

Zwischen Offenheit und Ablehnung – Die Einstellung von Psychiatriepflegenden gegenüber dem Risikoverhalten ihrer Patienten: eine qualitative Studie

Negotiating the Space Between Openness and Rejection – Mental Health Nurses' Attitudes Towards Risk Behaviour of their Patients – A Qualitative Study

Autoren

Christian Burr¹, Dirk Richter^{2,3}

Institute

¹ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern, Schweiz

² Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

³ Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

- Risiko
- Recovery
- psychiatrische Pflege
- Einstellung
- qualitative Inhaltsanalyse

Keywords

- risk
- personal recovery
- mental health nursing
- attitude
- qualitative research

Zusammenfassung



Ziel der Studie: Beschreiben der Einstellung von Mitarbeitenden gegenüber dem Eingehen positiver Risiken ihrer Patienten, da darüber wenig bekannt ist und die Einstellung wesentlich zum Verständnis der aktuellen Praxis beiträgt.

Methodik: Anhand der Inhaltsanalyse von 4 Fokusgruppeninterviews wurde die Einstellung der Pflegenden gegenüber dem Eingehen positiver

Risiken ihrer Patienten untersucht und wie sie ihre Institution dabei wahrnehmen.

Ergebnisse: Pflegende bewerten Risiken eher negativ, haben eine ambivalente Einstellung gegenüber positiven Risiken und nehmen ihre Institution auch so wahr.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bestätigen Ergebnisse anderer Studien. Klare Leitlinien zum Thema fehlen in der Praxis.

Einleitung



Als Alternative zu *Clinical Recovery*, dem medizinischen Verständnis für Genesung, zählt *Personal Recovery* (folgend Recovery) heute zu den wichtigsten Konzepten zum Verständnis von langanhaltenden psychischen Erkrankungen [1]. Recovery wird als ein ergebnisoffener Genesungsprozess beschrieben [2–4] und bedeutet für die Betroffenen, trotz Symptomen oder anderen negativen Auswirkungen der Erkrankung, wieder ein sinnerfülltes, selbstbestimmtes Leben führen zu können [1]. Hoffnung, Personenorientierung, Betroffenenpartizipation sowie Selbstbestimmung und Wahlfreiheit bilden die Kernelemente von Recovery orientierten Dienstleistungen [5]. In verschiedenen europäischen, nationalen Versorgungsleitlinien [6–8] sowie in internationalen Grundsatzpapieren [9] sind Kernelemente von Recovery verankert und werden als grundlegende Ausrichtung für psychiatrische Einrichtungen gefordert. Diese sind v. a. in verschiedenen englischsprachigen Ländern gesetzlich verankert und werden auch systematisch umgesetzt [10]. Im Zentrum stehen dabei Unterstützungen zur persönlichen Recovery-Planung, Recovery Colleges, Unterstützungen durch Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung, die Verpflichtung der Dienstleister zu den Kernelementen von Recovery, Sicherheitsplanung und Unterstützungen

für die Mitarbeitenden bei der Umsetzung [11]. Aber auch im deutschsprachigen Raum gibt es Initiativen zur Umsetzung des Recovery-Modells in der psychiatrischen Versorgung [12, 13].

Recovery bedeutet in praktischer Hinsicht, dass die Betroffenen mehr Autonomie bei wichtigen Entscheidungen erhalten. In diesem Sinne zielt Recovery auf eine Erhöhung des Empowerments sowie der Verantwortungsübernahme zur eigenen Lebensgestaltung [10]. Dies kann dazu führen, dass Menschen mit psychischen Störungen, die sich auf den Recovery-Weg machen, Risiken eingehen wollen, die aus Sicht von Professionellen in der Psychiatrie nicht angemessen erscheinen. Recovery, und v. a. der Umgang mit Risiken, stellen eine besondere Herausforderung für die therapeutische bzw. pflegerische Beziehung dar, weil die Präferenzen der betroffenen Person auch im Zusammenhang mit Risiken über die professionelle Einschätzung zu stellen sind.

Ein Recovery-orientierter Umgang mit Risiken erfordert daher ein umfassendes Verständnis von Risiko. Dabei wird zwischen gefährlichen bzw. negativen Risiken, wie Selbst- oder Fremdgefährdung, und positiven Risiken (engl.: *positive risks*) unterschieden [14, 15]. Positive Risiken werden als Schritte oder Herausforderungen im alltäglichen Leben beschrieben, die zu persönlichem Wachstum und persönlicher Entwicklung beitragen. Das kann u. a. bedeuten, Kontakte zu wichti-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-113093>
 Psychiat Prax
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Christian Burr, MScN, RN
 Universitäre Psychiatrische
 Dienste, Universitätsklinik für
 Psychiatrie und Psychotherapie
 Bolligenstraße 111
 3000 Bern 60, Schweiz
christian.burr@gef.be.ch

gen Personen wieder aufzunehmen oder die Arbeitsstelle zu wechseln [10, 16]. Besonders bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird dem Eingehen resp. dieser positiven Risiken eine große Bedeutung zugeschrieben [10].

In der Gesundheitsversorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird der Pflege als größte Berufsgruppe [17] eine zentrale Rolle zugeschrieben [18]. Diese wichtige Rolle lässt sich demnach auch auf die Unterstützung im Umgang mit positiven Risiken im Alltag übertragen – insbesondere auch durch die ihr zugestandene Expertise in der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung [19].

