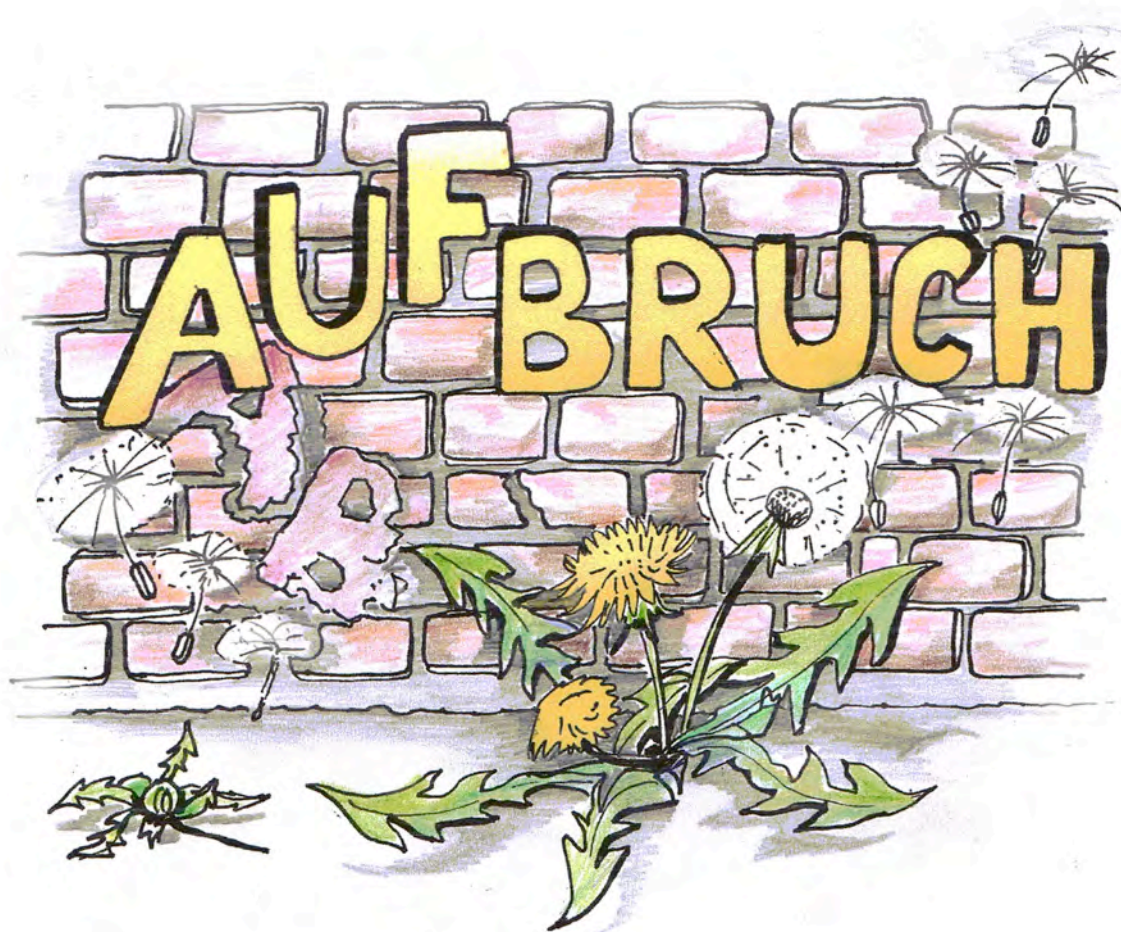


Bernadette Schemel

Coping der Pflegenden bei Zwangsmassnahmen

Welche Copingstrategien setzen Pflegende ein,
mit Zwangsmassnahmen umzugehen



Abschlussarbeit Fachmodul Trainerin/Trainer Aggressionsmanagement
Fachberatung: Tieni Moser

Hallau, Oktober 2010

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1. Einleitung	1
1.1. Motivation	1
1.2. Zielsetzung	1
1.3. Fragestellung	2
1.4. Eingrenzung	2
1.5. Vorgehensweise	2
2. Theorien	2
2.1. Definition von Zwangsmassnahmen	2
2.1.1. Zwangseinweisung	3
2.1.2. Zwangsmassnahmen	3
2.1.3. Rechtliche Grundlagen	5
2.1.4. Ethische Grundlagen	6
2.2. Erleben und Verhalten	8
2.3. Bewältigung/ Coping	9
2.3.1. Definition und Bedeutung von Coping	10
2.3.2. Formen von Coping	11
2.4. Bewältigung	11
2.4.1. Bewältigungsprozesse	12
2.4.2. Bewältigungsressourcen	12
3. Methoden	15
3.1. Auswahl	15
3.2. Offenes Interview	15
4. Ergebnisse	17
4.1. Kategorie Erleben	17
4.1.1. Die Beziehung zum Patienten	18
4.1.2. Gefühle: Belastung, Angst, Verletzbarkeit	19
4.1.3. Die Zwangsmassnahmen	21
4.1.4. Gewalt und Zwang	22
4.1.5. Zusammenarbeit	23
4.1.6. Selbstbild und Rolle der Pflegenden	24
4.1.7. Ethik	25
4.1.8. Lernen, Entwicklung der Person	25

4.2. Kategorie Verarbeiten	26
4.2.1. Nachbesprechung	27
4.2.2. Bewältigungsstrategien der Pflegenden	28
4.2.3. Gespräch mit den Patienten	30
4.2.4. Belastungen, Unverarbeitetes	30
4.2.5. Erlernen und Entwickeln von Verarbeitungsstrategien	31
4.3. Ergebnisse aus der Taxonomietabelle	32
4.3.1. Wertung der Taxonomiebefragung	32
4.3.2. Teamdaten	32
5. Diskussion	33
5.1. Zusammenfassung der Kategorie Erleben	33
5.2. Zusammenfassung der Kategorie Verarbeiten	34
5.3. Zusammenfassung der BEFO Taxonomietabelle	35
6. Schlussfolgerung	36
7. Persönliche Gedanken und Dank	38
8. Literaturverzeichnis	39
9. Anhang	I
Anhang A Handlungsbezogene Bewältigungsformen	I
Anhang B Kognitionsbezogene Bewältigungsformen	II
Anhang C Emotionsbezogene Bewältigungsformen	III
Anhang D Einwilligungsbestätigung	IV
Anhang E Ergebnisse der Bewältigungsformen	V
Anhang F Ergebnisse als Diagramm	VI
Anhang G Teamzusammensetzung	VII

Zusammenfassung

Für das Pflegepersonal beinhaltet eine Zwangsmassnahme grosses Konfliktpotential. Ausserordentliche Ereignisse wie Zwangsmassnahmen lösen viele Fragen bezüglich Ethik in der Pflegepraxis aus.

Die vorliegende Arbeit untersucht mittels offenem Interview und der Taxonomietabelle der Berner Bewältigungsformen an Pflegenden die Copingstrategien, die sie im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen an erwachsenen stationären Patienten der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation in Rheinau einsetzen. Es werden rechtliche und ethische Aspekte zu Zwangsmassnahmen und verschiedenen Copingstrategien anhand Literaturangaben erläutert.

Die eigenen Ergebnisse werden anhand des Modells Meer (2000) ausgewertet und diskutiert. Meine Erhebungen zeigen eine grosse Übereinstimmung mit dieser Arbeit. Die Schwerpunkte der verschiedenen Copingstrategien bei den von mir befragten Pflegenden bilden die kognitiven Bewältigungsformen.

Die vorgängig selber gewählten Formulierungen der Pflegenden zeigen eine grosse Übereinstimmung mit der anschliessend von ihnen ausgefüllten BEFO Taxonomie Heim et al. (1986).

1. Einleitung

1.1. Motivation

Ich wählte das Thema Copingstrategien bei Pflegenden im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen, weil ich weiss wie schwierig es ist Entscheide für Zwangsmassnahmen zu treffen und mitzutragen. Meine Erfahrung zeigt, welche Gefühle sie auslösen können, welche Fragen immer wieder hochkommen und wie schwer es sein kann, darüber zu sprechen. Viele Diskussionen und die Begleitung von Pflegenden, Lernenden und Patienten zeigen mir die grosse Betroffenheit. Es gibt viele Arbeiten zum Thema Copingstrategien von Patienten, nicht aber von Pflegenden. Mit dieser Arbeit will ich einen Beitrag leisten, diese von der Copingforschung vernachlässigte Seite der Pflegenden aufzuzeigen. Weiter hoffe ich Erkenntnisse zu erhalten, die den Pflegenden und mir selber das Bewusstsein stärken, welche Bedürfnisse und Formen der Unterstützung wir Pflegenden haben und welche wir zusätzlich benötigen.

1.2. Zielsetzung

1. Ich erfasse mit qualitativen Befragungen der Pflegenden der geschlossenen Station 63A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation in Rheinau das Erleben und Verarbeiten von Zwangsmassnahmen.
2. In einem zweiten Schritt werden die eigenen Copingstrategien der Pflegenden mittels der Taxonomietabelle der Berner Bewältigungsformen (im Folgenden mit BEFO abgekürzt) erfasst und ausgewertet.
3. Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis.

1.3. Fragestellung

Bei der Auseinandersetzung mit der Frage „Welche Copingstrategien setzen Pflegende ein mit Zwangsmassnahmen umzugehen“, haben sich weitere Fragen herauskristallisiert.

1. Wie erleben und verarbeiten die Pflegenden der geschlossenen Station 63A Zwangsmassnahmen?
2. Welche Copingstrategien setzen sie ein?

1.4. Eingrenzung

In dieser Arbeit befasste ich mich mit den Copingstrategien von Pflegenden im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen an erwachsenen stationären Patienten der geschlossenen Station der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation in Rheinau. Informationen erhalte ich von zwölf Pflegenden im offenen Interview mittels einer qualitativen und quantitativen Befragung. Die Aussagen sind anonym aufgeführt. Für die Interviews steht mir das Team der Station 63A zur Verfügung. Weitere Interviews sind in dem gegebenen Zeitraum nicht möglich.

1.5. Vorgehensweise

Im theoretischen Teil bearbeite ich Fachliteratur:

- ↗ Zwangsmassnahmen, rechtliche und ethische Grundlagen
- ↗ Copingstrategien / BEFO Berner Bewältigungsformen
- ↗ Diplomarbeit Meer (2000)

Es folgen die offenen Interviews mit dem Team 63A zum Thema „Welche Copingstrategien setzen Pflegende ein mit Zwangsmassnahmen umzugehen“ und die Erfassung und Auswertung mittels der Taxonomietabelle der Bewältigungsformen nach BEFO. Die Erkenntnisse aus Interview und BEFO - Taxonomietabelle fasse ich zusammen. Anhand des Modells Meer (2000) werte ich die Gespräche aus und vergleiche meine Resultate mit denen aus Meers Arbeit.

2. Theorien

2.1. Definition von Zwangsmassnahmen

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) definiert sämtliche Eingriffe, welche gegen den ausdrücklichen respektive mutmasslichen Willen eines Einzelnen erfolgen, oder gegen dessen Widerstand durchgesetzt werden, als Zwangsmassnahmen. Im Weiteren wird festgehalten, dass auch weniger einschneidende Massnahmen wie zum Beispiel Zwang bei der Nahrungsaufnahme, Festbinden an einen Stuhl / Rollstuhl oder Therapiezwang, als Zwangsmassnahmen zu betrachten sind. SAMW (2005)

Im folgenden Kapitel beschreibe ich die

- ↑ Ausgangslage
- ↑ Umstände
- ↑ Abläufe
- ↑ Vorgehensweisen

bei Zwangsmassnahmen in der Station 63A, in welcher sich die im Interview befragten Personen bewegen.

2.1.1. Zwangseinweisung

Befindet sich ein Mensch in einer für ihn selbst- oder fremdgefährdeten Situation, die weder für Familie, Freunde, Bekannte oder in einer ambulanten Behandlung weiter zumutbar ist, haben die kantonalen Kliniken den Auftrag, diesen aufzunehmen und zu betreuen.

Vielen dieser Patientinnen und Patienten fehlt die Einsicht der Notwendigkeit der stationären Behandlung und so gelangen sie per Zwangseinweisung in die Klinik.

Laut Sturny et al. (2004) wurden in der Schweiz im Jahr 2000 von 53'390 Eintritten 15'534 Patientinnen und Patienten, also 29,1%, unfreiwillig in psychiatrischen Kliniken aufgenommen. Diese 29,1% teilen sich auf in 18,6% (9'948 Personen) mit einem Fürsorgerischen Freiheitsentzug, FFE, gemäss Artikel 397a eingewiesen und 10,5% (5'586) aus nicht völlig freiwilliger Entscheidung, jedoch ohne FFE.

2.1.2. Zwangsmassnahmen

Zwangsmassnahmen sind Massnahmen, bei denen Bewegungsfreiheit und der Bewegungsraum der Patienten eingeschränkt wird. Für die Pflegenden bedeutet dieses Arbeiten mit Zwangsmassnahmen ein stetes Reflektieren der Verhältnismässigkeit, verbunden mit einem sensiblen und respektvollen Umgang.

Die Richtlinien der SAMW (2005) definieren, dass man zwischen Zwangsbehandlung und Freiheitseinschränkung unterscheidet.

↗ Unter Freiheitseinschränkung versteht man zum Beispiel eine Einweisung in eine geschlossene Station. Eine Verstärkung dieser Einschränkungen wie Isolationen im Isolierzimmer oder Fixationen mit Gurten werden als schwerwiegende Freiheitsbeschränkungen eingestuft.

↗ Von Isolation spricht man, wenn eine Patientin oder ein Patient unfreiwillig in einen Raum gebracht wird, der nicht nach eigenem Willen verlassen werden kann.

Auf unserer Station sieht das folgendermassen aus: Das Isolierzimmer der Station 63A befindet sich im hinteren Teil der Station und kann schon im Gang zusätzlich abgetrennt werden. Das „Isozimmer“ ist nur mit einer Matratze ausgestattet. Es befinden sich keine weiteren Gegenstände in diesem Raum womit man sich oder andere verletzen könnte. Die Fenster sind aus bruch sicherem Glas und das Zimmer wird mit zwei Türen gesichert. Das WC befindet sich gegenüber und ist schnell erreichbar.

