

The Tidal Model (Barker & Buchanan-Barker):

Ein theoretischer Bezugsrahmen für die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)?

Eine qualitative Analyse nach Jaqueline Fawcett

Theoretischer Bezugsrahmen / Theoretischer Hintergrund:

Der Forschungsfundus (theoretischer Bezugsrahmen) für die Untersuchung im Rahmen der Bachelorarbeit sind Studien zur Rolle der APP, den Aufgaben und Tätigkeiten im Handlungsfeld der APP und den Aussagen psychisch erkrankter Menschen.

Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.) hat im Jahr 2003 auf Basis ihres Erfahrungswissens einen Tätigkeitskatalog zu den Aufgaben und Tätigkeiten vorgelegt (vgl. BAPP e.V. 2003). Richter und Hahn (2009) haben in ihrer Metasynthese qualitativer Arbeiten aus dem englischsprachigen Raum, formelle und informelle Tätigkeiten beschrieben (Richter, Hahn 2009), wie z.B. die Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten (vgl. Richter, Hahn 2009). In einer qualitativen Arbeit von Richter et al. aus dem Jahre 2014 werden Pflegende, Betroffene und Angehörige gefragt, was gute psychiatrische Pflege ist. Hier treten die Erwartungen nach Wertschätzung der Menschen, deren Bedürfnisse und Wünsche z.B. nach Empowerment, sowie persönliche Entwicklung und Selbstständigkeit hervor (Richter et al 2014).

In der aktuellen, länderübergreifenden Studie von Weißflog et al. (2016) wurden Aufgaben und Tätigkeiten in der APP im Praxisfeld erhoben und mit der internationalen Literatur verglichen. Das Erleben der Klienten und die Beachtung der Wünsche und Bedürfnisse, individuelle Begleitung, Selbstmanagement, sowie Gesundheitsförderung werden darin mit dem Konzept der Salutogenese in Verbindung gebracht (Weißflog et al. 2016).

Problemstellung:

Studien beschreiben Aufgaben und Tätigkeiten von Pflegefachpersonen in der APP, sowie Erwartungen der Klienten (vgl. Richter, Hahn 2009; vgl. Richter et al. 2014; vgl. Weißflog et al. 2016). Nicht beschrieben ist ein möglicher theoretischer Bezugsrahmen für die APP, entsprechend des theoretisch explizierten Rollenprofils. Die Erfahrungen im Praxisfeld zeigen, dass die APP auf pflegetheoretische Ansätze aus den 1960er Jahren zurückgreift. Diese Pflegetheorien hatten den Anspruch die Pflege handlungsfeldübergreifend, unter Vernachlässigung der spezifischen Handlungsfeldorientierung beschreiben zu wollen.

Aus Sicht der Pflegepraxis entsteht nun das Dilemma, dass es für den Pflegeprozess und die empirisch explizierten Aufgaben und Tätigkeiten keinen theoretischen Bezugsrahmen mit praktischer Umsetzbarkeit für die APP gibt. Hinzu kommt, dass das Durchschnittsalter der im Praxisfeld tätigen Pflegefachpersonen bei über 41 Jahren liegt (vgl. Weißflog et al. 2016). Ihre formelle Qualifikation erwarben sie vor dem Hintergrund der Pathogenese. Um die Klienten im Kontext ihrer Lebenswelt verstehen und unterstützen sowie ihren Erwartungen entsprechen zu können, wird neben dem pathogenetischen Wissen auch salutogenetisches Wissen benötigt (vgl. Weißflog et al. 2016).

Daraus ergibt sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung:

Fragestellung:

Ist das Tidal Model der psychischen Gesundheit als theoretischer Bezugsrahmen geeignet, in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) Anwendung zu finden?

Zielsetzung der Arbeit:

In dieser Arbeit soll das für die (ambulante) psychiatrische Pflege entwickelte Pflegemodell „the Tidal Model“ von Barker, Buchanan-Barker (2005, 2013), in Anlehnung an das Raster für die Analyse und Evaluation von Pflegemodellen und Pflegetheorien auf seine Anwendbarkeit als theoretischen Bezugsrahmen für die APP analysiert werden (vgl. Fawcett 1998,1999). Die Autoren des Tidal Models bezeichnen es als ein Genesungsmodell der psychischen Gesundheit. (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005, 2013)

Die qualitative Analyse und Evaluation des Tidal Models hat das Ziel zu beurteilen, ob dieses Genesungsmodell wissenschaftlich fundiert und der theoretische Denkansatz in der Pflegepraxis der APP umsetzbar ist. Bezug genommen wird auf den Forschungsfundus zu den Aufgaben und Tätigkeiten in der APP sowie den explizierten Erwartungen der Klienten.

Die Analyse des Tidal Models dient dazu, Erkenntnisse aus dem wissenschaftlichen Studium in den konkreten Praxisalltag zu transferieren. Damit folgt die Arbeit dem anwendungsorientierten Ansatz (vgl. Klewer, 2012).

Operationalisierung: Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen zur Untersuchung der Forschungsfrage folgt dem wissenschaftlichen Analyseansatz von Pflegemodellen beziehungsweise Pflege-theorien nach Fawcett (vgl. Fawcett 1999). Diese kritische Auseinandersetzung mit dem Tidal Model wird um die Beurteilung aus Sicht der APP ergänzt und auf die wissenschaftliche Fundierung und praktische Umsetzbarkeit überprüft.

Erwartete Ergebnisse

Die Erwartung an die Arbeit ist die Erkenntnis, ob das Tidal Model als theoretischer Bezugsrahmen für das Handlungsfeld der APP geeignet ist und ob es in der Pflegepraxis umgesetzt werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis2

Abbildungsverzeichnis3

Tabellenverzeichnis4

Einleitung5

Problemstellung6

Fragestellung7

Ziel der Arbeit7

Theoretischer Hintergrund8

1 Methodisches Vorgehen..... 11

 1.1 Analysemethode nach Fawcett..... 11

 1.2 Struktur der Analysemethode nach Fawcett 12

2 Kritische Auseinandersetzung nach Fawcett..... 13

 2.1 Begriffsdefinitionen 13

 2.2 Analyse *The Tidal Model* 17

 2.3 Evaluation *The Tidal Model* 33

3 Analyse aus Sicht der Ambulanten Psychiatrischen Pflege 37

 3.1 Praktische Umsetzbarkeit im Handlungsfeld 38

 3.2 Empirische Absicherung 40

4 Schlussfolgerungen und Fazit 44

Literatur..... 47

Anlagenverzeichnis..... 52

Eigenständigkeitserklärung 53

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
e.V.	eingetragener Verein
et al.	und andere
f.	und folgende
i.d.R.	in der Regel
o.J.	Ohne Jahr
Pers.	Person
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Pflegewissens und (eigene Darstellung)	Seite 14
Abbildung 2: Ebenen der Pflege-theorien (vgl. Neumann-Ponesch 2014:74)	Seite 16
Abbildung 3: Karte des Pflegekontinuums	Seite 32
Abbildung 4: The Tidal Model care continuum	Seite 32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Forschungsfundus: Zusammenstellung der Ergebnisse des theoretischen Hintergrundes (Fawcett 1998, 1999) (eigene Darstellung)	Seite 10
Tabelle 2: Gegenüberstellung Schlüsselbegriffe (Fawcett 1998, 1999) (eigene Darstellung)	Seite 12
Tabelle 3: The 10 Commitments“ Englisch - Deutsch (eigene Darstellung)	Seite 22
Tabelle 4: Übersicht: Die 10 Verpflichtungen und jeweilige Befähigungen (eigene Darstellung)	Seite 22

Einleitung

„Praxis ohne Theorie ist vergleichbar mit einer Seefahrt ohne Seekarte und Ruder“

Leonardo da Vinci

Das Zitat von Leonardo da Vinci bildet eine wunderbare Allegorie zu dem dieser Arbeit zugrunde gelegten „*Tidal Model*“ (Das Gezeitenmodell) von Phil Barker und seiner Frau Poppy Buchanan-Barker (2005, 2013), die sich in ihrem Pflegemodell der metaphorisch der Seefahrersprache bedienen.

Das Studium Health Care Studies an der Hamburger Fernhochschule hat mir deutlich gemacht, dass evidenzbasiertes Arbeitshandeln auch der Notwendigkeit bedarf, theoriegestützte Begründungen für das Handlungsfeld Pflege zu finden und in das Praxisfeld zu implementieren.

Im Praxisfeld der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) gilt dies in besonderem Maße, da sich die Pflege – die Patienteninteraktion im häuslichen Umfeld der betroffenen Menschen – elementar über gelingende Beziehungsarbeit, Kooperation und Stärkung von Selbstpflege-kompetenzen sowie der Wahrung von Autonomie¹ ausdrückt. Die Wahrung von Autonomie und Selbstbestimmung hat aktuell auch in der UN-Behindertenrechtskonvention Niederschlag gefunden (vgl. UN 2016). Die praktische Erfahrung in 20 Jahren ambulanter psychiatrischer Pflege zeigt, dass ein paternalistisch (DRZE 2016²) direktives Vorgehen die gelingende Interaktion sehr schnell unterbindet.

Aktuelle Studien zu den Aufgaben und Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege decken ein Handlungsfeld auf, welches immer umfangreicher und fachlich anspruchsvoller wird. Gleichzeitig in seinem Handlungsansatz dem Ziel Wahrung der Patientenautonomie, Partizipation und dem Konzept „vom Empowerment zum Recovery“ (Knuf et al 2008) stark entspricht (vgl. Weißflog et al. 2016; Richter, Hahn 2009).

Der rechtliche Handlungsrahmen der APP ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von häuslicher Pflege aktuell noch dem

1 Duden: Eigenständigkeit, Emanzipation, Erwachsensein, Freiheit, Mündigkeit, Reife, Unabhängigkeit, Ungebundenheit; (Politik, Soziologie) Selbstbestimmung. (vgl. Duden o.J.)

2 Medizinischer Paternalismus: Maßnahmen die dazu bestimmt sind, das Wohl von Personen auch gegen deren Willen zu schützen. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE).

defizitorientierten (positivistischen) Krankheitsmodell und der ärztlich verordneten Behandlungspflege verhaftet (vgl. G-BA 2009).

Problemstellung

Studien beschreiben die Aufgaben und Tätigkeiten von Pflegefachpersonen in der APP, sowie die Erwartungen der Klienten an gute psychiatrische Pflege (vgl. Richter, Hahn 2009, vgl. Richter et al. 2014, Weißflog et al. 2016). Nicht beschrieben ist ein möglicher theoretischer Bezugsrahmen für die APP, entsprechend des theoretisch explizierten Rollenprofils.

Die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (vgl. MDK 2005: 27, 100 ff.) nach § 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI verlangen explizit den Bezug auf ein Pflegemodell, eine Pflege Theorie. Recherchen zu Pflegemodellen in der Psychiatrie zeigen, dass die Pflege auch heute noch auf pflegetheoretische Modelle aus den 1960er Jahren wie Ida Jean Orlando (1962), Virginia Henderson (1966), Dorothea Orem (1971) oder Nancy Roper (1976) zurückgreift. Das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf hat beispielsweise in den Jahren 1994 bis 1996 ein Pflegemodell "Psychiatrie-Pflege-Perspektive" erarbeitet, das sich dabei auf die Pflegemodelle von Peplau (1952), Dorothea Orem (1971) oder Nancy Roper (1976) bezieht (vgl. UKE 1996). Diese Pflege Theorien hatten erstmals den Anspruch, die Pflege handlungsfeldübergreifend zu beschreiben. Dies resultiert jedoch in einer Vernachlässigung der Orientierung auf spezifische Handlungsfelder, insbesondere im Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP).

Die Anforderungen an die ambulanten psychiatrischen Dienste steigen sowohl vor dem gesundheitspolitischen Paradigma „Ambulant vor Stationär“ (vgl. BMG 2006), als auch durch die im § 135 a Abs. 1 SGB V festgeschriebene Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung: „Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ (vgl. BMG 2016). Das bedeutet für die Leistungserbringer der APP, eine Verpflichtung zu zielgerichtetem, evidenzbasiertem Pflegehandeln (EBN³) und somit die Notwendigkeit, einen theoretischen Bezugsrahmen (Theorie und/oder Pflegemodell) für ihre

3 „Evidence-based nursing (EBN), steht für Pflege, die auf dem basiert, was sich durch anerkannte wissenschaftliche Methoden nachweisen lässt“. Zit. n. Wanka et al. 2016: Evidence-based Nursing.

Leistungen vorzuweisen. Aus Sicht der Pflegepraxis in der APP besteht nun das Dilemma, dass es für den Pflegeprozess und die empirisch explizierten Aufgaben und Tätigkeiten keinen konkreten theoretischen Bezugsrahmen mit praktischer Umsetzbarkeit gibt.

Für das Handlungsfeld der APP findet sich im deutschsprachigen, psychiatrischen Kontext das als Pflegemodell bezeichnete „Gezeitenmodell“ von Barker & Buchanan-Barker (2013: 21). In der englischen Originalausgabe „*The Tidal Model*“ bezeichnen Barker & Buchanan-Barker ihr Modell bereits im Titel als „*Guide für Mental Health Professionals*“ (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005). Die Autoren des *Tidal Models* bezeichnen es selbst auch als ein Genesungsmodell der psychischen Gesundheit (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2008:14). In dieser Arbeit wird deshalb das auch als Pflegeprozessmodell bezeichnete *Tidal Model* (Gezeitenmodell) für die Analyse ausgewählt (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2007a: 50ff.). Diese Konstellation führt zu folgender Fragestellung:

Fragestellung

Ist das *Tidal Model* der psychischen Gesundheit als theoretischer Bezugsrahmen geeignet, um in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) Anwendung zu finden?

Ziel der Arbeit

In dieser Arbeit soll das für die (ambulante) psychiatrische Pflege entwickelte Pflegemodell „*The Tidal Model*“ von Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013), in Anlehnung an die Methode zur Analyse und Evaluation von Pflegemodellen und Pflege-theorien nach Jaqueline Fawcett (vgl. Fawcett 1998, 1999), auf seine Anwendbarkeit als theoretischen Bezugsrahmen für die APP analysiert werden.

Die qualitative Analyse und Evaluation des *Tidal Models* hat das Ziel, zu beurteilen, ob dieses Genesungsmodell den Ansprüchen einer (Pflege-) Theorie genügt und der theoretische Denkansatz in der Pflegepraxis der APP umsetzbar ist. Bezüglich der Analyse zur praktischen Umsetzbarkeit des *Tidal Models* wird eine vergleichende Analyse mit dem im theoretischen Hintergrund vorliegenden Forschungsfundus zu den Aufgaben und Tätigkeiten in der APP vorgenommen.

Theoretischer Hintergrund

Das Praxisfeld, für welches die Erkenntnisse der Forschungsfrage erschlossen werden sollen, ist die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP).

Der Forschungsfundus, der mit den Analyseergebnissen zum *Tidal Model* verglichen werden kann, besteht aus den hier ausgewählten Metasynthesen, Studien und Beschreibungen zur Rolle, den Aufgaben und den Tätigkeiten bzw. Kompetenzen der Pflegenden im Handlungsfeld.

Der Verein Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.) hat im Jahr 2003, auf Basis seines Erfahrungswissens, einen Tätigkeitskatalog zu den Aufgaben und Tätigkeiten in der ambulanten psychiatrischen Pflege vorgelegt (BAPP 2003).

Richter und Hahn haben im Jahr 2009 in ihrer Metasynthese qualitativer Arbeiten aus dem englischsprachigen Raum formelle und informelle Tätigkeiten beschrieben (Richter, Hahn 2009).

In einer qualitativen Metasynthese von Richter und Kollegen aus dem Jahre 2014 wurden Pflegende, Betroffene und Angehörige gefragt, was für sie gute psychiatrische Pflege sei. Dabei traten die Erwartung von Wertschätzung der Menschen, deren Bedürfnisse und Wünsche nach Empowerment, sowie persönlicher Entwicklung und Selbstständigkeit hervor (Richter et al. 2014).

Die aktuellste und umfangreichste Erhebung, somit zentraler Forschungsfundus für den Vergleich in der Analyse des *Tidal Models*, ist das länderübergreifende Forschungsprojekt zu den Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen in der APP von Weißflog et al. aus dem Jahre 2016.

Es wurden psychiatrisch Pflegende in Deutschland und der Schweiz nach ihrem impliziten Verständnis, zu ihren Aufgaben und Tätigkeiten in der APP und ihrer Berufsrolle in Form eines Tätigkeitsprofils befragt und die Ergebnisse mit internationaler Literatur verglichen. Die Forschungsfragen lauteten: „Was müssen Pflegende tun, um die ambulante psychiatrisch-pflegerische Versorgung sicherzustellen?“ „Über welche Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen sollten Pflegefachpersonen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung verfügen?“ (vgl. Weißflog et al. 2016).

Das Erleben der Klienten und die Beachtung der Wünsche und Bedürfnisse, individuelle Begleitung, Selbstmanagement, sowie Gesundheitsförderung wurden darin mit dem Konzept der Salutogenese in Verbindung gebracht.

Dem Konzept der Salutogenese folgend drückt sich die persönliche und zugleich subjektive Stabilität der Klienten im Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bewältigbarkeit und dem Gefühl von Bedeutsamkeit) aus (vgl. Bengel et al. 2001).

Die Arbeit von Weißflog et al. (2016) beschreibt eine Operationalisierung der genannten Aufgaben über Tätigkeitsbeispiele, die, bezogen auf die Frage zur praktischen Umsetzbarkeit des *Tidal Models*, unmittelbar in die vergleichende Analyse einbezogen werden können. Ebenso beschreiben die Autoren 22 erhobene Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen, über welche Pflegefachpersonen in der APP verfügen sollten. Diese werden ebenfalls in die Analyse einbezogen. Den Arbeiten kann aber auch entnommen werden, dass kein theoretischer Bezugsrahmen für diese Aufgaben und Tätigkeiten vorgelegt wurde. Die befragten Expertinnen und Experten wünschen sich einen theoretischen Rahmen um ihr Handeln theoriegestützt begründen zu können (vgl. Weißflog et al. 2016).

Hier setzt die vorliegende Arbeit an.

Der Forschungsfundus kann in der Zusammenstellung der Ergebnisse der genannten Arbeiten (Tabelle 1), entnommen werden und gibt einen umfassenden Einblick in die Aufgaben, Tätigkeiten und Erwartungen von Nutzern ambulanter psychiatrischer Pflege.

