

Interview mit Regula Lüthi, Direktorin Pflege, Medizinisch-Therapeutische Dienste (MTD) und Soziale Arbeit an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Was tut die Pflege in der Psychiatrie?

Regula Lüthi, Karl Studer

Karl Studer: Wo steht die Psychiatrische Pflege heute? Ist sie weiterhin eine Hilfsfunktion für die Ärzte (wie seit Jahrhunderten)? Welches sind ihre Stärken?

Regula Lüthi: Die Pflege in der Psychiatrie ist ein eigenständiger Beruf mit eigenständiger Verantwortung. Auch wenn die pflegerischen Leistungen bis jetzt im KVG nur mit einer ärztlichen Verordnung abgerechnet werden können (was durch die jetzt gestartete Volksinitiative «für eine starke Pflege» ja auch geändert werden soll), ist die Pflege für ihre eigenen Tätigkeiten selber verantwortlich und bei Bedarf auch haftbar.

Das grosse Privileg der Pflege in der Psychiatrie ist es, dass sie mit und für die Patientinnen und Patienten den Alltag gestaltet und daran arbeitet, wie psychisch kranke Menschen und deren Angehörige die Auswirkungen ihrer Erkrankung gut meistern und ein sinnstiftendes Leben führen können. Ein Buch zur Pflege in der Psychiatrie heisst deshalb auch «Experte für den Alltag» und beschreibt trefflich, worum es den Pflegenden geht.

Die Hauptwerkzeuge der Pflegefachpersonen in der Psychiatrie sind der Pflegeprozess und die Bezugspersonenarbeit. Im Pflegeprozess gilt der Regelkreis wie für alle anderen Berufe im Gesundheitswesen. Es gibt dazu seit vielen Jahren auch standardisierte Instrumente, seien dies interdisziplinäre oder pflegespezifische Assessmentinstrumente oder Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflege-Outcomes. Wir haben uns in den UPK entschieden, dazu die am häufigsten gelehrt und angewandten Instrumente NANDA, NIC und NOC zu schulen und zu verwenden. Wir sind mitten im Übungsprozess und durchlaufen hier Höhen und Tiefen – auch im interdisziplinären Austausch. Der grösste Vorwurf ist derjenige von Parallelwelten und der Abschottung der Pflege von den anderen Berufen.

Ich selber sehe den Prozess sehr pragmatisch. Wenn wir eine eigenständige Profession sein wollen, die auch gegenüber Kostenträgern ausweisen will, warum sie was tut, dann muss die Pflege lernen, ihren eigenen Beitrag sowohl im mündlichen als auch im schriftlichen Austausch in eine Form zu gießen. Wir müssen unsere eigenen Kompetenzen abbil-

den, statt maximal breit als Assistentin für alles verwendbar zu sein. Wir müssen davon wegkommen, im stationären Setting wie eine Qualle Hilfsarbeiten für andere Berufe zu übernehmen, seien dies Arbeiten für die Ärzte oder die Köchinnen. Stationär arbeitende Pflegefachpersonen sind für diese «Quallenarbeit» sehr verführbar, weil sie dazu viele Komplimente erhalten.

Psychisch kranke Menschen verbringen nur den kleinsten Teil ihres Lebens in einer psychiatrischen Klinik, daher muss die Pflegefachperson auch etwas von psychischer Erkrankung wissen, wenn sie in der Spitex, in der Somatik und in Spitälern arbeitet. Und ebenfalls immer wichtiger wird die Erkenntnis, dass viele psychisch kranke Menschen auch körperlich krank sind – die generalistische Ausbildung der Pflegefachpersonen hat viel dazu beigetragen, dass wir das heute besser erkennen. Nur müssen wir uns dann auch dafür einsetzen, dass in dieser generalistischen Ausbildung genügend psychiatrische Themen unterrichtet werden, und gerade das ist je nach Ausbildungsinstitution immer noch sehr unterschiedlich geregelt.

KS: Wie siehst Du die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team?

RL: In der neusten Ausgabe der Zeitschrift *Frequenz* der Berner Fachhochschule steht die Aussage: «Interprofessionalität – miteinander arbeiten, voneinander lernen, aneinander wachsen». Das bringt meiner Ansicht nach schön auf den Punkt, was wir darunter verstehen könnten.

