



# Verantwortung in der Pflege

Dorothea Sauter



# Übersicht

- Kurze Vorstellung DS (1) und DFPP (1)
- Pflegeauftrag Klientenautonomie fördern (1)
- Berufliche Verantwortung und berufl. Autonomie (7)
  - Handlungsauftrag / im multi-diszi-Team
  - Ethik
  - Professionalisierung / Wirksamkeit
  - Voraussetzungen Berufsautonomie
- Praxis der Verantwortung stationär – ein Forschungsprojekt (3)
- Praxis der Verantwortung ambulant (2)
- (( Praxis der Verantwortung Eingliederungshilfe – entfällt ☹ ))
- Ausblick & Forderungen (1)  
Infos zum Workshop (1)

 Fachhochschule  
der Diakonie

 DFPP

 LWL  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

# LWL-Klinik Münster

# LWL

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe

Sie sind hier: LWL-Klinik Münster » Startseite

Startseite

Kontakt

Wir über uns

140 Betten Neubau

Infoservice für Patienten  
und Besucher

Infoservice für Fachpublikum

Job und Karriere

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Ernst Kirchner Stiftung

Parkanlage, Barfußpark,  
Umweltpfad,  
Boule

Links

Impressum



## LWL-KLINIK MÜNSTER

Herzlich willkommen im Internetportal der LWL-Klinik Münster.

Unser Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie versorgt die



Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



10  
JAHRE  
Fachhochschule  
der Diakonie





# Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege

- Gründung 2012 // Präsidium Hemkendreis, Genge, Sauter // Vernetzt im „Verbändedialog“
- Ziele: Weiterentwicklung und Professionalisierung der psychiatrischen Pflegepraxis und Wissenschaft / Mitgestaltung psychiatrische Versorgung
- Themen und Projekte u.a.: AG State of the Art; Mitdiskussion Gesetzentwicklung; Praxisempfehlung „Intensive Betreuung“; Stellungnahme „FEM“, „Peer-Mitwirkung“ (in Arbeit); u.v.m.
- [www.dfpp.de](http://www.dfpp.de)
- ... sehr gerne künftig mehr Zusammenarbeit mit AKP  
☺ ...

# Pflegeauftrag Klientenautonomie

- Autonomieförderung und „Rückgabe Verantwortung“ zentraler Baustein fast aller Theorien und Konzeptualisierungen der Pflege
- Gleichzeitig „Anerkennung Angewiesensein“ als Bestandteil des Lebens
  - „Relativierung Autonomieparadigma“
  - Autonomieziele in akuten, palliativen oder terminalen Situationen als Erfüllung Patientenwillen und ggf. nachrangig
- Vielfältige Konzepte, Instrumente und Forschungsaktivitäten
  - z.B. Ermittlung Patientenwillen bei schwerster Beeinträchtigung, Unterstützung Entscheidungsfindung, Förderung Gesundheitskompetenz, Empowerment und Recovery, Förderung Alltagskompetenzen, pp



←→ *Pflegeimage (und Pflegepraxis) des Wärters oder des Karbolmäuschens...*

# Berufliche Verantwortung

Pflegeauftrag, Gegenstand der  
Pflege, Verantwortungsbereich

Wer definiert den Pflegeauftrag?

- Pflege selbst\* → Theorien, ANA, Turku und DFPP, Forschungsaktivitäten, pp
- Patienten / Klienten
- Finanzierer & Sozialgesetzgebung
- Leitungspersonen und Teams in Organisationen
- *ORDNUNGSPOLITISCHER AUFTRAG, Verantwortung für Sicherheit*

(\*Pflegeempfänger, Pflegebedarfe,  
Pflegeziele, Pflegeinterventionen)

 Fachhochschule  
der Diakonie

 DFPP

 LWL  
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe



# Berufliche Verantwortung

Pflegeauftrag, Gegenstand der  
Pflege, Verantwortungsbereich

„Spricht die Politik über Pflege, geht es in der Regel um Kosten und Arbeitsmarktpolitik.

Sprechen Ärzte über Pflege, dann im Sinne der Delegation von Aufgaben zur eigenen Entlastung.

