



Deklaration von Turku

Der Beitrag der psychiatrischen Pflege zur Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Deutschsprachige Version

- Übersetzt unter der Schirmherrschaft der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) und der Schweizer Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege. Übersetzung durch:
 - Ruth Ahrens
 - Michael Löhr
 - Susanne Schoppmann
 - Michael Schulz
 - Gianfranco Zuaboni

Entwicklung des Dokuments

- Die erste Fassung geht auf ein HORATIO Vorstandstreffen im Oktober 2010 zurück und lag im Februar 2011 vor.
- Die erste Fassung wurde vom Vorstand von HORATIO am 19. Februar 2011 verabschiedet.
- In die zweite Fassung wurden Rückmeldungen aus dem Vorstand von HORATIO sowie von den mit HORATIO verbundenen Experten der psychiatrischen Pflege („Expertpanel“) aufgenommen. Diese zweite Fassung wurde am 6. April 2011 auf die Homepage von HORATIO gestellt.
- Über weitere Entwicklungsschritte der Deklaration wurde auf einem HORATIO Vorstandstreffen in Amsterdam im Juli 2011 beraten.
- In einer weiteren Runde wurde eine überarbeitete dritte Fassung an europäische und internationale Experten der psychiatrischen Pflege versendet und mit eingearbeiteten Kommentaren im September 2011 auf der Webseite von HORATIO vorgestellt.
- Alle Mitgliedsstaaten waren in einem nächsten Schritt aufgerufen, zur dritten Fassung beizutragen durch individuelle Mitglieder, Nicht-Mitglieder und alle, die sich angesprochen fühlten ihre Meinung kundzutun und Rückmeldung zu geben. Zusätzlich wurden weitere Europäische Organisationen zur Psychischen Gesundheit und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) eingeladen, das Papier zu kommentieren.
- Die Rückmeldungen wurden auf einem Vorstandstreffen von HORATIO in Stockholm am 15. und 16. Oktober 2011 diskutiert.
- Die endgültige Fassung (vierte Fassung) wurde im Oktober/November 2011 erstellt.
- Das endgültige Dokument wurde im November 2011 auf der Webseite von HORATIO vorgestellt.

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen, was sind die grundsätzlichen Linien, die unabhängig von regionalen Unterschieden für die psychiatrische Pflege in Europa benannt werden können? HORATIO als europäische Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege hat 2011 nach einem länderübergreifenden Diskussionsprozess im Rahmen der Deklaration von Turku eine Antwort auf diese wichtige Frage gefunden. Dabei zeigte sich die Suche nach Gemeinsamkeiten und zukünftig anzusteuernenden Zielen über Ländergrenzen hinweg angesichts unterschiedlicher Bildungs- und Gesundheitssysteme sowie unterschiedlicher historischer Entwicklungen als Herkules-Aufgabe.

Das Dokument macht deutlich, dass die psychiatrische Pflege in Europa ein gemeinsames Verständnis eint. Im Sinne einer Gebrauchsanweisung kann dieses Instrument von psychiatrisch Pflegenden, Lehrenden und Lernenden bzw. Studierenden der psychiatrischen Pflege als Kompass genutzt werden. Dieser kann in unübersichtlichen Situationen und verschiedenen Settings Halt geben. Auch die Herausforderungen der psychiatrischen Pflege sind in den unterschiedlichen Ländern vergleichbar. Insgesamt gilt, dass wir vor allem im Hinblick auf die wissenschaftliche Fundierung der psychiatri-

schen Pflege als Profession und die neuen Formen der Einbeziehung des Nutzerwissens in die psychiatrische Versorgung in Zeiten des Umbruchs und der Neuausrichtung leben.

Die Erkenntnis einer gemeinsamen Basis ist ein großer Wert an sich. Sie hilft, wenn auf Station oder im ambulanten Dienst, auf kommunaler Ebene oder bei der Entwicklung von curricularen Inhalten um den professionellen Weg gerungen wird. Auch im Rahmen von Ausbildung und Hochschule können auf der Grundlage dieser Publikation gegenwärtiges Handeln reflektiert und zukunftsfähige Wege entwickelt werden.