Patientinnen und Patienten werden isoliert, um die Reizüberflutungen zu reduzieren oder weil sie aggressiv, bedrohlich oder sozial mehr auf der Station nicht tragbar sind. Priorität hat die Sicherheit der anwesenden Patienten und Pflegenden.

↗ Die Fixation kommt zum Zuge, wenn die Patienten sich im Isolierzimmer nicht beruhigen und sich dadurch massiv selbst- oder fremdgefährden. Die Bewegungsfreiheit wird mit am Bett befestigten Gurten eingeschränkt. Der Bauch und alle Gliedmassen werden so mit Gurten fixiert, dass keine Verletzungsgefahr besteht (5-Punkte-Fixation). Wird in der geschlossenen Station 63A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation eine Fixation angeordnet, findet immer auch eine Zwangsmedikation statt.

↗ Zwangsmedikation ist eine Medikation gegen den Willen der Patienten, sei dies in oraler Form oder mittels Injektionen. Durch das Verabreichen von beruhigenden oder antipsychotischen Medikamenten soll der Leidensdruck gemildert werden.

↗ Findet zusätzlich zur Freiheitseinschränkung auch eine Zwangsmedikation statt, spricht man von einer Zwangsbehandlung.

2.1.3. Rechtliche Grundlagen

Mit der folgenden Zusammenfassung der rechtlichen Grundlagen, Rahmenbedingungen, zeige ich das Spannungsfeld auf, in dem sich die Pflegenden bewegen.

Zwangseinweisungen können in der Schweiz laut SAMW (2005) nur per FFE und unter den gesetzlichen Voraussetzungen von Artikel 397a, Zivilgesetzbuch ZGB, erfolgen. Kann einer Person die erforderliche Fürsorge nicht gegeben werden, kann sie in eine Klinik eingewiesen oder in der Klinik zurückbehalten werden. Eingewiesen werden mündige oder entmündigte Menschen, die an Suchterkrankungen, schwerer Verwahrlosung, Geistesschwäche oder Geisteskrankheiten leiden.

Die Zuständigkeit, einen FFE auszusprechen, obliegt der vormundschaftlichen Behörde der Wohngemeinde der einzuweisenden Person.

Der Artikel 397b vom Zivilgesetzbuch regelt auch den Anspruch an eine gerichtliche Beurteilung von betroffenen und ihr nahe stehender Personen.

Muss ohne Verzögerung reagiert werden, haben viele Kantone die Befugnis zur Einweisung an Bezirks-, Amts- oder frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte weitergegeben.

Die Kantone halten sich laut Sauter et al. (2004) an die zentralen Grundsätze wie Erforderlichkeit, Verhältnismässigkeit und Zumutbarkeit. Zwangsmassnahmen richten sich nach dem Patientinnen- und Patientengesetz vom Kanton Zürich (2004):

↗ § 24 erklärt die freiheitseinschränkende Massnahmen und Zwangsbehandlungen. Diese sind nur zulässig, wenn sie Personen in fürsorgerischer Freiheitsentziehung oder im Straf- oder Massnahmenvollzug oder nicht urteilsfähige Personen betreffen. Dies gilt auch, wenn die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung oder der Vormundschaftsbehörde nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

↗ §25 regelt die freiheitseinschränkende Massnahmen. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit darf nur bei Selbst- oder Fremdgefährdung und bei einer dringend notwendigen Zwangsbehandlung eingesetzt werden.

↗ §26 betrifft die Zwangsbehandlungen, die in Notsituationen von körperlichen und psychischen Krankheiten durchgeführt werden, womit eine ernsthafte oder unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person oder von Dritten verhindert werden kann.

§27 hält das Verfahren und den Rechtsschutz fest. Die Verantwortung für eine Anordnung von Zwangsmassnahmen liegt bei den diensthabenden Ärzten. In Notsituationen ist bis zu deren Eintreffen das Fachpersonal zuständig. Mit der separaten Dokumentation wird der Ablauf der Zwangsmassnahme festgehalten. Patientinnen und Patienten müssen über die Gründe der Zwangsmassnahme aufgeklärt werden.

Ebenso ist die Information über die Rekursmöglichkeit den betroffenen Personen weiterzugeben und wenn notwendig zu unterstützen. Die Verhältnismässigkeit ist ein ganz zentraler Punkt. Es gilt ein ganz genaues Abwägen, welche Alternativen möglich wären, bevor ein derart traumatisierendes Geschehen veranlasst wird.

2.1.4. Ethische Grundlagen

Gemäss der Schriften der SAMW (2005) wird festgehalten, dass Zwangsmassnahmen immer ein Spannungsfeld medizinisch-ethischer Prinzipien beinhalten. Die Autonomie des Menschen ist zu wahren, gleichzeitig soll Schaden vermieden werden.

Die medizinische Betreuung der Patienten richtet sich nach Leitsätzen der medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW. Die Thematik ist uneinheitlich und bedarf einer formulierten Hilfestellung, an der sich Ärzte als auch Pflegende orientieren können.

Generell können sechs Punkte als Leitgedanke bei Zwangsmassnahmen gelten:

1. Zulässigkeit und Rechtfertigung, ethisch als auch rechtlich
2. Vermeidbarkeit
3. Information Betroffener und deren Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter
4. Modus der erforderlichen Zwangsmassnahmen
5. Nachbetreuung involvierter Menschen
6. Dokumentation

Ausserordentliche Ereignisse wie Zwangsmassnahmen lösen viele Fragen bezüglich Ethik in der Pflegepraxis aus: Fragen, mit denen sich Pflegende befassen und auseinandersetzen müssen. In Anlehnung an die Ethik Kommission vom Psychiatrie Zentrum Münsingen (2008), formuliere ich folgende Leitfragen zu den ethischen Prinzipien.

1. Leitfragen zum Prinzip der persönlichen Freiheit

- ☞ Wer klärt die Patientinnen und Patienten über Behandlungs- und Pflegeziele auf?
- ☞ Welche und wie viele Informationen werden benötigt, damit Patientinnen und Patienten einer Behandlung zustimmen oder diese ablehnen können?
- ☞ Ist die Urteilsfähigkeit der Patientinnen und Patienten vorhanden und werden diese genutzt?
- ☞ Autonomie und die Würde des Lebens sind Grundsätze, die im Menschen- und Patientenrecht hoch eingestuft werden.

2. Leitfragen zum Prinzip des guten Tuns

- ☞ Sind unser Tun und Handeln auf den „grössten Nutzen“ für Patientinnen und Patienten ausgerichtet?
- ☞ Ist das Fürsorgeprinzip (Fremd-/Selbstgefährdung) wichtiger zu werten als die persönliche Autonomie?
- ☞ Werden bei diesem Prinzip des „guten Tuns“ die persönlichen Rechte, die persönliche Freiheit, das Mitspracherecht beschnitten?
- ☞ Liegt es in unserem Interesse, die persönliche Freiheit und Autonomie der Patientinnen und Patienten, schrittweise wieder herzustellen?

3. Leitfragen zum Prinzip des Nicht-Schadens

- ☞ Richten wir unser Handeln so aus, dass wir keinen Schaden zufügen?
- ☞ Schliessen wir unnötige Hospitalisation aus?
- ☞ Verhindern oder unterlassen wir Hilfeleistungen, die sinnvoll sind?
- ☞ Wird vorhandene Lebensqualität gefährdet?
- ☞ Richten wir unser Handeln so aus, dass die Patientin und der Patient keine unnötigen Ängste, Schmerzen hat?
- ☞ Sind die elementaren Bedürfnisse gesichert? (Luft, Nahrung, Flüssigkeit, Zuwendung)

4. Leitfragen zum Prinzip der Gerechtigkeit und der Fairness

- ☞ Ist unser Handeln so ausgerichtet, dass jedem Menschen, egal unter welcher Krankheit er leidet, welche Herkunft und Religion er hat, eine qualitativ gleichgute Behandlung zusteht?
- ☞ Besitzt jeder Mensch die gleichen Rechte?
- ☞ Bevorzugen wir bestimmte Patientinnen und Patienten oder lassen wir nicht allen eine möglichst optimale Behandlung zukommen?
- ☞ Welche Mittel werden für welche Patientinnen und Patienten eingesetzt?
- ☞ Sind unsere Interventionen verhältnismässig?

5. Leitfragen zum Prinzip der Wahrheit und Ehrlichkeit

- ☞ Richten wir unser Handeln auf gegenseitiges Vertrauen und Ehrlichkeit aus?
- ☞ Äussere ich mich gegenüber den Patienten ehrlich?
- ☞ Sind meine Aussagen verständlich und klar?
- ☞ Überprüfe ich das Verstehen meiner Aussage?

Dieser Abschnitt meiner Arbeit ist sehr wichtig, widerspiegeln doch diese Fragen die Ernsthaftigkeit der Gedanken. Die Haltung, Grundeinstellung, Philosophie spiegeln sich in der Handlung und in der Tat wieder. Wir werden geprägt durch das Vorleben von Eltern, Familie, Freunde, Bekannten, aber auch von Menschen, die uns flüchtig begegnen und uns dennoch berühren. Mit, von und durch diese Menschen lernen und erkennen wir unsere Haltung und unser Tun. Unsere Gesellschaft hat zudem massgeblichen Einfluss auf unser Verhalten und unsere moralischen Vorstellungen. Dieses gesamte Umfeld beeinflusst uns bei der Entwicklung unserer Copingstrategien, die uns helfen, schwierige Ereignisse zu tragen und zu verarbeiten.

2.2. Erleben und Verhalten

Die Forschung konzentriert sich darauf, Formen, Prozesse und Effekte von Coping zu erfassen die eine Person einsetzt um die verschiedensten Anforderungen und Aufgaben des Lebens zu meistern.

Meer (2000) befasst sich in ihrer Arbeit mit der Frage wie Pflegende von psychiatrischen Akutstationen Zwangsmassnahmen erleben und verarbeiten.

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert und kategorisiert sie sechs offene Interviews.

In ihrer Untersuchung kristallisieren sich zwei Hauptkategorien heraus: Erleben und Verarbeiten. Meer (2000) gliedert der Kategorie Erleben folgende Unterkategorien zu:

- ↗ Beziehung zum Patienten
- ↗ Eigene Gefühle
- ↗ Zwangsmassnahmen
- ↗ Gewalt und Zwang
- ↗ Zusammenarbeit
- ↗ Selbstbild und Rolle der Pflegenden
- ↗ Ethik; Lernen

Die Kategorie Verarbeiten wird folgendermassen unterteilt:

- ↗ Nachbesprechung
- ↗ Bewältigungsstrategien
- ↗ Gespräche mit dem Patienten
- ↗ Belastung und Unvorbereitetes
- ↗ Erlernen und Entwickeln von Verarbeitungsstrategien
- ↗ beeinflussende Faktoren

In ihrer Arbeit zeigt sie auf, dass hinsichtlich der Rahmenbedingungen für Prävention und Deeskalation von Angst, Aggression und Gewalt, diese überprüft und wenn nötig angepasst werden müssen. Auch auf die Weiterbildungsangebote der Pflegenden müssten einer solchen Studie Rechnung tragen.

„Sensibilität und Gespür machen das Selbst aufmerksam auf das, was ihm fehlt, oder umgekehrt, was ihm gut tun würde.“ (...): „Welche Möglichkeiten des Lebens gibt es, wo kann ich sie finden und, falls sie nicht zu finden sind, welche lassen sich erfinden?“ (Schmid in Schwerzmann, 2008, S. 3).

2.3. Bewältigung/ Coping

In Anlehnung an Baldegger (2000) stammt die Bedeutung der Begriffe Bewältigung/ Coping von verschiedenen Sprachen ab, besitzen aber den gleichen Kern. Das Wort Bewältigung beinhaltet die Begriffe wie „Gewalt“ und „walten“ und weisen so auf eine zentrale Bedeutung hin.

In der Bewältigungsforschung findet sich keine einheitliche Begriffsdefinition für Bewältigung/ Coping.

„Wenn der Begriff Bewältigung (...) verwendet wird, dann in der Regel in dem Sinn, dass mit einer Situation umzugehen ist, die aus objektiver Sicht des Betroffenen in irgendeiner Weise belastend, schwierig, fordernd, unangenehm ist“ (Tesch et al., 1997 in Baldegger, 2000, S. 132).

2.3.1. Definition und Bedeutung von Coping

Coping kommt aus dem Englischen: „*to cope with something*“: *Zurechtkommen mit etwas, etwas bewältigen, verkraften* (Leo dictionary <http://dict.leo.org>).

Sinngemäß nach Tesch et al. (1997) bedeutet Coping, auf verschiedene belastende Situationen und Herausforderungen, die die üblichen Ressourcen und Reaktionsmöglichkeiten überfordern, zu reagieren. Lösungsansätze sind: überwinden, tolerieren, reduzieren oder minimieren.

Jeder Mensch gestaltet und meistert sein Leben individuell, je nach persönlichen Bedürfnissen, Werten, Haltungen und Möglichkeiten. Es verlangt eine grosse Anpassungsfähigkeit des Menschen, sich mit den dauernden Veränderungen auseinander setzen zu können. Ist es möglich die eigenen Handlungskompetenzen zu überprüfen, zu ändern und zu erweitern, entwickelt der Mensch Fähigkeiten sich in und mit der Umwelt zurecht zu finden.

Lazarus und Mitarbeiter, die im Rahmen ihrer Stresstheorie eine Kerndefinition entwickelten, werden von Tesch et al. (1997) zitiert: „Coping bezeichnet all diejenigen verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, das heisst sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren“ (Tesch et al., 1997 in Baldegger, 2000, S. 126).

In Anlehnung an Baldegger (2000) zeigen Erkenntnisse aus der Copingforschung folgendes: Belastungssituationen und bedeutsame Ereignisse sind Risikofaktoren, an welchen Menschen erkranken können. Besonders überraschende, nicht vorhergesehene und für den Menschen nicht zu bewältigende Situationen, in denen er sich ausgeliefert fühlt, können für die Gesundheit ein erhöhtes Risiko darstellen.

Erleben Personen Momente oder Zustände, in denen sie ihre personalen und sozialen Ressourcen nicht mehr nutzen können und an ihre psychischen und physischen Grenzen stossen, drohen mögliche Krisen. Wie oder was macht der Unterschied zwischen den täglichen Bewältigungen und einem kritischen Lebensereignis aus?