Pflegefachpersonen sind ein Puzzleteil in einem interprofessionellen Team und leisten dort ihren eigenständigen Beitrag. Wir wissen unterdessen aus vielen Studien, dass eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit für Patientinnen und Patienten in ihrem Genesungsprozess wirksamer ist. Auch wenn alle Berufsgruppen in der Psychiatrie immer beziehungsorientiert sind, gilt es, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu benennen und diese auch im Behandlungskontext abzubilden. Da kommt es natürlich sehr auf das jeweilige Setting an. Ob ich als freiberufliche Pflegefachfrau Patientinnen und Patienten zuhause besuche oder ob ich

in einem interprofessionellen Team stationär tätig bin, prägt meinen Aufgaben- und Verantwortungsbereich.

Letztlich ist der Patient unteilbar und alle therapeutischen Aktivitäten müssen sich in der Einheit des interdisziplinären Behandlungsprozesses treffen. Viele Pflegefachpersonen Psychiatrie haben meist nur einen Erfahrungswert aus dem stationären Setting und sind dann erstaunt, zu sehen, wie anders sich Pflege in einem Ambulatorium, in einer Spitex oder zuhause gestaltet. Die SAMW hat 2014 zur Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe eine Charta herausgebracht, die ich als anregend und wegweisend einschätze. Jede interdisziplinäre Aktion sollte auch evaluiert werden.

KS: Wie steht es mit der Pflegeforschung?

RL: In der Schweiz ist die Pflegeforschung ein zartes Pflänzchen, das stetig wächst. Der Verein Pflegeforschung Schweiz (www.vfp-apsi.ch) feiert dieses Jahr sein 20-jähriges Bestehen. Innerhalb des Vereins gibt es akademische Fachgesellschaften und eine der ältesten und grössten Fachgesellschaften ist die Psychiatrische Pflege. Als Mitglied muss man mindestens über einen Master-Abschluss verfügen, aber unterdessen gibt es natürlich auch doktorierte Pflegewissenschaftlerinnen. Stand Januar 2017 sind es zur Zeit 44 Personen.

Pflegeforschung findet oft in Zusammenarbeit mit den andern Berufsgruppen in der Psychiatrie statt und dort im Sinne der Versorgungs- und klinischen Forschung.

In den UPK arbeiten sechs Pflegeexpertinnen, die alle einem Zentrum oder einer Klinik zugeordnet sind. Zwei schlossen mit einem PhD ab, drei über einen Master, und eine Person absolvierte eine Ausbildung als Pflegeexpertin HöFa II. Sie alle unterstützen die pflegerischen und interdisziplinären Teams, indem sie vor Ort Beratung und Coaching anbieten, bei ethischen Entscheidungsfindungsprozessen helfen, die Zusammenarbeit fördern, den Einbezug der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen unterstützen sowie entweder selber oder in Zusammenarbeit mit Anderen Forschungsfragen bearbeiten. Zur Zeit entwickeln wir für drei dieser Pflegewissenschaftlerinnen die spezifi-

sche Rolle der APN, der Advanced Practice Nurse weiter, damit klar wird, dass auch in der Psychiatrie Pflegewissenschaft spezialisiert erfolgen kann und soll.

Auf allen Abteilungen gibt es sogenannte *Fachverantwortliche Pflege*, die unter der Leitung der Pflegewissenschaftlerinnen alle Pflegefachpersonen bei der Arbeit im Pflegeprozess und der Bezugspersonenarbeit unterstützen. Die Auseinandersetzung um die Frage, was denn nun genau die Aufgaben der Abteilungsleitungen Pflege und der Fachverantwortlichen Pflege sind, ist in vollem Gange und führt zu ganz fruchtbaren Diskussionen um Rollen und Funktionen in einer psychiatrischen Institution.

Zur gesamten Pflegeforschung in der Schweiz gibt es die SRAN (www.sran.ch), die Forschungsagenda der Pflege.

KS: Warum entwickelt sich zunehmend eine Akademisierung der Pflegetätigkeit?

RL: Es ist immer wieder interessant zu hören, dass auf uns eine Akademisierung der Pflege zukomme und dass dies schade sei. Im Kontext der Pflege wird Akademisierung immer als Schimpfwort verwendet und suggeriert, dass die Pflegefachperson ihr Herz und ihre Hände verliere, wenn sie ihren Kopf einschalte. Man würde einem akademisch ausgebildeten Psychiater niemals die Empathie absprechen, wenn er sich akademisch weiterqualifiziert.

Man kann nun darüber nachdenken, womit das genau zu tun hat. Sind es alte Klischees, sind es Vorurteile, oder sind es eher Ängste vor Macht- und Statusverlust oder alles zusammen?

Meiner Ansicht nach schliessen sich Wärme und Geborgenheit sowie gezielte Unterstützung bei der Bewältigung von Lebenskrisen und zur Rückkehr ins tägliche Leben nicht aus. Unsere Pflegefachpersonen verfügen über Zusatzqualifikationen, z.B. im psychotherapeutischen, pädagogischen, sozialarbeiterischen Bereich, sie leiten Gruppen und übernehmen Fallverantwortung.