Wir danken dem Hogrefe Verlag für die Realisierung dieses Sonderdrucks und wünschen dem Dokument große Verbreitung.

Prof. Dr. Michael Schulz, Geschäftsführender Herausgeber Zeitschrift „Psychiatrische Pflege“

Dorothea Sauter, Präsidentin Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

Prof. Dr. Sabine Hahn,
Co-Leiterin der Akademischen
Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (CH)

Susanna Flansburg,
HORATIO – Member of the board

Bielefeld, Münster, Bern im April 2018

Kapitel A. Einleitung

1. Pflegende haben seit Jahrzehnten zur Verbesserung der Gesundheit und der Kosteneffektivität der Versorgung jener Menschen beigetragen, die mit der Herausforderung einer psychischen Erkrankung, kognitiven Defiziten, Abhängigkeitserkrankungen, emotionalem und psychischen Stress oder traumatischen Störungen leben mussten.
2. Psychiatrische Pflege repräsentiert die größte Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen. Sie verfügt zudem über die größte Vielfalt klinischer Funktionen und die unterschiedlichsten Verantwortungsbereiche. Durch Migration, Arbeitslosigkeit oder Berufsabgänge ist das Expertenwissen dieser Berufsgruppe kontinuierlichen Verlusten ausgesetzt.
3. Der Überzeugung von HORATIO folgend hat die psychiatrische Pflege unterschiedliche zentrale Rollen und Verantwortungen, welche von anderen Kerndiszip-

linien in der psychiatrischen Versorgung abzugrenzen sind. Diese werden in Kapitel C beschrieben und durch andere Abschnitte in diesem Dokument gestützt.

4. Für den Fall, dass psychiatrische Pflege nicht in den Versorgungsprozess eingebunden ist, können diese Funktionen von keiner anderen Berufsgruppe übernommen werden, was sich negativ auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Demnach unterstreichen diese unterschiedlichen Funktionen und Verantwortungsbereiche, was Pflege in diesem Bereich ausmacht.
5. Es ist gut möglich, dass einige dieser Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche von anderen Berufsgruppen im multidisziplinären Team übernommen werden können (z. B. dort, wo Vertreter verschiedener Kerndisziplinen der psychiatrischen Versorgung zusammenarbeiten und ihre Fähigkeiten zum Ziele eines individuellen Behandlungsplanes zusammenlegen). Allerdings entspringen diese Tätigkeitsbereiche ausnahmslos der psychiatrischen Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung und werden, für die Verwendung durch andere Disziplinen angepasst, um den dortigen Arbeitserfahrungen und Verantwortungen zu entsprechen.
6. Psychiatrische Pflegewissenschaft umfasst sowohl Methoden und Interventionen wie auch das Management von Pflegeprozessen und Maßnahmen zur Evaluation dieser, welche speziell für die Arbeit psychiatrisch Pflegenden entwickelt wurden. Dies geschieht in der Regel durch pflegespezifische oder interdisziplinäre, durch Pflege geleitete Forschung und/oder durch Übernahme und Anpassung von psychosozialen Interventionen aus anderen Bereichen, beispielsweise Medizin, Psychologie, usw., unter Einbezug von Studien zur Praxisentwicklung. Dennoch ist es anerkannt, dass Erkenntnisse aus anderen Bereichen auch in ihrer Originalform also ohne eine Anpassung an die psychiatrische Pflege zur Anwendung kommen können.
7. Da ein Mangel an Kontinuität zwischen den verschiedenen europäischen Mitgliedstaaten existiert, gibt es im Hinblick auf die Kernkompetenzen in der Aus- und Weiterbildung, der Unterstützung, dem Management und der klinischen Praxis von psychiatrischer Pflege in Europa keine einheitliche Vorgehensweise. Diese fehlende Harmonisierung hat zur Folge, dass im Hinblick auf die psychiatrische Pflege eine Kultur von „Haben und Nichthaben“ entstanden ist. So ist auf der einen Seite psychiatrische Pflege von hoher Qualität weit entwickelt und individuell ausgerichtet zu finden, während am anderen Ende des Kontinuums nur minimale Pflegequalität als Folge fehlender Ressourcen und der daraus resultierenden fehlenden Unabhängigkeit von anderen Berufsgruppen geleistet werden kann.
8. Innerhalb der Mitgliedstaaten haben sich historisch bedingte Unterschiede im Hinblick auf die Benennung der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen entwickelt, z. B.: Nutzer, Bewohner (für Menschen in Langzeiteinrichtungen), Patientinnen und Patienten (in stationären oder anderen klinischen Settings), Konsumenten (häufige Benennung in ambulanten Zusammenhängen), Psychiatrieerfah-