Tabelle 1: Forschungsfundus: Zusammenstellung der Ergebnisse des theoretischen Hintergrundes (Eigene Darstellung)

BAPP e.V. Tätigkeitskatalog (2003)	Die Meta-Synthese: (Richter & Hahn 2009) Formelle und informelle Tätigkeiten	Richter und Hahn (2014) Was ist gute psychiatrische Pflege? Ergebnis: vier zentrale Kriterien guter psych. Pflege	Delphi – Studie: Weißflog et al. (2016): Aufgaben und Tätigkeiten in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der Schweiz und in Deutschland:
<p>1) Kognitives und psychisches Training</p> <p>2) Aktivierung zu elementaren Verrichtungen</p> <p>3) Training von Alltagsfertigkeiten</p> <p>4) Hilfe bei der Medikamenteneinnahme</p> <p>5) Zusammenarbeit mit Familienangehörigen/ Partnern</p> <p>6) Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen, Hilfe bei der Tages- und Wochen-Strukturierung</p>	<p>Formelle Tätigkeiten:</p> <p>1) Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit</p> <p>2) Assessment und Monitoring der Medikation (Wirkungen und Nebenwirkungen) und der Compliance</p> <p>3) Medikations-Management (Vergabe)</p> <p>4) Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung</p> <p>5) Anwendung psychotherapeutischer Techniken</p> <p>6) Patientenedukation und Gesundheitsförderung</p> <p>7) Einbeziehung von Angehörigen</p> <p>8) Case-Management und Kooperation mit anderen Professionen und Diensten</p> <p>9) Management akuter psychischer Krisen (z.B. Angst- und Stresssituationen)</p> <p>10) Management somatischer Begleiterkrankungen</p> <p>Informelle Tätigkeiten:</p> <p>1) Aufbau von Vertrauen,</p> <p>2) Dasein, Anwesenheit (<i>„being there“</i>),</p> <p>3) Fürsorge (<i>„being concerned“</i>), Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten</p>	<p>1. Beziehungsgestaltung</p> <p>a. Respekt und</p> <p>b. Wertschätzung</p> <p>c. Adäquate Nähe und Distanz</p> <p>2. Zielorientierung</p> <p>a. Berücksichtigung individueller Ressourcen</p> <p>b. Berücksichtigung individueller Bedarfe</p> <p>c. Abkehr von Defizitorientierung</p> <p>d. Fokus außerhalb stat. Situation</p> <p>e. Partnerschaftliche Zieldefinitionen</p> <p>3. Recovery- und Empowerment- Orientierung</p> <p>a. Individuelle Unterstützung sicherstellen</p> <p>b. Ermutigung zum individuellen Ausprobieren des eigenen Weges</p> <p>c. Relative Risikobereitschaft der Pflegenden</p> <p>d. Fehlertoleranz</p> <p>4. Fachwissen zu</p> <p>a. Möglichkeiten u. Alternativen</p> <p>b. Gutes Pharmakologisches Fachwissen</p>	<p>(1) Beziehungsgestaltung als Grundlage der psychosozialen Unterstützung</p> <p>(2) Pflegediagnostischer Prozess (Schweiz)</p> <p>(3) Pflegeprozess (Deutschland)</p> <p>(4) Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Kompetenzen</p> <p>(5) Management akuter psychischer Krisen</p> <p>(6) Training kognitiver Fähigkeiten</p> <p>(7) Gesundheitsförderung</p> <p>(8) Unterstützung / Sichern der ärztlichen Behandlung</p> <p>(9) Förderung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten</p> <p>(10) Management somatischer Begleiterkrankungen</p> <p>(11) Zusammenarbeit mit Familienangehörigen / Partnern / anderen Bezugspersonen</p> <p>(12) Koordination und Vermittlung von Hilfen / Netzwerkbildung</p> <p>(13) Kooperation mit anderen an der Behandlung beteiligten Professionen und Diensten / Networking</p> <p>(14) Öffentlichkeitsarbeit</p> <p>(15) Qualitätssicherung</p>

Um nun der vorliegenden Fragestellung nach einem passenden theoretischen Bezugsrahmen für die beschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten nachzugehen, wird das *Tidal Model* von Barker & Buchanan-Barker einer qualitativen Analyse in Anlehnung an die Methodik von Jaqueline Fawcett (1998, 1999) unterzogen. Diese Analyseverfahren ist wie nachfolgend beschrieben aufgebaut.

1 Methodisches Vorgehen

Die Analyse eines Pflegemodells, einer Pflegetheorie vor dem Hintergrund der vorliegenden Fragestellung, muss sich auf ein in der Pflegewissenschaft anerkanntes und valides Instrument stützen. Fawcett⁴ hat hierzu die entsprechenden Grundlagen im Bereich Pflegewissenschaften geschaffen.

1.1 Analyseverfahren nach Fawcett

Die methodisch definierte Analyse von Fawcett findet in der Pflegewissenschaft allgemeine Anerkennung. Sie legte im Jahr 1998 das Werk „Konzeptionelle Modelle der Pflege im Überblick“ und im Jahr 1999 das Werk „Spezifische Theorien der Pflege im Überblick“ vor.

Die Auswahl der Analyseverfahren nach Fawcett (1998, 1999) begründet sich in ihrer Ausrichtung an den Metaparadigmen der Pflege (Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege), sowie dem Anspruch, eine Unterscheidung zwischen konzeptionellen Modellen, welche spezifische Perspektiven und Bezugsrahmen der im Metaparadigma der Disziplin Pflege beschriebenen Phänomene verdeutlichen und Theorien, die konkretisierende Annahmen über Verbindungen und Wechselbeziehungen, eines konzeptionellen Modells zur praktischen Umsetzbarkeit treffen können.

Um eine Unterscheidung zwischen einem konzeptionellen Modell und einer praktisch umsetzbaren Theorie treffen zu können, werden Fragen aus beiden vorliegenden Analysen und Evaluationsschemata von Fawcett benötigt.

Die Ausgangsfragestellung dieser Arbeit, ob das *Tidal Model* der psychischen Gesundheit als theoretischer Bezugsrahmen geeignet ist, in der APP Anwendung zu finden, zielt auf die klinische Umsetzbarkeit in der Praxis. Ein wesentliches Kriterium der praktischen Umsetzbarkeit einer Theorie besteht darin, den jeweils anstehenden klinischen Problemen angemessen zu sein (Fawcett 1999: 47). Das *Tidal Model* erhebt

4 Professor of Nursing; PhD, FAAN, RN, New York University Author, researcher, mentor, and fellow of the American Academy of Nursing University of Pennsylvania Penn Nursing Science.

genau diesen Anspruch für das Handlungsfeld der (ambulanten) psychiatrischen Pflege (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 21). Die Analyse nach Fawcett stellt hierzu konkrete Fragen an das vorliegende Modell, deren Beantwortung wichtig für die abschließende Analyse aus Sicht der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) sein wird.

Das untersuchte Material umfasst die Originalliteratur „*The Tidal Model*“ (Barker & Buchanan-Barker 2005) und ergänzende Quellen, wie Internetvideos der Autoren, Kongressbeiträge, sowie die deutschsprachige Ausgabe „Das Gezeiten-Modell“ (Barker & Buchanan-Barker 2013), in Anlehnung an die Analyse- und Evaluationsschritte nach Fawcett (1998, 1999) mit einbezogen. Das Ziel dieser Analyse ist eine objektive und nicht wertende Beschreibung der Ursprünge und Inhalte des Modells.

„Analyse meint eine systematische Untersuchung anhand bestimmter Fragen, bei der das untersuchte Objekt in seine Bestandteile zerlegt wird und diese anschließend geordnet, untersucht und ausgewertet werden. Dabei dürfen die Vernetzungen der einzelnen Elemente nicht außer Acht gelassen werden“ (Neumann-Ponesch 2014: 230⁵).

1.2 Struktur der Analysemethode nach Fawcett

„Die Analyse und Evaluation trennt Fragen der Analyse von Fragen der Evaluation. Die Analysefragen folgen (...) den hierarchisch strukturierten Komponenten des Pflegewissens“ (Fawcett 1998: 57).

Die wichtigsten Elemente des Analyseschemas sind den Arbeiten Fawcetts in Schlüsselbegriffe gegliedert (vgl.: Fawcett 1998: 56ff., 1999: 38ff.).

In nachfolgender Gegenüberstellung der Fragen der Analyse werden diese geordnet.

Tabelle 2: Gegenüberstellung Schlüsselbegriffe Fawcett 1999/1998 (eigene Darstellung)

„Spezifische Theorien der Pflege im Überblick“ (Fawcett 1999)	„Konzeptionelle Modelle der Pflege im Überblick“ (Fawcett 1998)
Analyse <input type="checkbox"/> Reichweite der Theorie <input type="checkbox"/> Kontext der Theorie <input type="checkbox"/> Inhalt der Theorie	Analyse <input type="checkbox"/> Ursprünge der Theorie <input type="checkbox"/> Besondere Schwerpunkte und Inhalte
Evaluation	Evaluation

5 Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch MAS. Leiterin des Fachbereichs "Gesundheitsdienstleistungen" der FH OÖ

<input type="checkbox"/> Signifikanz	<input type="checkbox"/> Darlegung der Ursprünge
<input type="checkbox"/> Innere Kohärenz	<input type="checkbox"/> Inhaltliche Reichweite
<input type="checkbox"/> Knappheit	<input type="checkbox"/> Logische Kongruenz
<input type="checkbox"/> Überprüfbarkeit	<input type="checkbox"/> Ableitung von Theorien
<input type="checkbox"/> Empirische Absicherung	<input type="checkbox"/> Glaubwürdigkeit
<input type="checkbox"/> Praktische Umsetzbarkeit	<input type="checkbox"/> Praktische Nützlichkeit
	<input type="checkbox"/> Kulturelle Kongruenz
	<input type="checkbox"/> Soziale Signifikanz
	<input type="checkbox"/> Beiträge zur Pflegewissenschaft

Die Schwerpunkte dieser Arbeit liegen auf den Fragen zu den Ursprüngen des *Tidal Models*, zur praktischen Umsetzbarkeit und der empirischen Absicherung (vgl. Fawcett 1998).

2 Kritische Auseinandersetzung nach Fawcett

Nach Auswahl und Überblick zur Analysemethodik nach Fawcett, soll zunächst eine Definition der relevanten Analysebegrifflichkeiten Klarheit zur fachsprachlichen Setzung der Schlüsselbegriffe vorangestellt werden. Neben den Begriffsdefinitionen durch Fawcett wurde auch Neumann-Poneschs „Modelle und Theorien in der Pflege“ zur fachsprachlichen Klärung der theoretischen Fachbegriffe herangezogen (vgl. Neumann-Ponesch 2014). Neumann-Ponesch bezieht sich in ihrer Arbeit auf Fawcett, konkretisiert die relevanten Begriffe aber mit ergänzenden pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen aktueller Theoriediskurse (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 11ff.).

2.1 Begriffsdefinitionen

Die Begriffsdefinitionen werden in zitierter und exzerpiert Form aus der Fachliteratur von Fawcett (1998, 1999) und Neumann-Ponesch (2014) entnommen. Die Schritte der Analyse gliedern sich von der Metaebene der Paradigmen, über die philosophisch-weltanschauliche Betrachtung, weiter über die Mesoebene der pflegetheoretischen Einordnung nach der Reichweite des zu analysierenden Materials, bis zu Mikroebene, der konkreten Beschreibung der Bezugnahme zu Begrifflichkeiten und praktische Umsetzbarkeit. Dieser Logik folgt auch die nachstehende Begriffsdefinition.

Die folgende Abbildung illustriert den Zusammenhang zwischen den zu definierenden Komponenten pflegetheoretischer Begriffe und ihrem Abstraktionsgrad.

Komponenten

Abstraktionsgrad

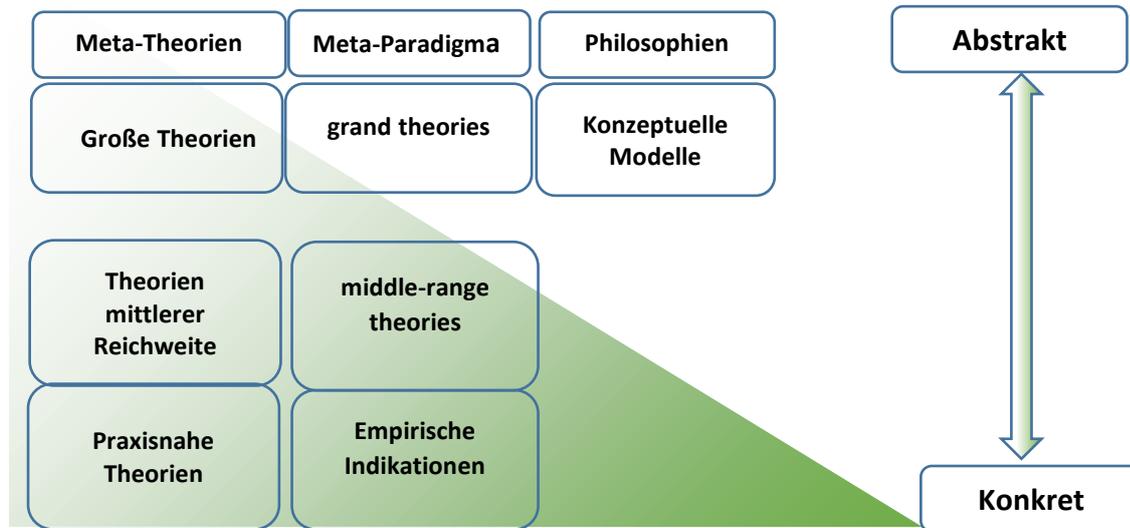


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Pflegewissens und Abstraktionsgrad (eigene Darstellung)

Die Metaparadigmen der Krankenpflege stellen die abstraktesten Komponenten des aktuellen Pflegewissens dar. Die Metaparadigmen der Pflege benennen die für die Disziplin relevanten Phänomene und ihre Beziehungen untereinander. Für die Disziplin Pflege sind es die vier zentralen Begriffe: Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege. „Der Begriff Pflege bezeichnet (...) alle Aktivitäten, die im Interesse der Person von Pflegenden ergriffen werden, sowie Ziele und Ergebnisse dieser Aktivitäten. Sie sind Bestandteil des systematischen Pflegeprozesses mit den Komponenten Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation“ (Fawcett 1999: 13).

Die Funktion der dem Metaparadigma zugeordneten Begriffe und Annahmen, sind global und bieten keine Orientierung für konkrete Aktivitäten. Metaparadigmen repräsentieren den breitesten Konsens innerhalb einer Disziplin. Sie beschreibt die allgemeinen, begrenzenden Parameter eines Wissenschaftszweiges und bietet damit eine Arbeitsgrundlage (vgl. Fawcett 1999: 18).

Um Haltungen und Überzeugungen eines konzeptionellen Modells beziehungsweise einer Theorie identifizieren zu können, ist eine Auseinandersetzung mit der Philosophie des vorliegenden Modells beziehungsweise der Theorie von Bedeutung, denn „(...) Philosophien bilden die nächste Komponente in der hierarchischen Struktur des Pflegewissens“ (vgl. Fawcett 1999:18). Sie definieren die Gesamtheit der Überzeugungen und Wertvorstellungen über die Menschen und deren Welt. Die Philosophien gehen dem konzeptionellen Modell nicht unmittelbar voraus oder folgen

aus den Metaparadigmen der Disziplin. Das Metaparadigma benennt vielmehr die (Pfleger-) Phänomene, zu denen philosophische Aussagen getroffen werden (vgl. Fawcett 1999: 19).

Die Beschreibung der konkreten Inhalte und Erscheinungen innerhalb eines konzeptionellen Modells beziehungsweise einer Theorie, werden über Konzepte begrifflich konkretisiert.

Der Konzeptbegriff kann verstanden werden als sprachlich-geistige Vorstellung von Phänomenen, die eine Sache im Wesentlichen beschreiben (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 60). Konzepte sind die kleinsten Elemente einer Theorie oder eines Modells. Diese können entweder, wie z.B. Herzleistung, Beweglichkeit, Schmerz, direkt gemessen oder, als qualitativ abstraktere Aspekte die nicht ohne weiteres quantifizierbar sind, wie Lebensqualität, Autonomie, Selbstständigkeit, beschrieben werden.

Zur Reduktion von komplexen Zusammenhängen und wirklichkeitsnahen Beschreibungen werden modellhafte, gedankliche Verkleinerungen benötigt. Dies geschieht in der Wissenschaftstheorie über konzeptionelle Modellbegriffe, die eine Vereinfachung realer Sachverhalte darstellen. Sie haben in Pflegetheorien die Aufgabe durch Vereinfachung und Abstraktion Einblicke in die Struktur eines Sachverhaltes zu ermöglichen und Zusammenhänge sichtbar zu machen (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 60). „Ein Modell, das die ganze Buntheit der Wirklichkeit berücksichtigte, würde nicht nützlicher sein als eine Landkarte im Maßstab Eins zu Eins“ (Henrichsmeyer et al. 1991⁶). Konzeptionelle Modelle befinden sich auf einem wenig konkretem, sondern hoch abstrahiertem Niveau pflegewissenschaftlicher Wissensbestände (Abb. 1), sie sind laut Fawcett jedoch weniger abstrakt als Metaparadigmen. Ihre Begriffe und verbindenden Annahmen sind durch ihren abstrakten und allgemeinen Charakter nicht empirisch zu überprüfen. Sie beschreiben vielmehr spezifische Perspektiven und Bezugsrahmen der im Metaparadigma der Disziplin Pflege beschriebenen Phänomene (Fawcett 1999: 23).

Zur theoretischen Begründung von Handlungsfeldern und Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen einer Teildisziplin wie der APP, dienen Theorien, auf die erklärlich und tatsächlich Bezug genommen werden kann. Pflegetheorien bilden die vierte Komponente in der hierarchischen Struktur des aktuellen Pflegewissens. Sie

6 zitiert nach Fink-Heitz, M. 2010 Entwicklung von Pflegetheorien TU München

konkretisieren die Annahmen über Verbindungen und Wechselbeziehungen, sowie die zentralen Begriffe des konzeptionellen Modells (Individuum, Gruppen, Situationen und Ereignisse). In einer Pflgetheorie sollten die relevanten Begrifflichkeiten definitorische-operationalisierte Aussagen, zu den die Phänomene und Annahmen beschreibenden Begriffen vorweisen. Dadurch wird eine Theorie empirisch überprüfbar und das jeweilig beschriebene Phänomen beobachtbar und gegebenenfalls messbar. Pflgetheorien sollten Aussagen zur Vorhersagbarkeit, zu Wechselwirkungen (z.B. reziproke, symmetrische, lineare, enge oder lockere), Korrelationen (positive oder negative), oder zeitlichem Auftreten von Phänomenen (gleichzeitig, einander nachfolgend) treffen (vgl. Fawcett 1999: 28ff.).

Pflgetheorien bilden ein Ordnungsgefüge für etwas Bestehendes. Sie sollen Erklärungen, Vorhersagen von Situationen, Handlungen und Ereignissen liefern. Sie setzen sich aus Konzepten zusammen, die die Phänomene einer Disziplin miteinander in Beziehung setzten (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 65 ff.). „Theorie ist ein abstraktes Bild der Wirklichkeit oder einzelne ihrer Teile. Eine Theorie beschreibt ausgesuchte Phänomene und die Beziehungen zwischen ihnen“ (Neumann-Ponesch 2014: 65⁷). Bedeutsam für die erklärliche und tatsächliche Bezugnahme auf die praktische Umsetzbarkeit einer Theorie im spezifischen Handlungsfeld einer Teildisziplin wie der APP, ist die Reichweite, der Operationalisierungsgrad der Theorie.

Die Ebenen der Pflgetheorien (Abbildung 2),Tgeben einen Überblick zum Zusammenhang zwischen dem Grad der Abstraktion, deren funktionelle Intension und der Zuordnung praktischen Umsetzbarkeit einer Theorie.