Es besteht heute im Rahmen der Schweizerischen Bildungssystematik ein grosses Angebot für Aus- und Weiterbildung auf verschiedenen Stufen der Pflege – von der FAGE über FH und HF bis zur Hochschule mit breiter Durchlässigkeit – ein einzigartiges Modell in der Schweiz.

Als seit 40 Jahren tätige Pflegefachfrau Psychiatrie mit einer grossen sozialpsychiatrischen Prägung, die auch viele Jahre aufsuchend gearbeitet hat, tendiere ich zu folgender Einschätzung, warum die Akademisierung nicht als ganz selbstverständlicher Prozess angeschaut wird:

Einesteils hängt es damit zusammen, dass

sehr viele Berufsgruppen voneinander keine Ahnung haben, welche Grundausbildungen sie durchlaufen und welche Abschlusskompetenzen sie erwerben. Und weil sie es nicht wissen, gibt es sogar bis zum ausbezahlten Lohn Unterschiede, die jedenfalls durch die Ausbildung alleine nicht gerechtfertigt sind.

Im Kontext der Pflege wird Akademisierung immer als Schimpfwort verwendet ...

Andernteils hat es damit zu tun, dass die Fort- und Weiterbildungen in Gesundheitsinstitutionen noch sehr individuelle Angelegenheiten und keine gesteuerten Prozesse sind. Als ich in den UPK meine Arbeit begann, konnte mir niemand sagen, welche Fort- und Weiterbildungen die Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen und medizinisch therapeutischen Mitarbeitenden besitzen. Sind es eher Angebote im psychotherapeutischen Kontext? Oder Managementweiterbildungen? Oder pädagogische Zusatzqualifikationen? Oder komplementärmedizinische Angebote? Oder pflegespezifische? Wir mussten zuerst eine grosse Erhebung machen, um hier eine gewisse Übersicht zu gewinnen.

Es gibt in diesem Zusammenhang nun schweizweit grosse Anstrengungen, für Gesundheitsfachpersonen gemeinsame Ausbildungsmodule anzubieten. Ein gutes Beispiel ist zur Zeit das USZ, wo in internen Angeboten und auch zusammen mit der Universität Ärztinnen und Pflegefachpersonen gemeinsame Aus- und Weiterbildungsmodule durchlaufen. Das entspricht dem internationalen Trend, wie in dem spannenden Lancet Artikel zu «education of health professionals for the 21st century» nachlesen lässt.

KS: Brauchen die Pflegedienst-MitarbeiterInnen auch Managementausbildung?

RL: Ja natürlich benötigen Leitungspersonen in der Pflege eine Managementausbildung. Wenn wir die neuen Leadership-Modelle der letzten Jahre beachten, dann weisen alle darauf hin, dass sowohl Verantwortung als auch Steuerung im Gesundheitswesen auf viele Schultern verteilt werden kann und muss, weil nur so alle gut qualifizierten Mitarbeitenden ihr Wissen und ihr Engagement einbringen können.

Es gehen uns viele gute Personen verloren, weil wir sie zu wenig an Entscheidungsprozessen teilhaben lassen oder sie erst im Nachhinein einbinden. In anderen psychiatrischen Kliniken hat man im Management das Modell der dualen Leitung eingeführt, damit allen Berufsgruppen klar wird, dass eine lebendige

Organisation auf das Know-how aller Fachpersonen angewiesen ist.

Es gibt unterdessen auch Managementausbildungen, die sich explizit an ein interdisziplinäres Leitungsverständnis richten und in denen schon in den Unterrichtsmodulen praktisch geübt werden kann.

KS: Was sind die Folgen des drohenden Ärztemangels für den Pflegeberuf?

RL: Tatsächlich steuert die Schweiz auf einen Ärztemangel und langfristig auch auf einen Pflegemangel hin. Das zeigen alle Berichte, die sich mit der Thematik beschäftigen. Der letzte stammt aus dem Jahr 2016 (Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016). Der Mangel zeigt sich in allen psychiatrischen Kliniken der Schweiz. In den UPK sind wir davon auch betroffen, wenn er auch durch den universitären Auftrag und durch die schöne Stadt Basel und die Grenz Nähe dieser Mangel noch nicht so ausgeprägt ist wie in anderen Institutionen. Aber natürlich könnten wir die UPK schliessen, wenn wir nicht unsere deutschen Kolleginnen und Kollegen hätten.