Trotz der beschriebenen Forderungen für mehr Recovery-Orientierung bei der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wird in der Fachliteratur aus dem englischsprachigen Raum auf eine Zunahme der Risikoaversion von und in Institutionen hingewiesen. Zum pflegerischen Umgang mit Risiken [20–22] wird eine Zunahme der Fokussierung von Institutionen und auch von Pflegefachpersonen auf das Erfassen, Kontrollieren und Vermeiden von Risiken identifiziert. Zudem richte sich der Fokus beim Vermeiden von Risiken oft nicht auf die betroffene Person, sondern auf die allenfalls nachteilige Wirkung für die Institution. Die Aversion gegenüber gefährlichen Risiken übertrage sich auf die Einstellung Pflegenden gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken und die pflegerischen Arbeitsinhalte verlagern sich noch stärker hin zu Kontroll- und Dokumentationsaufgaben [21]. Aus Angst vor Schuldzuweisung durch die Institution tendieren Pflegenden zudem dazu, die Verantwortung für das Eingehen von Risiken den Patientinnen und Patienten oder den Ärztinnen und Ärzten abzugeben [22], so wie dies auch bei Psychologinnen und Psychologen beschrieben wird [23]. Insgesamt beziehen sich die beschriebenen Ergebnisse meist auf Risiken allgemein. Robertson u. Collinson [24] kommen in einer Studie zu Erfahrungen von Pflegenden im Umgang mit positiven Risiken zum Schluss, dass diese eine positive Einstellung gegenüber dem Eingehen solcher Risiken haben und gute Beziehungen zu den Patientinnen wichtig seien, um einen guten Ausgleich zwischen Unterstützung und Kontrolle zu ermöglichen.

Das Handeln von Fachpersonen, insbesondere das pflegerische im Bereich der Alltagsunterstützung von Betroffenen beim Eingehen von positiven Risiken, scheint also für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen relevant zu sein. Die Einstellung spielt dabei eine wichtige Rolle, da sie einen bedeutenden Einfluss auf das Handeln einer Person hat [25]. Deshalb ist es von elementarer Bedeutung, die Einstellung der Pflegenden bezüglich dem Eingehen positiver Risiken zu kennen. Dies zu erfahren und zu beschreiben ist das Ziel dieser Arbeit. Es wurde folgende Forschungsfrage definiert: Welche Einstellung haben Pflegenden in der ambulanten Psychiatrie gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und wie nehmen sie ihre Institution dabei wahr?

Methode



Design

Es wurde ein deskriptives qualitatives Design mit induktiven und deduktiven Anteilen gewählt. Der induktive Anteil bestand in der Erforschung eines bis anhin wenig bekannten Themas, das verständlicher und sichtbarer gemacht wurde [26, 27]. Der deduktive Anteil bestand in den relativ detaillierten Fragestellungen, die auch die Analyse leiteten.

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus diplomierten Pflegefachpersonen. Als Einschlusskriterien galten, in der Funktion als Fallführung oder Bezugsperson zu arbeiten, seit mindestens 2 Jahren das Diplom zu besitzen sowie der deutschen Sprache mächtig zu sein. Die Teilnehmenden wurden durch definierte Ansprechpersonen in den Kliniken aufgrund der Einschlusskriterien rekrutiert. Bei der Zusammenstellung der Fokusgruppen wurde innerhalb der Gruppe auf Heterogenität bezüglich der Teamzugehörigkeit sowie Geschlecht und Arbeitserfahrung im ambulanten Bereich geachtet, dies um Störungen durch teaminterne Probleme zu minimieren sowie ein möglichst breites Spektrum an verschiedenen Sichtweisen zu erhalten. Dies erschien wichtig, da man davon ausgehen kann, dass sich Einstellungen innerhalb eines kulturellen und sozialen Rahmens unterschiedlich entwickeln und mit der Zeit verändern [25].

Setting

Die Untersuchung wurde in den ambulanten Diensten zweier psychiatrischer Kliniken in der Deutschschweiz durchgeführt.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels 4 leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews. Der Ansatz eignet sich besonders, um sozial konstruierte Themen wie Einstellungen [25] aus einer interaktiven Diskussion fokussiert zu erfassen und in kurzer Zeit viele Informationen zu generieren [28, 29]. Anhand von Empfehlungen von Krueger u. Casey [30] wurde von den Autoren ein Interviewleitfaden entwickelt, der sich an den beiden Forschungsfragen orientierte. Dieser sah vor, dass die Teilnehmenden zu Beginn offen über Risiken im Alltag ihrer Patientinnen und Patienten berichten. Unter Bezugnahme von im Interview erwähnten Beispielen von positiven Risiken, ging es danach um folgende Diskussionspunkte:

- ▶ Umgang und Einstellung der Pflegenden gegenüber positiven Risiken,
- ▶ Einschätzung der Pflegenden gegenüber ihrer Institution bezüglich Einstellung und Umgang mit positiven Risiken,
- ▶ Wünsche an die Institution,
- ▶ Ideen zu alternativen Definitionen des Begriffs „positives Risiko“.

Es wurde ein Prä-Test durchgeführt, der zu kleineren Anpassungen führte. Der Erstautor führte die Interviews durch. Mit einer Ausnahme hatte er keinerlei vorgängige Arbeitsbeziehungen zu den Teilnehmenden und kannte die Einrichtungen nur von außen. Die in schweizerdeutschem Dialekt geführten Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und wörtlich ins Hochdeutsche transkribiert.