rene und Überlebende (für jene, die psychiatrische Behandlung „überlebt“ haben). Nach eingehender Beratung mit anderen europäischen Partnerorganisationen haben wir, mit dem Ziel einer einheitlichen Vorgehensweise für dieses Dokument, den Begriff „Patient/Patientin“ gewählt.

9. Psychiatrische Pflege hat unterschiedliche Qualifikationsniveaus und unterschiedliche Verantwortungsebenen.
10. Der Beitrag, den psychiatrische Pflegenden durch ihre implizite (und explizite) Arbeit leisten, wird von den anderen Partnern im Gesundheitswesen oft unterschätzt.
11. Trotz der großen Bandbreite an Qualifikationsstufen und dem breiten Kompetenzprofil können psychiatrisch Pflegenden durch Hochschulabschlüsse vertieftes Wissen erlangen, um als Advanced Nurse Specialists erweiterte Verantwortungsbereiche abzudecken. Diese spezialisierten Handlungsbereiche unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher Funktionen von denen der ärztlichen Kollegen, wenngleich es zwischen beiden Disziplinen zu Überlappungen kommen kann.
12. Dieses Dokument wurde erstellt, um der gegenwärtig unbefriedigenden Situation entgegenzuwirken. Die Absicht ist es, den einzigartigen Beitrag herauszuarbeiten, den psychiatrisch Pflegenden für jene zu leisten in der Lage sind, für die sie von ihrer Profession her Verantwortung tragen.
13. Dabei soll dieses Papier einen Rahmen für die europäische Entwicklung psychiatrischer Pflege bieten und über diesen Weg helfen, die pflegerischen Angebote für Menschen mit psychischen Problemen zu verbessern.
14. Es ist bekannt, dass im Hinblick auf die verwendeten Begriffe und Konzepte das Verständnis in den jeweiligen Ländern nicht immer deckungsgleich ist. Aus diesem Grund wurde in dieser Deklaration eine möglichst allgemein gültige Sprache verwendet. Sollten trotzdem sprachliche Ungenauigkeiten bestehen, so wird davon ausgegangen, dass in weiteren Fassungen Abhilfe geschaffen werden kann.
15. Im Folgenden wird nicht nur dargestellt, was psychiatrisch Pflegenden tun, sondern ebenso jene Tätigkeiten, die von anderen Berufsgruppen nicht oder nicht in gleicher Weise durchgeführt werden. Dies gilt auch für Bereiche, in denen entsprechend ausgebildete psychiatrisch Pflegenden in einem multidisziplinär arbeitenden Team oder als unabhängig Tätige die Teamleitung und/oder die fachliche Leitung übernehmen.

Kapitel B. Aus- und Weiterbildung

16. HORATIO hat folgende „Grundsätze“ für Bildung, Forschung, Praxis und berufliche Entwicklung identifiziert und unterstützt diese für alle psychiatrisch Pflegenden in Europa. Psychiatrisch Pflegenden sollten:
17. eine formelle Ausbildung erhalten, vorzugsweise auf universitärem Niveau. Die entsprechenden Curricula sollen die erforderlichen Grundlagen umfassen, die