Es zeichnet sich ab, dass andere Berufsgruppen bei einem noch grösseren Mangel Aufgaben übernehmen werden, die bis anhin auf diese Berufsgruppe beschränkt waren. Sowohl Psychologinnen und Psychologen als auch Pflegefachpersonen sind gewillt und ausgebildet genug, um solche Aufgaben übernehmen zu können. Nicht zu vergessen sind die Berufsgruppen der sozialen Arbeit und der medizinisch therapeutischen Berufe, die ebenfalls vermehrt Verantwortung übernehmen können.

In anderen Ländern gibt es neben den Advanced Practice Nurses auch die Nurse Practitioners, die wie die Hausärztinnen und Hausärzte Gesamtverantwortung für die Prozesse der Behandlung übernehmen können und dazu auch gesetzlich legitimiert sind.

KS: Inwiefern betreffen die aktuellen Strukturen in den psychiatrischen Institutionen den Pflegeberuf?

RL: In den UPK bin ich in einer Matrixorganisation als Fachverantwortliche für die Berufsgruppen der Pflege, MTD, Soziale Arbeit zuständig. Die personelle Verantwortung aller Berufsgruppen liegt bei den drei ärztlichen KlinikdirektorInnen, die zeitgleich auch Professoren an der Universität sind. «Es führen viele Wege nach Rom» kann man guten Gewissens behaupten, wenn man sieht, wie die psychiatrischen Institutionen der Schweiz aufgebaut sind. Die UPK hat sich für diese Lösung entschieden. Selber würde ich eine Struktur bevorzugen, in der ich neben der fachlichen auch die personelle Verantwortung übernehmen würde, wie ich das an

früheren Orten immer getan hatte. Wichtiger als jede Variante einer Struktur ist aber der Respekt und das Teilen von Verantwortung. Eine psychiatrische Klinik ist ja ein 24 Stunden Betrieb, der nur funktioniert, wenn ganz viele Rädchen ineinander verzahnt sind.

Unabhängig vom Organigramm ist für mich EFQM das Referenzmodell, damit ich meine Führungsaufgabe gut wahrnehmen kann. Die Auseinandersetzung hilft, die psychiatrische Institution als veränderbaren und lebendigen Organismus zu verstehen, der in ganz komplexen Zusammenhängen eingebettet ist.

KS: Wie werden derzeit die Personalbemessung der Mitarbeiter in den psychiatrischen Institutionen bestimmt?

RL: war es früher die PPV aus Deutschland an der wir uns hielten, so sind es heute eher die leitliniengesteuerte Personalbemessungen der DGPPN sowie die Erfahrungen aus den Skill und Grade mix Projekten der Pflege. Daneben starten wir eine Machbarkeitsstudie mit Namen «Interdisziplinärer Skills and Grade-mix» die uns helfen soll, den zukünftigen idealen interdisziplinären Personalmix zu benennen. Zur Zeit sind es eher gewachsene Traditionen und Erfahrungswerte aus der Praxis, die den Personalmix einer Abteilung definieren.

KS: Wie steht es mit der Patientenorientierung?

RL: Unabhängig in welcher Position und in welchem Setting ich arbeite, sind die Patientinnen und Patienten immer in meinem Fokus. Es freut mich z.B. ausserordentlich, dass ich den Behandlungsbeirat der UPK leiten darf, in dem Patientinnen und Patienten sowie Angehörige teilnehmen und es ist mir ein grosses Anliegen, dass wir sie nicht nur informieren sondern aktiv mitarbeiten lassen, z.B. wenn es um die Erarbeitung neuer Konzepte geht. Auch die erste Aktionswoche in Basel Stadt vom letzten Jahr haben wir trialogisch mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen konzipiert und durchgeführt. Die Teilnahme am Trialog hat mein Bewusstsein für die Arbeit auf Augenhöhe sehr geschärft und mich auch Demut gelernt. Die Partizipation der Betroffenen ist in den letzten Jahren viel stärker in unseren Fokus gerückt und das ist gut so. Ob wir nun von Recovery-Orientierung sprechen, Peers anstellen, Fallbesprechungen immer mit Patientinnen und Patienten machen, Voraussetzungen ernst nehmen, auch unkonventionelle Behandlungswege akzeptieren – die Möglichkeiten, patientenorientierter zu arbeiten sind vielfältig und ich unterstütze das mit aller Kraft.

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen überrollt uns ja manchmal so sehr, dass wir

uns bei der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden allzu sehr von finanziellen Mechanismen steuern lassen. Dabei wissen wir unterdessen, dass wir mindestens so effizient und kostengünstig arbeiten, wenn wir zuerst an die Qualität der Arbeit denken.