Datenanalyse

Die Analyse orientierte sich am Prozess der induktiven Inhaltsanalyse nach Elo u. Kyngäs [31]. Dabei wurden Codiermethoden von Saldaña [32] verwendet. Um offen und nahe am Text zu bleiben, wurden für den ersten Codierungszyklus die Methoden In Vivo Coding (wortgetreu Codieren) und Description Coding (beschreibend Kodieren) gewählt. Mit dem Code-Mapping als Zwischenschritt wurden die bestehenden Codes zusammengefasst, thematisch geordnet und erste Kategorien entwickelt. Im zweiten Codierungszyklus wurden mithilfe des Focused Coding (fokussiertes Codieren) und Axial Coding (in Beziehung setzendes, Kategorien bildendes Codieren) die bestehenden Kategorien in einem reflexiven Prozess überarbeitet und weitere Überkategorien ent-

wickelt, um ein kompaktes, in sich konsistentes Kategoriensystem zu erhalten. Die Analyse wurde computergestützt mit MAXQDA 11 [33] durchgeführt. Zur Einhaltung der Gütekriterien qualitativer Forschung wurden Grundsätze von Whittemore, Chase u. Mandle [34] berücksichtigt. Zur Stärkung der Authentizität beispielsweise wurden während der Interviews Einzelaussagen von Teilnehmenden zur Diskussion gestellt und „stille“ Teilnehmende aktiv einbezogen. Während der Analyse wurden Aussagen innerhalb und zwischen den Gruppen ständig verglichen. Das kritische Verhalten und die Integrität wurden gestützt durch die Diskussion von Resultaten mit Forschungskollegen sowie einer kommunikativen Validierung der Ergebnisse mit den Teilnehmenden.

Ethische Aspekte

Die zuständige Ethikkommission erklärte sich als nicht zuständig für diese Untersuchung. Ethische Aspekte zum Schutz der Teilnehmenden wurden vollumfänglich berücksichtigt. Die Teilnehmenden wurden umfassend mündlich und schriftlich über die Studie informiert und mussten ihre schriftliche Zustimmung abgeben. Sie hatten jederzeit die Möglichkeit, die Teilnahme abzubrechen und bei Problemen oder Fragen eine neutrale Person in der Institution oder den Interviewer zu kontaktieren.

Ergebnisse



Stichprobe

Im November und Dezember 2014 nahmen 16 diplomierte Pflegefachpersonen (9 Frauen, 7 Männer) aus 5 ambulanten Einheiten je zu viert an den Interviews teil. Das Alter betrug im Mittel 48,5 Jahre (Spannbreite: 27–60 Jahre) und die Berufserfahrung im ambulanten Bereich im Mittel 13,8 Jahre (1–24). Die Interviews dauerten zwischen 64 und 77 Minuten. Die Gruppen waren team-, aber nicht klinikübergreifend gemischt.

Insgesamt konnten die 3 Hauptkategorien *der Risiko-Begriff* sowie *die Ambivalenz der Pflegenden* und *die Ambivalenz der Institution* und 8 Subkategorien identifiziert werden (► Tab. 1).

Der Risiko-Begriff

Aufgrund der Erzählungen der Teilnehmenden zu Beginn der Interviews, wird unter der Kategorie *der Risiko-Begriff* das Verständnis der Pflegenden bezüglich Risiken in den 2 Subkategorien *negative Risiken* und *positive Risiken* beschrieben (► Tab. 2).

Negative Risiken

Zu Beginn stehen v.a. Risiken mit negativen Auswirkungen im Vordergrund. Es werden Risikofaktoren wie körperliche (z. B. Diabetes) und psychische Probleme (z. B. Angst, Psychose u. a.) aber auch soziale in den Bereichen Wohnen und Finanzen beschrieben. Weiter werden gesundheitsschädigende Verhaltensweisen genannt wie Rauchen, ungenügende Körperhygiene u. a. Wie das folgende Zitat zeigt, stehen v.a. zu Beginn diese negativen Aspekte im Vordergrund, wenn die Pflegenden an Risiken denken:

„[...] , seit dem ersten Mal habe ich gedacht, *schädlicher Gebrauch von Drogen, von Alkohol, Fremd- und Selbstgefährdung massive, da ist mir immer das in den Sinn gekommen.*“ (2, 209)

Positive Risiken

Weiter werden auch Verhaltensweisen diskutiert, denen prinzipiell positive Aspekte zugeschrieben werden. Diese seien für die weitere Entwicklung der Person wichtig, auch wenn sie erfolglos

Tab. 1 Darstellung der 3 identifizierten Haupt- und den dazugehörigen Subkategorien.

Haupt- und Subkategorien		
Der Risiko-Begriff	Die Ambivalenz der Pflegenden	Die Ambivalenz der Institution
Negative Risiken	Offenheit – wer wagt, gewinnt	Offenheit – freilassend und unterstützend
	Dilemma zwischen beschützen und machen lassen	Unklarheit – keine Vorgaben, wenig unterstützend
Positive Risiken	Ablehnung – vor Risiken abhalten und schützen	Risikomeidung – Fokus auf Auswirkungen für Betrieb

Tab. 2 Darstellung der Kategorie der Risiko-Begriff.