- notwendig sind, um die Patientinnen und Patienten nach aktuellem Forschungsstand auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und psychiatrischen Pflege zu versorgen.
18. sich bei ihren nationalen Dachverbänden registrieren, soweit diese existieren. Dies gilt für psychiatrisch Pflegende, die einen anerkannten Ausbildungs-/Weiterbildungsabschluss erworben haben. Pflegende ohne spezifisch psychiatrische Ausbildung, die dennoch mit psychisch erkrankten Menschen arbeiten, müssen dazu ermutigt werden, sich auf Hochschulniveau für ihr Arbeitsfeld zu qualifizieren. Dies sollte eine Grundvoraussetzung für alle Registrierungsstellen für Pflegende sowie Dachverbände in der gesamten EU werden.
 19. die Unterstützung ihrer regionalen und nationalen Hochschulen anstreben, die für eine qualifizierte Entwicklung und Durchführung von psychiatrischen Pflegestudiengängen in der akademischen Erstausbildung und im postgraduierten Bereich sorgen, um im Einklang mit den grundlegenden Anforderungen als psychiatrisch Pflegenden und/oder Pflegeexperte zu arbeiten. Hochschulen sollen ermutigt werden, ihre Programme international auszutauschen.
 20. ohne angemessene Vorbereitung und Betreuung nicht gezwungen werden, in Bereichen der psychiatrischen Versorgung zu arbeiten.
 21. nach dem Abschluss regelmäßig berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erhalten (lebenslanges Lernen), um die Versorgungsqualität sicherzustellen, die auf aktueller Evidenz und Best-Practice basiert.
 22. die Möglichkeit der kontinuierlichen akademischen Ausbildung einschließlich höherer akademischer Abschlüsse haben, sowohl auf Master-, als auch auf Doktorandenniveau im entsprechenden Fach der psychiatrischen Pflege. Diese Karrierestruktur unterstützt die potentielle Zunahme von Fähigkeiten und Wissen.
 23. Betreuung (während der Ausbildungsphase), Praxisanleitung (spezifische Supervision für einen begrenzten Zeitraum während der ersten Qualifikation) und klinische Supervision (während ihrer gesamten beruflichen Laufbahn) erhalten. Diese Aspekte sind das Mindestmaß an Unterstützung zur beruflichen Entwicklung für psychiatrisch Pflegende, zu denen ein Zugang eingeräumt werden muss.

Kapitel C. Klinische Praxis – Psychiatrisch Pflegende sollten ...

Erster Teil: Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten

24. gute fachliche Praxis durch die Entwicklung einer funktionierenden, therapeutischen Beziehung mit jeder einzelnen Patientin und jedem einzelnen Patienten gewährleisten. Der Aufbau dieser Beziehung orientiert sich an Modellen, die aus

dem Fachgebiet der Pflege oder adaptiert aus anderen Disziplinen entnommen sind. Ihre Anwendung variiert von denen anderer Disziplinen – sowohl in der Intensität, als auch im Ausmaß, in welchem die vermittelten therapeutischen Aktivitäten durchgeführt werden. Deren Ausführung erfordert Wissen und Fertigkeiten und kann nur durchgeführt werden, wenn entsprechende Vorbereitungen und Ausbildungen absolviert werden.