Kritische Lebensereignisse manifestieren sich häufig über eine Unmenge an Alltagswidrigkeiten und sind oft erst über diese erfassbar. Das Mass der Belastung und die Möglichkeit, den Grad der Wiederanpassung zu steuern, sind ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen kritischen Lebensereignissen und gewöhnlichen Alltagschwierigkeiten.

2.3.2. Formen von Coping

Laut Scherzmann (2008) unterscheidet Lazarus zwei Ansätze: problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping. Problemorientiertes Coping versucht die Situation oder das eigene Verhalten zu verändern. Emotionsorientiertes Coping beeinflusst den Umgang mit belastenden Gefühlen. Bei beiden Formen gibt es sowohl handelnde, wie auch intrapsychische, also nach innen gerichtete Strategien. Die konkreten Möglichkeiten dazu sind vielfältig und sollten der Person entsprechen.

Zum problemorientiert- handelnden Coping gehört die Suche nach Informationen. Es beinhaltet die Möglichkeit, sich in Situationen anders zu verhalten, sich mit Anderen auszutauschen, um so die eigenen Kompetenzen zu erweitern.

Zur emotionsorientiert - handelnden Form von Coping gehören Aktivitäten, die Gefühle zum Ausdruck bringen wie Erzählen, kreatives Schaffen, Bewegung und Beziehungspflege. Durch bewusstes Wahrnehmen und gedankliches Ordnen der eigenen Gefühle wird die emotionsorientiert- intrapsychische Bewältigung, wie z .B. Verstehen, Akzeptieren und Relativieren gefördert.

2.4. Bewältigung

Das Meistern und sich nicht unterkriegen lassen stellt ein Bewältigungsprozess dar. Bedrohungen und Verluste können abgefedert werden.

(Filipp, 1995 in Baldegger, 2000, S. 126).

2.4.1. Bewältigungsprozesse

Treten besondere Ereignisse und Lebensumstände auf ist der ganze Mensch gefordert. Sein Verhalten und Handeln, seine Gefühle und Gedanken, wie auch seine physischen Reaktionen zeigen sich im Bewältigungsprozess.

Laut Filipp (1995) entwickelte Lazarus ein Modell des Bewältigungsprozesses, in dem er der Einschätzung des Geschehens, so wie der Beurteilung der eigenen Bewältigungsressourcen eine zentrale Rolle zuordnet.

(Filipp, 1995 in Baldegger, 2000, S. 126).

Das Modell zu diesen Bewältigungsprozessen nach Lazarus (Lazarus in Baldegger, 2000, S. 137) siehe folgende Seite.

2.4.2. Bewältigungsressourcen

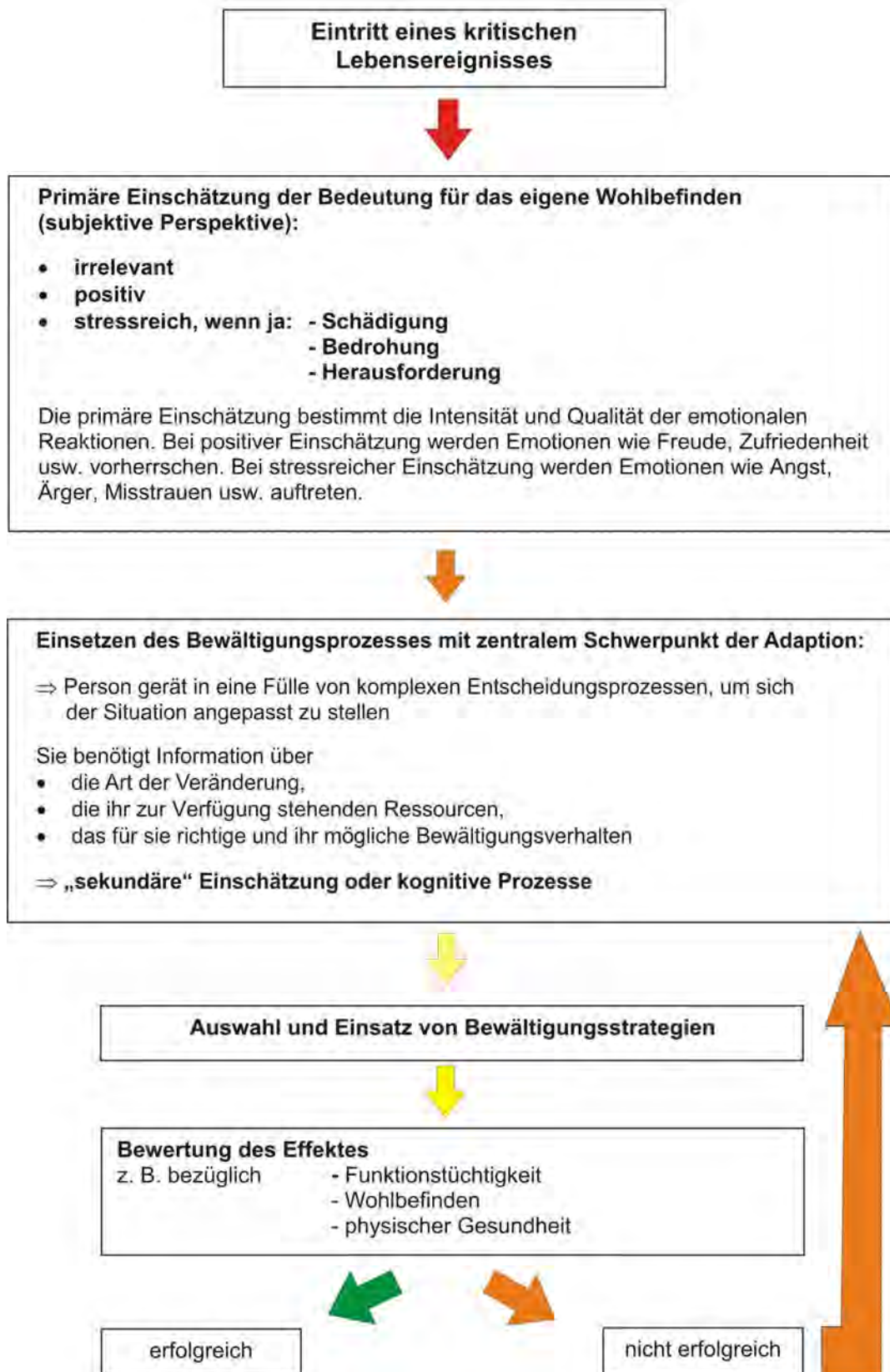
Sinngemäß nach Baldegger (2000) wird alles, was verfügbar ist und so zur Bewältigung von Stress beiträgt, als Ressourcen verstanden. Die objektiven Gegebenheiten wie Gesundheitszustand, soziales Netz, finanzielle Sicherheit etc. sind Einschätzungen, die eine Person macht. Sie sind abhängig davon, über welches Ausmass von Ressourcen diese Person verfügen kann.

Wenn Ressourcen objektiv und subjektiv nicht vorhanden sind, spricht man von einem Defizit. Ein Ressourcendefizit gibt Hinweise auf eine vielleicht erhöhte Verletzbarkeit in belastenden Situationen.

Von personellen Ressourcen spricht man, wenn Haltung und Überzeugung auf ein positives Selbstkonzept und eine positive Erwartungshaltung hinweisen.

Soziale Ressourcen kommen besonders in der Krankheitsbewältigung zum Tragen. In der Qualität der sozialen Beziehung ist auch die bedeutsamste soziale Ressource zu finden. Ist eine Beziehung durch emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit ausgezeichnet, wird die Bewältigung positiv beeinflusst.

Modellschritte der Bewältigungsprozesse nach Lazarus
(Lazarus in Baldegger, 2000, S. 137)



2.4.3. Bewältigungsformen

Die Berner Bewältigungsformen (s. Anhang A - C) wurden von Heim et al. (1986) entwickelt.

Sie unterscheiden drei Formen:

- ↑ handlungsbezogene
- ↑ kognitionsbezogene
- ↑ emotionsbezogene

Abgesehen vom Punkt Solidarisieren wird die Taxonomie ausführlich in Anlehnung an Sauter et al., 2004, S.702 – 703 dargestellt und ist im Anhang A – C zu finden. Der Begriff „Solidarisieren“ wird über Duden definiert.

Die ursprünglich von Heim et al. (1986) formulierte Taxonomietabelle, die ich im Interview einsetze und mit der ich eine quantitative Erhebung mache, ist eine Kurzfassung der im Anhang A – C dargestellten Ausführungen.

Taxonomie der Berner Bewältigungsformen

(Heim et al., 1986 in Baldegger, 2000, S. 135)

Handlungsbezogene Bewältigungsformen		Kognitionsbezogene Bewältigungsformen		Emotionsbezogene Bewältigungsformen	
Ablenkendes Anpacken		Ablenken		Hadern, Selbstbedauern	
Altruismus (Selbstlosigkeit)		Aggravieren (Verschlimmern)		Emotionale Entlastung	
Aktives Vermeiden		Akzeptieren		Isolieren, unterdrücken	
Kompensation		Dissimilieren (Verbergen)		Optimismus	
Konstruktive Aktivität		Haltung bewahren		Passive Kooperation	
Entspannung		Humor, Ironie		Resignation, Fatalismus	
Sozialer Rückzug		Problemanalyse		Selbstbeschuldigung	
Solidarisieren		Relativieren		Schuld zuweisen, Wut	
Zupacken		Religiosität		Ausleben	
Zuwendung		Rumifizieren (Grübeln)			
		Sinnggebung			
		Valorisieren (Wertgebung)			
Total		Total		Total	

3. Methoden

3.1. Auswahl

In einer Teamsitzung informierte ich das Team der geschlossenen Station 63A der Klinik für Psychiatrische Rehabilitation über das Thema meiner Facharbeit. Das grosse Interesse des Teams hat mich dazu bewogen, alle zwölf Teammitglieder zu einem Interview einzuladen. Die Informantinnen und Informanten sind alles Pflegefachpersonen, die der deutschen Sprache mächtig sind und sich mit Zwangsmassnahmen auseinandersetzen müssen.

3.2. Offenes Interview

Im offenen Interview geht es darum, die Interviewten zum Erzählen zu bringen. Diese Gesprächsform unterscheidet sich von „normalen Gesprächen“ durch die einseitige Struktur. Die Informationen kommen nur von der Seite der Informanten. Die Interviewerin gibt nur wenn nötig einen Anstoss oder fragt nach, um zu ermuntern oder zu detaillieren. Im offenen Interview können Ereignisse, Erklärungen, Einstellungen und Überzeugungen aber auch Erwartungen und Visionen erfasst werden.

Das Team von der Station 63A wurde in einer Teamsitzung über den Ablauf der Interviews informiert. Jede Pflegefachkraft erhielt die Einwilligungsbestätigung (s. Anhang D) und Taxonomietabelle. Für die Interviews stand uns das Besprechungszimmer der Station zur Verfügung.

Zuerst wies ich die Beteiligten darauf hin, dass sie jederzeit das Gespräch unterbrechen oder beenden können, sollte dieses zu schwierig werden für sie. Die offenen Interviews wurden auf ein Tonband aufgenommen und dauerten zwischen 45 – 75 Minuten.

Am Schluss des Interviews wurde die Taxonomietabelle der Berner Bewältigungsformen von den Informantinnen und Informanten ausgefüllt. Mit der Taxonomietabelle kennzeichneten die Pflegenden, welche Bewältigungsformen sie an sich, in dieser von ihnen beschriebenen Situation, erkennen. Bezüglich Anzahl der zu wählenden Strategien hatten sie keine Einschränkungen. Die Ergebnisse sind auf Seite 32.

Die Taxonomietabelle füllten sie erst am Ende des Interviews aus. Die Pflegenden sollten im ersten Teil des Interviews eigene Formulierungen einbringen, um am Schluss des Interviews ihre eigenen Bewältigungsformen besser zu erkennen.

Mit dem Modell Meer (2000) strukturierte ich die Interviews der Pflegenden, um so eine Ebene zu schaffen, die mir ein Vergleichen der Ergebnisse und deren Zusammenfassung ermöglichte.

Meer (2000) analysierte und kategorisierte sechs offene Interviews. Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. In ihrer Untersuchung lösten sich zwei Hauptkategorien heraus: Erleben und Verarbeiten.