Der Risiko-Begriff	
Negative Risiken	Positive Risiken
Sich negativ auswirkende Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> – körperliche Probleme – psychische Probleme – soziale Probleme 	Beziehungen: <ul style="list-style-type: none"> – eine neue Beziehung eingehen – bestehende Beziehungen beenden oder verändern Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> – neue Arbeitsstelle anfangen – bestehende verändern oder beenden
Sich negativ auswirkendes Verhalten: <ul style="list-style-type: none"> – Rauchen – ungeschützter Sex – ungenügende Körperhygiene – usw. 	Unterstützende Faktoren, um positive Risiken eingehen zu können: <ul style="list-style-type: none"> – soziales Umfeld – sinnhafte Tätigkeit Alternative Begriffe für positive Risiken <ul style="list-style-type: none"> – Wagnisse eingehen – Herausforderungen annehmen – neue Schritte im Leben machen

ausgehen können. Genannt werden meist die Bereiche „Beziehungsanbahnung“ oder „Beziehungsbeendung“ sowie das „An-treten“ oder „Beenden“ einer Ausbildungs- oder Arbeitsstelle:

„*Ich habe auch eine Patientin, die seit ein paar Monaten an einem geschützten Arbeitsplatz arbeitet und sie ist hell begeistert. [...] nach Jahren, in denen sie dachte: ‚Ich bin ja nichts wert und kann nichts‘, und alles vermieden hat und vereinsamte ... sie ist also nun dieses Risiko jetzt einmal eingegangen.*“ (3, 11)

Um diese positiven Risiken eingehen zu können, wird die Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit sowie ein stützendes soziales Umfeld, wie die Familie oder der Partner, als sehr wichtig erachtet, wie das folgende Zitat zeigt:

„[...] , ich komme jetzt noch auf das wegen dem stabileren Umfeld, der Partner und auch ihre Familie, die so zu ihr standen, haben das tragen mögen [...] und darum denke ich auch könnten dort vielleicht doch mal ein oder zwei Kinder [...] kommen.“ (2, 76)

Beim Nachfragen, wie die Teilnehmenden den Begriff Positives Risiko nach ihren Vorstellungen nennen würden, kommen Vorschläge wie: „*ein gewisses Wagnis, jetzt mal was Extraordinäres auszuprobieren*“ (1, 17), „*für mich sind das auch eher Herausforderungen als Risiken*“ (2, 216) oder „*einen weiteren Lebensschritt gehen*“ (4, 223).

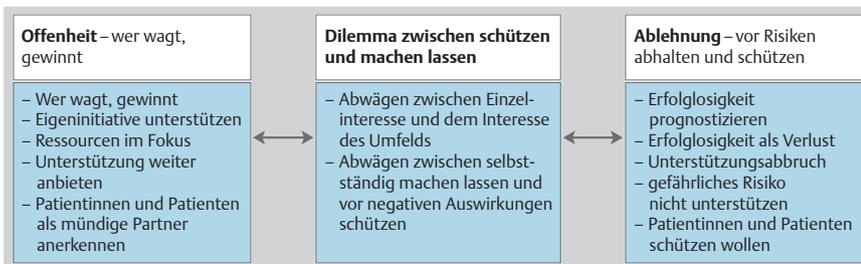


Abb. 1 Darstellung der Kategorie der Ambivalenz der Pflegenden als Kontinuum zwischen Offenheit und Ablehnung..

Ambivalenz der Pflegenden

Die Ambivalenz der Pflegenden zeigt sich in einem Kontinuum an Aussagen und Verhaltensweisen, das von großer Offenheit bis hin zu einer eher ablehnenden, hemmenden Einstellung gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken ihrer Patientinnen und Patienten reicht. Sie wird in 3 Subkategorien beschrieben (☉ **Abb. 1**).

Auf der einen Seite steht der Pol der *Offenheit* gegenüber positiven Risiken. Dieser kann auch als „*Wer wagt, gewinnt*“ bezeichnet werden, so wie es eine Teilnehmende beschreibt:

„Ja, wer wagt, gewinnt, oder. Also, wenn man was verändern will und man sich auf was Neues einlässt, man weiß nicht, ob es funktioniert oder nicht, man kann ja nur gewinnen.“ (1, 37)

Die Pflegenden erachten es als wichtig, dass Patientinnen und Patienten solche wichtigen Schritte im Leben unternehmen und sie auch in Krisen weiter Unterstützung dafür erhalten. Dabei sollen die Ressourcen und die Eigeninitiative im Zentrum stehen und die Patientinnen und Patienten sollten als eigenständige Personen und mündige Partner anerkannt werden, welche die gleichen Rechte und Pflichten haben wie Pflegende selbst:

„Schlussendlich sind sie eigenständige Personen, die auch können und sollen entscheiden, was gut für sie ist, auch wenn [...] ein Risiko besteht. [...] wir gehen auch Wagnisse ein, es ist auch wichtig für den Patienten.“ (1, 41)

Negative Erfahrungen seien auch wichtig, da es ihnen ermögliche, daraus zu lernen. Die Pflegenden finden es selbstverständlich, dass sie einen Teil der Verantwortung für die Auswirkungen gemeinsam erarbeiteter und geplanter Schritte übernehmen. Die Patientinnen und Patienten müssten aber die Verantwortung für ihr Verhalten selber übernehmen.