25. erkennen, dass alle Patientinnen- und Patientenkontakte spezifische Interventionsaktivitäten erfordern. Oft ist der Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit die eigentliche Präsenz. Dadurch wird die therapeutische Wirksamkeit des Selbst bei den Patientinnen und Patienten gefördert. Diese Präsenz verbessert die Zugänglichkeit zu Patientinnen und Patienten, die sich in Krisen befinden, schweren Depressionen haben oder stark beeinträchtigt sind. Die professionelle Beziehungsgestaltung mit langfristig erkrankten Personen kann auch eine Methode sein, in deren Verlauf die notwendigen pflegerischen Interventionen durchgeführt werden.
26. führen biopsychosoziale Beobachtungen von Patientinnen und Patienten durch, welche die klinischen Beurteilungen unterstützen.
27. Pflegediagnosen festlegen. Diese sollen die Auswirkungen der klinischen Symptome auf die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, die Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig zu bewältigen, erfassen. Trotz Verknüpfungen untereinander unterscheiden sich die medizinischen Diagnosen von den Pflegediagnosen u. a. dadurch, dass letztere dynamischer und ständig veränderbar sind. Medizinische Diagnosen können für den Verlauf eines Lebens unverändert bleiben, während Pflegediagnosen sich den Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten anpassen, mit den Auswirkungen der Krankheit umgehen zu können.
28. Pflegepläne erstellen, welche die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten spezifisch einbeziehen und dabei eine Vielfalt von Interventionen nutzen. Dies erfolgt unter der Berücksichtigung des Gebots eine tragfähige, therapeutische Beziehung mit den Patientinnen und Patienten zu etablieren.
29. sich mit den Patientinnen und Patienten auf der Basis von Wechselbeziehung, Zusammenarbeit, Pflegeplanung, Behandlung und klinischen Ergebnissen engagieren. Dies sollte auf einer Ebene der Konkordanz geschehen, die es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, Kontrolle über ihre eigene Behandlung zu haben.
30. innerhalb eines bestimmten oder festgelegten Zeitrahmens die Effektivität des Pflegeplanes, der Interventionen, des Assessments und der daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen evaluieren. Dabei müssen die Auswirkungen auf die Patientin respektive dem Patienten ausgewertet und die gesamten Ergebnisse der Evaluation mit ihr/ihm ausgehandelt werden.
31. wenn einmal die Ziele der Pflegeplanung erreicht oder geändert werden, weitere Pläne in partnerschaftlicher Beziehung mit der Patientin/dem Patienten entwerfen, um zusätzliche Erfolge und den Recovery Prozess zu fördern. Dabei ist das primäre Ziel, die Unabhängigkeit der Patientin/des Patienten gegenüber der psych-

- iatisch Pflegenden zu fördern, unter der Berücksichtigung, dass gegebenenfalls die pflegerische Aktivität beendet wird.
32. Mitarbeiter in der direkten Patientenversorgung in allen Situationen der psychiatrischen Versorgung (stationär, ambulant, gemeindenah, aufsuchende Versorgung, auf Spezialstationen oder bei Katastrophen) sein. Insbesondere sind psychiatrisch Pflegende die einzigen Professionellen in der stationären psychiatrischen Versorgung mit Verantwortung für Patientenkontakte über 24 Stunden an 7 Wochentagen.
 33. basale Interventionen für psychiatrische Notfallsituationen anbieten, wie beispielsweise Selbstverletzungen, Fremdaggressionen, Gewaltausbrüche, Entweichungen, Suizidversuche und für die erfolgreiche Beendigung der Situationen verantwortlich sein (im Gegensatz zu Kriseninterventionen, die am besten mit Angeboten multidisziplinärer Teams behandelt werden, zu denen eine psychiatrische Pflegende gehört). Dabei sollten anerkannte, schadensbegrenzende Interventionsmodelle und Herangehensweisen genutzt werden.
 34. in Kriseninterventionen mitwirken, entweder als Schlüsselpersonen oder als Mitglieder eines Krisenteams. Dabei bieten die psychiatrisch Pflegenden evidenzbasierte pflegewissenschaftliche Beiträge an.
 35. durch ihre Beobachtungen, Präventionsmaßnahmen und psychosoziale Interventionen die Entwicklung weiterer psychischer Symptome verhindern und bestehende reduzieren, wodurch möglicherweise eine stationäre Behandlung abgewendet werden kann.
 36. in die individuelle Pflegeplanung schadensmindernde Interventionen, Prozesse oder Modelle implementieren, die auf dem ermittelten Bedarf und der Ausprägung der Symptome basieren.
 37. eine breite Palette an medizinischen, psychologischen und psychosozialen Interventionen anbieten können. Diese sollten dem Zweck der pflegerischen therapeutischen Beziehung und den individuellen Bedürfnissen der Patientin/des Patienten angepasst werden. Während andere Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten) unter gewissen Umständen ebenfalls berufsfremde Interventionen mit ihren eigenen Aktivitäten abstimmen, sind es die psychiatrisch Pflegenden, die sämtliche dieser Interventionen nutzen müssen. Dies weil sie mit dem breitesten Spektrum von Zuständen konfrontiert werden und der größten Spannweite an Symptomausprägungen begegnen.
 38. in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten arbeiten, wann immer und wo immer dies möglich ist und nicht nur im klinisch-stationären Bereich. Dabei können sie eine Vielzahl an Rollen übernehmen, mit unterschiedlichsten Verantwortlichkeiten und Tätigkeitsbereichen. Beispielsweise können sie Patientinnen und Patienten zu Hause als Case Manager betreuen oder umgekehrt als „Pflegepartner“ an einem Ort, der von der Patientin/dem Patienten festgelegt wird – was auch die Möglichkeit beinhalten würde, sie/ihn im stationären Setting aufzusuchen.