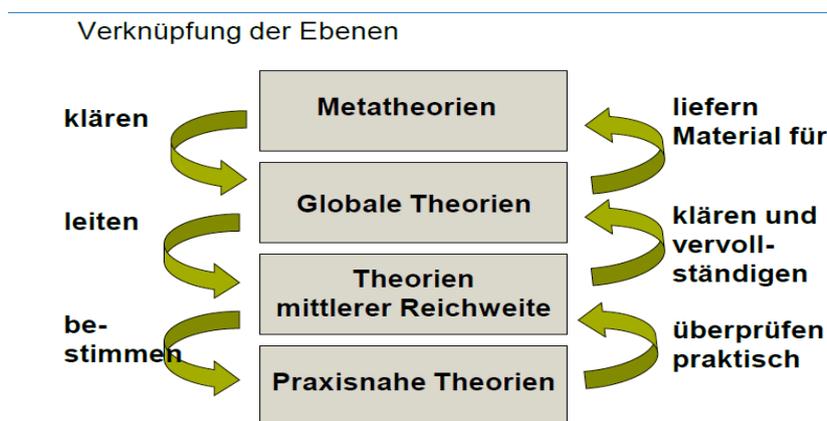


Abbildung 2: Ebenen der Pflgetheorien (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 74)

Die Reichweiten von Pflgetheorien werden nach Abstraktionsgrad und ihren Spezifikationen sowie den Konkretisierungen von Begriffen und Annahmen zu spezifischen Phänomenen unterteilt. *Grand Theories* sind eher unspezifisch und eher abstrakt (nicht-operationalisiert) in ihrer Definition von Begriffen und Annahmen. Theorien mittlerer Reichweite (*Middle Range Theories*) hingegen beziehen sich auf einen klar abgegrenzten Ausschnitt der realen Welt und operieren mit einer eher begrenzten Anzahl von Begriffen. Sie vermitteln zwischen globalen Theorien und der Praxis. „Die Theorie mittlerer Reichweite soll die empirische Forschung leiten“ (Neumann-Ponesch 2014: 73).

Konzeptionelle Modelle und Theorien werden von Fawcett (1998, 1999), und in der Bearbeitung von Neumann-Ponesch (2014) nach ihren Zielsetzungen unterschieden. Demnach sind sie ein „(...) abstraktes, allgemeines Konstrukt mit dem Ziel, der Entwicklung eines eigenen Wissensfundus für die gesamte Disziplin Pflegewissenschaft, die nicht in der klinischen Praxis umsetzbar ist. Die [konkrete] Theorie hingegen ist ein spezifisches, konkretes Konstrukt zu den spezifischen Begriffen und Aussagen mit dem Ziel einer Weiterentwicklung eines Aspektes des konzeptionellen Modelles, welches dadurch in der Praxis umsetzbar ist“ (Neumann-Posch 2014: 77ff).

Praxisnahe Theorien, (*Narrow Scope Theories*) geben Handlungsanweisungen zur Erreichung konkreter Ziele. Sie sind detaillierter, kleinteiliger und ausführlich beschreibend. Somit sind sie direkt über Handlungsanleitungen, Assessments, und Pflegedokumentation etc. als Pflegeprozessmodell in der Praxis umsetzbar (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 76ff).

Dieser grundsätzlichen Vorab-Definition, der dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaften nach angewandten fachsprachlichen Begriffssetzungen, folgt nun der Übertrag in die konkrete Analyse des *Tidal Models* von Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013) nach den spezifischen Analyse- und Evaluationsrastern von Jaqueline Fawcett zu spezifischen Theorien der Pflege (Fawcett 1999) und konzeptionellen Modellen der Pflege (Fawcett 1998).

2.2 Analyse *The Tidal Model*

Wie in Kapitel 1.2 beschrieben, liegen die Schwerpunkte zur Analyse des *Tidal Models* auf den Fragen zu seinen Ursprüngen, seiner praktischen Umsetzbarkeit und der empirischen Absicherung (vgl. Fawcett 1998). Der besseren Überprüfbarkeit wegen

werden die Analysefragen von Fawcett an das *Tidal Model* nicht abgewandelt, sondern in ihrer Formulierung übernommen (vgl. Fawcett 1998: 60ff., 1999: 38ff.).

Fawcett gliedert den ersten Schritt zur Analyse eines Pflegemodelles in vier Aspekte. Zunächst wird nach der historischen Entwicklung, den philosophischen Überzeugungen die relevanten Pflegephänomene betreffend gefragt. Im Folgenden stehen Strategien zur Weiterentwicklung des eigenen Wissens der Autoren und die expliziten Einflüsse anderer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler stehen dann Fokus des Interesses (vgl. Fawcett 1998: 58ff.).

Wie war seine historische Entwicklung?

Die Anfänge liegen über 30 Jahre zurück, als die Autoren vor dem Hintergrund ihrer psychiatrischen Tätigkeiten überlegten, wie es möglich wäre, mehr auf die Stärken der Menschen zu fokussieren als auf deren Probleme und Defizite. Mitte der 1990er Jahre wurde Phil Barker von der Universität New Castle angefragt, ein alternatives Pflegemodell zu entwickeln. Um das Jahr 2000 hatten die Autoren die Basis des heute als *Tidal Model* bekannten Konzeptes erstellt. Darauf folgend wurde das von den Autoren als Pflegemodell bezeichnete Konzept hauptsächlich durch den Einfluss von Kollegen und im Besonderen von sogenannten Patienten adaptiert und verfeinert um mehr wertzuschätzen, wie das Konzept mehr Bedeutung für ihr Leben haben kann. Das Modell ist ein pflegetheoretischer Ansatz, welcher die psychische Genesung und die menschliche Zuwendung in den Mittelpunkt fachkundiger Pflege stellt (Barker & Buchanan-Barker 2015⁸).

Das Gezeitenmodell wurde ursprünglich „für den Einsatz in akutpsychiatrischen und kommunalen Settings“ entwickelt (Barker & Buchanan-Barker 2013: 21f.).

Was motivierte seine Entstehung?

In verschiedenen Veröffentlichungen wie im Buch „*The Tidal Model*“ (2005) und auf ihrer Website beschreiben Barker & Buchanan-Barker die Entstehung und ihre Motivation bei der Entwicklung des Modells. In ihrem Buch „Das Gezeitenmodell“ (2013) wie auch in einem Interview vom 03.11.2015 führen Barker & Buchanan-Barker aus, dass sie das Modell gemeinsam entwickelten. Als Paar verbrachten sie sehr viel Zeit mit gemeinsamen Gesprächen. So führten sie diese Gespräche meist ohne einen spezifischen Grund, sondern weil es sich gut anfühlte zu sprechen. Über diese

8 Übersetzung durch den Verfasser

Unterhaltungen lernten sie sich als Paar und jeder einzeln besser kennen. So flossen in das *Tidal Model* auch diese Unterhaltungen ein.

Als Wissenschaftler motivierte Phil Barker und letztlich auch seine Frau eine Studie: „Need for psychiatric nursing“ (Wozu werden Pflegekräfte in der Psychiatrie gebraucht) ⁹ (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005:43).

So halten Barker & Buchanan-Barker hinsichtlich dieser Motivationsebene fest: „*Tidal* entwickelte sich aus der Pflegeforschung, die in der Mitte der 1990er Jahre in England, Nordirland und der Republik Irland ausgeführt wurde und sich mit der Frage beschäftigte, wofür Menschen Pflegende brauchen, was Menschen und ihre Familien an der Pflege schätzen, und was Pflegende taten, das einen Unterschied auszumachen schien“ (Barker & Buchanan-Barker 2007).

Die bis dahin vorliegenden Metatheorien der Pflege waren komplex und sprachlich kompliziert. Die Autoren wollten bewusst ein verstehbares Modell für Pflegefachpersonen als auch für betroffenen Menschen und deren Familien erstellen. Den Autoren war Kommunikation das wichtigste Anliegen. Kommunikation mit Menschen sei der Hauptzweck ihrer Arbeit. Wenn die Menschen nicht verstünden wovon die Pflegefachpersonen sprächen, „sei das Spiel verloren“ (Barker & Buchanan-Barker 2015). Damit sei Kommunikation die Schlüsselfunktion des Modells und das unterscheidet das *Tidal Model* von anderen Modellen.

Den Ursprüngen des *Tidal Models* auf den Grund zu gehen, verlangt nach Fawcett auch eine Auseinandersetzung mit den zu Grunde liegenden philosophischen Überzeugungen. Was zur nächsten Analysefrage führt.

Auf welchen philosophischen Überzeugungen über die Pflege basiert es?

Für Barker & Buchanan-Barker stellt die persönliche Geschichte der Person den Anfang und den Endpunkt der helfenden Unterstützung dar. Das Respektieren der Sprache des Menschen beleuchtet den Menschen in seiner Einzigartigkeit und in seiner einzigartigen Erfahrung bleibt der Mensch mit seiner Geschichte der Experte, auch in Krisenzeiten. Pflegende können aus dieser Geschichte lernen, den nächsten Schritt zur Veränderung herstellen und die Genesungsreise stärken. Entsprechend muss die Pflegeperson jederzeit nachvollziehbar handeln und die Pflegepläne gemeinsam mit der Person erstellen. So sehen Barker & Buchanan-Barker die Person

9 Übersetzung des Verfassers

selbst als Haupttriebkraft der Genesung, das eigene Leben wieder in Besitz zu nehmen. Pflegende unterstützen über den therapeutischen Prozess die Genesung (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 210ff.).

Ihr Verständnis von der Lebenswelt des Menschen führen Barker & Buchanan-Barker auf Edmund Husserl¹⁰ zurück. Auf dem vierten Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld im Jahre 2007 referierten sie: "Husserl stützte sich auf den Begriff und die Vorstellung von der *Lebenswelt*, um zu kennzeichnen, dass wir alle im Universum leben, es jedoch von jedem von uns anders erlebt wird. Wir alle haben unsere eigene, individuelle Perspektive auf die Welt, was häufig unser Ausblick oder Standpunkt genannt wird. Diese individuellen Perspektiven sind durch unsere Erfahrungen in der Vergangenheit, durch Erlerntes und andere soziokulturelle Faktoren beeinflusst. Sobald wir anfangen, Aspekte unserer Welt zu benennen, sprechen wir gleichzeitig über unsere Erfahrungen, wir entfalten eine *Erzählung*. Mit der Zeit werden diese Erzählungen zu unserer Geschichte von Erfahrung, die beschreibt, wie wir Sinn herstellen aus und von unserer Welt und unseren Handlungen, die darin stattfinden" (Barker & Buchanan-Barker 2007a: 49).

In ihrem Buch „Das Gezeitenmodell“ (2013) formulieren sie:

„Alle Menschen sind nicht mehr als ihre eigene Lebensgeschichte – die Geschichte, die sie sich selbst und anderen erzählen, und die Geschichte, die andere über sie erzählen.“

Im Gezeitenmodell helfen wir Menschen, die Geschichte ihres Zusammenbruchs, ihres Leidens und ihrer Schwierigkeiten zurückzufordern, um ihre Erfahrungen wieder besitzen zu können.

Indem sie über sich sprechen, werden Menschen sich stärker bewusst, wie sie leben-und indem sie tun, was getan werden muss, können sie vielleicht über ihre Probleme hinausgelangen in eine neue, von ihnen selbst gestaltete Geschichte“ (Barker & Buchanan-Barker 2013: 30).

Mit diesem Zitat wird die Grundüberzeugung der Genesung im *Tidal Model* zum Ausdruck gebracht. Menschen leben und erleben ihre ganz individuelle Lebensgeschichte. Über das Sprechen, das Erzählen ihrer Erlebnisse gelangen sie zu einem eigenen Verstehen, erkennen die Bedeutungen ihrer Erfahrungen und erreichen mit sich selbst und ihrer Umwelt wieder eine Handhabbarkeit, ihre Kohärenz¹¹ zurück (vgl. Antonovsky 1997). Hier findet die Philosophie des *Tidal Models* den Anschluss

10 Philosoph und Mathematiker des 19./20. Jahrhunderts, Begründer der Phänomenologie.

11 Kohärenzsinn: angelegte, angeborene Fähigkeit, Kohärenz (stimmige Verbundenheit) zwischen uns Selbst und unserer Umwelt wahrzunehmen.

an das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky, welches auch in der Arbeit von Weißflog et al. (2016) in Verbindung mit den Aufgaben und Tätigkeiten in der APP gebracht wurde.

Nach Barker & Buchanan-Barker wird die Geschichte eines Menschen durch drei unterschiedliche – jedoch zusammenhängende – Bereiche im Lebensraum von Menschen, nämlich über das Selbst, die Welt und Andere übermittelt. Im Bereich des Selbst begegnet der Mensch seiner Lebensgeschichte und Pflegende vermitteln der Person das Gefühl von Sicherheit durch das Erstellen von Sicherheitsplänen. Im Bereich Welt überarbeitet die Person ihre eigene Geschichte. Pflegende unterstützen mit Gesprächen, einem ganzheitlichen Assessment und praktischen Schritten für den Genesungsprozess. Im Bereich der Anderen geht die Person mit anderen Menschen Bindungen ein. Innerhalb dieses Bereiches lernt die Person etwas über andere Menschen und gleichzeitig eine soziale Verbundenheit kennen. Pflegende unterstützen mit Gruppenarbeit.

Das *Tidal Model* bedient sich einer metaphorischen Sprache, die den Verlauf des Lebens als Bootsfahrt auf dem Meer des Lebens mit ruhigen und stürmischen Phasen erklärt. Dabei kann es zu Schiffbruch kommen, ein vom Kurs abkommen. Die Idee der Hilfe besteht darin, den Menschen zu helfen selbst wieder ins Boot zu steigen, den eigenen Kurs wieder zu finden, wieder aufnehmen zu können. Kontrolle sei eine Illusion. Es bedürfe einer Navigation durch all die Stürme und Herausforderungen, die das Leben präsentiert.

Das *Tidal Model* hat seine Ursprünge in der klinischen Arbeit der Psychotherapie und Beratung. Es ist als realistische und pragmatische Metatheorie für die klinische Praxis der psychiatrischen Pflege von Menschen in der Psychiatrie entwickelt worden, welches aber auch auf Menschen, die Probleme im Leben haben, ausgedehnt werden kann. (Barker & Buchanan-Barker 2005: 211ff.¹²).

Der Zugang ist darauf fokussiert den Menschen durch das Erzählen ihrer Geschichte (was sie erlebt haben, wie es sie betroffen hat) dabei zu helfen herauszufinden, welche Hilfe der betroffene Mensch glaubt haben zu müssen, um im Leben weiterzugehen – wieder auf Kurs zu kommen. Noch wichtiger ist dabei die Frage, wie Helfende den Betroffenen helfen können zu realisieren, welche Ressourcen sie in sich selbst haben, um den *Recovery*-Prozess Gestalt annehmen zu lassen.

12 Übersetzung durch den Verfasser

Jede Person wird mit ihrer Geschichte als einzigartig betrachtet. Eines Jeden Geschichte ist einzigartig. Das *Tidal Model* kann jedem Menschen helfen und ist nicht nur für Menschen mit psychiatrischen Einschränkungen zu verstehen. Der Patient¹³ wird zum Experten und lehrt die Pflegefachpersonen. Um das zu bewerkstelligen, bedarf es einer einfachen Form der Kommunikation „(...) mit dem Ziel, mit derselben Stimme wie die hilfsbedürftige Person zu sprechen. Dies steht im Gegensatz zur typischen Psychiatrischen Pflege, in der medizinisch-psychologische oder bürokratische Sprache oft das Wasser der fürsorgenden Beziehung trübt“ (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 32).

Aus dieser Idee entwickelten die Autoren die *10 Commitments* (10 Verbindlichkeiten im *Tidal Model*), welche die Autoren als Kern-Philosophie bezeichnen (Tabelle 3). Die Autoren formulierten im weiteren Evaluationsprozess zu jedem „*Commitment*“ zwei Kompetenzen – in der deutschen Übersetzung „Befähigungen“ genannt (Tabelle 4).

Tabelle 3: „The 10 Commitments“ Englisch-Deutsch (eigene Darstellung)

Englisches Original (Barker & Buchanan-Barker 2005: 243 ff.)		Deutsche Übersetzung ¹⁴ (Barker & Buchanan-Barker 2013: 49 ff.)
1	Value the voice	Die persönliche Stimme wertschätzen
2	Respect the language	Die Sprache respektieren
3	Become the apprentice	Zum Lehrling werden
4	Use the available toolkit	Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen
5	Craft the step beyond	Den nächsten Schritt gestalten
6	Give the gift of time	Zeit schenken
7	Develop genuine curiosity	Ehrliche Neugier entwickeln
8	Know that change is constant	Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet
9	Reveal personal wisdom	Persönliche Weisheit enthüllen
10	Be transparent	Transparent sein

Tabelle 4: Die 10 Verpflichtungen und die jeweiligen Befähigungen (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 49 ff.)

Die 10 Verpflichtungen und die jeweiligen Befähigungen	
<u>Die persönliche Stimme wertschätzen:</u>	
1	Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Pers. aktiv zuzuhören

13 In der deutschen Übersetzung wird „Patient“ verwendet. Im engl. Original „Person“

14 Übersetzung aus dem britischen Englisch von Michael Herrmann (Barker & Buchanan-Barker 2013)

	<p>Befähigung 2: (...) hilft der Pers., ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p><u>Die Sprache respektieren:</u></p> <p>Befähigung 3: (...) hilft der Pers., sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: (...) hilft der Pers. ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p><u>Zum Lehrling werden:</u></p> <p>Befähigung 5: (...) entwickelt einen Pflegeplan, der wo immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Pers. beruht</p> <p>Befähigung 6: (...) hilft der Pers. spezifische Probleme zu identifizieren u. herauszuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p><u>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen:</u></p> <p>Befähigung 7: (...) hilft der Pers. ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: (...) unterstützt die Pers. herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p><u>Den nächsten Schritt gestalten:</u></p> <p>Befähigung 9: (...) hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: (...) hilft der Pers. zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p><u>Zeit schenken:</u></p> <p>Befähigung 11: (...) hilft der Pers., ihre Wahrnehmungen dafür zu entwickeln, dass eine fest zugeordnete Zeit aufgewandt wird, um ihre spezifischen Bedürfnisse anzusprechen</p> <p>Befähigung 12: (...) erkennt den Wert der Zeit an, welche die Pers. dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p><u>Ehrliche Neugier entwickeln:</u></p> <p>Befähigung 13: (...) zeigt Interesse an der Geschichte der Pers., in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 14: (...) zeigt Bereitschaft, der Pers. Zu helfen, ihre Geschichte in ihrem eigenen Tempo zu entfalten</p> <p><u>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</u></p> <p>Befähigung 15: (...) hilft der Pers. ein Bewusstsein für die feinsten Veränderungen- in Gedanken, Gefühlen oder im Handeln zu entwickeln</p> <p>Befähigung 16: (...) hilft der Pers. ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese Veränderungen beeinflusst haben</p>
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

	<u>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen:</u>
9	Befähigung 17: (...) hilft der Pers., persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln
	Befähigung 18: (...) hilft der Pers. den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen
	<u>Transparent sein:</u>
10	Befähigung 19: Ziel des Praktikers ist sicherzustellen, dass der Person jederzeit alle Pflege- und Versorgungsprozesse klar sind
	Befähigung 20: (...) stellt sicher, dass die Person Kopien aller Dokumente des Assessments und der Pflege- und Versorgungsplanung zur eigenen Nutzung erhält

Die 10 Verpflichtungen mit ihren jeweiligen Befähigungen werden in der Analyse aus Sicht der APP den explizierten Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen (vgl. Weißflog et al. 2016) zugeordnet (siehe Anlage 2).

Der Analysemethodik nach Fawcett folgt nun der zweite, zentrale Analyseschritt, die kritische Auseinandersetzung mit den besonderen Schwerpunkten des Pflegemodells, der Theorie.

Besondere Schwerpunkte des *Tidal Models*?

In diesem Analyseschritt wird nach der Interpretation, der im Pflegemodell gesetzten Begriffe zu den Metaparadigmen der Pflege (Person, Umwelt, Gesundheit und Krankheit, Pflege), gefragt. Die Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten (...) sowie zwischen der Person und ihrer Umwelt ist dabei von besonderem Interesse (vgl. Fawcett 1998: 60).

Wie wird Person definiert?