Auf der anderen Seite des Kontinuums steht der Pol der *Ablehnung*. Pflegende nehmen darin eher eine zurückhaltende oder pessimistische Haltung ein. Sie versuchen, die Patientinnen und Patienten abzuhalten, solche Risiken einzugehen, um sie so vor dem Scheitern zu schützen. Erfolgreiche Versuche in der Vergangenheit scheinen diesen Vorgang zu verstärken:

„[...] und man weiß eigentlich aus vergangenen Geschichten, es wird wahrscheinlich nicht gerade wieder klappen, dass man dort eher versucht, etwas zurückzuschrauben, nicht, dass die Enttäuschung am nächsten Tag wieder da ist, wenn es wieder nicht gelingt und wieder nicht gelingt.“ (3, 35)

Alternativ lassen sie die Patientinnen und Patienten in diesen Situationen alleine weitermachen, ohne sie davon abzuhalten, aber auch ohne sie zu unterstützen.

Zwischen diesen beiden Polen steht das *Dilemma zwischen schützen und machen lassen*. Dabei geht es um das Abwägen der Pflegenden zwischen dem Einzelinteresse der Betroffenen und den Interessen anderer, wie der Institution, des sozialen Umfelds und der Gesellschaft.

„Die Psychiatrie befindet sich ja immer in diesem Spannungsfeld und das wird auch immer so bleiben. [...] da müssen wir immer ir-

gendwo einen Mittelweg finden und auch wirklich im Sinne von den betroffenen Leuten und nicht nur vom gesellschaftlichen Druck und jetzt Angehörige oder wer auch immer.“ (4, 105)

Zentral scheint aber auch das Abwägen, die Betroffenen selbstständig machen zu lassen und sie zu *empowern*, diese Schritte zu machen oder aber sie vor negativen Auswirkungen zu schützen, sodass dies von den Betroffenen nicht als ein *nicht Unterstützenwollen* vonseiten der Pflegenden verstanden wird:

„[...] dann denkst du wieder an Empowerment und du gönnst es ihm [...]. Und wenn man ein bisschen zweifelt, [...] dann sagen sie ‚Sie glauben nicht an mich‘ oder ‚Sie wollen mich gar nicht unterstützen‘ [...] und fordern einen dann gerade heraus oder. Und dann musst du Farbe bekennen, was willst du jetzt.“ (4, 55)

Dies nehmen sie als einen anspruchsvollen Balanceakt wahr, der ihre Arbeit erschwert.

„Aber je nachdem, wie gefährlich es ist, oder wie viel Perspektive es dann schlussendlich verbaut [...]. Das abzuschätzen, wo ist der Punkt, wo man irgendwie Bremsen ziehen müsste [...], das erschwert uns glaube ich jeden Tag im Alltag.“ (4, 25)

Die Ambivalenz der Pflegenden spiegelt sich auch in Diskussionen im Team. Die Diskussionen werden meist kontrovers geführt und als wichtig und konstruktiv empfunden.

„Wir haben im Team auch unterschiedliche Haltungen und Meinungen und ich glaube, das braucht es auch, dass man auch kontrovers diskutiert, [...] der eine will mehr [...] ohne Zustimmung des Patienten und der andere ist dann eher wieder. Aber wir haben da noch einen guten Weg gefunden.“ (4, 107)

Ambivalenz der Institution aus Sicht der Pflegenden

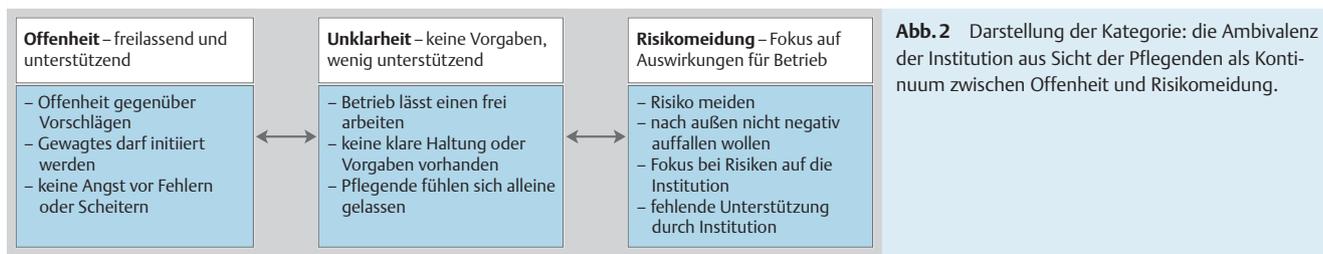
Die von den Pflegenden wahrgenommene Ambivalenz ihrer Institution reicht von Risikovermeidung über eine offene Haltung ohne klares Auftreten bis zur Unterstützung. Sie wird in 3 Kategorien beschrieben (☉ **Abb. 2**).

Die *Risikovermeidung* als wenig unterstützende Seite der Institution sei darin begründet, dass sie in der Außerdarstellung nicht negativ auffallen wolle, da die Befürchtung bestehe, bei negativen Folgen rechtlich belangt zu werden. Als mögliche negative Folge beim Eingehen von positiven Risiken wird eine Verlängerung der Behandlungsdauer genannt, welche es aus Kostengründen zu vermeiden gelte:

„Also, dass es halt den Behandlungsverlauf verlängert, das kostet mehr Geld etc. als Beispiel [...] eben auch Wohnungswechsel [...]. Das beeinflusst ja uns im Alltag ja nicht wirklich, weil wir ja die Klinik nicht fragen, wenn wir solche Entscheidungen treffen, aber ich glaube, so der Grundtenor wäre wahrscheinlich eher auf Sicherheit [...].“ (4, 168)

Dieser Fokus auf die Institution nehmen die Pflegenden beim Unterstützen solcher Risiken als nicht hilfreich wahr.