39. sich in der Patientenbildung engagieren, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden fördern sowie anhand psychoedukativer Interventionen den Zusammenhang zwischen Krankheit, Beeinträchtigung und Genesung (Recovery) aufzeigen.
40. die Patientenerwartungen auf Hoffnung und Recovery fokussieren, indem vorhandene und entwickelte Modelle der Rehabilitation und des Recovery- Prozesses genutzt werden. Der Versuch, eine sinnvolle Rückkehr in die Gesellschaft anzustreben, ist das vorrangige Ziel aller psychiatrisch Pflegenden, die in einem stationären Setting arbeiten und entspricht der Best Practice. Für Patientinnen und Patienten, bei denen dies nicht möglich ist, soll ein optimales Maß an Unabhängigkeit und sozialer Inklusion angestrebt werden. Für psychiatrische Pflegende, die in kommunalen Einrichtungen arbeiten oder mit speziellen Patientengruppen, wie z. B. psychisch-beeinträchtigten Kinder, Langzeiterkrankte, Abhängigkeitserkrankte oder Flüchtlingen, ist das gleiche Prinzip anzustreben, um eine optimale soziale Inklusion zu jeder Zeit erreichen zu können.
41. versuchen, erfolgreiche Behandlungen mit möglichst geringen restriktiven Ansätze und Zwangsmaßnahmen zu erreichen, zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.
42. in allen Bereichen der biopsychosozialen Matrix intervenieren.

Zweiter Teil: Arbeiten im Interesse der Patientinnen und Patienten

43. eine Vielzahl multiprofessioneller Assessments durchführen, einschließlich solcher, die speziell für die Pflege entwickelt wurden.
44. die Informationen aus den Assessments mit anderen psychiatrischen Disziplinen, sowohl innerhalb multidisziplinärer Settings als auch in unterschiedlichen Institutionen und Trägerschaften, teilen.
45. intuitive Expertenfähigkeiten nutzen, um jede Situation im gegebenen Moment einschätzen und angemessen und wirksam reagieren zu können. Die psychiatrische Pflege ist in hohem Maße situativ ausgerichtet, vielleicht mehr als jede andere Berufsgruppe im Bereich der psychiatrischen Versorgung.
46. Versorgungskontinuität sicherstellen (insbesondere in stationären Settings aber auch im ambulanten Bereich als Koordinator). Während die Rolle des Koordinators im ambulanten Bereich von jeder der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen übernommen werden kann, bleiben es bei Patientinnen und Patienten mit mentalen oder psychiatrischen Problemen unveränderlich die psychiatrisch Pflegenden, die diese Funktion wahrnehmen. Andere Berufsgruppen tendieren dazu, die Versorgungscoordination auf andere, in Zusammenhang stehende Probleme auszurichten wie z. B. soziale Bedürfnisse, wo diese als Haupteinflussfaktor auf die Patientinnen und Patienten gesehen werden.