Dem *Tidal Model* folgend definieren sich Personen (Menschen) primär über ihre Erfahrungen, die sie im Fluss des gelebten Lebens machen. Jede Person schreibt ihre eigene individuelle Lebensgeschichte.

Barker & Buchanan-Barker bedienen sich zur Beschreibung dieses Kontinuums im *Tidal Model* der Kernmetapher Wasser. Der Mensch ist kein Fels in der Brandung, sondern fährt in seinem Boot des Lebens auf einem Ozean der Erfahrungen (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 11f.). Im *Tidal Model* wird aktiv auf die Zuweisung von Rollenbildern wie Patient, Nutzer, Klienten oder Konsumenten verzichtet (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 34). Die Person geht den Autoren folgend bei der traditionellen psychiatrischen Pflege hinter den hypothetischen Konstruktionen

Krankheit und Störung verloren (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 27ff.) und dennoch taucht in der deutschen Ausgabe „Das Gezeitenmodell“ (2013) immer wieder der Begriff „Patient“ in den Texten auf. In der englischen Originalausgabe „*The Tidal Model*“ (2005) verwenden Barker & Buchanan-Barker die Begriffe Person und Mensch. Im Kongressband zum vierten Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld im Jahre 2007 nehmen sie zur Bezeichnung „Patient“ Stellung und begründen in der Veröffentlichung zum Vortrag wie folgt: „Die Erfahrung „Patient“ zu werden ist oft entmenschlichend. Um zu betonen, dass wir über individuelle Menschen sprechen, werden die Ausdrücke „Mensch“ und „Person“ verwandt, wenn wir uns auf Patienten/Klienten/Nutzer beziehen“ (Barker & Buchanan-Barker 2007: 46).

Der Zusammenhang Person und Krankheit existiert im *Tidal Model* nicht. Vielmehr geht es um die Genesung zur psychischen Gesundheit der Personen, die Probleme des menschlichen Lebens haben. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wissen, wann sie sich nicht gut fühlen. „Sie haben Probleme, sich in Beziehung zu bringen – bisweilen zu sich selbst, und manchmal zu anderen Menschen“ (Barker & Buchanan-Barker 2013: 37). Ihr Gefühl von Gleichgewicht und persönlicher Stabilität ist durcheinander gekommen (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 37).

Auch in diesem Abschnitt beziehen sich Barker & Buchanan-Barker auf das Gleichgewicht, wie es Antonovsky in seinem *Sense of coherence* (Kohärenzgefühl) des Salutogenese-Modells beschrieben hat (vgl. Antonovsky 1997).

Im *Tidal Model* wird Person durch drei Dimensionen zum Ausdruck gebracht, die eindeutig abgrenzend beschrieben aber in gegenseitiger Wechselbeziehung zu einander stehen. Diese drei Dimensionen: Das Selbst, die Welt und die Anderen bilden den Rahmen für das Erleben des Lebens – die persönliche Geschichte – der Person (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 51ff.).

Die Definitionen von Barker & Buchanan-Barker werden wie folgt beschrieben:

Die Dimension Selbst (*The Self Domain*):

Diese Dimension repräsentiert den zutiefst privaten Aspekt einer Person. Es ist das emotionale Hinterland von welchem aus Personen die Ereignisse ihres Lebens betrachten, die sich in ihrer Dimension Welt (*The World Domain*) entwickeln. In der Dimension Selbst fühlt die Person ihr Leben im Verlauf, ihre Werte, Gedanken, Gefühle und Überzeugungen. Die meisten dieser Erfahrungen sind außerhalb des Beschreibbaren bzw. vorsprachlich; können aber über Metaphern, bildliche

Darstellung eines Gesichtsausdrucks oder Gefühlsäußerungen zum Ausdruck gebracht werden. Jede Krise hinterlässt ihre Spuren in der Selbstdomain. Hier spüren Personen die Effekte ihrer Lebensprobleme und werden sich der Bedrohung ihrer Identität, ihres Selbstwertes oder generellen Wohlergehens bewusst (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 55ff.)

In der praktischen Anwendung des *Tidal Models* ist die Dimension Selbst der Bereich, in dem die Person die feinfühligste Unterstützung braucht. Hier liegt der Fokus auf Erleichterung und Unterstützung hin zu einem physischen und emotionalen Sicherheitsgefühl. Dies soll durch die Entwicklung eines individuellen Sicherheitsplanes ermöglicht werden (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 95ff.)

Ganz praktisch wird hier durch die Definition von Rollen der Person und der Anderen auf die Annäherung an ein Sicherheitsgefühl der Person hingewirkt, um die gegenwärtige Situation zu erleichtern (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 52).

Das *Tidal Model* nutzt zur Gesundung auch die Vorstellungskraft der Person für die Rekonstruktion des Selbst bzw. eine ändernde Wertschätzung des was und wer ich als Person bin. Das Selbst ist und bleibt zwar eine abstrakte Idee, diese Idee hat aber enorme Effekte auf unser Leben. Das Selbst bildet demnach das Gravitationszentrum der Geschichte unseres Lebens. Ist das Selbst in der Betrachtung unserer Existenz im Gleichgewicht – zentriert – nehmen wir uns selbst als ausgeglichen und ausbalanciert wahr. Ist dies nicht der Fall, beschreiben Personen ihre Existenz als aus dem Gleichgewicht geraten. Diese Äußerungen der Menschen legen die Vermutung nahe, dass Menschen wissen was ein Selbst ist und wie es in ihrem Leben funktioniert, auch wenn sie es kaum beschreiben oder ausdrücken können – am ehesten noch über metaphorische Vergleiche – (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 55ff.).

Die Dimension Welt (*The World Domain*):

Diese Domain beschäftigt sich mit der funktionellen Natur der Probleme des Lebens, welche die Person in Kontakt mit psychiatrischer Versorgung gebracht haben. Das im *Tidal Model* zur Verfügung stehende ganzheitliche Assessment „*The Holistic Assessment*“ bietet die Basis zur Erfassung der individuellen Wertschätzung dessen, was jetzt gerade im Ozean der Erfahrungen passiert und wie dieses »jetzt« mit Erinnerungen vergangener Ereignisse zusammenhängt. Das ganzheitliche Assessment liefert eine Inhaltsangabe, eine Zusammenfassung der individuellen Geschichte der Person. Im ganzheitlichen Assessment werden Ursprünge und

emotionale Kontexte, emotionale und funktionelle Veränderungen im Laufe der Zeit, Auswirkungen auf Beziehungen und fließende Empfindungen, persönliche Einstellungen zum Problem und Erwartungen an die Pflege (Fürsorge), die zeitnah benötigt werden würde, erfasst. In der *World Domain* werden über das ganzheitliche Assessment auch der Level des Leidensdruckes und der erlebten Beeinträchtigungen erfasst sowie der Grad der Zuversicht der Person das Problem kontrollieren zu können. Im letzten Teil des ganzheitlichen Assessments in der *World Domain* gilt die Aufmerksamkeit den zur Verfügung stehenden sozialen, spirituellen und physischen Ressourcen der Person, die zur Lösung des Problems beitragen können (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 53ff.).

„Die Dimension Welt ist der Ort, an dem die Person einige Erfahrungen aus der Dimension des Selbst mit anderen Menschen aus ihrer sozialen Welt teilt“ (Barker & Buchanan-Barker 2013: 64).

In der Dimension Welt geht es um das Verstehen der Person und ihrer Lebensprobleme (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005:53 ff.). Auch in der Definition ihrer *World Domain* finden sich das Lebensweltkonzept des Philosophen Edmund Husserl¹⁵ wieder.

Die Dimension Andere (*The Others Domain*)

Barker & Buchanan-Barker stellen die sozialen und persönlichen Beziehungen in den Mittelpunkt dieser Dimension (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 54).

Hier geht es um die sozialen Beziehungen der Person in ihrer sozialen Welt. Dazu zählen Familie, Freunde, interdisziplinäre (Behandlungs-) Teams und andere. Berücksichtigt werden hierbei die gegenseitigen Einflussnahmen und Wechselwirkungen. Das professionelle (Behandlungs-) Team hat hierbei die Verantwortung für den Aufbau sozialer, psychologischer und medizinischer Belange, die ein effektives Versorgungsprogramm beinhalten sollte. Das soll den individuellen Recovery-Prozess der Person in der gegenwärtigen Krise unterstützen, um die Wiedererlangung der notwendigen und eigentlichen mentalen Gesundheit zu unterstützen. Das *Tidal Model* nimmt an, dass das mentale Leid der Person als funktionelle Erfahrung der Person in der natürlichen Gemeinschaft zu Tage tritt. Die

¹⁵ Edmund Gustav Albrecht Husserl 1859 - 1938 österreichisch-deutscher Philosoph und Mathematiker.

Dimensionen Selbst und Andere ereignen sich in einem größeren Gesamtzusammenhang und vor dem Hintergrund einer Umwelt.

Wie wird Umwelt definiert?

Der Begriff Umwelt bezieht sich auf die Lebensumstände der Person, also deren Bezugspersonen, ihre Wohnung, das klinische Umfeld und die Gesellschaft als Ganzes (vgl. Fawcett 1998: 18f.). Die Umwelt definieren Barker & Buchanan-Barker über die Wechselwirkungen und Zusammenhänge der Dimensionen „Welt“ („*The World Domain*“) und die Dimension „Andere“ („*The Others Domain*“) (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 55ff.). Im *Tidal Model* wird die Definition der Umwelt und die reziproke Beziehung der Dimensionen „Selbst“, „Welt“ und „Andere“ in der Dynamik des Verständnisses „Probleme menschlichen Lebens“ zusammengebracht (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 37ff.).

Die Umwelt beginnt im inneren Kreis um den Menschen als Lebenswelt, der Dimension Selbst („*The Self Domain*“). Diese Lebenswelt ist die derzeitig subjektiv wahrgenommene Welt des Menschen. In dieser steht er mit anderen Menschen im Austausch („*The World Domain*“). Aber auch die Welt in ihrer Gesamtheit bedeutet für den Menschen Umwelt. Die Umgebung des Menschen, die auf ihn einwirkt und seine Lebensumstände beeinflusst, benennen Barker & Buchanan-Barker als sozial, physisch und Vergangenheitsumfeld, die als metaphorische Meilensteine für die persönliche Geschichte beachtet werden müssen (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 37). Die Pflegeperson ist während der Behandlung auch selbst Teil der Umwelt der betroffenen Person. So führte Barker auf dem vierten Drei-Länderkongress Pflege in der Psychiatrie 2007 in Bielefeld aus: „Im Bereich der Anderen führt die Person ihre Lebensgeschichte auf, indem sie Bindungen eingeht mit Familie, Freunden, anderen Patienten und Mitarbeitern“ (Barker 2007).

Für die praktische, Umsetzung des *Tidal Models* ist dieses Verständnis von großer Bedeutung, da es an einem systemischen Verstehen aus den Komponenten Person, Umwelt und Mitwelt der Menschen ansetzt. Monokausale Erklärungsmuster und eindimensionales Krankheitsverständnis passen nicht zu einem lebensweltorientierten Pflegeverständnis. Unter diesem Aspekt ist nun auch die Definition von Krankheit, respektive (psychische) Gesundheit zu analysieren.

Wie wird Gesundheit und Krankheit definiert?

Barker & Buchanan-Barker definieren Gesundheit und Krankheit nicht explizit. Das *Tidal Model* ist ein Genesungsmodell zur psychischen Gesundheit, ein internationales Modell zur psychischen Gesundheit (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2007a: 15). Hinsichtlich des primären Fokus der Pflege sehen sie nicht Gesundheit und Krankheit per se, stattdessen die Erfahrungen mit und Beziehung der Person zu Gesundheit und Krankheit interaktiv (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 37).

Das Erleben des Leidens der Person steht beim *Tidal Model* im Fokus sowie die Wertschätzung der Bedürfnisse und dem was getan werden muss, um den dringenden, unmittelbaren Problemen des Lebens durch Pflege und Unterstützung zu begegnen (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 15ff.). Die Autoren bringen ihre Definition von Gesundheit metaphorisch zum Ausdruck. So brauchen Menschen die „Seetauglichkeit“, um ihren Weg des Lebens fortsetzen zu können. Der Genesungsprozess mit dem Ziel der „Seetauglichkeit“ ist im *Tidal Model* wie folgt beschrieben.

Der physische Gesundheitszustand ist die Seetauglichkeit. Ebbe und Flut reflektieren die Art wie wir Atmen, wie Wellen, die an die Küste schlagen. Alles menschliche Leben entspringt aus dem Ozean. Die Reise, die wir auf dem Ozean (Reise des Lebens) antreten, hängt stark von unserem physischen Körper ab. Auf diesem Körper rollen wir die Erzählung des menschlichen Lebens aus. Der Geist und der Körper gehören zusammen, unentwirrbar vereint zu dem Körper, der uns als Vehikel dient. Die Kraft des Wassers kann man nicht leicht in Grenzen halten. Die einzige Möglichkeit mit der Kraft des Wassers umzugehen, ist zu lernen mit dieser Kraft zu leben. So lernen wir Schwimmen und wir bauen Boote. Die Kraft des Wassers ist auch unberechenbar. So sagt die Metapher Wasser gleichzeitig etwas über die Nicht-Greifbarkeit und Gewalt der psychischen Störung, wenn nicht sogar aller menschlichen Erfahrung aus (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 22f.).

Eine kurzgefasste Definition von Genesung führen Barker & Buchanan-Barker nicht auf. Vielmehr fassen sie die Genesung als einen Prozess der Wiederherstellung, der Rückkehr zum eigenen Menschsein und der dazu gehörenden eigenen Geschichte. Im Sinne von *Tidal* bedeutet die Wiedergewinnung, das Streben wieder etwas produktiv nutzen zu können, was verloren gegangen war oder vielleicht als wertlos betrachtet wurde. Demnach ist überflutetes Land für die weitere Nutzung unbrauchbar

und wird erst nach Rückgewinnung wieder Teil eines Ganzen, des Festlandes. Entsprechend diskutieren Barker & Buchanan-Barker Genesung und psychische Gesundheit in verschiedenen weiteren Zusammenhängen. So sehen sie unter anderem den personenbezogenen Fokus der Genesung im Spannungsfeld, zum patienten- oder krankheitsbezogenen Fokus der psychiatrischen Medizin. Am Ende stellen sie fest: „Der Begriff der Genesung mag durchaus etwas so außerordentlich Persönliches sein, dass er sich einer Definition entzieht. Er ist jedoch zu einem wichtigen sozialen Konstrukt geworden, das möglicherweise verschiedene Dinge für verschiedene Leute bedeutet“ (Barker & Buchanan-Barker 2007a: 4).

Da das *Tidal Model* ursprünglich als Pflegemodell entwickelt wurde (Barker & Buchanan-Barker 2013: 21), führt uns die Analyse der besonderen Schwerpunkte des *Tidal Models* nun zur Definition Pflege.

Wie wird Pflege definiert?

Den Begriff „Pflege“ definieren Barker & Buchanan-Barker nicht, jedenfalls nicht in knapper Form. Eher lässt sich aus dem Inhalt des Modells, an den 10 *Tidal*-Verbindlichkeiten/-Verpflichtungen, den 20 Befähigungen/Kompetenzen (siehe Tabelle 3) die Art der Pflege, die Menschen brauchen, ablesen. Insofern stellen Pflegende die Bedingungen für Wachstum bereit und helfen das Potential zur Genesung aufzudecken (vgl. Barker 2007: 46).

Pflege bedeutet den Autoren zu Folge ein Interagieren mit den Menschen (Personen), ein ineinandergreifendes Tun. Jedoch sind die Effekte der Pflege indirekt. Die Personen (Menschen) ändern sich nicht auf Grund einer direkten pflegerischen Intervention, aber auf Grund der diversen Tätigkeiten im Pflege-Personengeschehen und in der Lebenswelt der Menschen, die durch Pflege organisiert wird. Letztlich hat die Pflege die Verantwortung das physische und soziale Lebensumfeld zu organisieren, was bedeutet, dass dies nicht aus der Distanz erledigt werden kann, sondern eine bedingungslose interpersonelle Begegnung erfordert. Um also eine sinnvolle und bedeutungsvolle Förderung bereitzustellen, ist es notwendig sich auf die Person (den Menschen) einzulassen. Einlassen bedeutet aber auch Beobachtung, Betrachtung. Eine interpersonelle, interaktive Beziehung ist ohne Beobachtung dessen was die Person tut oder sagt nicht möglich. Das primäre Ziel der Einlassung ist es zu identifizieren, wie die Person zu jedem Zeitpunkt ist (sich fühlt), was die Natur

der Erfahrung der Person ist, wie die Pflege(-fachkraft) optimale Bedingungen bereithalten kann um die Bedürfnisse der Person nach emotionaler und physischer Sicherheit zur Verfügung stellen kann (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 82ff.) Beziehungsgestaltung, der Person helfen, spezifische Probleme zu identifizieren u. herauszuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen (Befähigung 6) bedeutet ein komplexes und planvolles Handeln. Im Handlungsfeld der Pflege wird dies innerhalb des Pflegeprozesses getan. Wenden wir uns nun also der Analyse des Pflegeprozesses im *Tidal Model* zu.

Wie wird der Pflegeprozess beschrieben?

In ihrem „Tidal Model Care Continuum“ führen Barker & Buchanan-Barker (2005) die unterschiedlichen „*Types of Care*“ auf. Sie unterscheiden zwischen „*Immediate Care*“ (Ausrichtung auf unmittelbare Pflege bei Eintritt in die Versorgung), „*Developmental Care*“ (Wachstumsbegleitung) und „*Transitional Care*“ (Übergangspflege beim Verlassen der Versorgung), aufgetragen auf einem Kontinuum (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 47f.; Barker & Buchanan-Barker 2013: 60).

Die folgende Darstellung (Abbildung 3) ist der aktualisierten deutschsprachigen Ausgabe aus dem Jahr 2013 entnommen und verdeutlicht die unterschiedlichen Typen der Pflege. Diese Darstellung integriert gleichzeitig-ordnend die Assessments des *Tidal Models*. In der englischsprachigen Ausgabe aus dem Jahr 2005 findet sich ebenfalls eine Grafik zum *Tidal Model Care Continuum*, (Abbildung 4) welches sich bildlich wieder der Seefahrer-Metapher bedient. Zur inhaltlich vertieften Erklärung der Analysefrage wie Pflege definiert wird, eignet sich die Grafik aus dem Jahr 2013 (Abbildung 3) etwas besser.



Abbildung 3: Karte des Pflegekontinuums (eigene Darstellung in Anlehnung an Barker, Buchanan-Barker 2013:60)

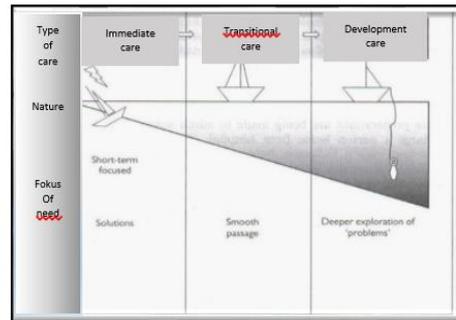


Abbildung 4: The Tidal Model care continuum (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 47)

Ausrichtung auf unmittelbare Pflege: („Immediate Care“)

Nach Barker & Buchanan-Barker brauchen Menschen am scharfen Ende des Pflegekontinuums praktische Hilfe, um mit den unmittelbaren Lebensproblemen zurechtzukommen, im Krankenhaus genauso wie in der Gemeindepflege. Diese Ansatzform der unmittelbaren Pflege zielt darauf ab den Menschen zu helfen Probleme zu lösen. Wenn Menschen eine Krise erfahren, die eine *Immediate care* fordert, brauchen sie oftmals intensiv therapeutische Pflege. Der *Tidal*-Fokus ist das Herausfinden was getan werden muss, damit die Menschen ihr Leben wieder aufnehmen können, so gut es geht. Entsprechend müssen für die unmittelbaren Probleme der Person Lösungen entwickelt werden. Dabei werden bei Eintritt in die Versorgung persönliche und interpersönliche Ressourcen sowie individuelle Erlebnisse mit Hilfe des *Holistic Assessment* (ganzheitliche Erhebung) möglichst frühzeitig gemeinsam erstellt. Durch einen *Personal Security Plan* (Sicherheitsplan) wird in der Phase *Immediate Care* die Sicherung der physischen und emotionalen Sicherheit angestrebt. (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 96, 247ff.)