Weiter gibt es Aussagen, die darauf hinweisen, dass die Institution auch als *offen und unterstützend* wahrgenommen wird. Es werde einem erlaubt, etwas Gewagtes zu unterstützen oder sel-



ber zu initiieren, ohne dabei Angst haben zu müssen, etwas Falsches zu machen:

„Und auch mal falsch liegen zu dürfen, [...] wo die anderen finden, das können wir nicht so machen und dann überhaupt nicht das Gefühl bekommen, ou jetzt habe ich aber ‚einen Seich‘ gemacht oder etwas Blödes gesagt oder so. Überhaupt nicht.“ (2, 184)

Dazwischen wird die Institution bei der Arbeit zu positiven Risiken als weitgehend *unklar* beschrieben, freilassend aber auch ohne Vorgaben zu machen. Dies wird teilweise als dienlich wahrgenommen, da einem „wenig Steine [...] zwischen die Beine gelegt werden“ (3, 187), teilweise aber auch als blockierend.

Das Freilassen und die Unterstützung der Leitung seien stark abhängig von den Personen und variieren in den Teams stark. Vorgaben der Institution beziehen sich nur auf negative Risiken wie Suizidalität oder Fremdgefährdung. Die Pflegenden wünschen sich von der Institution und den Leitungen aber mehr unterstützende Vorgaben.

„Also klarere Richtlinien würde ich mir wünschen. Also dass nicht nur in der Situation dann so entschieden wird, sondern dass es klar ist, so macht man es. So nicht ad hoc und dann individuell.“ (1, 198)

Diskussion

Diese Studie hatte zum Ziel, die Einstellung Pflegender gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken ihrer Patientinnen und Patienten im institutionellen ambulanten Setting zu beschreiben und wie sie ihre Einrichtung dabei erleben. Die Pflegenden berichten aus ihrem Alltag spontan v. a. von sich negativ auswirkenden Risiken und erst in der vertieften Diskussion von positiven Risiken. Ihre Einstellung gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken kann als ambivalent, zwischen Offenheit und Ablehnung bezeichnet werden. So nehmen sie auch ihre Einrichtung wahr.

Die Pflegenden berichten zu Beginn meist über sich negativ auswirkende Faktoren und Verhaltensweisen, von denen die Patientinnen und Patienten geschützt werden sollten, im weiteren Verlauf auch über positive Risiken im Bereich Beziehungsgestaltung und Arbeit. Dies zeigt sich auch in anderen Studien zu diesem Themenkreis [35, 21] und kann ein Hinweis sein, dass Pflegenden eine eher negative Sichtweise auf das Thema Risiko haben, so wie dies auch andernorts beschrieben wurde [36].

So wie in einer Studie von Godin [21], zeigt sich auch hier in dieser Studie die Einstellung der Pflegenden gegenüber positiven Risiken in verschiedenen Facetten. Der Kern dieser facettenreichen Beschreibung der Einstellung stellt die Subkategorie *zwischen schützen und machen lassen* dar. Sie widerspiegelt das Abwägen der Pflegenden zwischen dem Einzelinteresse der Betroffenen und den Interessen der Institution, aber auch das Abwägen, die Betroffenen selbstständig machen zu lassen, um positive Auswirkungen zu ermöglichen oder sie vor negativen Folgen zu schüt-

zen. In einer anderen Arbeit beschrieben dies Pflegende aus England als ein Balanceakt, zwischen Botschaften zu mehr Mut zu Risiko und solchen, die auf die potenziellen Gefahren hinweisen [21]. In der vorliegenden Arbeit empfinden die Teilnehmenden dieses Abwägen als einen komplexen und anspruchsvollen Teil ihrer Arbeit, so wie dies auch in einem Artikel zum besseren Verständnis von *positive risk taking* beschrieben wird [37].

Der in der Subkategorie *Offenheit* beschriebene positive Aspekt der Einstellung der Pflegenden, wurde auf ähnliche Weise bei englischen Pflegenden in der ambulanten Psychiatrie identifiziert [24]. Insgesamt kann das hier diskutierte Spektrum der Ambivalenz der Pflegenden als ein Teil der informellen Aufgaben von Pflegenden in der ambulanten Psychiatrie im Sinne von Aushandeln und Teilen von Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation mit den Patienten [38] bezeichnet werden.

Wie die Fachliteratur zeigt, sollte die Einstellung der Pflegenden aber auch im Kontext ihrer Institution betrachtet werden. Verschiedene Untersuchungen [20, 22, 39] weisen darauf hin, dass die Einstellung ambulant psychiatrisch Pflegender von der meist aversiven Risikokultur in ihrer Institution negativ beeinflusst wird. Auch in der vorliegenden Untersuchung wird sie z.T. als risikoaversiv und negativ beeinflussend beschrieben. Dies in der Subkategorie *Risikomeidung*, dem einen Pol der Kategorie *Ambivalenz der Institution* und der darin enthaltenen Aussagen, dass bei Unterstützungsbestrebungen zum Eingehen von positiven Risiken die Pflegenden die Institution als nicht unterstützend wahrnehmen. Weiter zeigt sich dieser Einfluss auch in der *Ambivalenz der Pflegenden* in der Subkategorie *Dilemma zwischen schützen und machen lassen* und dem darin enthaltenen Abwägen, zwischen den Interessen ihrer Patientinnen und Patienten und denen der Institution.