47. die Effekte von Medikation und Therapie auf die Patientinnen und Patienten beobachten und die gewonnenen Informationen an andere Mitglieder des klinischen Teams zurückmelden.
48. Patientinnen und Patienten in allen Stadien ihres Gesundheitszustandes oder Phasen psychiatrischer Episoden unterstützen. Oft bedeutet dies, sie an andere psychiatrisch Pflegenden zu übergeben, die andere klinische Rollenfunktionen wahrnehmen während die Patientinnen und Patienten unterschiedliche Phasen durchlaufen und sich ihre Bedürfnisse verändern.
49. immer die Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Erfahrung mit ihrem aktuellen Gesundheitszustand und möglicherweise vorausgegangenen Kontakten mit psychiatrischen Diensten und Einrichtungen berücksichtigen. Dies muss vor der Initiation jeder weiteren Intervention geschehen.
50. alle Patientinnen und Patienten als Partnerinnen und Partner in ihrem eigenen Behandlungsprozess ansehen.
51. die juristische Verantwortung für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten und die Gesellschaft im Allgemeinen haben. Dies wird entsprechend der nationalen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit/Krankheit variieren, aber psychiatrisch Pflegenden müssen zu jeder Zeit eine sichere Pflege für diejenigen Patientinnen und Patienten bereitstellen, für die sie die klinische Verantwortung tragen.
52. die Belastung pflegender Angehöriger reduzieren und ihre Bewältigungsfähigkeiten stärken insbesondere in den Bereichen der klinischen Zusammenarbeit, der persönlichen Handlungsstrategien und der psychopharmakologischen Kenntnissen.
53. bei der Planung und Durchführung der Pflege immer die Perspektive der Angehörigen, sowohl bezogen auf den Einfluss der Pflege als auch auf spezielle Implikationen für ihre Bewältigungsfähigkeit, berücksichtigen.
54. klinische Anwaltschaft nutzen – als Übersetzer zwischen Patientinnen und Patienten/Angehörigen und anderen Berufsgruppen, insbesondere medizinischen Kolleginnen und Kollegen, fungieren und dabei über den gesamten Behandlungsprozess kommunizieren.
55. Hauptaugenmerk auf die Identifikation von und auf Hindernisse für die Medikamentenadhärenz richten, um den Nutzen der Medikation zu maximieren und die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen zu reduzieren.
56. Beiträge zur Reduktion von Leid und Stigmatisierung leisten, indem die Anwaltschaft für Patientinnen und Patienten übernommen und Unterstützung für individuelle Patientinnen und Patienten im Umgang mit Stigmatisierung bereitgehalten wird.
57. lokale, nationale und internationale sozialpolitische Initiativen und/oder Gesetzgebungen auf das Management, die Unterstützung und die Interventionen der psychiatrischen Pflege anwenden.
58. Gesetze über psychische Erkrankungen und sozialpolitischen Aktionen befolgen und sie bei der Unterstützung der Patientensicherheit, der Minderung von Leid und bei formellen Aufnahmen in die Versorgung und Behandlung anwenden. In einigen

Staaten kann es Gesetze geben, die Aussagen zu der speziellen Rolle der psychiatrischen Pflege treffen. Diese müssen genauestens befolgt werden. Wo solche Gesetze nicht existieren, muss die psychiatrische Pflege ihre Praxis anpassen, um sicher zu stellen, dass die Rechte der Patientinnen und Patienten geschützt werden.

59. Personaleinsatz koordinieren zum Wohl der Patientinnen und Patienten unter Anerkennung der Tatsache, dass Beschränkungen wie Arbeitskräftemangel, Mangel an Fähigkeiten oder Mangel an Expertise vorkommen können. Psychiatrisch Pflegende sollen den Patienten niemals etwas anbieten, was sie nicht erfüllen können oder wofür sie keine Ressourcen oder Zuständigkeiten haben.
60. sich zu jeder Zeit für Best-Practice einsetzen (welche durch Evidenz unterstützt wird und bewiesen hat, dass sie bei einem speziellen Problem zu dem gewünschten Ergebnis führt und die Patientinnen und Patienten keinem Risiko aussetzt) und zwar sowohl in der psychiatrischen Pflege als auch in der psychiatrischen Versorgung im Allgemeinen.

Kapitel D. Forschung und Praxisentwicklung – Psychiatrisch Pflegende sollten ...