Sprechen Laien über Pflege, meinen sie meist Körperpflege.

Sprechen pflegebedürftige Menschen über Pflege, meinen sie Fachkompetenz und Verständnis für die eigene Situation.

Sprechen Pflegenden über Pflege, meinen sie den pflegerischen Versorgungsprozess sowie eine spezifische Haltung, die den pflegebedürftigen Menschen ganzheitlich in den Blick nimmt.“

(Hoffmann, 2012)

# Berufliche Verantwortung

## Pflegeauftrag im multi-diszi-Team - autonome Bereiche Pflege

- Nichtvorhandene Abgrenzung und hohe Schnittmengen mit anderen BG, klare Auftrags- /Rollenklärung oft schwierig
- Problem „ärztliche Letztverantwortung“ in Kliniken; ärztlich dominierte Versorgung insgesamt
- Organisationinterne Aspekte (Delegation von Verantwortung und Realisierung PN)
- Auswirkungen Stellenabbau: „nur noch Zeit für Feuerwehraufgaben“
- Beispiele
  - Entscheidungen Zwangsmaßnahmen (vgl. BÄK 2013) oder Einschätzung Suizidalität
  - Delegation ärztlicher Aufgaben (SVR 07/14)
  - Thema LI-CBT oder ANP





# Berufliche Verantwortung

## Pflegeethik- Ethik der Verantwortung

- ICN-Ethikkode: Grundlegende Verantwortung für pflegebedürftigen Menschen, aber auch für Gesellschaft, Weiterentwicklung Praxis und Profession.
  - Kodizes sind Pflegepraktikern wenig bekannt.
- Entscheidungen im Autonomie – Fürsorge Dilemma.  
Kritik an den Beauchamp/Childress-Paradigmen der Medizin (autonomy, non-maleficence, beneficence und justice) durch Vertreter CARE-Ethik (Ethik der Bezogenheit und Achtsamkeit)  
→ Paradigmen hier: Wohlbefinden, Autonomie, Gerechtigkeit, Aufrichtigkeit, dialogische Verständigung (Ley 2012)
  - Rechtlich treffen Ärzte patientenbezogene ethische Entscheidungen



# Berufliche Verantwortung

## Stand der Professionalisierung

- Nach dem Merkmalstheoretischen Ansatz erfüllt Pflege nicht viele „Professionsindikatoren“
- Zeitgemäße Pflegekonzepte entsprechen gut den Prof.merkmalen nach dem Handlungs- oder prozessorientierten Ansatz (Oevermann 1997)
- Die Pflegepraxis ist sehr heterogen (s.u.)



# Berufliche Verantwortung

## Belege der Wirksamkeit

- Pflege und Sozialpsychiatrie sind vielleicht beide deshalb so wenig in der Diskussion, weil sie zu wenig Evidenz hergestellt und publiziert haben... (vgl. Priebe 2012; Salize 2013)
- Großer Mangel an Forschungsaktivitäten der deutschsprachigen (psychiatrischen) Pflege mit einem breiten Mix an Gründen (Schulz & Sauter 2015)
- International sieht es besser aus (wir brauchen „nur“ Anschlussfähig zu werden...)



# Berufliche Verantwortung

## Voraussetzungen Berufsautonomie

(!!! Schlüsselthema auch bezüglich Gestaltung der Verantwortungsübernahme mit Klienten)

- Kompetenzen und Bildung: der deutsche Sonderweg (Hofmann 2012), die ausgebremste Akademisierung und Verwissenschaftlichung
- Selbstverwaltung: der lange Weg zur Pflegekammer
- Skill- and Grademix und viele Gegner
- (Forschung, Evidenz)
- (Mitwirkung Versorgungsplanung, hinwirken auf Stepped-Care-Modelle, integrierte Versorgung, generell Ambulantisierung)



# Praxis Verantwortung stationär

## Forschungsprojekt

- Studentisches Projekt Rixe & Sauter
- Frage nach Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, Fokus auf Einflussfaktoren und Voraussetzungen
- Hintergrund: Erfahrungen der Forscherinnen und Befunde zur Verantwortungsübernahme
- Qualitatives Design
- Gruppendiskussionen in Kliniken
- Auswertung anhand dokumentarischer Methode
- Projekt abgeschlossen  
„kleine“ Ergebnisse vorhanden