Sie gliederte der Kategorie Erleben in folgende Unterkategorien:

- ↗ Beziehung zum Patienten
- ↗ Eigene Gefühle
- ↗ Zwangsmassnahmen
- ↗ Gewalt und Zwang
- ↗ Zusammenarbeit
- ↗ Selbstbild und Rolle der Pflegenden
- ↗ Ethik
- ↗ Lernen

Die Kategorie Verarbeiten wird folgendermassen unterteilt:

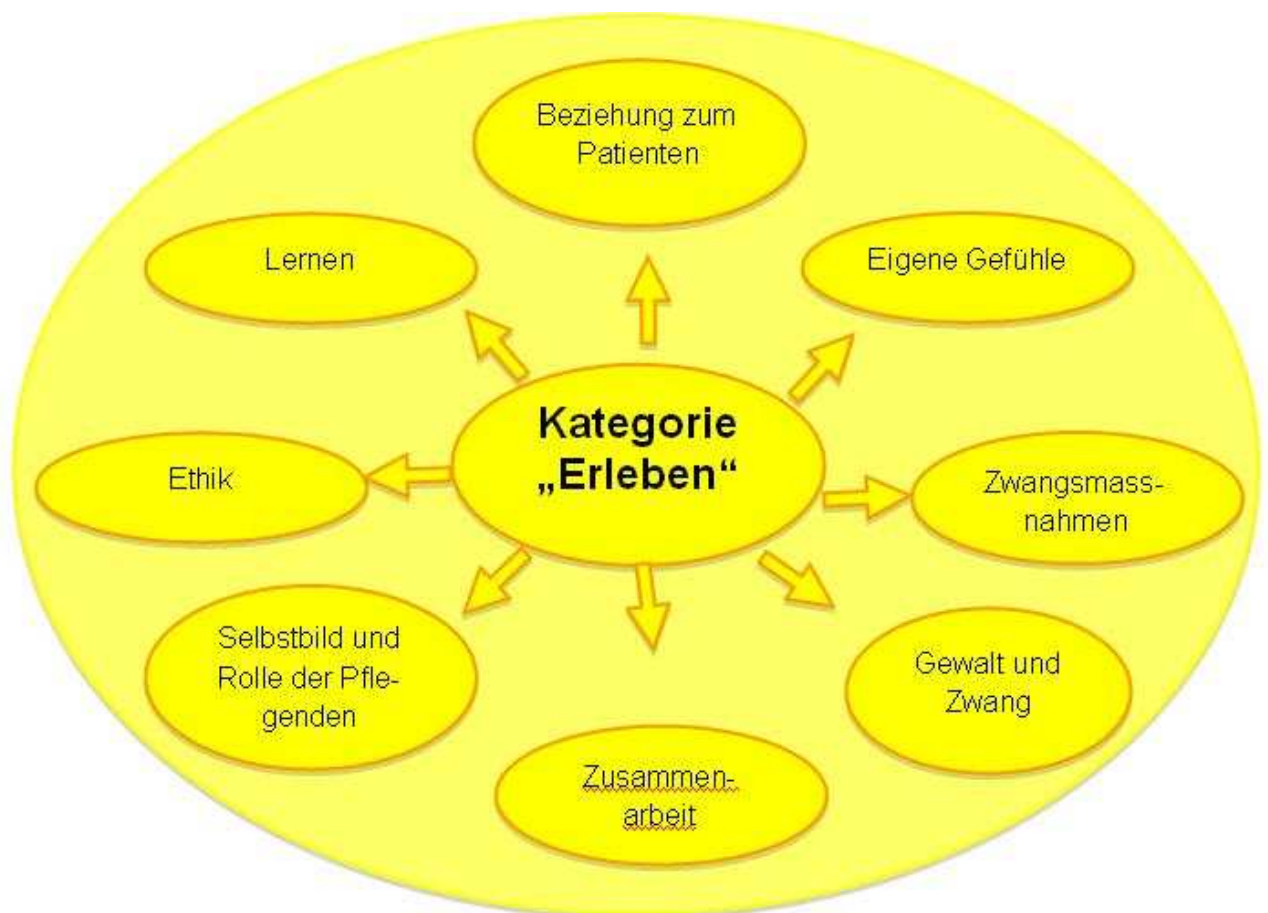
- ↗ Nachbesprechung
- ↗ Bewältigungsstrategien
- ↗ Gespräche mit dem Patienten
- ↗ Belastung und Unvorbereitetes
- ↗ Erlernen und Entwickeln von Verarbeitungsstrategien
- ↗ beeinflussende Faktoren

4. Ergebnisse

Um die Ergebnisse auszuwerten und darzustellen, übernehme ich die Aussagen aus den Interviews möglichst originalgetreu. Sie erfahren höchstens dort minimalste Korrekturen, wo es der Verständlichkeit dient. Zur besseren Übersicht werden die Originalzitate in kursiver Schrift und mit engerem Zeilenabstand dargestellt.

4.1. Kategorie: Erleben

Die folgende Grafik zeigt die Kategorie Erleben mit den acht Unterkategorien. Diese werden in den nächsten Abschnitten beschrieben.



Grafik Schemel in Anlehnung Meer (2000)

4.1.1. Die Beziehung zum Patienten

Der Beziehungsaufbau beginnt zum Zeitpunkt des Klinikeintrittes der Patienten. Kennen sie die Station bereits von früher, sind das schon Erlebte und die gemachten Erfahrungen prägend. So können gute Beziehungen zu Pflegenden helfen, die neue Situation erträglicher zu machen. Sind die Erfahrungen jedoch mit Angst, Wut und nicht verarbeiteten Gefühlen behaftet, ist es für die Patienten noch schwieriger, den Eintritt in die Klinik zu akzeptieren.

„Ein wichtiges Ereignis war der Satz eines Patienten: „Ich bin froh, dass Sie da sind.“ Dieser Satz hat mir geholfen, hat mir das Bild vom Patienten zurechtgerückt, mir die Angst genommen. War unsicher weil wir nach einer Zwangsmassnahme, bei der ich dabei war, nicht mehr miteinander sprechen konnten, da er in eine andere Klinik verlegt wurde. Ich konnte nicht einschätzen, ob ich das Vertrauen vom Patienten noch habe.“

Ein wichtiger Punkt nach einer Zwangsmassnahme ist die Kommunikation, um damit die Verbindung aufrechtzuerhalten. Es braucht je nach Situation eine permanente bis viertelstündliche Überwachung, um das Befinden der Patienten beurteilen zu können. Das Vertrauen wieder aufzubauen erfordert die Offenheit und auch den Mut, die eigenen Gefühle gegenüber den Patienten zu äussern.

„...als ich dem Patienten sagte, dass er mir Angst mache, war er sehr erstaunt und gleichzeitig traurig. In diesem Moment war die Angst bei mir weg, wie bei einem Schalter, den man gekippt hat.“

Können die Pflegenden ihre negativen oder von Angst gezeichneten Gefühle nicht eingestehen, gestaltet sich eine Weiterentwicklung der Beziehung als schwierig.

„...ich glaube, die wittern die Angst, die negativen Gedanken und Gefühle. In solchen Ausnahmesituationen sind alle Instinkte bei den Patienten viel ausgeprägter.“

Zwangsmassnahmen können von Patienten so negativ erlebt werden, dass es nicht mehr möglich ist, mit ihnen weiter zu arbeiten.

„...mir tat die Patientin leid, weil sie mit ihrer negativen Haltung ein Weiterkommen in ihrer Therapie verspielte. Sie wurde verlegt, dies wiederum fand ich auch keine gute Lösung, war aber trotzdem erleichtert. Schwierig zu verstehen, nicht wahr?“

„...es macht mir Mühe die Böse zu sein. Es ist mir ein Anliegen, dass mich die Patienten auch in einer positiven Rolle wahrnehmen können.“

Für die Pflegenden ist es ein Anliegen, in ein gutes Einvernehmen mit den Patienten zu treten. Damit können die Patienten auch andere, positivere Erfahrungen sammeln und dadurch ein umgänglicheres Gefühl zu ihnen entwickeln.

4.1.2. Gefühle: Belastung, Angst, Verletzbarkeit

„...Stress, absoluter Stress ist für mich, wenn ich auf eine andere Station komme und ich schon am Eingang mit den Worten „Männer sind gefordert“ empfangen werde. Dann stehe ich ganz vorn und soll noch adäquat handeln und dies manchmal ohne Informationen. Besser geht es mir, wenn ich weiss, weshalb diese Situation im Raum steht. So kann ich auch die Situation besser verstehen.“

„...geht der Personennotruf los und ich muss losrennen, ist mir schon ganz eigen zu Mute, ich weiss nicht, was jetzt auf mich zukommt. Diese Momente sind schwierig für mich. Bin ich auf der Station ertappe ich mich, dass ich froh bin, wenn Männer gebraucht werden und ich unverrichteter Dinge wieder gehen darf.“

Für viele Pflegende ist es eine zusätzliche Belastung, wenn sie für Zwangsmassnahmen auf eine andere Station gerufen werden. Besonders belastend ist die Situation, wenn nur ganz wenige Informationen weiter gegeben werden. Als Pflegende nur noch auszuführen, was schon beschlossen ist, bereitet grosse Mühe. Es kann aber auch das Gegenteil der Fall sein:

„...muss ich auf einer anderen Station helfen, bereitet es mir weniger Mühe als auf meiner Station. Dort bin ich im Hintergrund und werde wenn nötig in die Situation eingeführt.“

Pflegende erleben dann Zwangsmassnahmen als weniger belastend, wenn sie emotional nicht oder wenig involviert sind, wenn sie Beschützer oder Helfer sind und nicht die führende Rolle übernehmen müssen.

„...Angst gegenüber Patienten habe ich selten, ich werde eher ruhiger je hektischer es wird. Bin überzeugt, dass das die Patienten auch wahrnehmen. Kommt sie trotzdem hoch, versuche ich sie in den Hintergrund zu drängen.“

„...vor kurzer Zeit musste ich als Bezugsperson die Patientin selber spritzen. Ich musste mich erst beruhigen, ich war aufgewühlt und habe gezittert. Ich hatte richtig Angst und es bereitete mir, ich weiss nicht, wie ich es sagen soll, so wie Schmerzen. Es war eine unglückliche Situation.“

Eine grosse Herausforderung ist der Umgang mit der Angst. Es ist elementar, sie in schwierigen Situationen wie bei einer bevorstehenden Zwangsmassnahme oder einem Alarm unter Kontrolle zu halten. Angst bei Zwangsmassnahmen kann auch erst nach dem Akt ausbrechen und zu schwer einzuordnenden Gefühlszuständen führen.

„...es fällt mir schwer meine Angst richtig zu beschreiben, aber nur schon zu wissen, dass ich jederzeit Kolleginnen und Kollegen habe, die mir zuhören gibt mir Kraft. Angst nimmt mir die Kraft, um mich bei Zwangsmassnahmen sicherer zu fühlen. Rede ich darüber, sehe ich auch, dass es nicht nur mir so geht, dass meine Gefühle gar nicht so daneben stehen.“

Finden Zwangsmassnahmen statt, welche Pflegende als schrecklich, unwürdig oder nicht dem persönlichen Empfinden der Verhältnismässigkeit erleben, gehen solche Situationen sehr nahe und sind schwer zu ertragen.

„...ich verstand nicht weshalb er so auf den Boden gedrückt wurde, mir wurde selber eng dabei, ich musste ihn auch halten und fühlte mich schlecht, nein wie, ich glaube „schmutzig“ trifft meine Gefühle besser. In dieser Situation konnte ich für den Patienten nicht so da sein wie ich es für richtig hielt. Dieser Moment ging mir nahe, war schwierig.“

„...als er so bedrohlich vor uns stand und ganz gezielt zu spucken begann, war das schlimmer für mich, als wenn er mir eine verpasst hätte. Diesen Ekel zu spüren gegenüber einem Patienten konnte ich schlecht ertragen. Auf einmal hatte Gewalt ein anderes Gesicht für mich.“

Die ethischen Leitlinien und persönlichen Lebensregeln werden in Situationen von Zwangsmassnahmen von den Pflegenden als Stütze empfunden. Sie sind froh, diese Empfindsamkeit zu haben, um in diesen Momenten menschlich handeln zu können.

„...an Zwangsmassnahmen kann und will ich mich nicht gewöhnen. Stell dir vor es würde mich nicht mehr betroffen machen: das wäre traurig, dann könnte ich nicht mehr in der Psychiatrie arbeiten, müsste eine andere Aufgabe suchen.“

Offenbar gehören Zwangsmassnahmen zu den stärksten und am schwierigsten zu verarbeitenden Ereignissen der Pflegenden. Das subjektive Empfinden dieser Belastung ist stark abhängig von der eigenen Tagesverfassung.

„...dann denke ich es ist genug! Ich mag nicht mehr, es gibt einfachere Arbeiten und die werden anders, mehr wertgeschätzt.“

4.1.3. Die Zwangsmassnahmen

Werden Pflegende mit kritischen Situationen konfrontiert, kommt ihre Professionalität so zum Tragen, dass die Spirale von Aggression und Gewalt möglichst früh unterbrochen werden kann. Dazu setzen sie ihre Beziehung zu den Patienten ein: sie pflegen Gespräche mit ihnen, gehen mit ihnen spazieren oder bieten ihnen auf Wunsch Rückzugsmöglichkeiten an. Es braucht Geduld, auch den Patienten die erforderliche Zeit zuzugestehen, für sie da zu sein, herauszufinden, was sie brauchen. Zeit ist nicht immer in dem Ausmass vorhanden, wie die Notwendigkeit einer solchen Situation dies erfordern würde.

„...dann ist es uns gelungen, ich konnte mich so um die Patientin kümmern, dass sie wieder „herunter“ kommen konnte. Ich war erleichtert, als wir diese Situation ohne Zwang beenden konnten.“

„...es macht mich wütend und traurig, wenn Patienten in eine Krise rutschen weil wir nicht dran bleiben können, wenn wir nicht genug Zeit haben, zu wenig Pflegende sind.“

Können Pflegende trotz allem die Aggressionsentwicklung nicht unterbrechen und unter Kontrolle bringen, wird der Arzt beigezogen und der Entscheid für eine Zwangsmassnahme wird gemeinsam gefällt.

„...am meisten belasten mich Zwangsmassnahmen, die mich überfahren, wo ich sehr schnell reagieren, muss weil die Bedrohung oder die Gefahr keine Besprechung mehr zulässt.“

Beim Entscheid für Zwangsmassnahmen spielen ganz unterschiedliche Faktoren mit. Enge Strukturen, Patientenzusammensetzung, Personalsituation, eigene Ängste. Die Pflegenden verfügen über viele Möglichkeiten, um die verschiedenen Anzeichen von steigender Spannung und Aggression wahrzunehmen. Dies ermöglicht, schwierige Situationen ohne Gewalt und Zwang aufzuweichen und aufzulösen.

Das Hauptanliegen, nicht nur im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen, ist wohl die Sicherheit, sei es für das Personal, sei es für die Patienten.

„...geht der Alarm los renne ich ohne lange zu überlegen los. Ich weiss, wie lange eine Minute sein kann, wenn man auf Hilfe wartet. Ich bin immer froh wenn Fehlalarm ist oder die Hilfe nicht mehr benötigt wird. Ich fühle mich aber auch sicherer, wenn ich selber den Personennotruf auf mir trage.“

Um die Sicherheit der Patienten und des Personals zu unterstützen, ist die Klinik mit einem Personennotruf als Alarmsystem ausgerüstet. Die Pflegenden haben die Verantwortung, den Personennotruf auf sich zu tragen. So können sie bei Bedarf Hilfe anfordern oder Hilfe leisten. Dieser Notruf kann auch den Pflegenden ein absicherndes, beruhigendes Gefühl vermitteln.

Ist der Entscheid für eine Zwangsmassnahme auf Grund einer Selbst- oder Fremdgefährdung gefallen, werden dem Patienten nochmals die Medikamente angeboten und er wird zur Beruhigung ins Isolierzimmer gebracht. Ist der Patient noch immer nicht zu besänftigen oder findet eine weitere Zuspitzung der Situation statt, kommt es zu einer Fixierung. Um den Patienten weder zu gefährden oder zu verletzen, müssen die Fixationsgurten fachgerecht eingesetzt werden. Es erfordert eine hohe Professionalität in dieser Situation mit dem Patienten zu kommunizieren, ihn mit kurzen und klaren Sätzen zu begleiten und mit ruhiger Stimme zu besänftigen.