Ein weiterer Aspekt der Ambivalenz der Institution stellt die Subkategorie *Unklarheit* dar. Darin beschreiben Pflegende, dass das Thema positive Risiken kein institutionelles Thema sei und es diesbezüglich keine klare Haltung und keine Vorgaben gibt, dies im Gegensatz zu den gefährlichen Risiken. Wie auch eine andere Untersuchung [24] zeigt, fühlen sich die Pflegenden dadurch alleine gelassen und wünschen sich mehr unterstützende Vorgaben.

Die *freilassende und unterstützende* Institution als weiteren Aspekt der *Ambivalenz der Institution* konnte so in der aktuellen Literatur nicht gefunden werden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass das Einfordern von Regress, wenn Personen zu Schaden kommen und die damit verbundenen gesetzlichen Vorgaben bezüglich Dokumentation von Risikoeinschätzungen in der hiesigen psychiatrischen Versorgung noch nicht so ausgeprägt ist wie in England [22] oder Neuseeland [23] und ein diesbezüglicher Einfluss die hiesigen Institutionen noch nicht erreicht hat.

Limitationen

Angesichts der kleinen Stichprobe und der Auswahl von nur 2 Kliniken der Deutschschweiz, muss eine Übertragbarkeit der Ergebnisse kritisch gesehen werden. Trotzdem liefern die Ergebnisse wertvolle und wichtige Erkenntnisse für das Verständnis der befragten Pflegenden und ihrer Institutionen in der ambulanten Psychiatrie. Zudem scheinen die Resultate im Vergleich mit Studien aus anderen Ländern in ähnlichen Settings relativ gleichartig zu sein.

Eine die Ergebnisse günstiger erscheinende Verzerrung durch das Phänomen der sozialen Erwünschtheit kann nicht ausgeschlossen werden. Eine Ursache dafür könnte gewesen sein, dass persönliche Themen in den Gruppen und nicht im anonymen Rahmen eines Einzelinterviews diskutiert wurden. Die langjährige Erfahrung des Interviewers in der psychiatrischen Praxis und im Leiten von Gruppen sowie die kleine Anzahl an Personen pro Gruppe waren wichtige entgegenwirkende Maßnahmen. Die regen Diskussionen in den Interviews, die auch bei Meinungsverschiedenheiten weitergeführt wurden, sowie die teilweise auch kritischen Äußerungen gegenüber der eigenen Institution, lassen vermuten, dass die Maßnahmen wirksam waren.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie geben einen Einblick in das Risikoverständnis der befragten Pflegenden. Es ist gelungen, verschiedene Muster und Ausprägungen der Einstellungen der Teilnehmenden gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken durch ihre Patientinnen und Patienten zu identifizieren und den wahrgenommenen Einfluss der Institutionen zu beschreiben. Bisherige Erkenntnisse aus der Forschung, dass Pflegende den Begriff „Risiko“ negativ konnotieren, ihre Einstellung von Ambivalenz zwischen Kontrolle und Offenheit geprägt ist und die Risikoaversion der Institution als wichtiger negativer Einflussfaktor für ihre Einstellung beschrieben wird, konnten bestätigt werden. Weiter konnte aufgezeigt werden, dass die geringe Verbreitung des Themas sowie der Mangel an Leitlinien und Vorgaben bei den Pflegenden zu Unsicherheit und Unklarheit führt. Diese wünschen sich ein einheitlicheres Verständnis der Begriffe und einen einheitlicheren Umgang mit dem Thema in den Institutionen.

Für die Praxis der ambulanten Psychiatrie, aber auch für die weitere Forschung drängt sich das Thema der Analyse und Klärung des Konzeptes „Risiko“ auf. Diese sollte dazu genutzt werden, Praxisleitlinien zu entwickeln und dazu beitragen, dass sich in Institutionen – aber nicht nur dort – die Einstellung weg von Risikoaversion hin zu Recovery-orientierter Offenheit gegenüber Risiken entwickelt. Der Fokus der Praxis kann sich somit ganz auf die Bedürfnisse von Menschen mit langanhaltenden psychischen Erkrankungen richten. Dies mit dem Ziel, die Grundlage für persönliches Wachstum und Entwicklung zu bieten. Um die hier beschriebenen Ergebnisse breiter abzustützen sind weitere Untersuchungen notwendig, insbesondere mit Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie weiteren Berufsgruppen der psychiatrischen Dienstleistung.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Das Eingehen von positiven Risiken sowie auch entsprechende Unterstützung von psychiatrischen Einrichtungen dazu zu erhalten ist wichtig für den Recovery-Prozess von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen.
- ▶ Von Mitarbeitenden sowie den Einrichtungen wird erwartet, eine positive und offene Einstellung gegenüber dem Eingehen von positiven Risiken zu entwickeln.
- ▶ Praxisleitlinien zur Orientierung der Mitarbeitenden bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Eingehen von positiven Risiken sollten in jeder Einrichtung etabliert werden.

Abstract

Negotiating the Space Between Openness and Rejection – Mental Health Nurses' Attitudes Towards Risk Behaviour of their Patients – A Qualitative Study

Objective: Personal recovery as a key concept in mental health requests that people with severe mental illness need support in taking positive risks, especially from mental health nurses as key players in this context. In German-speaking countries, studies regarding positive risk-taking seem scarce. Attitude as a concept of social psychology seems to be important to this topic, because it strongly influences the human behavior. Therefore, this study examines the attitudes of mental health nurses in outpatient settings towards their patients taking positive risks and their perception of the institutional position regarding this issue.