# Praxis Verantwortung stationär

## Forschungsprojekt Ergebnisse

- Zwei Gruppendiskussionen
- mehrere Gesprächspassagen interpretiert
- ✓ Verantwortung wird gerne übernommen, der Verantwortungsrahmen ist gewachsen
- ✓ förderliche Aspekte sind im Alltag teilweise realisiert
- ✓ Deutliche Begrenzung durch 1. Primat der Sicherheit und 2. hohe Arbeitsbelastung (beides hängt mit Personalsituation zusammen)
- ✓ Pflegende sehen sich dann gezwungen, Verantwortung abzuweisen oder gegen die Patientenbedürfnisse zu handeln
- ✓ Dies wird emotional belastend erlebt



# Praxis Verantwortung stationär

## Forschungsprojekt Diskussion

- Belege für dargestellte Sachverhalte
- Hinweisen auf Handeln gegen Patientenbedürfnisse und FEM aufgrund von Personalmangel muss dringend nachgegangen werden
- Pflegende brauchen  
(neben ausreichend Personal)
  - konzeptuelle Sicherheit,
  - gelingende Multi-Diszi-Zusammenarbeit und
  - ein pat.orientiertes Pflegesystem
- Geplant sind weitere Erhebungen um Ergebnisse generalisieren zu können.



# Praxis Verantwortung ambulant

## Auftrag:

- „Alleine vor Ort“, ohne Team, → hohe und oft einsame Verantwortungsübernahme für alle Aspekte der Begleitung
- Breites Aufgabenspektrum, formale und informelle Aufgaben (BAPP 2003; Weissflog 2016; Richter & Hahn 2009; Schindler et al, 2013)
- bedarfsorientierte, hochfrequente Behandlungskontakte (bis zu 14 in einer Woche)

u.a. Präsenz & Beziehungsaufbau (Hausrecht beim Pat.), Angehörigenarbeit, Förderung von Autonomie und Entwicklung, Krisenmanagement, Prävention und Gesundheitsförderung, Edukation und Trainings, Medikamenten- und Krankheitsmanagement, Case-Management und Kooperation, pp)



# Praxis Verantwortung ambulant

## Rahmen:

- Inhaltlich beschrieben als „Grund- und Behandlungspflege und häusl. Versorgung“ (§37 SGB V)
- Keine flächendeckende Umsetzung
- Zeitliche Beschränkung
- Definierte Diagnosegruppen
- „Verordnungshoheit“ Arzt  
Thema Delegation vs Substitution
- Keine Regelung zu Personalstärke, Qualifikation (geschweige denn Akademisierung...), Vergütung pp
- Nachwuchsproblematik



# Fazit, Ausblick, Forderungen

- Pflege wird gebraucht und muss eine aktive(re) Rolle in der Versorgung haben. „Mehr Pflege“ könnte helfen den Fokus der Hilfen von „Symptomminderung“ auf „Lebensziele und Lebensqualität des Klienten“ zu verschieben.
- Der starke Fokus „stationär“ widerspricht dem Pflegeethema „Alltag & Lebensweltbezug“; Pflege muss in die Eingliederungshilfe, in die aufsuchende Arbeit und ihre Rollen in der Prävention deutlicher gestalten.
- Pflege in D arbeitet „unter ihren Möglichkeiten“, sie braucht mehr Ressourcen, mehr Bildung und eine aktive Rolle auch in der Versorgungsplanung und der Forschung.
- Die Experten aus Erfahrung, die APK und die Pflege haben viele gemeinsame Anliegen...

Pflege =  
verlässliche  
Hilfe?!



## Herzlichen Dank !!!

### Im Workshop

- Schädle-Deiningers zu „Verantwortung, Qualifikation und Pflegequalität“ sowie Vertiefung Themen Vortrag und offene Fragen
- ein paar Thesen zur pflegerischen Verantwortung als Diskussionseinstieg