„...in dieser Situation die Ruhe zu finden ist für mich schwer, aber ich denke für den Patienten ist es wichtig, dass ich mit ihm spreche, ihn informiere und er über die Schritte Bescheid weiss. Das beruhigt mich auch selber ein bisschen.“

Eine Zwangsmassnahme erfordert immer Nachbesprechungen. Für alle Beteiligten ist es sehr wichtig, die Möglichkeit zu haben, die ganze Situation im Nachhinein zu betrachten, Fragen zu klären oder Antworten zu erhalten.

„...es ärgert mich, wenn alle wieder auf die Stationen zurück rennen ohne Nachbesprechung. Mir ist es wichtig genau hinzuschauen, etwas zu klären und zu lernen, oder einfach die Möglichkeit zu haben mich für die Hilfe zu bedanken.“

Die Dokumentation der durchgeführten Zwangsmassnahme durch die Pflegenden muss so unverzüglich wie möglich und sehr detailliert verfasst werden. Dies dient der eigenen Absicherung und Bewältigung.

4.1.4. Gewalt und Zwang

„...nur schon die Vorstellung, jegliche Kontrolle über mich zu verlieren, bekräftigt meine Annahme, dass kein Mensch einfach gewalttätig ist. Da steckt viel mehr dahinter, das sucht sich niemand aus.“

„...ganz krass finde ich die Menschen, denen es wirklich egal ist ob und wie sie andere Menschen verletzen.“

Die Begriffe „Gewalt“ und „Zwang“ beinhalten für mich immer etwas von Walten, Einschränkung, Müssen, Ärger, Angst, Wut, Enttäuschung, Trauer. Sie sind von rein negativen Gefühlen begleitet.

„...immer mit mehr Zwang arbeiten zu müssen, belastet mich. Immer mehr wird von uns verlangt und das mit weniger Personal, dafür Strukturen, die behindern.“

„...je weniger vorgegebene, harte Strukturen auf der Station sind, desto weniger Aggressionen wachsen. Es macht mich selber wütend, wenn alles festgestampft ist.“

Die Pflegenden sind vermehrt mit der Zunahme von Aggression und Gewalt konfrontiert. Dabei in der Rolle zu sein, selber mit Gewalt und Zwang arbeiten zu müssen, ist für die Pflegenden sehr belastend und widersprüchlich.

„...ich bin richtig erschrocken, als ich bei mir eine gewisse Genugtuung bemerkte. Den Patienten im Isolierraum zu wissen, bereitete mir etwas wie Schadenfreude. Es war einfach genug, all diese Beschimpfungen und Bedrohungen, es reichte.“

Die Pflegenden sind sich über die Gefahr von Machtmissbrauch bewusst. Macht, Einwirkung, Gewalt, Geltung und Ohnmacht sind Themen, die immer wieder mit den ethischen Richtlinien in Verbindung gebracht werden müssen. Sie dürfen nicht unausprechlich, tabuisiert oder gar standardisiert werden.

4.1.5. Zusammenarbeit

„...ich arbeite gern in einem Team, das offen und ehrlich miteinander umgeht, auch mal sagen zu können, was nicht stimmt. Aber das braucht Vertrauen und das habe ich nicht immer zu allen. Vielleicht ist einfach zuviel gelaufen.“

„...miteinander zu lachen ist richtige Medizin, dann geht mir die Arbeit besser von der Hand, ich brauche Harmonie, um gut arbeiten zu können. Ist eine gute Stimmung im Team schwappt es auch zu den Patienten über.“

Das Stationsmilieu steigt und fällt mit dem Team. Findet das Team eine gemeinsame Haltung, ist ein wichtiger Teil für eine gute Zusammenarbeit vorhanden. Vertrauen oder Unstimmigkeiten ansprechen zu dürfen, sich umeinander kümmern, wohlwollendes Miteinander und Humor erleichtern die Arbeit. Es ist hilfreich, wenn eine eigene gute Tagesform im Team weiterverbreitet werden kann. Wenn ein unstimmiger Tag da ist, ist es wichtig, dass einem das Team vielleicht eine belastende Arbeit abnehmen kann. Dies trägt dazu bei, auch unter den Patienten eine harmonische Stimmung verbreiten zu können.

„...es ist schwierig, wenn bei einer Zwangsmassnahme der Ablauf nicht klar ist. Wenn ich da stehe und merke, dass der Arzt oder Psychologe nicht nachfragt, sondern einfach agiert. Dann ist es schwierig, hinter solchen Entscheiden zu stehen.“

Unstimmigkeiten und unausgesprochene Konflikte werden von Pflegenden als „Energiekiller“ wahrgenommen. Eine kollegiale, vertrauensvolle interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Basis einer gut funktionierenden, verständnisvollen Betreuung.

4.1.6. Selbstbild und Rolle der Pflegenden

„...und dann gibt es Augenblicke, in denen ich mich genau richtig fühle und es mir gelingt, eine wirklich aufgeheizte Stimmung zu kühlen. Das sind wertvolle Momente, die mich weiterbringen.“

„...ich habe auch nach vielen Jahren Berufserfahrung noch die gleichen unguuten Gefühle, wenn es zu einer Zwangsmassnahme kommt. Diesen Teil würde ich gerne aus meiner Arbeit streichen.“

Die Anforderungen an Pflegefachfachleute sind mannigfaltig. In ihrem Berufsalltag erleben sie abwechslungsreiche und spannungsvolle Situationen. Das Spektrum umfasst die ganze Gefühlspalette. Dies erfordert eine hohe Fach- und Sozialkompetenz, die Pflegenden jeden Tag so einsetzen wollen, um möglichst wenig mit Aggression und Gewalt, Zwang und Zwangsmassnahmen konfrontiert zu werden.

„...die Gesellschaft, die Politiker haben keine Ahnung, wie viel Kraft und Mut es braucht, um sich dieser Aufgabe tagtäglich zu stellen. Da geht es doch nur um Kosten, Defizite und Einsparungen. In der Psychiatrie haben Menschen, Patienten als auch Pflegenden, eine kleine Lobby. Es ist trotz Aufklärung nach wie vor ein unangenehmes Thema für die Gesellschaft.“

„...ich trage zu viel nach Hause. Es gelingt mir oft nicht abzuschalten, muss mit mir alleine klar kommen.“

„...ich bin froh arbeitet mein Partner auch auf diesem Gebiet. Das Verständnis ist sicher grösser und mir helfen die Diskussionen und die distanziertere Sichtweise, die er einbringt.“

„...ich nehme ganz selten etwas nach Hause, da warten wieder andere Aufgaben auf mich, die meine Aufmerksamkeit benötigen. Ist es mal ganz „strub“, habe ich eine Freundin, bei der ich mich aussprechen kann.“

„...manchmal kommen so Äusserungen wie: „das könnte ich nie machen“, „wo nimmst du die Geduld und Kraft her“, „ich ziehe den Hut“ usw. Da merke ich dann die Wertschätzung. Das tut einfach nur gut.

Pflegende sind sich bewusst, wie schwierig es für Aussenstehende sein kann, sich ein Bild über ihren Berufsalltag zu machen. Viele trennen dadurch Berufs- und Privatleben, wünschen sich aber von der Gesellschaft dennoch eine Wertschätzung ihrer Arbeit.

4.1.7. Ethik

„...es muss auch in extremen Situationen, wie eben bei Zwangsmassnahmen auf die Würde geachtet werden, muss dem menschlichen Handeln gerecht werden. Ich kann auf emphatische Art jemandem gegenüber stehen, auch wenn diese Diskrepanz von Aggression, Gewalt und Zwang dazwischen steht.“

Die Pflegenden setzen sich tagtäglich mit Ethikfragen auseinander. Haltung, Grundeinstellung und Philosophie widerspiegeln sich in der Handlung. Jedes Team und jede Station hat eigene Gesetze, die aber immer mit den ethischen Prinzipien verbunden sein müssen.

„...ist die Haltung im Team einheitlich, ist dies für die Patienten beruhigend. Sie fühlen sich sicherer und können sich daran halten.“

Für Pflegende ist es wichtig die Möglichkeit zu haben, früh in eine Situation einzusteigen, um so einer Eskalation entgegenzuwirken. Im Vordergrund steht aber immer die Sicherheit von Patienten und Personal.

„...für mich ist es wichtig, dass wir gesund bleiben und nicht zu Schaden kommen.“

„...ich fühle mich auch für meine Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen verantwortlich. Sie in Sicherheit zu wissen ist mir wichtig.“

4.1.8. Lernen, Entwicklung der Person

„...der Basiskurs hat viel dazu beigetragen mich sicherer zu fühlen, nur finde ich, dass wir mehr Möglichkeiten haben sollten zu üben, man vergisst schnell. Kommen dann so Extremsituationen auf mich zu, ich weiss nicht, ob ich dann die Sicherheit habe, gemäss den aktuellen Kenntnissen zu reagieren.“

Pflegende erleben eine grosse Entwicklung im Umgang mit Aggression, Gewalt und Zwang. Durch Schulungen lernen und entwickeln sie Fähigkeiten, die ihnen beim Umgang mit Zwangsmassnahmen helfen, diese besser zu verstehen, einzuschätzen und nach Möglichkeit zu verhindern.

„...die Weiterbildungen im Umgang mit Zwangsmassnahmen sollten für alle obligatorisch sein. Ich habe schon Situationen erlebt, da hatte keiner, der mir zu Hilfe kam eine Ahnung von Teamtechnik und so war es ganz schön chaotisch.“

„...ich finde die Nachbesprechungen sehr lehrreich, ich kann meine Fragen direkt stellen, erhalte Antworten, kann mich einbringen und mich so weiterentwickeln.“

„...wenn ich bei mir eine Weiterentwicklung wahrnehme, gibt mir dies Kraft und fördert auch mein Selbstbewusstsein. Ich denke, das wiederum merken auch die Patienten und gibt ihnen und auch mir mehr Sicherheit.“

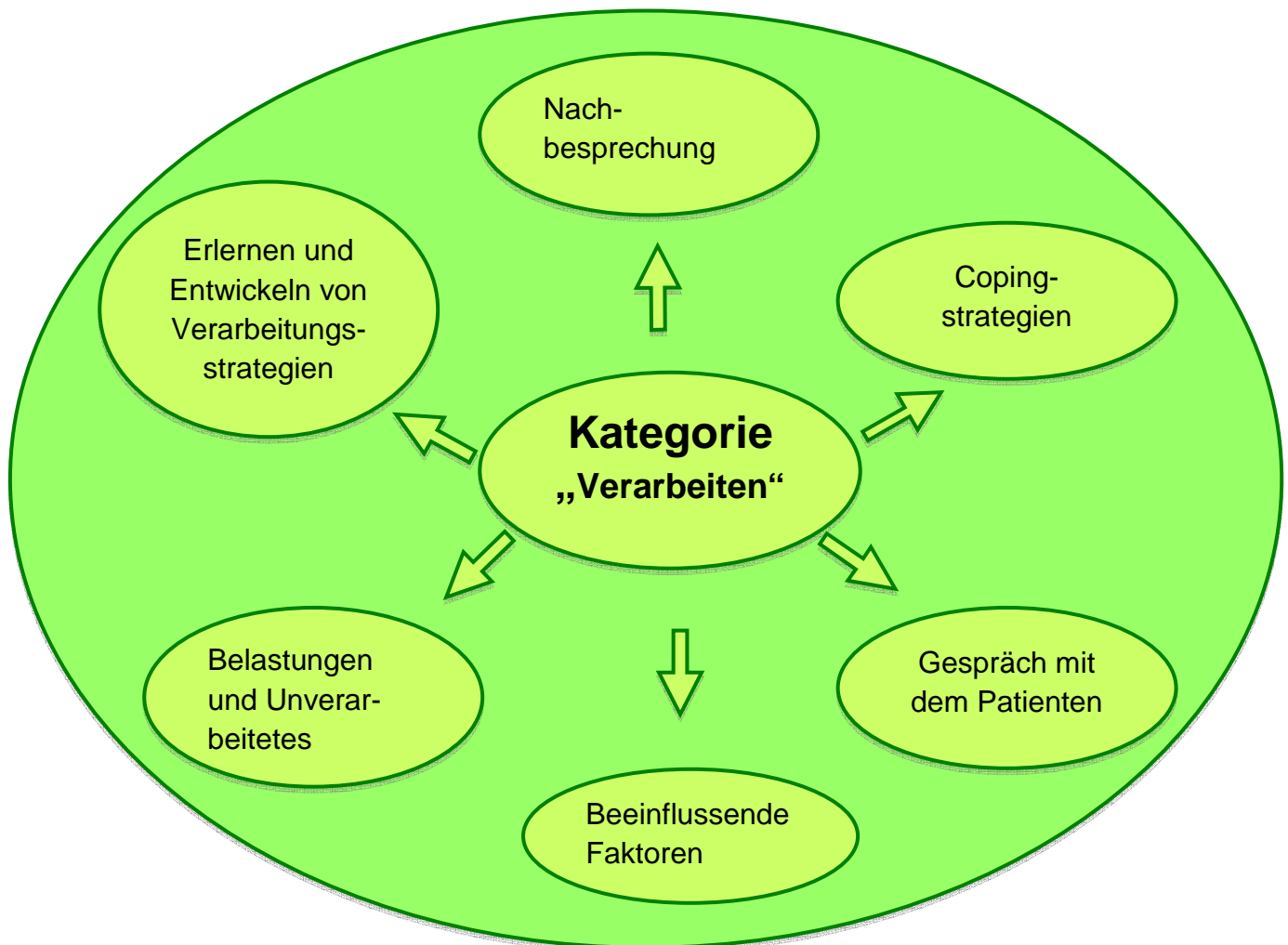
Eine wichtige Basis für die professionelle Betreuung der Patienten bietet offen sein für Weiterbildung und Weiterentwicklung. Der Weiterbildung muss daher genügend Zeit gewidmet werden. Zudem muss Neues auch in Ruhe und im Team verarbeitet werden können. Daher ist es wichtig, während der regulären Arbeitszeit die Festigung von Neuem integrieren zu können, wie zum Beispiel „Zeitfenster“ zu formulieren, wo eben genau dies bearbeitet werden kann. Diese Verarbeitung wiederum hat direkten Einfluss auf die Reaktion bei bevorstehenden oder erfolgten Zwangsmassnahmen.