Methods: Four focus group interviews were conducted and analyzed using a descriptive content-analysis approach.

Results: Three main categories were identified: *the concept of risk*, *the nurses' ambivalence* and *the institutions' ambivalence*. Nurses seem to generally connote risk negatively. Their attitudes towards positive risks can be described as ambivalent, oscillating between openness and aversion and their institutions perceive it similarly.

Conclusion: Results from other studies can be confirmed. Nurses expect clear position from their institution regarding positive risk-taking and increased support. Guidelines are missing in practice.

Literatur

- 1 Amering M, Schmolke M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2012
- 2 Anthony WA. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J* 1993; 16: 11 – 23
- 3 Deegan PE. Recovery: The lived Experience of Rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 1988; 11: 11 – 19
- 4 Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 445 – 452
- 5 Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6: 68 – 74
- 6 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012
- 7 National Institute for Health and Care Excellence. National Clinical Guideline Number 82, Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of Schizophrenia in adults in primary and

- secondary care (Update Edition). London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2010
- 8 National Institute for Health and Care Excellence. Service User Experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Clinical Guidance Number 136. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2012
 - 9 World Health Organization. Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Cesme, Türkei: World Health Organization, Regionalkomitee Europa; 2013
 - 10 Slade M. Personal Recovery and Mental Illness. A guide for mental health professionals. New York: Cambridge University Press; 2009
 - 11 [Anonym]. Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC). London: Mental Health Network; 2012
 - 12 Burr C, Seidel E, Abderhalden C. Umsetzung eines recovery-orientierten Konzeptes auf der psychiatrischen Station Lüthi. Praxisbericht und Evaluation aus der Schweiz. In: Burr C, Schulz M, Winter A et al, Hrsg. Recovery in der Praxis Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag; 2013: 141 – 158
 - 13 Mahler L, Jarchov-Jädi I, Montag C et al. Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. Köln: Psychiatrie Verlag; 2013
 - 14 Alexander A, Hutchison C, Bradstreet S et al. Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste; 2012
 - 15 Slade M. 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie; 2013
 - 16 Stickley T, Felton A. Promoting recovery through therapeutic risk taking. Ment Health Pract 2006; 9: 26 – 30
 - 17 Horatio – European Psychiatric Nurses. Deklaration von Turku. Der Beitrag der Psychiatrischen Pflege zur Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. 2011: Im Internet: http://www.horatio-web.eu/downloads/The_Turku_Declaration_-_German.pdf (Stand: 21.07.2016)
 - 18 World Health Organization. Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Kopenhagen: World Health Organisation; 2009
 - 19 Sauter D, Richter D. Experten für den Alltag – Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1999
 - 20 Crowe M, Carlyle D. Deconstructing risk assessment and management in mental health nursing. J Adv Nurs 2003; 43: 19 – 27
 - 21 Godin P. 'You don't tick boxes on a form': A study of how community mental health nurses assess and manage risk. Health Risk Soc 2004; 6: 347 – 360
 - 22 Manuel J, Crowe M. Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: A descriptive, qualitative study. Int J Ment Health Nurs 2014; 23: 336 – 343
 - 23 Tickle A, Brown D, Hayward M. Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. Psychol Psychother 2014; 87: 96 – 110
 - 24 Robertson JP, Collinson C. Positive risk taking: Whose risk is it? An exploration in community outreach teams in adult mental health and learning disability services. Health Risk Soc 2011; 13: 147 – 164
 - 25 Haddock G, Maio G. Einstellungen: Inhalt, Struktur und Funktionen. In: Jonas K, Stroebe W, Hewstone M, Hrsg. Sozialpsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2007: 187 – 223
 - 26 Creswell JW. Designing a Qualitative Study. In: Creswell JW, eds. Qualitative inquiry and research design Choosing among five approaches. 3. Aufl. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2007: 42 – 68
 - 27 Polit DF, Beck CT. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9. Aufl. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012
 - 28 Barbour R. Doing Focus Groups. London: SAGE Publications; 2007
 - 29 Happell B. Focus groups in nursing research: an appropriate method or the latest fad? Nurse Res 2007; 14: 18 – 24
 - 30 Krueger RA, Casey MA. Developing a Questioning Route. In: Krueger RA, Casey MA, eds. Focus Groups A Practical Guide for Applied Research. 4. Aufl. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2009: 35 – 61
 - 31 Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62: 107 – 115
 - 32 Saldaña J. The Coding Manual für Qualitative Researcher. 3. Aufl. London: SAGE Publications; 2013
 - 33 VERBI GmbH. MAXQDA – The Art of Data Analyses. Berlin: Verbi Software GmbH; 2014
 - 34 Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in Qualitative Research. Qual Health Res 2001; 11: 522 – 537
 - 35 Alaszewski A. Risk decision-making and mental health. In: Coffey M, Iannigan B, eds. The Handbook of Community Mental Health Nursing. London: Routledge; 2003: 187 – 197
 - 36 Alaszewski A, Alaszewski H, Ayer S et al. Managing Risk in Community Practice. London: Baillière Tindall; 2000
 - 37 Zinn JO. Towards a better understanding of risk-taking: key concepts, dimensions and perspectives. Health Risk Soc 2015; 17: 99 – 114
 - 38 Richter D, Hahn S. Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. Pflege 2009; 22: 129 – 142
 - 39 Seale J, Nind M, Simmons B. Transforming positive risk-taking practices: the possibilities of creativity and resilience in learning disability contexts. Scan J Disability Res 2012; 15: 233 – 248