61. Forschungsarbeiten im Feld der seelischen Gesundheitspflege durchführen und in interdisziplinären Bereichen und Forschungsgruppen mitwirken.
62. anderen Disziplinen durch wissenschaftliche Forschungen entwickelte Pflegemodelle, Interventionen oder Entwicklungen zu Verfügung stellen, welche dann für die Verwendung im Verantwortungsbereich der jeweiligen Disziplin adaptiert werden können.
63. sich verpflichten, wissenschaftlich gewonnene Forschungsergebnisse in der Praxis der psychiatrischen Pflege anzuwenden. Dies gilt auch für die Verbesserung/Erweiterung bestehenden Wissens, um die Wirksamkeit psychiatrischer Pflege zu verbessern, welche bereits bestehende Praxis- Entwicklungs-Modelle nutzt.
64. Erkenntnisse der Pflegewissenschaft in den meisten Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege anwenden und ihre Arbeit von denen anderer Berufe im psychiatrischen Feld, die ähnliche Rollen und Verantwortungsbereiche haben, unterscheidbar machen..
65. Bereiche, Rollen, Verantwortungsbereiche oder Interventionen identifizieren, die entweder einer Überprüfung oder eine klinischen Führung bedürfen. Sobald dies geschehen ist und ein Mindeststandard klinischen oder professionellen Bedarfs eingeführt ist, sollten weitere Alternativen und Abläufe zur Verbesserung der Situation identifiziert werden. Diese sollten nach Wirksamkeit implementiert und evaluiert werden, damit feste Praxis-Entwicklungs-Modelle genutzt werden. Wo es keine Best-Practice-Alternative gibt, liegt es in der Verantwortung der psychiatrischen Pflege, diese zu entwickeln (s. Punkt 61).

66. sich in Praxisentwicklungen engagieren, welche Mischungen erlauben aus der personenzentrierten Tradition der psychiatrischen Pflege und den positiven Beziehungen zwischen Individuen und Teams, sowie persönlichen Qualitäten, kreativer Imagination, praktischen Fertigkeiten und Weisheit. Die Ergebnisse solcher Tätigkeiten sollten in die Unternehmensstruktur der Arbeitgeber eingebunden sein, um sicherzustellen, dass die psychiatrische Pflege ein essentieller Bestandteil der Kernkompetenzen jeder Organisation ist.

Entwickelt für und im Namen von HORATIO: European Psychiatric Nurses von Martin Ward, Vorsitzender der HORATIO Expertengruppe (Expert Panel)

Personen, die an der Konzeptentwicklung dieser Deklaration beteiligt waren

Dr. Roland van de Sande (Niederlande)
Prof. Denis Ryan (Irland)
Dr. Heikki Ellilä (Finnland)
Prof. Michael Schulz (Deutschland)
Kevin Gafa (Malta)
Richard Brodd (Schweden)
Georgia Georgiou (Zypern)
Des Kavanagh (Irland)

Personen, die mit Rückmeldungen und Kommentaren die Weiterentwicklung dieser Deklaration ermöglicht haben

Prof. Brendan McCormack (Nordirland)
Prof. Dirk Richter (Schweiz)
Dr. Susanne Schoppmann (Deutschland)
Ass.-Prof. Renee Robinson (Kanada)
Prof. Sabine Hahn (Schweiz)

Melodie Hull (Kanada)
Prof. Patrick Callaghan (Vereinigtes Königreich)
Ber Oomen (Niederlande)
Prof. Jose Carlos Santos (Portugal)
Prof. Anna Bjorkdahl (Schweden)

Organisationen, die die jeweiligen Fassungen kommentiert haben

Malta Association of Psychiatric Nurses (Malta)
Royal College of Nursing (Vereinigtes Königreich)
Mental Health Europe (Belgien)
Studiengang Psychiatrische Pflege der FHDD
Bielefeld (Deutschland)

HORATIO dankt allen, die sich beteiligt haben, Einzelpersonen, Organisationen und psychiatrisch Pflegenden in allen Ländern.

Die Zeitschrift für Psychiatrische Pflege



„Psychiatrische Pflege“ widmet sich der fachlichen Weiterentwicklung der verschiedensten Handlungsfelder von Pflegenden in der Psychiatrie. Die Inhalte sind stark auf die Pflegepraxis bezogen. Aktuelle und bestmögliche Methoden werden dargestellt und unterstützen die fachlich fundierte Pflege und deren Weiterentwicklung.

**Online-Probeheft
und Bestellmöglichkeiten auf
www.hogrefe.com/j/psp**