4.2. Kategorie Verarbeiten

Mit Belastungen umgehen heisst sich wahrnehmen und eigene Gefühle einordnen können, um so zu verstehen und zu akzeptieren. Die Belastungen im Alltag von Pflegenden sind hoch, besonders wenn es um Zwangsmassnahmen geht. In diesem Zusammenhang kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit als belastender erachtet werden als die Belastung der jeweiligen Patientensituation. Es mangelt manchmal am Einhalten von formulierten Strukturen oder Abmachungen, was zu einer Störung eines fließenden Ablaufes führt, was sich wiederum auf die Patienten auswirken kann.

Im Gegenzug ist es auch wichtig, flexibel auf neu eintretende Situationen reagieren zu können. Die Verhältnismässigkeit muss jederzeit überprüft werden, auch wenn dadurch Abläufe blockiert werden könnten. Die Pflegenden haben Erfahrung mit der Verarbeitung von Zwangsmassnahmen.

Diese lassen sich in folgende Unterkategorien einteilen:



4.2.1. Nachbesprechung

„...da kommen ganz kritische Fragen, z. B. warum ich dem Patienten das Medikament nicht angeboten habe. Dann bin ich froh die Möglichkeit zu erhalten, diese Frage zu beantworten.“

„...Nachbesprechungen sind immer einzufordern, ich habe aber auch schon die Antwort bekommen wie: „Wir haben keine Zeit mehr“, „Ist nicht nötig“, „War nicht so schlimm“. Aber auch wenn eine Zwangsmassnahme ruhig und geordnet gemacht wer-

den konnte finde ich es notwendig. Mir tut es in diesem Zusammenhang gut zu wissen, dass wir gute Arbeit geleistet haben.“

Findet eine Nachbesprechung statt, erhalten alle bei der Zwangsmassnahme anwesenden Fachpersonen die Möglichkeit zur Reflektion. Was ist gut gelaufen, was sollte verbessert werden, wer hat offene Fragen oder braucht weitere Informationen, um die Situation zu verstehen und nachvollziehen zu können.

„... mir ist es auch wichtig, mich für die Unterstützung und die Hilfe zu bedanken.“

Nachbesprechungen verbinden, da die Pflegenden sich näher kennen lernen. Sie setzen sich mit einer Situation auseinander, die sie gemeinsam erlebt haben. Pflegende kommen von ganz verschiedenen Stationen zu Hilfe, manchmal sieht man sich in der Situation einer Zwangsmassnahme das erste Mal.

4.2.2. Bewältigungsstrategien der Pflegenden

„...die blaue halbe Stunde hat mir schon öfters geholfen, da kann ich Gedanken und Gefühle, die mir zu schaffen machen dort lassen wo sie ausgelöst wurden und muss sie nicht nach Hause tragen“.

(Anmerkung der Verfasserin: Die blaue halbe Stunde ist eine nach Möglichkeit täglich eingeschaltete Teamauszeit, die der Verarbeitung der Tagesgeschehnisse dient)

„...mitzubekommen, dass es den anderen ebenso geht wie mir, dass ich mit meinem „Chnorz“ nicht alleine bin, ist immer wieder eine gute Erfahrung und hilft mir beim Verarbeiten von schwierigen Situationen.“

Im Bewältigungsprozess ist es für die Pflegenden unterstützend, wenn sie erleben wie sich der Patient durch die Zwangsmassnahme stabilisieren kann und sie erfahren, dass nach der Zwangsmassnahme die Entwicklung einer positiven Beziehung zum Patienten möglich ist. Für die Pflegenden sind soziale, vertrauensvolle Bindungen im privaten Umfeld wie im Berufsalltag sehr wichtig und hilfreich. Zusätzlich unterstützend sind auch die verschiedenen Gefässe, die ihnen Zeit zum Ordnen und die Möglichkeit zum Verarbeiten bieten.

Als erschwerend empfinden Pflegende mangelnde Gelegenheit, mit den Patienten eine positive Beziehung aufzubauen: fehlende Zeit oder mangelnde Möglichkeit, die Erfahrungen auszutauschen und zu verarbeiten. Auch wenig Vertrauen oder eine schwierige Zusammenarbeit sowohl mit Patienten als auch mit Mitarbeitern werden als unbefriedigend und einschränkend wahrgenommen.

„...so negative Stimmungen finde ich schwierig. Es gibt Situationen, da wird die gute Laune wie mit einem Staubsauger eingesogen und hinten kommt die schlechte Laune raus.“

„...wenn so eine unausgesprochene, gereizte Stimmung herrscht, finde ich es schwierig auf die Person zuzugehen, die dieses Gefühl auslöst. Ich weiss, es liegt auch an mir, aber ich ziehe mich dann eher zurück.“

„...nachher gehe ich am liebsten nach draussen, um alleine wieder zu mir zu finden. Es ist auch schon vorgekommen, dass ich weinen musste, da wollte ich niemanden sehen. Ich musste mich schützen, so dass ich nachher wieder zurück gehen konnte.“

Sich zurückziehen ist eine Strategie, die den Pflegenden hilft, sich zu sammeln und zu schützen. Hilfreich nach der Zwangsmassnahme, um wieder zur Ruhe zu kommen, dient zum Beispiel einen kurzen Moment alleine zu sein, zu rauchen, etwas zu trinken. So können sie wieder durchatmen, nachdenken und reflektieren.

„...ich gehe kurz hinaus, um eine Zigarette zu rauchen, nur kurz um mich zu sammeln.“

„...es hilft mir schon, wenn ich die Möglichkeit habe zu sagen, wie gross meine Angst immer wieder ist. Dass ich Zwangsmassnahmen schrecklich finde, dass mir dieser Teil meiner Arbeit oft so viel Mühe macht und ich mir dann überlege, einfach zu gehen.“

Ein unterstützendes Erlebnis ist, darüber zu sprechen und die Erfahrung auszutauschen, Gefühle zu teilen und zu sehen, dass man nicht alleine mit den Gefühlen wie Angst, Wut und Trauer da steht.

Es bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, Pflegende zu unterstützen Belastungen im Berufsalltag zu (er)tragen und Zwangsmassnahmen zu verarbeiten: Rapporte, blaue halbe Stunde, Zeitfenster für Besprechungen von Pflegediagnosen, Fallbesprechungen, Teamsitzungen, Fallsupervision. Es ist wichtig den Pflegenden einen Platz zu schaffen, wo sie das Erlebte bearbeiten und verarbeiten können. Die persönliche Offenheit und die Bereitschaft diese Angebote zu nutzen, ist für die Pflegenden essentiell.

„...Sport hilft mir, einfach den Kopf frei zu kriegen, nicht mehr daran denken, mich so richtig auszukotzen.“

„...ich gehe in den Garten, nehme ein Entspannungsbad, telefoniere mit meiner Schwester, gehe Laufen, es gibt viele Dinge die mir zu Verfügung stehen.“

Das Erlebte und die Erfahrungen können nicht immer dort gelassen werden. Nimmt man sie nach Hause, kommen weitere Strategien zum Einsatz: man treibt Sport, macht Musik oder nimmt ein Buch zur Hand oder man kocht etwas Feines. Es wird als Erleichterung erlebt, sich bewusst einer anderen Aufgabe zu widmen.

4.2.3. Gespräch mit dem Patienten

„...ich konnte ihr sagen, wie schwer mir der Entscheid gefallen ist, aber ich sah keinen anderen Ausgang, um sie vor sich selbst zu schützen.

„...als ich ihm aufzeigen konnte, wie bedrohlich die Situation für seine Mitpatienten und das Personal war, zeigte er tiefe Betroffenheit. Mir hat dieser Moment geholfen, ihn so traurig und zerknirscht zu sehen nahm mir viel von der Angst, die ich ihm gegenüber hatte“

Nach einer Zwangsmassnahme muss den Patienten die Möglichkeit geboten werden, über ihre Sicht der Situation zu sprechen, wie sie dieses Ereignis erlebten. Sie sollen ihre Ängste, die Wut und die Trauer, formulieren. Den Patienten soll aufgezeigt werden, weshalb eine Zwangsmassnahme notwendig wurde. Gefühle wie Angst, Bedrohung, Traurigkeit auf Seiten der Pflegenden werden den Patienten mitgeteilt. Können sich die Patienten weiter positiv auf die Beziehung einlassen und signalisieren sie Einsicht, ist dies ein wichtiger Punkt für die Pflegenden bei der Bewältigung der Zwangsmassnahme.

Wurden Patienten durch die Zwangsmassnahme so erschüttert, dass sie das Gespräch verweigern und nichts mehr von der Pflege wissen wollen, ist diese Situation für die Pflegenden erschwerend und es fällt ihnen umso schwerer, die Zwangsmassnahme zu verarbeiten.

4.2.4. Belastungen, Unverarbeitetes

„...so darüber zu sprechen tut gut und zur gleichen Zeit kommt wieder diese Trauer.....es geht mir immer noch nahe, ich habe das bis jetzt gut verdeckt. Aber ich bin empfindlicher geworden und spüre die Angst schneller in mir hoch kriechen.“

Je mehr Gewalt bei einer Zwangsmassnahme angewendet wird, umso schwieriger wird es danach für die Pflege, dieses Ereignis zu verarbeiten. Es ist nicht immer möglich nach einer Zwangsmassnahme wieder offen und ohne Vorbehalt auf die Patienten zugehen zu können.

Es gibt Augenblicke, in denen die Pflegenden von diesem unverarbeiteten Ereignis eingeholt werden und sich das Gefühl von Angst, Wut und Unsicherheit in den Vordergrund drängt. Sie bemerken eine gesteigerte Gereiztheit, sind aggressiver und dünnhäutiger.

„...wenn es ganz heftig oder völlig überraschend kam ist es für mich am schwersten. Dann kann ich schlecht abstellen und die Gedanken sind besonders vor dem Einschlafen wieder da.“

4.2.5. Erlernen und Entwickeln von Verarbeitungsstrategien

„...es gibt mir Aufschwung zu sehen, wie ich mich weiterentwickeln kann. Auf einmal merke ich, dass ich neuerdings Situationen meistere, die mir früher Sorgen bereitet haben. Frag mich aber nicht wie!“

Die Pflegenden haben verschiedene Möglichkeiten zu lernen, wie sie mit den Erfahrungen von Zwangsmassnahmen umgehen können. Durch Gespräche, Weiterbildungen und Refresher können sie sich weiterentwickeln. Entwicklungsprozesse sind fortwährend im Gang und sind eigentlich nie abgeschlossen. Werden Entwicklungsprozesse selber wahrgenommen, können diese meistens gar nicht nachvollzogen werden. Pflegepersonen müssen die Fähigkeit entwickeln, sich selber genau zu betrachten. Sie müssen erkennen, mit welchem Verhalten sie sich positiv entwickeln können und welches Verhalten sie in der Förderung hemmt.

„...ich lerne durch Vorbilder, zum Beispiel zu sehen, wie Kolleginnen oder Kollegen Situationen meistern, die sich trauen sich hinzustellen und klar ihre Meinung zu äußern. Ich habe so schon Einiges dazu lernen können.“

4.2.6. Beeinflussende Faktoren

„...ich finde es nicht in Ordnung, wenn nicht alle die gleichen Möglichkeiten von Weiterbildungen haben. Gerade bei diesem Thema wäre das wichtig.“

„...bei uns gibt es verschiedene Gefässe, aber es kommt auch auf das Vertrauen im Team an. Ich brauche eine gewisse Vertrauensbasis, die sich aber bei ständigem Wechsel von Ärztepersonal und Psychologinnen oder Psychologen nicht aufbauen kann. Ich kann und möchte nicht allen mit derselben gleichen Offenheit begegnen.“

Die Pflegenden erleben die interprofessionelle Zusammenarbeit als schwierig.

Die vielen Wechsel, die verschiedenen Arbeitsstile und Kulturen hemmen eine gewisse Kontinuität und blockieren einen einheitlichen Modus. Dies wird auch von den Patienten wahrgenommen. Als hilfreich erachten sie die verschiedenen Weiterbildungen, die im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen angeboten werden. Es wird aber bedauert, dass nicht alle, sei es aus zeitlichen oder finanziellen Gründen, diese Weiterbildungen machen können.

Basis für die Bewältigung von Zwangsmassnahmen sind Gefässe, die Zeit für den Austausch und für Gespräche geben und allen zu gleichen Bedingungen zur Verfügung stehen.

4.3. Ergebnisse aus der Taxonomietabelle (Seite 14)

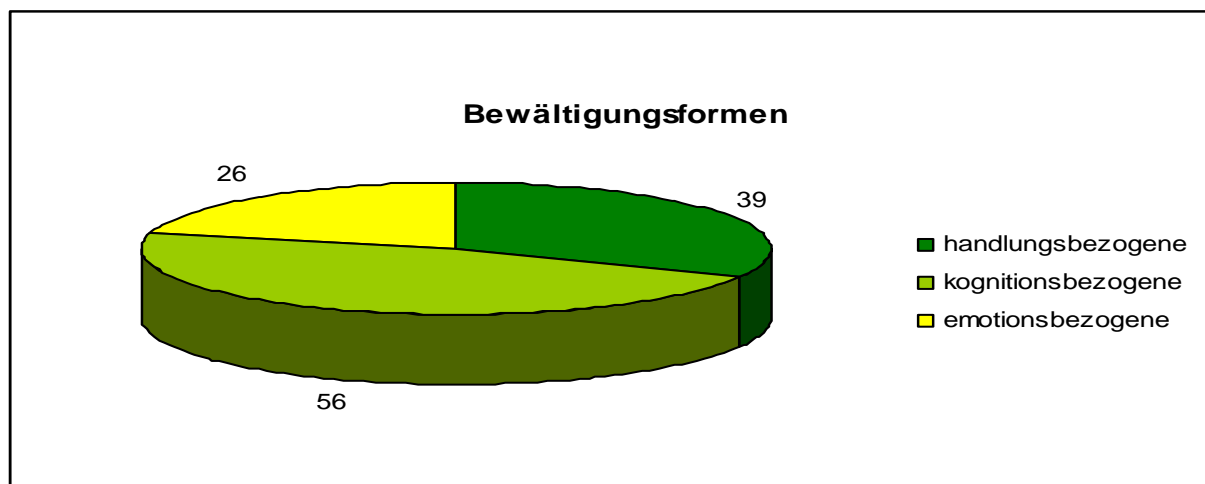
4.3.1. Wertung der Taxonomiebefragung

Der Schwerpunkt der BEFO-Befragung liegt beim Team 63A bei den kognitionsbezogenen Bewältigungsformen, s. Tabelle 1

Bewältigungsformen

handlungsbezogene	39
kognitionsbezogene	56
emotionsbezogene	26

Tab. 1



Weitere Details zu den verschiedenen Bewältigungsformen s. Anhang E und F.