Das Zusammenwirken des „*Holistic Assessments*“, des *Risk Assessments* und des *Personal Security Plans*“ in Bezug auf das *Tidal Care Continuum* führt über die weiteren Stadien „*Development Care*“ beziehungsweise *Transitional Care* wieder zum Austritt aus der Versorgung (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 49).

Diese Stadien der Planung werden nun analysiert.

Wachstumsbegleitung: („Developmental Care“).

Am anderen Ende des Kontinuums befinden sich nach Barker & Buchanan-Barker Menschen, die ihre Probleme tiefgründiger bearbeiten oder alternativ ihre Fähigkeiten

ausbauen müssen. Des Weiteren sei zu lernen, Probleme ausfindig machen zu können oder zu lernen mit ihnen zu leben, sich anzupassen oder diese Probleme zu lösen. Die Menschen brauchen *Developmental Care* zu Hause nach Aufenthalt im Krankenhaus oder zur Unterstützung zu Hause zur Rehabilitation = *Therapeutic Intervention* (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 48).

Pflegeüberleitung („*Transitional Care*“):

Barker & Buchanan-Barker folgend, trifft dieser Typ auf Menschen zu, die in ein Krankenhaus aufgenommen oder entlassen werden, aber auch auf Menschen, die das Therapiesetting wechseln. Dieser Wechsel soll auf möglichst sanfte Art geschehen, die Menschen sollen den sanftesten Weg erfahren. Es ist wichtig, dass alle notwendigen Informationen übermittelt werden und die Überleitung unter Einbezug der Person und der Angehörigen stattfindet (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 48).

Nach dieser notwendigerweise sehr ausführlichen Analyse in Form der zentralen Fragen nach Fawcett (1998,1999) wenden wir uns nun den Fragen der Evaluation des *Tidal Models* zu.

2.3 Evaluation *The Tidal Model*

Fawcett legt hierzu bezüglich konzeptioneller Pflegemodelle das Augenmerk auf philosophische Aspekte, beziehungsweise fragt speziell nach Wissenschaftlern, die das Denken der Autoren beeinflusst haben und ob diese explizit genannt wurden.

In der hier vorzunehmenden Evaluation wird der Signifikanz, der empirischen Absicherung, der Umsetzung in der Pflegepraxis, und dem Aspekt Ausbildung besondere Aufmerksamkeit geschenkt, was sich mit der Fragestellung dieser Arbeit deckt.

Der Definition von Pflegelehre folgend (siehe Kapitel 2.1), finden sich im *Tidal Model* konkretisierte Annahmen über Verbindungen und Wechselwirkungen zu den Metaparadigmen der Pflege wieder. Die zentralen Begriffe werden ausführlich definiert und in ihrem konstruktiven Zusammenhang beschrieben (vgl. Kapitel 2.2).

Die drei Dimensionen des *Tidal Model* das Selbst, die Welt und die Anderen erklären und beschreiben die beobachtbaren Phänomene im Erleben und Erleiden des Krankheitsprozesses, der hier als Probleme des menschlichen Lebens bezeichneten Phänomene (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 34).

Im *Tidal Model* finden sich darüber hinaus Handlungsempfehlungen und konkrete Assessmentinstrumente (*Holistic Assessment*, der *Personal Security Plan* sowie darüber hinaus das *Global Suicide Risk Assessment*, *Focussed Risk Interview*, *Monitoring Assessment* und *Rating Scales*) welche für die konkrete Arbeit in der therapeutischen Beziehung zur Verfügung gestellt werden (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 247ff.). In der deutschsprachigen Ausgabe aus dem Jahr 2013 liegen die Assessments auch in deutscher Sprache vor (Barker & Buchanan-Barker 2013: 167ff.).

Damit erfüllt das *Tidal Model* auch die definitorischen Voraussetzungen praxisnaher Theorien (vgl. Neumann-Ponesch 2014: 7ff). Der Evaluation folgend, lässt sich das *Tidal Model* bezogen auf die Reichweite der Theorien in seiner Abstraktion sowohl den Theorien mittlerer Reichweite, als auch den praxisnahen *Narrow Scope* Theorien zuordnen.

Signifikanz definiert Fawcett anhand der Fragen, ob Aussagen zu den Metaparadigmen explizit genannt werden, ob philosophische Grundüberzeugungen offengelegt werden und die Einflüsse verwandter Disziplinen kenntlich gemacht werden (vgl. Fawcett 1999: 43ff.).

Ein weiterer Aspekt einer Pflge Theorie wird durch die philosophische Grundausrichtung als Genesungsmodell und dem definierten Ziel der Wiederentdeckung psychischer Gesundheit erfüllt sowie Aussagen zu den Rollen der betroffenen Menschen und Helfern (Pflegefachpersonen). Das Beschreiben der dahinterliegenden Philosophie konnte bereits in Kapitel 2.1 ausführlich dargestellt werden und wird in den zehn Verbindlichkeiten (10 *Commitments*) als Kernphilosophie akzentuiert. Vier Kernannahmen über die Art der Pflege im *Tidal Model Care Continuum*, die Menschen brauchen, wenn sie psychische Not erfahren, sind beschrieben. Hinzugefügt werden noch sechs *Guiding Prinziples* (Leitsätze zur therapeutischen Beziehung) aus denen die zehn Verpflichtungen beziehungsweise die dazugehörenden zwanzig Befähigungen abgeleitet wurden (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 39ff.).

Die sechs *Guiding Prinziples* (sechs Grundannahmen¹⁶) lauten:

(1) Eine Überzeugung hinsichtlich des Wertes der Neugierde, (2) die Erkenntnis der Kraft der Ressourcen, (3) Respekt vor den Wünschen eines Menschen, (4) die

16 zitiert nach Zuaboni et al.2009

Akzeptanz des Paradoxons der Krise als Chance, (5) die Akzeptanz, dass die Ziele, die der betroffenen Person sein müssen und (6) den Wert Eleganz anstreben (vgl. Zuaboni et al. 2009).

Eine weitere wichtige Frage bei der Analyse zur Bewertung der praktischen Umsetzbarkeit, zielt auf den Verbreitungsgrad des Modells und ob es weiterentwickelt wurde. Innerhalb des Vortrages zum vierten Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie im Jahre 2007 traf Phil Barker zur Verbreitung des Gezeitenmodells die Aussage, dass *Tidal* vor zehn Jahren in England vorgestellt wurde und mittlerweile als wichtige Theorie mittlerer Reichweite gesehen wird. Über 100 Projekte wurden im Vereinigten Königreich, Irland, Kanada, Japan, Australien und Neuseeland eingerichtet. Diese reichen von ambulanter Suchtmittelbehandlung über akutpsychiatrische Behandlung, forensische Stationen, bis hin zur Pflege älterer Demenzkranker (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2007a 45).

Hinsichtlich einer Weiterentwicklung des Gezeitenmodells schreiben Barker & Buchanan-Barker innerhalb des Abstraktes „Eine Klärung der grundlegenden Werte der Genesung: Die 10 *Tidal* Verpflichtungen“:

„Im Laufe der letzten zehn Jahre haben Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Betroffene geholfen, das Model weiter zu entwickeln. *Tidal* fühlt sich einer mitfühlenden Sorge und echten „Pflege“ verpflichtet – die die notwendigen Gegebenheiten für Wachstum und Entwicklung bereitstellen –, doch erkennt auch, dass sich dies nicht auf die professionelle Disziplin der Pflege beschränkt. Insbesondere haben betroffene psychiatrieerfahrene Menschen teilgenommen am Design, der Evaluation und Entwicklung des originären Modells, und in den vergangenen fünf Jahren haben andere Nutzer/Verbraucher – Fachberater aus verschiedenen Ländern geholfen, die philosophische Basis von *Tidal* zu verbessern, indem sie dazu beitrugen, seine Wertebasis zu klären“ (Barker & Buchanan-Barker 2007a: 6).

Entsprechend entwickelten viele Akteure das *Tidal Model* über die letzten zehn Jahre von einer lokalen Problemlösungsmöglichkeit für die Pflege in der Psychiatrie zu einem internationalen Modell zur psychischen Gesundheit (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2007a: 15).

In der deutschsprachigen Ausgabe „Das Gezeiten-Modell – Der Kompass für eine Recovery-orientierte, psychiatrische Pflege“ formulieren Barker & Buchanan-Barker

(2013), dass sie die Definitionen von Recovery in der Weiterentwicklung des Gezeitenmodells vereinfacht hätten. Sie beschreiben jetzt das zentrale Merkmal als ein „wieder – in – Gang – kommen“, dass bei den betroffenen Personen im Genesungsprozess eine Art „Vorwärtsbewegung“ gesucht werde. Der Prozess der Vorwärtsbewegung aber bei der Person, analog zur Metaphorik des Gezeitenmodells, auch wieder zurückfallen kann (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 20).

Mit der Fortentwicklung der 10 Gezeiten-Verpflichtungen seien auch die philosophischen Merkmale des Modelles klarer definiert worden. Sie werden als Überzeugungen verstanden, die jeder Praktiker bei der Umsetzung in der Praxis auf vielfältige, flexible und kreative Weise haben sollte und kann (vgl. Barker, Buchanan & Barker 2013: 20).

Die Autoren führen in einem der deutschsprachigen Ausgabe vorangestellten Interview von 2013 dazu aus, dass ihr *Tidal Model* das aus ihrer Sicht eher vage Recovery-Konzept zu verdeutlichen suche und beschreibe, wie es für den Patienten zur „lebendigen Realität“ werden könne. Sie ergänzen auch, „dass es keine Definition von Recovery geben könne - diese wäre von der Person zu definieren“ (Barker & Buchanan-Barker 2013: 27). Die Bemühungen des Gezeitenmodells richteten sich darauf, „der Person zu helfen was für sie Recovery bedeuten könnte, was anders sein müsste, damit Recovery möglich wird“ (Barker & Buchanan-Barker 2005: 27ff.). Daraus lässt sich schlussendlich ableiten, dass das *Tidal Model* eine recoveryorientierte und kontinuierlich weiterzuentwickelnde, personenzentrierte Haltung der Pflegenden bedarf.

Ein weiterer Aspekt der Evaluation des *Tidal Models* befasst sich mit den Bezugnahmen zu anderen Wissensgebieten und mit einbezogenen Wissensbeständen. Welche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beeinflussten das Denken der Autorin bzw. des Autors? Diese Frage zielt auf die Identifikation der Bezugnahme der Autoren auf vorhandene, „bereits existierende Erkenntnisse in der Pflegewissenschaft und verwandter Disziplinen“ (vgl. Fawcett 1998: 62).

Hierauf haben Barker & Buchanan-Barker (2005) im *Tidal Model* ausführlich Bezug genommen. Barker & Buchanan-Barker haben ihre geistigen Quellen transparent dargestellt. So beziehen sie sich einerseits auf die explizit benannten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, über Kurzbiographie und wichtige Arbeiten, die ihr Denken beeinflusst haben und zitieren weitere Wissenschaftlerinnen

und Wissenschaftler innerhalb der Modellbeschreibung unter Angabe der Quellen. Hinsichtlich des Verständnisses von der „Lebenswelt“ stützen sich Barker & Buchanan-Barker auf Husserl und dessen Vorstellung zur individuellen Perspektive des Menschen innerhalb des Universums. Diese individuelle Perspektive explizieren sie über die Erfahrung und die Geschichte des Menschen. Sie führen in ihrem Buch eine Liste von „*Critical Theoretical Thinkers*“ auf, die einen Einfluss, persönlich oder über ihre Arbeiten, auf die Entwicklung von *Tidal* hatten (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 184f.).

Diese Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler stellen sie mit einer Kurzbiographie und ihren herausragenden Entwicklungen vor. Die Zusammenstellung der „*Critical Theoretical Thinkers*“ findet sich im Anhang (Anlage 1).

Zusammenfassend kann der Aufstellung unter anderem der theoretische Bezug zu Konzepten der Lebenswelt, kognitive Therapie, interpersonelle Beziehung in der Pflege, Soteria, *Caring with* (mit den Menschen), „was getan werden muss“ und dem Zusammenhang der Dimensionen in der Lebenswelt entnommen werden.

Der letzte, aber sicher mit ausschlaggebende Analyseaspekt von Fawcett bezieht sich auf die praktische Umsetzbarkeit eines Modells beziehungsweise einer Theorie. Bezüglich der praktischen Umsetzbarkeit fragt Fawcett unter anderem, nach der Eignung der Theorie für spezifisch klinische Probleme, nach der realistischen Umsetzbarkeit der aus der Theorie abgeleiteten Verfahren, oder ob die aus der Theorie abgeleiteten pflegerischen Handlungen in Einklang mit den Erwartungen aus der Pflegepraxis stehen. Letztlich stellt sie noch die Frage, ob die veränderte Pflegepraxis zu günstigen Ergebnissen führt (vgl. Fawcett 1999: 39f.).

Diesem für die Ausgangsfragestellung der vorliegenden Arbeit entscheidenden Aspekt der Analyse des *Tidal Models* soll in einem eigenen, auf das Handlungsfeld der APP bezogenen Kapitel nachgegangen werden.

3 Analyse aus Sicht der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

In diesem Abschnitt der vorliegenden Arbeit soll nun der Transfer der gewonnenen Erkenntnisse über das *Tidal Model* von Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker (2005, 2013) auf das Handlungsfeld der APP vorgenommen werden. Mit der Grundsatzfrage beginnend, die auch in der Analyse und Evaluation von Fawcett im Mittelpunkt stehen: Ist das vorliegende Modell, die spezifische Theorie nach den Merkmalen praktisch umsetzbar und signifikant eröffnet das Kapitel 3.1.

3.1 Praktische Umsetzbarkeit im Handlungsfeld

Ein erstes Indiz für die praktische Umsetzbarkeit des *Tidal Models* im Feld der APP findet sich schon im Umfeld seiner Entstehungsgeschichte. Wurde es doch für den Fachbereich Psychiatrie und im Besonderen auch für die gemeindenahere Pflege entwickelt. Die mögliche Umsetzbarkeit fußt auch auf der ursprünglich praktischen psychiatrischen Arbeit der Autoren in verschiedenen Settings, mit psychotherapeutischen, behavioristischen und sozialpsychiatrischen Bezügen. Bei der Entwicklung des *Tidal Models* wurden interdisziplinäre, akademische und betroffenen Expertisen aktiv miteinbezogen (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2005: 211ff, Barker & Buchanan-Barker 2008).

In mehr als 100 Projekten wurde das *Tidal Model* in unterschiedlichsten Settings im Vereinigten Königreich, Irland, Kanada, Japan, Australien und Neuseeland implementiert, adaptiert und weiterentwickelt (vgl. Barker 2007: 45). Veröffentlichungen aus diesen Projekten und Rückmeldungen von psychisch erkrankten „Nutzern“ geben weitere Hinweise auf eine tatsächliche, praktische Umsetzbarkeit in der APP (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 157ff.).

Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V. hat in ihrem Positionspapier „Was ist psychiatrische Pflege?“ (BAPP 2008) den betroffenen Menschen und dessen Anpassungsprozess in den Mittelpunkt ihres unterstützenden Begleitens gesetzt. Die BAPP spricht ebenfalls von einem Gleichgewicht und betrachtet die Pflegeleistungen als individualisiert, ressourcenorientiert und im „gewohnten Lebenszusammenhang“. Gleichzeitig gibt sie dem Beziehungshandeln und dem Beziehungsprozess, als Kern gelingenden Pflegehandelns, methodisch eine besondere Bedeutung (vgl. BAPP 2008). Weißflog et al. (2016) haben in einer länderübergreifenden Studie die Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen in der APP expliziert. Diese erfahrungsbasierte und mit internationaler Literatur in Deckung gebrachte Beschreibung ambulant psychiatrischen Pflegehandelns, soll nun für eine Aussage zur Anwendbarkeit des *Tidal Models* im Handlungsfeld der APP, und zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit, mit dem *Tidal Model* abgeglichen werden.

Stellt man die im Forschungsfundus explizierten Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen in der APP (Weißflog et al. 2016), den 20 Befähigungen sowie der Kernphilosophie, den 10 Verpflichtungen (*10 Commitments*) des *Tidal Models* (Barker

& Buchanan-Barker 2008), gegenüber, finden sich (mit Ausnahme der Aufgabe Öffentlichkeitsarbeit) eine konsistente, den Aufgabenstellungen im interaktiven-pflegerisch begleiteten Genesungsprozess entsprechende Deckung zwischen den explizierten Aufgaben, Tätigkeiten, Kompetenzen und Befähigungen und den *Tidal*-Verpflichtungen (siehe Anlage 2).

Am deutlichsten werden die Übereinstimmungen der explizierten Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen (Weißflog et al. 2016) mit den *Tidal*-Verpflichtungen und -Befähigungen von Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013), in den Aufgabenbereichen Beziehungsgestaltung, Prävention, pflegediagnostischer Prozess, Training kognitiver Fähigkeiten, Gesundheitsförderung, Förderung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten, Management somatischer Begleiterkrankungen, Zusammenarbeit mit Familienangehörigen/Partnern/anderen Bezugspersonen und ganz besonders bei der Aufgabe Management akuter psychischer Krisen. In diesen Tätigkeitsbereichen steht die respektvolle, akzeptierende Grundhaltung und die Ermöglichung zu eigenständigem Bewältigungshandeln sowohl bei Weißflog et al. (2016), als auch bei Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013) im Zentrum des Arbeitshandelns. Ein Widerspruch der beiden empirischen Ansätze lässt sich nicht erkennen.

Eine Zuordnung der Befähigungen von Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013) lässt sich ebenfalls in den Aufgabenbereichen Unterstützung/Sichern der ärztlichen Behandlung vornehmen. Allerdings wird hier sehr deutlich, dass sich die Tätigkeiten nach Weißflog et al. (2016) primär auf den interdisziplinären pflegerischen Austausch mit den behandlungsführenden Ärzten beziehen. Dem entsprechend finden sich auch darauf bezogene Kompetenzzuordnungen. Die Befähigungen von Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013) hingegen orientieren sich am Interaktionshandeln zwischen dem Praktiker und dem (betroffenen) Menschen. Da der Praktiker bei Barker & Buchanan-Barker (2005, 2013) nicht explizit nach ärztlich und pflegerisch unterschieden wird, beziehen sich die Verpflichtungen und Befähigungen auf das Gelingen der gemeinsamen Aufgabenstellung zwischen Praktiker und Menschen. So betrachtet können die Verpflichtungen und Befähigungen stimmig zugeordnet werden. Streng genommen kann man aber für die in Deutschland und der Schweiz erhobene Aufgabe „Unterstützung/Sichern der ärztlichen Behandlung“ ableiten, dass es keinem theoretischen Bezugsrahmen im Sinne des *Tidal Models* bedarf, weil die APP an

diesem Punkt, den in Deutschland gültigen Delegationsaufgaben, welche im SGB V¹⁷ festgeschrieben sind, folgen muss.