Von mir aus könnten Betroffene noch viel direkter in die Gestaltung unserer Angebote mit einbezogen werden. Wir machen noch zu viele Besprechungen über sie als mit ihnen und auch Angehörige beklagen sich erneut, dass sie zu wenig mit einbezogen werden.

KS: Du sprichst ja vor allem von der Situation in der stationäre Psychiatrie

RL: Eines meiner Lieblingsthemen ist ja die aufsuchende Behandlung. Dies aus der Erfahrung heraus, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung zwar viel über sich selber erfahren, wenn sie in stationärer Behandlung sind, aber eigentlich ihr Leben zuhause und an der Arbeit anders gestalten müssen. Sowohl früher als selber aufsuchende Pflegefachfrau in der Stadt Zürich und als sog. Betriebskrankenschwester im Jelmoli als auch dann in den aufsuchenden Teams im Kanton Thurgau wurde mir immer bewusster, welche wichtige Rolle das soziale System, die Wohnung, das Quartier, die Teilnahme in der Gemeinschaft spielen und wie wir oft unsere eigene Arbeit auch überschätzen. Wer immer nur stationär gearbeitet hat, kann sich die Wichtigkeit dieser Einflussfaktoren manchmal gar nicht vorstellen.

Psychische Erkrankung ist grosses Leid – auch für Freunde und Angehörige. Hier wieder Hoffnung schöpfen zu können, eine Perspektive zu sehen, ein Stück des Weges mit zu gehen – das ist unsere Aufgabe – egal welcher Berufsgruppe wir angehören.

Dass die heutigen psychiatrischen Institutionen immer noch viele Betten aufweisen und den Slogan «ambulant vor stationär» nicht umsetzen, hat meiner Ansicht nach mit zwei Dingen zu tun. Erstens unterstützen die Finanzströme die integrierte Versorgung überhaupt nicht, sondern behindern deren Ausbau. Aber zweitens haben wir selber auch eine überhöhte Vorstellung davon, was in einem stationären Setting alles geschehen kann.

Die Patientenorientierung wird zwar in allen Prospekten gross geschrieben, aber in der Realität spielen andere Dinge eine Rolle. Durch die Verselbständigung der früheren kantonalen psychiatrischen Institutionen und durch die Fusionen mancher Angebote sind grosse administrative Apparate aufgebaut worden, die viel Zeit und Energie fressen – obwohl wir uns davon eigentlich mehr unternehmerische Freiheit und Agilität versprochen hatten.

KS: In der UPK Basel wird ja die offene Psychiatrie gross geschrieben, wie erlebst Du das?

RL: die weitgehende Öffnung der Psychiatrischen Klinik benötigt ein grosses Engagement aller Fachpersonen und damit auch der Pflege. Es kommt zu Diskussionen zwischen Patienten und den Mitarbeitern was zu mehr Selbstverantwortung bei den Patienten führt, letztlich zu einer Entspannung der Atmosphäre und zu mehr Verbindlichkeit der Entscheide. Dabei entwickelt sich eine Entlastung der Mitarbeiter und eine neue Haltung in der Bezugspersonenarbeit. Die Öffnung hilft uns bei der Entstigmatisierung psychischer Erkrankung und trägt damit massgeblich dazu bei, dass der Slogan der WHO «no health without mental health» auch tatsächlich ernst genommen wird.

KS: Was möchtest Du den Mitglieder der SGPP noch sagen?

RL: Die Fachgesellschaft der in der Schweiz tätigen Fachärzte und -ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie bietet immer wieder spannende Jahreskongresse an, die ich ausserordentlich schätze. Dass die Referate und Symposien interprofessioneller angeboten werden und dass Angehörige und Betroffene eine immer wichtiger werdende Rolle spielen erachte ich als Bereicherung. Gesellschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen prägen unsere Arbeit sehr ich freue mich, dass wir dieses Jahr über die Zukunft der Psychiatrie debattieren können.

Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literatur

BAG, Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe, 2016-
Lancet "education of health professionals for the 21st century", 2010; 376: 1923–58.
SAMW «Charta – Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen», 2014.
Sauter S. et al., Experten für den Alltag, Psychiatrie Verlag 1999.
SRAN (swiss research agenda for nursing), Phase III, Agenda 2007–2017, www.sran.ch
Verein für Pflegewissenschaft Schweiz, www.vfp-apsi.ch
www.pflegeinitiative.ch

Korrespondenz

Karl Studer, Dr.med.
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
CH-8280 Kreuzlingen
karl.studer[at]bluemail.ch