4.3.2. Teamdaten s. Anhang G

5. Diskussion

5.1. Zusammenfassung der Kategorie Erleben

- ↗ Beziehungen
- ↗ Gefühle
- ↗ Zwangsmassnahmen
- ↗ Strukturen
- ↗ Zusammenarbeit
- ↗ Selbstbild
- ↗ Ethik
- ↗ Lernen

Die Pflegenden kennen den sensiblen Aufbau im Beziehungsprozess. Sie arbeiten am gegenseitigen Vertrauen und sehen es als Teil ihrer Aufgabe, möglichst viel über die Patienten zu erfahren. Diese Erkenntnisse werden für die Unterstützung und Förderung der Beziehung genutzt. Stehen unverarbeitete Situationen oder Gefühle von Angst, Aggressionen und Gewalt einer Beziehung im Weg, erfordert es eine hohe Professionalität der Pflege, aber auch strukturelle Rahmenbedingungen (Zeit, Stellenprozente), um einen Beziehungs- und Pflegeprozess zu ermöglichen. Meer (2000) sagt: "(...) Unrecht kann dann geschehen, wenn die Pflegende nicht in der Lage ist, professionell auf den Patienten einzugehen, sondern aus Angst heraus mit übermässigen Mitteln (z. B. Zwang) versucht, die Situation in den Griff zu bekommen." (Meer, 2000, S. 45)

Pflegende erleben Zwangsmassnahmen als belastend. Es fällt einigen der Pflegenden schwer, Angst zu äussern ist. Viele sehen die Notwendigkeit ein, dieses Thema immer wieder aufzugreifen und zu besprechen, um sich weiter entwickeln zu können. Weiterbildungen zu diesem Thema werden als wichtig und sehr hilfreich empfunden. Werden Pflegende mit Situationen konfrontiert, die sie in ihrem ethischen Gewissen verletzt, ist ihnen ein Gespräch in vertrauensvollem Rahmen wichtig. Sie wollen auf alle Fälle einer Abstumpfung entgegenwirken.

Pflegende setzen verschiedene deeskalierende Möglichkeiten ein. Dafür müssen viele Faktoren wie gut ausgebildetes Personal, geeignete Strukturen und Teamgeist übereinstimmen.

Die in der Klinik vorhandenen Möglichkeiten wie z.B. Fallvorstellung, Fallsupervision, Weiterbildungen und der Station angepassten Gefässe wie „blaue halbe Stunde“, Zeitfenster, Teamsitzung werden sehr geschätzt und als unterstützend erachtet. Die Pflegenden sind sich der Verantwortung bewusst und versuchen den Patienten bei einer Zwangsmassnahme mit Respekt, Empathie und Professionalität zu betreuen und zu begleiten.

Ein im Interview geäussertes Satz fasst viele wichtige Faktoren für eine gute Zusammenarbeit zusammen:

„Es gibt Tage, da stimmt einfach alles, du bekommst Unterstützung, Wohlwollen, Respekt, Sicherheit, die du brauchst, um gute Arbeit leisten zu können. Da herrscht eine gute und fröhliche Stimmung, es wird zusammen gelacht und in dieser Atmosphäre profitieren alle, seien dies Patienten oder Personal.“

Stress und Belastung hemmen eine gute Zusammenarbeit. Für Pflegende ist eine Rrolenteilung von Beruf und Privatem wichtig. Über Zwangsmassnahmen sprechen die Pflegenden mit Aussenstehenden wenig. Sie befürchten negative Äusserungen. Sie sind sich der gespaltenen Haltung der Gesellschaft gegenüber diesem Thema bewusst, sehen aber auch die Notwendigkeit von Aufklärung, um die Wahrnehmung der Gesellschaft bezüglich der Arbeit von Pflegenden zu sensibilisieren. Autonomie und die Würde des Lebens sind ein Grundsatz, der im Menschen- und Patientenrecht hoch eingestuft wird. Dieser Grundsatz bietet für die Pflegenden ein grosses Konfliktpotential im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen. Jedes Team erarbeitet eine gemeinsame ethische Grundhaltung. Diese Grundlage zur Handlung soll mit der persönlichen und beruflichen Haltung übereinstimmen. Nur so kann authentisches Handeln zustande kommen.

Pflegende lernen von- und miteinander. Im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen werden Vor- und Nachbesprechungen als lehrreich und wichtig empfunden.

5.2. Zusammenfassung der Kategorie Verarbeiten

- ↗ Nachbesprechung
- ↗ Emotionale Entlastung, sozialer Rückzug
- ↗ Problemanalyse, Relativierung
- ↗ Belastendes, Unverarbeitetes
- ↗ Erlernen und Entwickeln von Verarbeitungsstrategien

Pflegende profitieren von besprochenen Erfahrungen, die wiederum zur Bewältigung beitragen. Diese Prozesse fördern die eigene Handlungskompetenz. Finden diese nicht statt, werden den Pflegenden erste Copingmöglichkeiten vorenthalten.

Nachbesprechungen einzufordern ist ein Teil der Verantwortung, die Pflegende für sich wahrnehmen müssen. Eine entsprechende klinikinterne Weisung bietet Rückhalt.

Ausgelöste Gefühle wie Angst, Wut, Trauer, Hoffnung können die Pflegenden nach einer Zwangsmassnahme besser zulassen, wenn sie sich alleine zurückziehen können. „Sich wieder in den Griff zu bekommen“, zur Ruhe kommen, mit Unterstützung einer Zigarette, etwas trinken und sich dabei etwas Gutes tun, sind die meist genannten Strategien, die als erstes eingesetzt werden und der emotionalen Entlastung förderlich sind.

Für die Pflegenden ist es wichtig, sich die Zeit für Gespräche nehmen zu können. Sich mitzuteilen und zuzuhören, wie es den Beteiligten ergangen ist, sich verstanden und bestätigt zu fühlen hilft, die Selbstzweifel zu korrigieren. Diese Gespräche erfordern von den Pflegenden Offenheit, Bereitschaft und Vertrauen.

Werden Pflegenden die Möglichkeiten einer Verarbeitung genommen, z.B. keine oder zu wenige Informationen, Verlegung, Zeit- und Personalmangel, wird dies als belastend, einschränkend und ungesund empfunden.

Es wird als wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung von fachlichen, persönlichen und sozialen Kompetenzen erachtet, wenn die Voraussetzungen geschaffen werden, sich im Gespräch auszutauschen. Verarbeitete Erfahrungen wirken sich im Umgang mit kritischen Situationen aus. So können wieder positive Methoden und konstruktive Vorgehensweisen eingesetzt werden.

5.3. Zusammenfassung der BEFO- Taxonomietabelle

Die Auswertung der Taxonomietabellen zeigt auf, dass die kognitionsbezogenen Bewältigungsformen vom Team 63A öfters angewendet werden. Die in dieser Tabelle erwähnten Punkte wie Problemanalyse, Relativieren, Humor und Haltung bewahren, werden durch die Äusserungen, die in den Interviews gemacht wurden, bestätigt und unterstrichen. Sich mitzuteilen, zuzuhören wie es den Beteiligten ergangen ist, aus Erfahrungen zu lernen und dabei den Humor nicht zu verlieren wird hier aufgezeigt.

6. Schlussfolgerung

Mit dieser Arbeit wurde bestätigt, dass die Pflegenden in der Ausübung ihres Berufes mit Zwangsmassnahmen stark belastet werden und eine Entlastung gesucht werden muss. Meine eingangs formulierten Zielsetzungen konnten bearbeitet werden und meine Fragen wurden beantwortet.

Mit Hilfe des Modells von Meer (2000) konnte ich meine Interviews so strukturieren, dass Vergleiche möglich wurden. Das Gerüst der von ihr aufgestellten Kategorien und Unterkategorien half mir, alle meine eigenen Ergebnisse einbringen und zuordnen zu können. Die Auswertung meiner Interviews und die anschliessende Auswertung der Taxonomietabellen zeigten eine erstaunliche Übereinstimmung der Erkenntnisse von Meer (2000) mit den Resultaten meiner Arbeit. Bedenkt man die Zeitspanne von zehn Jahren, die zwischen diesen zwei Arbeiten liegen, hat die Präsenz dieser Thematik nichts an Intensität eingebüsst. Diese Erkenntnis war für mich erstaunlich. Die Problematik im Umgang mit Zwangsmassnahmen hat nichts an Brisanz verloren, im Gegenteil: Der in der Öffentlichkeit wahrgenommene Anstieg von Aggression und Gewalt wird auch im Psychiatriealltag beobachtet, was wiederum eine zusätzliche Anforderung und Belastung für die Pflegenden bedeutet.

Aufgrund der Arbeit von Meer (2000) ist eine Entwicklung der Pflegestandards bei Zwangsmassnahmen wie Vor- und Nachgespräche der Pflegenden und die Nachgespräche der Patientinnen und Patienten zu erkennen. Gezielte Weiterbildungen zu den Themen Aggression, Gewalt, Eskalation wie auch Kommunikation und Deeskalation, Basis- und Refresherkurse im Aggressionsmanagement sind vorhanden und werden genutzt.

Die verschiedenen Möglichkeiten zum Austausch sind notwendig, um aus Situationen von Aggressionen, Gewalt und Zwangsmassnahmen zu lernen. Durch Gespräche, Weiterbildungsmöglichkeiten im Basiskurs für Aggressionsmanagement, Refresher, Deeskalationskurse usw. wird die Sicherheit gesteigert. Weiterbildungen im Bezug Aggression, Gewalt, Zwangsmassnahmen, Kommunikation, Deeskalation sollten für das ganze interdisziplinäre Team möglich gemacht werden.

Im Psychiatrie Zentrum Rheinau bestehen Weisungen zur Behandlung von zwangsbehandelten und gefährdeten Patienten und zur Durchführung von Zwangsmassnahmen. Eine Weisung, die den Ablauf einer Nachbesprechung regelt, ist auch vorhanden. Die in der Klinik vorhandenen Möglichkeiten wie z.B. Fallvorstellung, Fallsupervision, Weiterbildungen und der Station angepasste Gefässe wie „blaue halbe Stunde“, Zeitfenster, etc. werden von den Pflegenden geschätzt. Ob diese Angebote genutzt werden, ist von der Offenheit und Bereitschaft jeder einzelnen Person abhängig.

Von der Gesellschaft und der Politik werden die Bedürfnisse der Pflegenden nicht oder nur gering wahrgenommen. Es wäre dringend nötig, die Betreuung der Pflegenden ernst zu nehmen und Kredite für professionelle Weiterbildung und Betreuung zu sprechen, wenn wir den heutigen Standard der psychiatrischen Betreuung aufrecht erhalten wollen. Wir brauchen motivierten und engagierten Nachwuchs. Wenn sich aber Pflegende bei ihrem Auftrag verausgaben und erschöpfen, werden wir in den nächsten Jahren kaum motivierte Auszubildende finden. Die Lobby der Pflegenden ist schwach und kaum präsent. Den Pflegenden selber fehlt nach der Arbeit die Energie, um sich für ihre Anliegen einzusetzen. Hier sind Personal- und Berufsverbände gefordert.

Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit sind für mich ein zentraler Bestandteil, um als zukünftige Trainerin im Aggressionsmanagement wirken zu können. Ich konnte intensiv nachvollziehen, wie die Pflegenden im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen, die sie ausführen müssen, reagieren. Es wird mein Ziel sein, verstärkt die Bedürfnisse und Anliegen der Pflegenden an verantwortlicher Stelle zu vertreten. Problem- und Fallschilderungen sollen intensiver besprochen werden, um so die Problemfelder zu erfassen und zu optimieren. Vorhandene Ressourcen im Team sollen klarer aufgezeigt, gefördert und gefestigt werden. Als weiteres Ziel möchte ich stationäre Refresher anbieten.

7. Persönliche Gedanken und Dank

Für mich bedeutet die vorliegende Arbeit „Aufbruch“. Dies ist wie ein Signal zu verstehen und soll auffordern, sich auf den Weg zu machen, „aufzubrechen“, sich zu öffnen. Ich möchte innehalten, dann weitergehen und damit weiterkommen.

So haben sich auch die Interviews, die ich mit dem Team 63A machen durfte, entwickelt. Die Offenheit und das Vertrauen, das mir die Pflegenden entgegen brachten, haben mich tief beeindruckt und berührt. Sie bestätigten mir auf eindrückliche Art und Weise wie gross das Bedürfnis ist, über Zwangsmassnahmen und deren Bewältigung sprechen zu können. Für mich waren das Erfassen und die Auswertung dieser Gespräche eine grosse Herausforderung, verbunden mit der Verantwortung über die mir anvertrauten Gedanken.

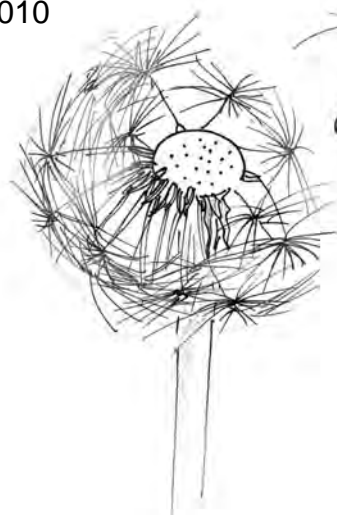
Diese Arbeit ist für mich eine ganz persönliche Bereicherung. Zudem hoffe ich, dass meine Arbeit wie ein Samen zu Keimen beginnt und da und dort etwas im guten Sinn aufbrechen kann.