Nach dieser konkreten, vergleichenden, handlungsorientierten Analyse der Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen der APP (Weißflog et al. 2016) mit den operationalisierten *Tidal*-Verpflichtungen unter Bezugnahme auf das Praktiker-Betroffener-Handeln, ist im nächsten Schritt die empirische Absicherung des *Tidal Models* von Interesse.

3.2 Empirische Absicherung

Fawcett folgend wird die empirische Absicherung einer Theorie durch eine mit wissenschaftlicher Forschung abgeleitete Vereinbarkeit mit den in der Theorie aufgestellten Behauptungen erreicht. Für das Feld der APP sind diesbezügliche Untersuchungen noch nicht existent. Allerdings räumt Fawcett auch ein, dass alle vorliegenden Studien oder Metaanalysen zur Überprüfung der Gültigkeit einer Theorie akzeptiert werden können (vgl. Fawcett 1999: 46).

Die zum *Tidal Model* veröffentlichten Studien und Artikel (siehe Anlage 3) sind auf der offiziellen Website „*Tidal Recovery and Reclamation*“ unter *Research and Evaluation* (Forschung und Weiterentwicklung) eingestellt. Die Untersuchungen gingen unterschiedlichen Fragestellungen nach und werden in ihren Ergebnissen nun zusammengefasst. Eine Studie (vgl. Brookes et al. 2008) beschreibt den Implementationsprozess des personen-zentrierten Pflegeansatzes des *Tidal Models*. Cook, Phillips und Sadler (2005) gingen der Frage des Erlebens von Pflegefachpersonen und Patienten einer forensischen Abteilung bei der Arbeit mit dem *Tidal Model* in Neuseeland nach. Gordon, Morton und Brooks (2005) evaluierten die Evidenz des *Tidal Models* auf zwei separaten Akut-Aufnahmestationen, 2004 in Birmingham und 2001 in Newcastle. Lafferty und Davidson (2006) untersuchten die Implementierung des *Tidal Models* in einer Akut-Aufnahmestation in Glasgow.

Die ausführlichen Ergebnisse finden sich in der Anlage 3 dieser Arbeit. Alles in Allem halten die vorliegenden Ergebnisse der Datenlage einer Verallgemeinerbarkeit nicht stand. Die jeweilig qualitativen Erhebungsdesigns und die Größen der Stichproben erlauben keine Extrapolation auf die Gesamtpopulation psychisch erkrankter Menschen. Zudem weisen Barker & Buchanan-Barker auf ihrer Website selbst auf die

17 Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V

spezifischen und damit nicht verallgemeinerbaren Bedingungen des jeweiligen Forschungsfeldes hin (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2015b).

Die Evaluation der empirischen Absicherung fokussiert nach Fawcett auf die Gültigkeit einer Theorie – bezüglich der Vereinbarkeit der in der Theorie aufgestellten Behauptungen, mit den aus der Forschung abgeleiteten Hinweisen und die praktische Angemessenheit der Theorie für die jeweils anstehenden klinischen Probleme (vgl. Fawcett 1999: 46ff.).

Nun geben die unter „*Tidal Recovery and Reclamation*“ beschriebenen Forschungsprojekte zwar Hinweise auf die praktische Umsetzbarkeit und Verbesserungshinweise in ihren jeweiligen spezifischen Settings, allerdings entspricht keine Untersuchung dem in der Fragestellung vorangestellten Handlungsfeld der APP. Barker & Buchanan-Barker (2015b) gehen hierzu sehr ausführlich auf den Aspekt der Forschung im Zusammenhang mit Umsetzung des *Tidal Models* ein.

Bei der Implementierung des *Tidal Models* in ein Versorgungsangebot (Setting) und in Teams, sollte für die Veränderungen, die auftreten können sensibilisiert werden und es sollte Sinn ergeben. Damit ist ein offensichtliches Merkmal für alle Studien beschrieben, dass die Ergebnisse abhängig vom jeweiligen Setting und dem jeweiligen Team und seinen Mitgliedern variieren werden. Jede ernstzunehmende Studie des *Tidal Models* im Praxisfeld muss sich auf die Tätigkeiten der Teams fokussieren – kollektiv und individuell. Ebenso muss Anschluss zum organisationalen Kontext bestehen sowie zu der dem Team zur Verfügung stehende Unterstützung. Die Qualität des Umfeldes und die Reichweite von physischen, sozialen und interpersonellen Faktoren muss berücksichtigt werden. Diese dadurch komplexe und multidimensionale Studie kann aber nur Aussagen zu erreichten Ergebnissen, bezogen auf dieses spezielle Team, dieses spezielle Setting, zu dieser speziellen Arbeitsweise, mit dieser spezifischen Unterstützung erbringen. Damit kann eine evaluierende Studie keine Forschung auf globaler Ebene zu dem Konzept des *Tidal Models* erbringen, sondern wird immer auf das spezifische Setting der Dienstleistung bezogen sein. Somit findet das Interesse am Voranbringen von Veränderung immer ihren Fokus auf der Frage wie Veränderung in spezifischen Settings stattfinden, nicht aber in der Aussage, Veränderung sei ein generelles Konzept (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2015b).

Für die APP kann festgehalten werden, dass es nach Würdigung der vorangestellten Argumentation in der Tat eine eigene, auf das Feld der APP ausgerichtete Evaluation

zur letztlichen empirischen Absicherung des *Tidal Models* bedürfen wird. Ein Modellprojekt der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg zur ambulanten psychiatrischen Pflege befindet sich aktuell in der vorbereitenden Phase. Hierbei wird der Ansatz von Recovery und den Grundlagen und Instrumenten aus dem *Tidal Model* dem Handlungsansatz zu Grunde gelegt. Die ebenfalls im Modellprojekt stattfindende Begleitevaluation startet mit gezielten Schulungsmaßnahmen und wird nach jetzigem Planungsstand im Herbst 2016 starten. Die Ergebnisse werden nicht vor Fertigstellung dieser Arbeit vorliegen.

Die bisher extrahierten Analyseerkenntnisse und Kompetenzanforderungen lenken die Aufmerksamkeit auf das letzte Kapitel der Analyse und Evaluation nach Fawcett.

Aspekte der Ausbildung und Schulung von psychiatrisch Pflegenden

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ambulanten psychiatrischen Pflege verfügen mit ihren im beruflichen Entwicklungsprozess erworbenen Ausbildungen und Zusatzqualifikationen (i.d.R. Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege) schon jetzt über eine hohe fachliche Qualifikation. Diese wird von den Kostenträgern, bei den Zulassungsvoraussetzungen zur Gründung eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes, auch in den Strukturhebungsbögen zur personellen Qualifikation gefordert. Die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP e.V. hat bereits 2006 in ihrem Positionspapier „Anforderungen an Qualifizierungen in der APP“ auf die besonderen fachlichen Qualifizierungsanforderungen im häuslichen Handlungsfeld, unter Berücksichtigung von Autonomie und Genesung hingewiesen (vgl. BAPP 2006). In einem weiteren Positionspapier zur Weiterbildungs- und Prüfungsordnung formuliert die BAPP e.V., dass die staatlich anerkannte Weiterqualifizierung (Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege), als Einstieg in eine dauerhafte Weiterqualifizierung zu betrachten ist (vgl. BAPP 2008b).

Fokussiert auf die vorliegende Arbeit zum *Tidal Model*, finden also die Aspekte der Ausbildung und Schulung von psychiatrisch Pflegenden direkten Anschluss an die Einschätzungen und identifizierten Bedarfe der Fachorganisation APP.

Die Analyse und Auseinandersetzung mit dem *Tidal Model* hat deutlich gemacht, dass es sich um eine Theorie mittlerer Reichweite handelt und das in seiner Konkretisierung über Handlungsempfehlungen sowie der Zurverfügungstellung konkreter Instrumente, auch die Anforderungen an praxisnahe Theorien erfüllt. Die Komplexität des *Tidal*

Models mit seinen Ansätzen, seiner Grundphilosophie, seinen Instrumenten und Handlungsanleitungen erfordert in der Vermittlung (Schulung) eine interaktive und selbstreflexive Vorgehensweise. Ein vertiefendes Verstehen kann nur in qualifizierenden Schulungssettings vermittelt, respektive gemeinsam erarbeitet und für das vorgesehene Setting weiterentwickelt werden. Zudem liegt dem *Tidal Model* auch die Haltung des Recovery zu Grunde, welche über die Kernphilosophie der 10 Verpflichtungen und Kompetenzen Ausdruck findet. Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) haben zur Schulung von Recovery einen Leitfaden („100 Wege um Recovery zu unterstützen“) entwickelt und Schulungsunterlagen („Recovery praktisch“) für Pflegefachpersonen, Psychatrieerfahrene und Angehörige erstellt, die auf deren Homepage heruntergeladen werden können (vgl. UPD o.J.).

Barker & Buchanan-Barker nehmen in dem der deutschsprachigen Ausgabe „Das Gezeitenmodell“ (2013) selbst zum Aspekt Schulungen Stellung. Als erstes müsse das Handbuch des Gezeitenmodells studiert werden, um anschließend Aspekte des Gezeitenmodells an einander zu üben. Dies würde einen allmählichen Lernprozess einleiten, in welchen man lerne auf diese Weise zu arbeiten und auffällige Probleme zu lösen. Erst dann solle man mit vulnerablen Patienten arbeiten (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013: 24)

Die BAPP e.V. hat im Jahre 2014 eine Bildungsinitiative für ihre Mitglieder gestartet mit dem Ziel, die Wissensgenerierung innerhalb des Fachbereichs zu fördern und fragte Frau Professor Dr. Weißflog¹⁸ (Pflegewissenschaftlerin und seit März 2015 Sprecherin der Sektion Psychiatrische Pflegeforschung bei der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP e.V.) an, ob sie ein Bildungsprojekt übernehmen könnte. Als Zielsetzung wurde die „Schaffung eines Bildungsangebots für berufserfahrene Pflegefachpersonen aus der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP), die keinen unmittelbaren Zugang zu institutionellen Bildungsträgern der formalen Bildung (Hochschule, Universität) haben und/oder auf dem Weiterbildungsmarkt kein für sie passendes Angebot finden können“, formuliert In diesen Kontext könnte das Schulungsangebot zu Recovery und Gezeitenmodell inkludiert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ausbildung und Schulung von Pflegefachpersonen im Handlungsfeld ambulanter psychiatrischer Pflege sowohl aus

Sicht der Fachverbände, der generellen beruflichen Qualifikationsnotwendigkeiten, als auch aus Sicht der unmittelbar tätigen Pflegefachpersonen gewollt und sinnvoll ist. Die speziellen Anforderungen des *Tidal Models* sind Teil und Ziel dieser Herausforderungen.

4 Schlussfolgerungen und Fazit

Ausgehend von der Analyse nach Fawcett konnte das *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker 2005) erfolgreich mit dem hier zu Grunde gelegten Forschungsfundus zu den Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen in der APP, den explizierten Erwartungen der Klienten, sowie Bildungs- und Qualifizierungsaspekten in Verbindung gebracht werden.

Das Genesungsmodell für psychische Gesundheit „*The Tidal Model*“ bietet einen, den wissenschaftlichen Ansprüchen an pflegewissenschaftliche, konzeptionelle Modelle und Theorien geeigneten theoretischen Bezugsrahmen. Mit seiner Ausrichtung auf eine recoveryorientierte und autonomiewertschätzende Haltung, erfüllt das *Tidal Model* die Ansprüche von Betroffenen, sowie der UN-Behindertenrechtskommission¹⁹ (vgl. UN 2016).

Für das Praxisfeld liegen (auch in deutscher Sprache) konkrete Handlungsempfehlungen und Assessmentinstrumente aus dem *Tidal Model* vor, die in unterschiedlichen Settings ihre Nützlichkeit gezeigt haben. Zur (Interrater-) Reliabilität fanden sich keine Aussagen. Die vorgelegten Studienergebnisse stützen die Hypothese, dass das *Tidal Model* die Patienten- und Angehörigenzufriedenheit, als auch die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen verbessert.

Für geeignete Schulungsmaßnahmen liegen qualitativ gute geeignete Unterlagen vor. Zum institutionellen Rahmen der Schulungen gibt es keine ausschließlichen Vorgaben. Eine Möglichkeit bietet sich in naher Zukunft über die BAPP e.V.-Bildungsinitiative. Ebenfalls wären individuelle Inhouse-Schulungen planbar. Recovery-Schulungen sind bei diversen Fortbildungs-Anbietern bereits buchbar (Suchbegriff Recovery Schulung). Kritisch bewertet werden kann, dass die umfangreiche, metaphorische Beschreibung und Bildsprache des *Tidal Models* nicht alle Interessenten gleichermaßen anspricht. In der deutschen Ausgabe von „Das Gezeitenmodell“ (Barker & Buchanan-Barker 2013) wurde diesbezüglich eine deutlich wahrnehmbare Reduktion vorgenommen.

19 United Nations Human Rights Committee on the Rights of Persons with Disabilities

Die Antwort auf die Fragestellung: „Ist das *Tidal Model* der psychischen Gesundheit als theoretischer Bezugsrahmen geeignet, in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) Anwendung zu finden?“ kann und muss am Ende dieser Arbeit bejaht werden. Zumindest spricht die Analyse dafür, es im Feld der deutschen APP zu testen. Ob das *Tidal Model* für alle auftretenden Situationen und Herausforderungen im Feld der APP eine geeignete Antwort bereithält, kann und muss zu Recht kritisch hinterfragt werden. Ohne qualifizierte Forschung und Begleitung wird es aber weiter an unabhängigen und belastbaren empirischen Daten mangeln.

Ein Konfliktbereich muss ebenfalls unbedingt Erwähnung finden. Fawcett fragt bei ihrer Analyse auch nach der rechtlichen Umsetzbarkeit der Pflegehandlungen. Die qualifizierten und belegbaren Antworten auf diese Frage würde den Rahmen dieser vorgelegten Arbeit sprengen. Soviel sei aber gesagt, ambulante Pflege handelt im Auftrag der behandelnden und letztverantwortlichen Ärzte. Die verordnen Leistungen aus den Leistungskatalogen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der G-BA wiederum stützt sich bei seinen Richtlinien auf empirische Daten mit entsprechender Evidenz(-graduierung). Da im deutschsprachigen Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege nahezu keine Forschung zu Wirksamkeit und Outcome stattfindet, gibt es diese Evidenzen nicht. Internationale Studien²⁰ belegen sehr wohl eine positive Wirksamkeit von gemeindenaher Versorgung. Da dies aber durchweg multidisziplinäre Behandlungsteams sind, kann das positive Ergebnis nicht ausschließlich auf die psychiatrische Pflegeintervention zurückgeführt werden. An dieser Stelle zeigt sich die Paradoxie der evidenzbasierten Medizin (EBM).

Zuletzt steht die Empfehlung, die inhaltliche und philosophische Auseinandersetzung mit dem *Tidal Model* (Gezeitenmodell) von Barker & Buchanan-Barker aktiv zu suchen. Deutlich wurde aber auch, dass es zunächst einer Erweiterung des Rollenbildes und Selbstverständnisses psychiatrischer Pflege bedürfen wird, hin zu salutogenetischen Paradigmen und Haltungen bezüglich echter Patientenautonomie. Das Handlungsfeld der APP ist aufgrund seiner Komplexität und Verortung in der Häuslichkeit der betroffenen Menschen, sehr gut geeignet, die Wirkung und das Erleben im Handlungsansatz des *Tidal Models* zu erfahren und zu erforschen.

International wird dieser Weg längst erfolgreich beschritten. In Deutschland stehen wir mit der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) aber noch auf dem Parkplatz des

20 (vgl. Garand et al. 2014)

normativen Imperativs, den Gesetzgeber und Selbstverwaltung dem Beruf Pflege zuweisen. Die Akademisierung des Berufes Pflege, die zunehmende Diversifikation der Aufgaben und Tätigkeitsfelder sowie das stetige Wachsen des Wissenskorpus der Pflegewissenschaft führt, so hoffe ich, in Richtung Professionalisierung des Berufes Pflege. Allerdings gibt es auf diesem Wege noch sehr viel zu tun.

Für die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) hoffe ich mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag in dieser Richtung geleistet zu haben.

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke, Tübingen 1997.

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann; H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Erweiterte Neuauflage, Band 6. Köln: BZgA.

BAPP (2003): Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege. Tätigkeitskatalog "Ambulante Psychiatrische Pflege". URL: <http://www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf>. [05.04.2016].

BAPP (2006): „Anforderungen an Qualifizierung in der APP“. Positionspapier. URL: <http://www.bapp.info/texte/fwb-pospap.pdf>. [06.07.2016].

BAPP (2008): Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege. "Was ist psychiatrische Pflege?" URL: <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf> [08.05.2016].

BAPP (2008 b): „Stellungnahme zur Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung“. Positionspapier. URL: <http://www.bapp.info/texte/SN-WPO.pdf> [06.07.2016].

Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2005): The Tidal Model. A Guide for Mental Health Professionals. London, New York: Routledge.

Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2007a): Kongressband 4. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie: „Pflege in der Psychiatrie: Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung“; 18. - 19. Oktober 2007; Ev. Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Bielefeld, Deutschland.

Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2007b): Eine Klärung der grundlegenden Werte der Genesung: Die 10 Tidal Verpflichtungen. Übersetzt von Ruth Schröck, Edinburgh 2007.

Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2008): Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 2008, 2(1):12-22. Artikel. Eine Klärung der

grundlegenden Werte von Recovery: Die 10 Tidal Verpflichtungen. URL: <http://biografie-arbeit.de/wp-content/uploads/2014/03/Buchanan-Barker-Gezeitenmodell.pdf>. [14.07.2016].

Barker, P.; Buchanan-Barker, P.(2013): Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Bern: Huber.

Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2015 a): Interview: Mälardalen University at Sundbyholm Castle in Sweden. Veröffentlicht am 03.11.2015. URL: <https://youtu.be/fmKedGLyOk8> [25.03.2016].

Barker, P.; Buchanan-Barker (2015b): Tidal Recovery and Reclamation. Research and Evaluation. The Key References. URL: <http://www.tidal-model.com/Research%20and%20Evaluation.html>. [16.05.2016].

BMG (2006): Bundesministerium für Gesundheit. Presse. Pressemitteilungen 2006-03. Vorrang ambulant vor stationär in der Langzeitpflege. URL: <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2006-03/vorrang-ambulant-vor-stationaer-in-der-langzeitpflege.html> [14.07.2016].

BMG (2016): Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung. § 135a SGB V Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.5.2016 I 1254. URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/135a.html> [26.07.2016].

Brookes, N.; Murata, L.; Tansey, M. (2008): Tidal waves: Implementing a new model of mental health recovery and reclamation. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tidal+waves%3A+Implementing+a+new+model+of+mental+health+recovery+and+reclamation.+Summary>. [16.05.2016].

Cook, NR.; Phillips, BN.; Sadler, D. (2005): The Tidal Model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. Journal of psychiatric and mental Health Nursing. 2005 Oct.12 (5):536-40. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16164503> [16.05.2016].

DRZE (2016): Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften.

Medizinischer Paternalismus. URL: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/medizinischer-paternalismus>
[25.04.2016].

Dörner, K.; Köchert, R.; Laer, G. v.; Scherer, K. (1979): Gemeindepsychiatrie. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Duden online (2016): Autonomie. Duden | Selbstständigkeit, Selbständigkeit | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme:, die. URL: <http://www.duden.de/Rechtschreibung/Selbststaendigkeit>. [23.05.2016].

Fawcett, J. (1998): Konzeptionelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern, Toronto, Seattle: Huber.

