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. 1995 b, in Petzold, Orth, Sieper, 1995 a

Penzel, R., Thema: Schweigepflicht in der Supervision. aktuell DGSv 4, 1995

Petzold, H. G., Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen. Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft 4, 17-44 1989b

Petzold, H.G., Lemke, J., Gestalt-supervision als Kompetenzgruppe. Gestalt-Bulletin 3, S. 88 – 94, 1979

Petzold, H., G., Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen. Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg. 1990g

Petzold, H., G., Integrative Therapie. Band 1: Klinische Philosophie. Integrative Therapie. Band 2: Klinische Theorie. Integrative Therapie. Band 3: Klinische Praxeologie. Paderborn 1993

Petzold, H., G., Die normierende Kraft der Leitbilder und Qualitätsstandards – ein Diskussionsbeitrag. DGSv aktuell (2) S. 23 – 28, Köln 1996

Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen - ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem. Familiendynamik 3, S. 288-311. Erw. In: Petzold (1998a) 191-212 und in: Eck, D. (Hrsg.) (1998): Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 79-98, 1997

Petzold, H., G., Differentielle Teamarbeit, Teamformate und Teamprozessqualität – Konzepte zur Optimierung aus integrativer Sicht. In: Petzold, H.G., Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. S. 433 – 453, Paderborn 1997k

Petzold, H. G., Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn 1998

Petzold, H.G., Orth, I., Schuch, W., Steffan, A., Integrative Therapie als ‚angewandte Anthropologie‘ in einer ‚transversalen Moderne‘ – konnektivierende Theorienbildung und polylogische Praxisstrategien. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 2000

- Petzold, H.G., Orth, I., Schuch, W., Steffan, A., Theorienbildung und Praxisstrategien in der 'Integrativen Therapie'. – Zur Konnektivierung von Menschen- und Weltbild, Heuristiken und Wirkfaktoren im Rahmen der therapeutischen Beziehung. Chartacolloquium II. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, 2001
- Petzold, H.G., POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven 'Integrativer Therapie' und 'klinischer Philosophie'. 2002c, Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 04/2002
- Petzold, H.G., Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und 'komplexe soziale Repräsentationen'. Düsseldorf/Hückeswagen, 2003a
- Petzold, H.G., Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde – ein 'Polylog' klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. Düsseldorf 2003b
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C., Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Leske und Budrich, Opladen 2003
- Petzold, H.G., Müller, L., et al., Der permanente Skandal - Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Feldeckung. Düsseldorf, Amsterdam, Zürich, Krems 2005
- Petzold, H. G., Müller, L., Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie. Paderborn: Junfermann, 2005a
- Petzold, H.G., Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer 'Profession' – Begriffliche Mythen und einige Fakten zu Herkunft und Hintergrund des Wortes 'Supervision' aus Integrativer Perspektive. SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. www.fpi-publikationen.de/supervision. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, 2005
- Polit, D.F. et al., Lehrbuch Pflegeforschung. Hans Huber Bern 2004
- Rave-Schwank, M., Supervision in der Psychiatrischen Klinik. Aus der Sicht der ärztlichen Direktorin. In: psychosozial 20/4, S. 11 – 14, psychosozialer Verlag Giessen 1997
- Roper, Nancy, Pflegeprinzipien im Pflegeprozess. Bern 1997
- Schaffer, I., Berufsbegleitende Supervision bei Pflegepersonal. Diplomarbeit, Wien 1992
- Schneider, K., Müller, A., Supervisionsevaluationsinventar. Entwicklung und Anwendung. In: Berker, Peter, Buer, Ferdinand, siehe oben
- Schreiögg, A., Supervision. Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Paderborn 1991
- Schreiögg, A., Supervision – Didaktik und Evaluation. Integrative Supervision in der Praxis. Paderborn 1994
- Schwendenwein, J., Kaliske, D., Universität Kassel www.uni-kassel.de 2001
- Sieper, J., Petzold, H.G., Der Begriff des 'Komplexen Lernens' und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines 'behavioralen Paradigmas' in der Integrativen Therapie. Düsseldorf 2002
- Trapp, W., Mediator- und Moderaoreffekte im Zusammenwirken von Stress, Gesundheit und Ressourcen. Achen 1999
- Tufts Managed Care Institute, Boston, Glossar mit Begriffen für Qualität in der Pflege. [Managed Care Glossary](http://www.managedcareglossary.com).
- Vitt, G., Pflegequalität ist messbar. Hannover 2002
- Weh B., Sieber H., Pflegequalität, München 1995