Ich bedanke mich an erster Stelle bei meinem Team, den Pflegenden der geschlossenen Station 63A des Psychiatrie Zentrums Rheinau.

Durch ihre Bereitschaft, ihre Offenheit und ihr grosses Vertrauen haben sie mir überhaupt ermöglicht, mich so intensiv mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

Danken möchte ich auch allen, die mich begleitet, unterstützt, kritisiert, gefordert und ermutigt haben.

Hallau, im Oktober 2010



8. Literaturverzeichnis

Baldegger, E. (2000). Bewältigung / Coping. In: Käppeli, S. (Hrsg.) (2000). Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheiten und Umfeld. Band 3. Bern: Hans Huber Verlag, S. 126, 132, 135 – 137.

Duden <http://www.duden.de/definition/solidarität> [13.10.10]

Ethik-Kommission Psychiatriezentrum Münsingen (2008). Ethik und Moral. Ethische Prinzipien S. 1 – 3. Verfügbar unter:
http://www.pzm.gef.be.ch/.../ethikkommission.../gef_pzm_ethik_und_moral.pdf
[12.08.2010]

Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich (2004). Patientinnen- und Patientengesetz Kanton Zürich. S. 6 – 7.
Verfügbar unter: <http://www.zhlex.zh.ch/Erlass.html?Open&Ordnr=813.13>
[13.07.2010]

Leo dictionary <http://dict.leo.org> [18.09.2010]

Meer, R. (2000). Wie Pflegende von psychiatrischen Akutstationen Zwangsmassnahmen erleben und verarbeiten. Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe II, Weiterbildungszentrum für Gesundheit SRK, WE'G Aarau.

Sauter, D.; Abderhalden, Ch.; Needham, I.; Wolff, St.(2004). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. (2. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag, S. 702 – 703.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005). Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. Unterrichtsunterlagen Fachmodul Aggressionsmanagement, SBK Bildungszentrum, Zürich

Schwerzmann (2008). Die Kunst im Beruf gesund zu bleiben – mit Kunst sich sorgen tragen. S. 2 – 3.
Verfügbar unter:
http://www.hans.schwerzmann.ch/pdf/Selbstsorge_mit_Kunst_Art.pdf
[05.08.2010]

Sturny, I.; Cerboni, S.; Christen, St.; Meyer, P. (2004). Stationäre Psychiatrie. Gesundheitswesen Schweiz. S. 8 – 9.
Verfügbar unter:
http://www.rheuma-schweiz.ch/downloads/psychiatrie_psychotherapie_psychologie.pdf
[05.08.2010]

9. Anhang

Anhang A

Handlungsbezogene Bewältigungsformen

Ablenkendes Anpacken	Ich lenke mich durch eine vertraute Tätigkeit wie Arbeit, Hobby ab um das Ereignis zu vergessen.
Altruismus	Die eigenen Bedürfnisse werden zurückgestellt um für andere etwas zu tun, einen Gefallen zu erweisen und Hilfe zu leisten.
Aktives Vermeiden	Die notwendigen Handlungen wie Arztbesuch, Medikamenteneinnahme und weitere therapeutische Massnahmen werden trotz Einsicht unterlassen.
Kompensation	Spannungsreduktion durch Kompensation von Essen, Alkohol, Kaufen etc.
Konstruktive Aktivität	Mehr Zeit nehmen um zu reisen, kreatives Schaffen wie schreiben, malen, Instrument lernen etc.
Entspannung	Wenn der Schmerz mich packt mache ich autogenes Training, Yoga, Meditation.
Sozialer Rückzug	Um mich wieder zu finden brauche ich meine Ruhe. Zeit zum Überdenken, Erholen.
Solidarisieren	Ich suche Kontakt mit Menschen, die ähnliches durchstehen, fühle mich von ihnen besser verstanden und aufgehoben. Solidarisieren drückt den Zusammenhalt zwischen gleichgesinnten oder gleichgestellten Menschen aus.
Zupacken	Aktives Angehen der Situation, Hilfe annehmen, kooperatives Handeln bei Abklärung und Therapie.
Zuwendung	Ich suche das Gespräch, den Beistand bei Menschen, denen ich vertraue, die mir nahe stehen.

Anhang B

Kognitionsbezogene Bewältigungsformen

Ablenken	Die Aufmerksamkeit wird auf einen anderen Inhalt gerichtet. Der schwierigen Situation ausgewichen.
Aggravieren	Ich mache mich auf das Schlimmste gefasst obwohl ich weiss, dass die Krankheit mich nicht bedroht.
Akzeptieren	Es ist wie es ist, schicke mich drein, versuche das Beste aus der Situation, Krankheit zu machen.
Dissimilieren	Es ist gar nicht so schlimm, nicht der Rede wert. Herunterspielen, bagatellisieren, verleugnen und ignorieren von Tatsachen.
Haltung bewahren	Bewahren von Selbstkontrolle, Fassung und seelischem Gleichgewicht. Damit niemand etwas merken soll reisse ich mich zusammen.
Humor, Ironie	Wenn ich mit einem Rest von Humor noch an die Situation herangehen kann, gelingt es mir, über mich selber zu schmunzeln.
Problemanalyse	Erklärung durch kognitive Analyse. Was ist überhaupt geschehen, was ist los?
Relativieren	Mit anderen vergleichen, herunterspielen der Tatsachen. Im Vergleich zu den anderen geht es mir gut.
Religiosität	Ich finde Trost, Rückhalt und Zuversicht im Glauben.
Rumifizieren	Die Gedanken drehen im Kreis, sind quälend und grüblerisch. Ein dauerndes Hin und Herüberlegen ohne Lösungsansätze zu finden.
Sinngebung	Das Problem, die Krankheit als Chance, Aufgabe sehen um so die Lebenseinstellung, Wert neu zu betrachten und zu ändern.
Valorisieren	Bewusstmachen der eigene Stärke, Erinnerung an gemeisterte schwierige Situationen. Positive Einschätzung des eigenen Verhaltens in aussergewöhnlichen Situationen.

Anhang C

Emotionsbezogene Bewältigungsformen

Hadern, Selbstbedauern	Sich auflehnen, hadern, protestieren. Warum gerade ich? Das habe ich nicht verdient!
Emotionale Entlastung	Die ausgelösten Gefühle wie Trauer, Angst, Wut, Verzweiflung aber auch Hoffnung, Mut und Liebe können entlasten.
Isolieren, Unterdrücken	Nichtwahrnehmen, zulassen von Gefühlen, die zu der Situation passen.
Optimismus	Glauben und Zuversicht, dass alles wieder gut wird und die Krise überwunden werden kann.
Passive Kooperation	Im Wissen guter Hilfe wird die Verantwortung abgelegt und weiter gegeben. „Die wissen schon was gut ist für mich.“
Resignation, Fatalismus	Keinen Sinn sehen, sich ergeben, aufgeben, hoffnungslos sein.
Selbstbeschuldigung	Fehler bei sich suchen. Man verdient es nicht besser.
Schuld zuweisen, Wut	Anderen Schuld zuzuweisen entschärft die Situation. Grosse Wut zu haben, ungehalten, verärgert und reizbar sein.

Anhang D

Einwilligungsbestätigung

Herzlichen Dank für Deine Bereitschaft an meiner Befragung teilzunehmen.

Meine Facharbeit zum Trainer Aggressionsmanagement befasst sich mit dem Thema „Welche Copingstrategien setzen Pflegende ein mit Zwangsmassnahmen umzugehen.“

Ich möchte mit Gesprächen und einer Taxonomie herausfinden wie die Pflegenden, welche Zwangsmassnahmen durchführen müssen, diese erleben und bewältigen.

Das Gespräch mit der Pflegefachperson wird zwischen 30 – 60 Minuten dauern und im Besprechungszimmer der Station 63A stattfinden.

Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet. Den Inhalt werde ich mit grosser Sorgfalt und vertraulich behandeln. Es werden keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sein und die Tonbandaufnahmen werden nach der Auswertung vernichtet.

Über schwierige Situationen zu sprechen, zusätzlich das eigene Befinden und die eigenen Copingstrategien zu betrachten, kann schmerzhaft sein.

Sollte Dich das Thema nach dem Gespräch weiter beschäftigen kannst Du mich gerne kontaktieren.

Die Teilnahme ist freiwillig und es ist Dir zu jedem Zeitpunkt möglich das Gespräch zu unterbrechen oder auszusteigen

Datum

Unterschrift

Anhang E

Taxonomie der Berner Bewältigungsformen

(Heim et al. 1986)

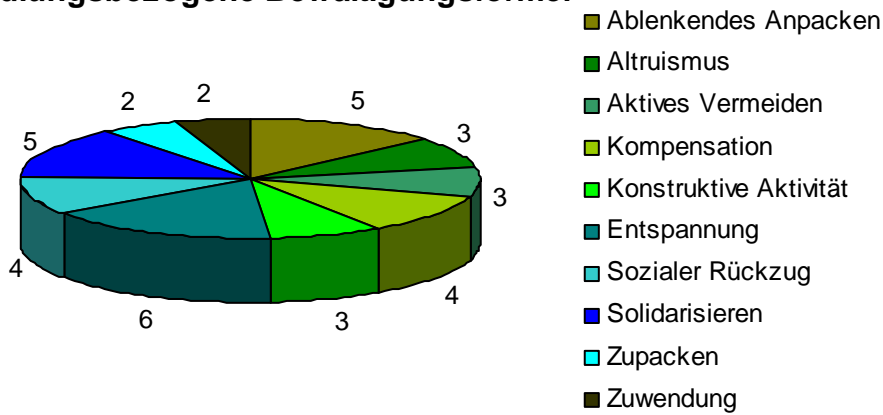
Resultate der 12 Pflegenden.

Die Anzahl der auszufüllenden Felder war nicht limitiert.

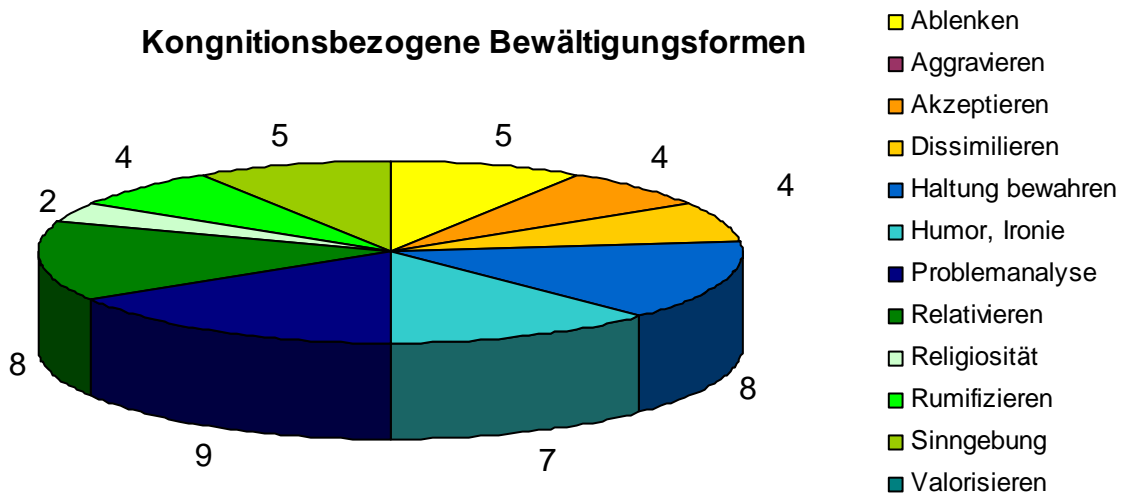
Handlungsbezogene Bewältigungsformen		Kognitionsbezogene Bewältigungsformen		Emotionsbezogene Bewältigungsformen	
Ablenkendes Anpacken	5	Ablenken	5	Hadern, Selbstbedauern	0
Altruismus (Selbstlosigkeit)	3	Aggravieren (Verschlimmern)	0	Emotionale Entlastung	7
Aktives Vermeiden	3	Akzeptieren	4	Isolieren, unterdrücken	1
Kompensation	4	Dissimilieren (Verbergen)	4	Optimismus	5
Konstruktive Aktivität	3	Haltung bewahren	8	Passive Kooperation	2
Entspannung	6	Humor, Ironie	7	Resignation, Fatalismus	1
Sozialer Rückzug	4	Problemanalyse	9	Selbstbeschuldigung	4
Solidarisieren	5	Relativieren	8	Schuld zuweisen, Wut	3
Zupacken	2	Religiosität	2	Ausleben	3
Zuwendung	2	Rumifizieren (Grübeln)	4		
		Sinnggebung	5		
		Valorisieren (Wertgebung)	0		
Total 39		Total 56		Total 26	

Anhang F

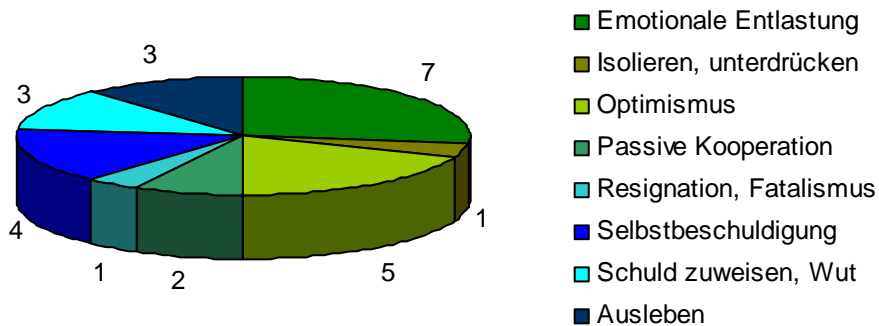
Handlungsbezogene Bewältigungsformen



Kognitionsbezogene Bewältigungsformen



Emotionsbezogene Bewältigungsformen



Anhang G

Das befragte Team besteht aus sieben Frauen und fünf Männern

Alterskategorien

Alter in Jahren	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60
Anzahl Personen	1	1	3	1	3	3

Ausbildung

Diplom PsychKP	Diplom AKP	Diplom FaGe
6	5	1

Berufserfahrung

Durchschnittliche Berufserfahrung in Jahren	17
davon auf der Station 63A	4

Anstellungsgrad

Anstellungsgrad	100%	80%	70 % und weniger
	7	2	3