Fawcett, J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern, Toronto, Seattle: Huber.

Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Recom. ISBN 3-89752-063-X.

Garant, L. Rinaldo DE, Alberth MM, Delany J, Beasock SL, Lopez OL, Reynolds CF 3rd, Dew MA, (2014): Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial.URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119856>. [27.07.2016].

G-BA (2009): Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der Neufassung vom 17. September 2009. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/200/> [06.07.2016].

Gordon, M.; Bartholomeyczik, S. (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München, Jena: Urban & Fischer.

Gordon, W.; Morton, T.; Brooks, G. (2005): Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12 (6) 703-12. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2005.00901.x/full>
[16.05.2016].

Knuf, A.; Bridler; S. (2008): Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie. In: Abderhalden, C.; Needham, I.; Schulz, M.; Schoppmann, S.; Stefan, H. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery Vorträge und Posterpräsentation. 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern.

MDK (2005): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege.

MDS (2015): Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. URL: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/150916_Ergaenzende_Erlaeuterungen_Effizienzsteigerung_Pflegedokumentation_final_Vers3.pdf [15.03.2016].

PflegeWiki, DBFK: URL: <http://www.pflegewiki.de/images/0/05/Pflegeregelkreis01.jpg>. Pflegeregelkreis nach Fiechter und Meier 1981. [25.04.2016].

Richter, D.; Hahn, S. (2009): Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese, Fachbereich Gesundheit, Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Bern. In: Pflege 2009; 22: 129 - 142.

Richter, D.; Schwarze, T.; Hahn, S. (2014): Was ist gute psychiatrische Pflege? In: Psychiatrische Pflege Heute 2014: 20: 125-131. Stuttgart, New York: Georg Thieme.

UKE (1996): Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Pflegemodell. „Psychiatrie-Pflege-Perspektive“. URL: https://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/dokumente/pflegemodell_ppp.pdf. [14.07.2016].

UN (2016): United Nations Human Rights. Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). URL: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>. [07.07.2016].

University of Pennsylvania. Penn Nursing Science: Jacqueline Fawcett, PhD, FAAN,
RN: URL: <http://www.nursing.upenn.edu/faculty/profile.asp?pid=153>
[01.04.2016].

UPD (o.J.): Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Publikationen. Unterlagen zu
Recovery. URL: http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/downloads-publikationen/recovery.html. [06.07.2016].

Weißflog, S.; Schoppmann, S.; Richter, D. (2016): Aufgaben und Tätigkeiten in der
Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der Schweiz und in Deutschland:
Ergebnisse eines länderübergreifenden Forschungsprojektes. In:
Pflegewissenschaft 2016: 60 ff. Ausgabe ¾-2016 | 18. Jahrgang | hpsmedia,
Nidda.

Zuaboni,G.; Burr, Ch. (2009): „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“.
Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management –
Ausbildung – Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen.

9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien. 8. Das Gezeitenmodell – Ein
Kompass für die Recovery orientierte Praxis. S. 49-54. URL: <http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband2012-Volltext.pdf>.
[15.07.2016].

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: „Critical theoretical thinkers“ nach Barker & Buchanan-Barker (2005: 184ff.)

Anlage 2: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

Anlage 3: Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Research und Evaluation

Anlage 1: „critical theoretical thinkers“ nach Barker & Buchanan-Barker (2005).

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler werden hier benannt sowie die zugehörigen Bezugnahmen zusammenfassend wiedergegeben.

- Harry Stack Sullivan: Psychiater und Vertreter der Neopsychoanalyse; vertrat zunächst die Ansichten Freuds (Psychoanalyse), richtete später seinen Fokus auf soziale Aspekte der menschlichen Persönlichkeit, der kognitiven Repräsentation; sein Verständnis galt den Beziehungen zwischen Menschen und dem Mensch an sich; sah die Ängste der Menschen ausschließlich als ein Ergebnis der sozialen Interaktion und entwickelte Techniken für Menschen um soziale Ängste zu minimieren; arbeitete über Gruppenpsychotherapie; entwickelte kognitive Therapie – die „*Selective Inattention*“ (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).
- Ronnie Laing: befasste sich unter anderem mit Nietzsche, Husserl, Heidegger, Sartre und Wittgenstein; nach Ansicht von Barker und Buchanan-Barker dominierten drei Männer die Geschichte der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts: Freud, Jung und Ronnie Laing; entwickelte 1950 in Glasgow einen „*runpus room*“ für psychisch Erkrankte in stationärer Behandlung als Vorbild des „*safe space*“ - als Platz wo psychisch Erkrankte zur Ruhe während Zuständen der Unruhe kommen können, diesen Sicherheitsplatz griffen Barker und Buchanan-Barker als „Hafen der Sicherheit“ in ihrem Modell auf (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).
- Hilda Peplau: Pflegewissenschaftlerin; entwickelte die Theorie „Interpersonale Beziehung in der Pflege“; sie versuchte zu klären, wie die Beziehung zwischen Patient und Pflege sein sollte, um einen guten Genesungsvorgang zu gewährleisten; nach ihrer Ansicht entwickeln sich innerhalb der psychodynamischen Pflege Patient und Pflegeperson weiter (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).
- Loren Mosher: Psychiater; entwickelte die „Soteria“, als eine alternative stationäre Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen, speziell für schizophrene Störungen, die Patienten (Bewohner) werden in einer kleinen Wohngruppe ganzheitlich in 1:1 Betreuung rund um die Uhr begleitet – Ersatzfamilie auf Zeit; noch heute werden psychisch Erkrankte nach diesem Modell behandelt (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).

Anlage 1: „critical theoretical thinkers“ nach Barker & Buchanan-Barker (2005).

- Viktor Frankl: Neurologe und Psychiater; entwickelte die Logotherapie bzw. Existenzanalyse; stellte die Sinnfrage ins Zentrum seiner Arbeiten; Barker und Buchanan-Barker sehen ihn hinsichtlich seiner Erfahrungen, Arbeiten und seinem Leben als „heroische“ Figur (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).
- David Brandon: psychiatrischer Krankenpfleger; Zen-Mönch; Sozialarbeiter; Psychotherapeut; erster Professor der Gemeindepflege in England und Autor zahlreicher Bücher; war selbst psychisch erkrankt; bezeichnete die Erfahrung aus seiner psychischen Erkrankung als treibende Kraft für seine Praxisarbeit (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).
- Shoma Morita: Professor, Psychiater; Ausbildung in Zen-Buddhismus; Anhänger von „Freud“; entwickelte die „Morita-Therapie“ zur Behandlung von Angstneurosen in Japan – (wird noch heute für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen benutzt); Morita richtet seine Therapie auf die Realität im Augenblick, „was getan werden muss“; Barker und Buchanan-Barker benutzen im Modell seinen Ausspruch „was getan werden muss“; Morita modellierte für Barker und Buchanan-Barker das Konzept „*caring with*“ – mit Menschen sorgen, gegenseitige Beziehung; über seine Entwicklungen in konventionsbrechenden Therapien dient er Barker und Buchanan-Barker als Leitmotiv (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).
- Thomas Szasz: Psychiater, Psychoanalytiker; Gegner der Zwangspsychiatrie; er vertrat die Ansicht, dass nicht jede „Verrücktheit“ eine psychiatrische Erkrankung ist und fokussierte eher das Konzept der Lebensprobleme von Menschen als die Ansicht der Psychiatrie, die diese Menschen mit einer psychischen Erkrankung abstempeln; so war für ihn nicht jedes Kind mit einem hohen Level an Aktivität „hyperaktiv“ und medikamentös behandlungsbedürftig; nach seinem Konzept sind psychische Normalität und Verrücktheit willkürliche Definitionen; Barker und Buchanan-Barker respektieren die persönliche Identität von Szasz als Philosoph des 20. Jahrhunderts und sein Engagement für die Wahrung der Würde des Menschen und seiner eigenen persönlichen Verantwortung (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2005: 184f.).

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

Aufgaben APP (vgl. Weißflog 2016)	Beispiele für Tätigkeiten APP (vgl. Weißflog 2016)	Explizierte Kompetenzen (vgl. Weißflog 2016)	Kompetenzen Tidal Model „Befähigungen“	10 Tidal Verpflichtungen
<p>Beziehungsgestaltung als Grundlage der psychosozialen Unterstützung</p>	<p>Individuelle Begleitung, ausgerichtet am Bedarf der Klienten / Patienten und deren Erfahrung zur Förderung der persönlichen Entwicklung; Rahmenbedingungen für eine positive Beziehungsgestaltung schaffen: Erreichbarkeit ist 24 Stunden pro Tag organisiert, Gestaltung eines therapeutisch-individuellen Milieus; Anerkennung und Wertschätzung geben; Aufbau von Vertrauen, Hoffnung und Vertrauen in die eigenen Problemlösefähigkeiten vermitteln; Wiederholtes Aushandeln und Teilen von Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation mit den Klienten / Patienten</p>	<p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können</p> <p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Sehr gute Edukationskenntnisse</p>	<p>Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören</p> <p>Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. herauszuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p>	<p>Die persönliche Stimme wertschätzen</p> <p>Die Sprache respektieren</p> <p>Zeit schenken</p> <p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Transparent sein</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Befähigung 11: Der Praktiker hilft der Person, ihre Wahrnehmungen dafür zu entwickeln, dass eine fest zugeordnete Zeit aufgewandt wird, um ihre spezifischen Bedürfnisse an-zusprechen</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 19: Ziel des Praktikers ist sicherzustellen, dass der Person jederzeit alle Pflege- und Versorgungsprozesse klar sind</p> <p>Befähigung 20: Der Praktiker stellt sicher, dass die Person Kopien aller Dokumente des Assessments und der Pflege- und Versorgungsplanung zur eigenen Nutzung erhält</p>	
Prävention	Zugänge zur eigenen Erkrankung herausarbeiten; Beratung und Schulung, um mit der Krankheit besser umgehen zu können;	Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können	Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo	Zum Lehrling werden

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

	<p>Erarbeiten neuer Coping-Strategien und Krisenpläne; Anleitung im Umgang mit: Angst, Aggression, formalen und inhaltlichen Denkstörungen, Antriebstörung, Unruhe, Affektstörungen usw.; Früherkennung von Krankheit / Frühsymptome; Maßnahmen einleiten, damit sich die Krankheit nicht manifestiert; Spät- und Folgeschäden einer bereits eingetretenen Krankheit erkennen und verhüten</p>	<p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Berufliche Erfahrung</p> <p>Lebenserfahrung</p> <p>Sehr gute Edukationskenntnisse</p> <p>Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Grundlagenkenntnisse der Pharmakotherapie</p> <p>Grundlagenkenntnisse Psychopathologie</p> <p>Kenntnisse alternativer Therapie[en]</p> <p>Grundlagenkenntnisse Aggressionsmanagement</p>	<p>immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. herauszuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug aufn spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein</p>	<p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Persönliche Weisheit enthüllen</p>
--	--	---	--	---

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person, zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p>	
<p>Pflege-diagnostischer Prozess (Schweiz)</p> <p>bzw.</p>	<p>Datenerhebung (Pflegeanamnese) mit unterschiedlichen Instrumenten: pflegerisches Interview, bestehende Pflegeberichte und Pläne, Interview mit Angehörigen, medizinische Daten, Fremdeinschätzung der Symptome und Symptombelastung durch</p>	<p>Pflegetheoretische Grundlagen-kenntnisse</p> <p>Grundlagen-kenntnisse Psychopathologie</p>	<p>Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo immer möglich, auf den geäußerten</p>	<p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Zum Lehrling werden</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

<p>Pflegeprozess (Deutschland)</p>	<p>eingeschränkte verbale Kommunikation der Klienten / Patienten Datenerhebung (Pflegeanamnese) mit unterschiedlichen Instrumenten: Erweiterte Pflegeplanung bei Personen mit Demenz: Beobachten, Identifizieren und Interpretieren aller gleichzeitig auftretender Symptome, ihre Häufigkeit und Qualität sowie dem in Betracht ziehen von möglichen Komplikationen, Dokumentation: Hilfsbedarf, Ziele und Maßnahmen Schwerpunkten herstellen, Probleme, Ziele, Maßnahmen, Ressourcen, Evaluation, Dokumentation</p> <p>Datenerhebung (Pflegeanamnese), Gliederung der Informationen nach Schwerpunkten, Zusammenhänge zwischen den Schwerpunkten herstellen, Probleme, Ziele, Maßnahmen, Ressourcen, Evaluation, Dokumentation</p>	<p>Fachsprache</p> <p>Empathische Grundhaltung (einfühlerndes Verstehen, nichtwertendes Eingehen)</p> <p>Flexibilität und Selbst-reflexion.</p>	<p>Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug aufn spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, heraus-zufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von</p>	<p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten Zeit schenken</p> <p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Transparent sein</p>
------------------------------------	--	---	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 11: Der Praktiker hilft der Person, ihre Wahrnehmungen dafür zu entwickeln, dass eine fest zugeordnete Zeit aufgewandt wird, um ihre spezifischen Bedürfnisse anzusprechen</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um</p>	
--	--	--	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 14: Der Praktiker zeigt Bereitschaft, der Person Zu helfen, ihre Geschichte in ihrem eigenen Tempo zu entfalten</p> <p>Befähigung 19: Ziel des Praktikers ist sicherzustellen, dass der Person jederzeit alle Pflege- und Versorgungsprozesse klar sind</p> <p>Befähigung 20: Der Praktiker stellt sicher, dass die Person Kopien aller Dokumente des Assessments und der Pflege- und Versorgungsplanung zur eigenen Nutzung erhält</p>	
<p>Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Kompetenzen</p>	<p>Erkennen sozialer Kompetenzen; Erkennen, Fördern, Anleiten der Selbstfürsorgefähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten; Selbstmanagementkompetenz fördern (zur persönlichen Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen und der Teilnahme an den Aktivitäten mit anderen); Unterstützung beim Erlernen von Verhaltensalternativen, die den zwischenmenschlichen Kontakt verbessern und die Sicherheit im Umgang mit</p>	<p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p>	<p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an</p>	<p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Persönliche Lebensweisheit enthüllen</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

	<p>anderen Menschen erhöhen; Unterstützungen bei der Umsetzung des Erlernten in konkretes Verhalten: Unterstützung / Schaffung einer stützenden Tages/Wochenstruktur; Unterstützung zur Teilhabe in Arbeit und Beschäftigung (Motivation erkennen, herausarbeiten und fördern, Standortgespräch am Arbeitsplatz); Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen (z.B. Ernährung, Einkauf, Arztbesuch)</p>	<p>Sehr gute Edukationskenntnisse</p>	<p>sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug aufn spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p>	
<p>Management akuter psychischer Krisen</p>	<p>Erkennen von Krisensituationen; Krankheitszustand und Krankheitsentwicklung wahrnehmen, beobachten und reflektieren; Hilfe beim Umgang mit beeinträchtigenden Gefühlen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen; Bei Eigen- oder Fremdgefährdung engmaschige Betreuungs- und Gesprächsangebote; Stützen der Eigenverantwortung der Klienten / Patienten im Krankheitsprozess; Stärken von Handlungs- und Entscheidungskompetenz sowie der emotionalen Steuerungsfähigkeit; Unterstützung bei der Umsetzung von Bewältigungsstrategien; Erwirkung und Erschließung notwendiger und ergänzender Hilfen stationärer / teilstationärer Behandlung</p>	<p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können</p> <p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre</p>	<p>Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören</p> <p>Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p>	<p>Die persönliche Stimme wertschätzen</p> <p>Die Sprache respektieren</p> <p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Zeit schenken</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

		<p>speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p> <p>Pflegetheoretische Grundlagen-kenntnisse</p> <p>Grundlagen-kenntnisse Psychopathologie</p> <p>Fachsprache</p> <p>Flexibilität und Selbst-reflexion</p>	<p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8:</p>	<p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen:</p> <p>Transparent sein:</p>
--	--	---	---	---

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 11: Der Praktiker hilft der Person, ihre Wahrnehmungen dafür zu entwickeln, dass eine fest zugeordnete Zeit aufgewandt wird, um ihre</p>	
--	--	--	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>spezifischen Bedürfnisse anzusprechen</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 14: Der Praktiker zeigt Bereitschaft, der Person zu helfen, ihre Geschichte in ihrem eigenen Tempo zu entfalten</p> <p>Befähigung 15: Der Praktiker hilft der Person, ein Bewusstsein für die feinsten Veränderungen in Gedanken, Gefühlen oder im Handeln zu entwickeln</p> <p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>selbst, andere Personen oder Ereignisse diese Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p> <p>Befähigung 19: Ziel des Praktikers ist sicherzustellen, dass der Person jederzeit alle Pflege- und Versorgungsprozesse klar sind</p> <p>Befähigung 20: Der Praktiker stellt sicher, dass die Person Kopien aller Dokumente des Assessments und der Pflege- und Versorgungsplanung zur eigenen Nutzung erhält</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

Training kognitiver Fähigkeiten	Erkennen und Fördern kognitiver Kompetenzen bezogen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens; Begleiten und Schaffung von Sicherheit im Alltag bei kognitiven Einschränkungen	<p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Sehr gute Edukationskenntnisse</p>	<p>Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören</p> <p>Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung</p>	<p>Die persönliche Stimme wertschätzen</p> <p>Die Sprache respektieren</p> <p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Zeit schenken</p> <p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 15: Der Praktiker hilft der Person, ein Bewusstsein für die feinsten Veränderungen in Gedanken, Gefühlen oder im Handeln zu entwickeln</p> <p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p>	
--	--	--	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen	
Gesundheitsförderung	Gesundheitsressourcen erkennen; Gesundheitsfördernde Ressourcen stärken und einen bewussten, aktiven Umgang mit Gesundheitsressourcen durch Information, Beratung und Schulung (Edukation) fördern; Motivation zu körperlichen Aktivitäten oder Entspannungstechniken (z.B. PMR); Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitschancen, durch Information, Beratung und Schulung (Edukation) und / oder Stressbewältigung, Ernährung, soziale Unterstützung im Alltag)	Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung) Sehr gute Edukationskenntnisse Grundlagenkenntnisse der Pharmakotherapie Grundlagenkenntnisse Psychopathologie Kenntnisse alternativer Therapie[en] Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse	Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo	Die persönliche Stimme wertschätzen Die Sprache respektieren Zum Lehrling werden Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen Den nächsten Schritt gestalten Zeit schenken Ehrliche Neugier entwickeln Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen:

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 15: Der Praktiker hilft der Person, ein Bewusstsein für die feinsten Veränderungen in Gedanken, Gefühlen oder im Handeln zu entwickeln</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p>	
<p>Unterstützung / ¹Sichern der ärztlichen Behandlung</p>	<p>Medikationsmanagement (Vergabe gemäß ärztlicher Anordnung, situative Anpassung der Medikation im Rahmen einer erweiterten Bedarfsmedikation in enger Absprache mit dem behandlungsführenden Arzt); Depotinjektionen; Gemeinsame Standortgespräche; Krankenbeobachtung; Interdisziplinärer Austausch</p>	<p>Grundlagenkenntnisse der Pharmakotherapie</p> <p>Grundlagenkenntnisse Psychopathologie</p> <p>Kenntnisse alternativer Therapie[en]</p>	<p>Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p>	<p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Ehrliche Neugier entwickeln</p>

¹ Hierbei liegt der Fokus der Befähigungen auf der Begleitung und Ermöglichung des betroffenen Menschen. Die Tätigkeiten sind ärztlich delegiert

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

		<p>Pflege-theoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Fachsprache</p>	<p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, heraus-zufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 13:</p>	
--	--	--	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet	
Förderung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten	Befähigung zur Eigenverantwortung und Selbstreflexion hinsichtlich Nebenwirkungen; Wirkweise, Wechselwirkungen der verordneten Medikamente herausarbeiten; Klienten Verantwortung hinsichtlich medikamentöser Therapien reflektieren; Erkennen der multiplen einschränkenden Faktoren hinsichtlich Einhaltung der medikamentösen Therapieabsprache (Adhärenz) (Motivation und Sinn, Umfeld, kulturelle Aspekte); Gemeinsam mit den Klienten / Patienten Strategien zur Verbesserung der Adhärenz	<p>Grundlagenkenntnisse der Pharmakotherapie</p> <p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Befähigung, Beziehung aufzunehmen und halten zu können</p> <p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p>	<p>Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören</p> <p>Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 5:</p>	<p>Die persönliche Stimme wertschätzen</p> <p>Die Sprache respektieren</p> <p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Zeit schenken</p> <p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

		<p>Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Grundlagenkenntnisse Psychopathologie</p> <p>Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Sehr gute Edukationskenntnisse</p> <p>Fachsprache</p> <p>Flexibilität und Selbstreflexion</p>	<p>Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in</p>	
--	--	---	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 15: Der Praktiker hilft der Person, ein Bewusstsein für die feinsten Veränderungen in Gedanken, Gefühlen oder im Handeln zu entwickeln</p> <p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p>	
<p>Management somatischer Begleiterkrankungen</p>	<p>Coachen hinsichtlich der Hinzuziehung und Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, Facharzt oder Zahnarzt; Beratung bei chronischen somatischen Erkrankungen z.B. Diabetes mellitus in enger Zusammenarbeit mit dem fachärztlichen Dienst und der Ernährungsberatung; Beratung bei Suchtmittelmissbrauch in Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen und dem fachärztlichen Dienst</p>	<p>Kenntnisse alternativer Therapie[en]</p> <p>Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Sehr gute Edukationskenntnisse</p> <p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können</p>	<p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo</p>	<p>Die Sprache respektieren</p> <p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Zeit schenken</p> <p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

		<p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Pragmatismus (pragmatische Einstellung, Denk- und Handlungsweise)</p> <p>Akzeptierende Grundhaltung</p> <p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen)</p> <p>Flexibilität und Selbst-reflexion.</p>	<p>immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von</p>	
--	--	---	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p>	
<p>Zusammenarbeit mit Familien-angehörigen / Partnern / anderen Bezugspersonen</p>	<p>Angehörigenberatung und Schulung; Gemeinsam mit Angehörigen Konflikte erfassen und Lösungen suchen, wenn die Klienten / Patienten das möchten; Familiengespräche</p>	<p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Pragmatismus (pragmatische Einstellung, Denk- und Handlungsweise)</p> <p>Akzeptierende Grundhaltung</p>	<p>Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören</p> <p>Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis</p>	<p>Die persönliche Stimme wertschätzen</p> <p>Die Sprache respektieren</p> <p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Zeit schenken</p> <p>Ehrliche Neugier entwickeln</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

		<p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen)</p> <p>Flexibilität und Selbst-reflexion.</p> <p>Sehr gute Edukations-kenntnisse</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen)</p>	<p>spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 5: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der wo immer möglich, auf den geäußerten Erfordernissen, Bedürfnissen oder Wünschen der Person beruht</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszu-</p>	<p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen</p> <p>Transparent sein</p>
--	--	---	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>finden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der Geschichte der Person, in</p>	
--	--	--	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 15: Der Praktiker hilft der Person, ein Bewusstsein für die feinsten Veränderungen in Gedanken, Gefühlen oder im Handeln zu entwickeln</p> <p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Befähigung 19: Ziel des Praktikers ist sicherzustellen, dass der Person jederzeit alle Pflege- und Versorgungsprozesse klar sind</p> <p>Befähigung 20: Der Praktiker stellt sicher, dass die Person Kopien aller Dokumente des Assessments und der Pflege- und Versorgungsplanung zur eigenen Nutzung erhält</p>	
<p>Koordination und Vermittlung von Hilfen / Netzwerkbildung</p>	<p>Psychiatrisch-pflegerisches Management zur Erreichung des Zugangs zum Versorgungssystem einschließlich einer Ressourcenkoordination im psychiatrisch-pflegerischen Bereich; Koordinierte Einbringung von Hilfen; Bedarfsorientierte Unterstützung der Klienten / Patienten hinsichtlich ihrer Interessen und Möglichkeiten; Vermittlung von Hilfsangeboten, sozialpsychiatrische Dienste oder Mahlzeitendienst etc.; Leiten von Helferkonferenzen; Unterstützung und Beratung bei Versorgungsübergängen (z.B. Heimeintritt); Betreuung in die Wege leiten und / oder Unterstützung bei Betreuungsangelegenheiten</p>	<p>Grundlagenkenntnisse Wirtschaftlichkeit</p> <p>Pragmatismus (pragmatische Einstellung, Denk- und Handlungsweise)</p> <p>Akzeptierende Grundhaltung</p> <p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Fachsprache</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Berufliche Erfahrung</p>		
<p>Kooperation mit anderen an der</p>	<p>Vorbereitung und / oder Begleitung zu Arzt, Krankenhaus, Sozialamt,</p>	<p>Fachsprache</p>	<p>Befähigung 3:</p>	<p>Die Sprache respektieren</p>

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

<p>Behandlung beteiligten Professionen und Diensten / Networking</p>	<p>Vormundschaftsämtern, anderen Institutionen; Fallbezogene Zusammenarbeit zwischen einzelnen Institutionen; Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und Dienstleistern</p>	<p>Grundlagenkenntnisse Wirtschaftlichkeit</p> <p>Grundlagen-kenntnisse der Pharmakotherapie</p> <p>Grundlagenkenntnisse Psychopathologie</p> <p>Kenntnisse alternativer Therapie</p> <p>Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Berufliche Erfahrung</p> <p>Pragmatismus (pragmatische Einstellung, Denk- und Handlungsweise</p> <p>Flexibilität und Selbst-reflexion.</p>	<p>Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. heraus-zuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 7: Der Praktiker hilft der Person ihre Wahrnehmung für das zu schärfen, was in Bezug auf spezifische Probleme des Lebens für oder gegen sie arbeitet</p> <p>Befähigung 8: Der Praktiker unterstützt die Person, herauszufinden, was bestimmte Menschen tun können oder könnten, um ihr beim weiteren Umgang mit</p>	<p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten</p> <p>Zeit schenken</p> <p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Persönliche (Lebens-) Weisheit enthüllen</p>
--	---	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>spezifischen Problemen des Lebens zu helfen</p> <p>Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Art von Veränderung ein Schritt in Richtung der Lösung oder des Sich-Entfernens von einem spezifischen Problem des Lebens wäre</p> <p>Befähigung 10: Der Praktiker hilft der Person zu ermitteln, was in unmittelbarer Zukunft geschehen muss, um ihr zu helfen, diesen positiven Schritt in Richtung auf ihr gewünschtes Ziel nach und nach auch zu erleben</p> <p>Befähigung 11: Der Praktiker hilft der Person, ihre Wahrnehmungen dafür zu entwickeln, dass eine fest zugeordnete Zeit aufgewandt wird, um ihre spezifischen Bedürfnisse anzusprechen</p> <p>Befähigung 13: Der Praktiker zeigt Interesse an der</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Geschichte der Person, in dem er um Klärung bestimmter Punkte und um weitere Beispiele oder Details bittet</p> <p>Befähigung 14: Der Praktiker zeigt Bereitschaft, der Person Zu helfen, ihre Geschichte in ihrem eigenen Tempo zu entfalten</p> <p>Befähigung 16: Der Praktiker hilft der Person ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie sie selbst, andere Personen oder Ereignisse diese Veränderungen beeinflusst haben</p> <p>Befähigung 17: Der Praktiker hilft der Person, persönliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln</p> <p>Befähigung 18: Der Praktiker hilft der Person den Glauben an sich selbst zu entwickeln und damit ihre Fähigkeit zu fördern, sich selbst zu helfen</p>	
--	--	--	--	--

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

<p>Öffentlichkeitsarbeit²</p>	<p>Darstellung der erbrachten Leistungen in der Öffentlichkeit (Public Relations); Seminare (z.B. Psychose-Seminar); Beratung und Unterstützung von Pflegefachpersonen, komplementäre Partner; Referate zu Fachthemen; Fallsupervision in Pflorgeteams; Hilfsmöglichkeiten transparent gestalten (Internet); Berufspolitisches Engagement; Mitarbeit in Gremien; Fachübergreifender Austausch; Kollegiale Beratung; Qualitätszirkel</p>	<p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Empathische Grundhaltung (einführendes Verstehen, nichtwertendes Eingehen)</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können</p> <p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p> <p>Pflegetheoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Grundlagenkenntnisse Psychopathologie</p> <p>Fachsprache</p> <p>Flexibilität und Selbstreflexion</p>	<p>Keine direkten Bezüge zu den Commitments und Befähigungen des Tidal Model</p>
--	---	--	--

² Allerdings finden Tidal und Recovery Kongresse zum fachlichen und evaluativen Austausch statt (vgl. Barker & Buchanan – Barker 2005: 210 ff.).

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

<p>Qualitätssicherung³</p>	<p>Pflegevisite; Klienten Befragung; Befragung, Kooperationspartner; Supervision</p>	<p>Respektvolle Grundhaltung</p> <p>Empathische Grundhaltung (einfühlerndes Verstehen, nichtwertendes Eingehen)</p> <p>Sehr gute kommunikationsmethodische Kenntnisse</p> <p>Befähigung, Beziehung aufnehmen und halten zu können</p> <p>Befähigung, auf die einzelne Person und ihre speziellen Verhältnisse eingehen zu können</p> <p>Intuition (emotionale, nicht vom Verstand geleitete Einschätzung)</p> <p>Fürsorgliche Grundhaltung (im Sinne der Care Ethik)</p> <p>Pflege theoretische Grundlagenkenntnisse</p> <p>Grundlagenkenntnisse Psychopathologie</p> <p>Fachsprache</p> <p>Flexibilität und Selbstreflexion</p>	<p>Befähigung 1: Der Praktiker zeigt die Kompetenz, der Geschichte der Person aktiv zuzuhören</p> <p>Befähigung 2: Der Praktiker hilft der Person, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten festzuhalten</p> <p>Befähigung 3: Der Praktiker hilft der Person, sich stets in ihrer eigenen Sprache auszudrücken</p> <p>Befähigung 4: Der Praktiker hilft der Person ihr Verständnis spezifischer Erfahrungen durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern auszudrücken</p> <p>Befähigung 6: Der Praktiker hilft der Person spezifische Probleme zu identifizieren u. herauszuarbeiten, was getan werden kann, um sie anzugehen</p> <p>Befähigung 11:</p>	<p>Ehrliche Neugier entwickeln</p> <p>Zum Lehrling werden</p> <p>Die verfügbaren Mittel und Wege nutzen</p> <p>Den nächsten Schritt gestalten Zeit schenken</p> <p>Wissen, dass kontinuierlich Veränderung stattfindet</p> <p>Transparent sein</p>
---------------------------------------	--	--	--	--

³ Tidal kann auch hier Anwendung finden, da es auch für die Weiterentwicklung der Praxis genutzt wird (vgl. Barker & Buchanan-Barker 2013:36).

Tabelle 4: Gegenüberstellung Aufgaben, Tätigkeiten und explizierte Kompetenzen in der APP mit Tidal Kompetenzen und den 10 Commitments (eigene Darstellung)

			<p>Der Praktiker hilft der Person, ihre Wahrnehmungen dafür zu entwickeln, dass eine fest zugeordnete Zeit aufgewandt wird, um ihre spezifischen Bedürfnisse an-zusprechen</p> <p>Befähigung 12: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, welche die Person dem Prozess des Assessments und der Pflege widmet</p> <p>Befähigung 19: Ziel des Praktikers ist sicherzustellen, dass der Person jederzeit alle Pflege- und Versorgungsprozesse klar sind</p> <p>Befähigung 20: Der Praktiker stellt sicher, dass die Person Kopien aller Dokumente des Assessments und der Pflege- und Versorgungsplanung zur eigenen Nutzung erhält</p>	
--	--	--	--	--

Brookes et al. (2008) beschreiben ihren dem *Tidal Model* folgenden Implementationsprozess des personenzentrierten Pflegeansatzes am Royal Ottawa Mental Health Centre in Ottawa, Canada (vgl. Brookes et al. 2008). Der Zugang zum Volltext des Artikels ist beschränkt beziehungsweise durch Copyright geschützt.

Cook, Phillips und Sadler (2005) gingen der Frage des Erlebens von Pflegefachpersonen und Patienten einer forensischen Abteilung bei der Arbeit mit dem *Tidal Model* in Neuseeland nach. Diese qualitative, phänomenologische Studie wurde zu dem Zweck durchgeführt, reflektive Beschreibungen zu Pflegeerfahrungen nach dem *Tidal Model* aus den Perspektiven von vier Pflegefachpersonen und vier speziellen Patienten zu erhalten. Dabei erhielten sie fünf Hauptthemenbereiche, in denen sie die Erfahrungen der Teilnehmer erfassten. Einmal wurden Veränderungen der spezifischen Abteilungskultur gefunden, die durch die Implementierung des *Tidal Models*, abweichend vom Ausgangszustand entstanden ist. Diese Veränderungen erzeugten eine Wahrnehmung von Hoffnung und Aussicht, der sich für die Pflegefachpersonen in dem Gefühl, ihre Arbeit mache einen Unterschied und für die Patienten in der Fähigkeit, ihre Hoffnung und Zuversicht in ihrer eigenen Sprache zum Ausdruck zu bringen. Es entstand eine Annäherung, die als Fähigkeitserweiterung des Selbst erlebt sowie eine Verbundenheit in den Beziehungen, die als Effekt des individuellen und des Gruppenprozesses wahrgenommen wurde. Diese interpersonellen Bewegungen wurden bei den Patienten als positiv für ihr persönliches Recovery, ihre Gesundheit verzeichnet. Dies habe eine effektivere Pflege-Patientenbeziehung und Zusammenarbeit ermöglicht. Die Teilnehmer der Studie berichteten von einem Gefühl von Menschlichkeit, das dem potentiell regulativen forensischen Setting ein menschliches Antlitz geben würde. Der Studie folgernd sind durch die Einführung und Umsetzung des *Tidal Models* eine Ermöglichung synergetischer interpersoneller Prozesse, in der Pflegefachpersonen professionell zufriedener und Patienten die Erfahrung machen, in ihre Genesung Unterstützung zu erfahren, bestätigt worden (vgl. Cook, Phillips, Sadler 2005).

Ebenfalls im Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing veröffentlichten Gordon, Morton, Brooks (2005) ihren Bericht „Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence“ (Das Tidal Model starten; Auswerten der Hinweise¹). Darin werden zwei sepa-

¹ Übersetzung des Verfassers

Anlage 3: Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Research und Evaluation

rate Akut-Aufnahmestationen, eine 2004 in Birmingham und 2001 in Newcastle evaluiert. Der Bericht gibt Empfehlungen betreffend der begründeten und angemessenen Kriterien zur Evaluation der Hinweise, die sich durch die zwei Erhebungen ergeben haben. Die Studie in Birmingham belegt, dass ein Jahr nach Einführung des *Tidal Model* die Anzahl kritischer, bedauerlicher Ereignisse um 57 % zurückgegangen ist. Die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen wurde gesteigert, was durch ein Rating der Beschäftigten, das *Tidal Model* gegenüber vorherigen Arbeitsweisen zu priorisieren, festgestellt wurde. Patientenbefragungen zu der pflegerischen Versorgung waren ebenfalls positiv. Diese Ergebnisse wurden dann mit der Newcastle Studie aus dem Jahr 2001 verglichen. Im Ergebnis werden positive Korrelationen zwischen der Einführung des *Tidal Models* und den positiven Ergebnissen aus beiden Untersuchungen gebildet. Die Publikation führt aber auch Kritik an den Ergebnissen an, nach denen kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen erhobenen Ergebnissen und der Einführung des *Tidal Models* festgestellt werden könnten. Die Autoren kommen abschließend zu der Empfehlung das Tidal Model auf die psychiatrische Versorgung des gesamten National Health Trust (NHS) auszudehnen (vgl. Gordon, Morton, Brooks 2005).

Die Veröffentlichung von Lafferty und Davidson (2006), wird auf der *Tidal* Homepage mit dem Titel: „Person-Centred Care in Practice: An account of the implementation of the Tidal Model in an adult acute admission ward in Glasgow“ als Beispiel für die Umsetzung in einer Akut-Aufnahmestation benannt. Eine Datenbankrecherche zu diesem Artikel erbrachte leider nur zugängliche Auszüge aus dem Abstrakt beziehungsweise Hinweise auf Zitationen. In diesen Zitationen werden wie in der Arbeit von Gordon, Morton und Brooks (2005) folgende positive Entwicklungen durch den Einsatz des *Tidal Models* summiert, die Barker & Buchanan-Barker selbst zusammenfassend wie folgt darstellen:

- Klinisch: „... deutliche Rückgänge bei gewalttätigen und aggressiven Anzeichen sowie bei Suizidversuchen und Selbstverletzungen“ (Barker, Buchanan-Barker 2007: 50).
- Organisatorisch: „... deutlicher Rückgang bei Beschränkungsmaßnahmen und Fixierungen ...“ (Barker, Buchanan-Barker 2007a: 50). „... verbesserte Zusammenarbeit im gesamten Pflegeprozess ... von der Perspektive der Patienten wie auch der Pflegenden“ (Barker, Buchanan-Barker 2007: 51).

Anlage 3: Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Research und Evaluation

- Persönlich: „Auf der Ebene der Mitarbeiter wurden deutlich weniger Krankheitsausfälle und unentschuldigtes Fehlen registriert“ (Barker, Buchanan-Barker 2007: 50). „... erhöhtes Gefühl von Hoffnung und Optimismus bei Mitarbeitern und Patienten“ (Barker, Buchanan-Barker 2007: 51).

In der deutschsprachigen Ausgabe „Das Gezeiten-Modell“ (2013) geben die deutschen Herausgeber Schulz und Zuaboni einen Überblick zu den Publikationen und Studien bezüglich des *Tidal Models*. Auch hier wird auf die Prä-Post Studie von Stevenson und Fletcher (2001, 2002) verwiesen, bei der neun Akutstationen in Newcastle das *Tidal Model* implementiert haben. Auch hier werden die Ergebnisse als vorläufig bezeichnet. Demnach sei ein Rückgang von gesetzlich angeordneten Zwangsbehandlungen festgestellt worden, der aber nicht quantifiziert wurde. Eine Verkürzung der Zeit zwischen Aufnahme und Erstellung des Assessments wird beschrieben, ebenso ein Rückgang von Selbstverletzungen und Zwangsmaßnahmen. Erhoben wurde im Vergleich N 69 vor Implementierung des *Tidal Models* und N 81 nach Implementierung ein Rückgang der Verweildauer von 24,6 auf 18,5 Tage (vgl. Barker, Buchanan-Barker 2013: 157ff.). Ebenso verweisen Schulz und Zuaboni auf einen Diskurs, den Phil Barker mit Kevin Gournay im *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing (JPMHN)* in den Jahren 1995–2002 geführt hat. Hierbei ging es um die gegensätzlichen Ansätze des und der psychiatrischen Pflege. Bei Barker der humanistische, beziehungs- und individualorientierte pflegerische Ansatz und bei Gournay eher der technische Interventionsansatz zur Verbesserung eines Krankheitszustandes. Auf diesen Diskurs sei hier aber nur hingewiesen (vgl. Barker; Buchanan-Barker 2013: 153ff.).