

Zukunftsszenarien in der Psychiatrie

-Innovation und Integration heute-

11. März 2009 Kulturhaus Mitte

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig- Krankenhaus

Guten Tag meine Damen und Herren,

Mein Name ist Ute Klenner und ich bin Krankenschwester in der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik Nauen im Unternehmensverbund der Havelland Kliniken . Nauen liegt 10 Kilometer von Berlin entfernt am westlichen Stadtrand. Die gesamte Klinik verfügt über ca. 300 Betten, die sich auf 8 Fachabteilungen verteilen. Unsere Abteilung, die 1989 gegründet wurde, besteht aus 3 akutpsychiatrischen Stationen mit je 20 Betten , die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte haben, wie z. B. Sucht oder Psychosomatik. Am Ort haben sich eine Tagesklinik mit 12 Plätzen und eine PIA etabliert . Im Nachbarort Falkensee an der Berliner Stadtgrenze konnten wir im letzten Oktober eine weitere Tagesklinik mit 15 Plätzen mit ebenfalls angeschlossener PIA eröffnen. Da die dort tätigen Kollegen ursprünglich aus unserem stationären Bereich entstammen, besteht eine gute Zusammenarbeit .

Ein Verein für psychisch kranke Menschen hatte sich vor ca. 10 Jahren gegründet. Es steht ein eigenes Haus zur Verfügung in dem Treffen von Selbsthilfegruppen stattfinden aber auch eine geförderte Kontakt- und Beratungsstelle betrieben wird neben den Möglichkeiten eines ebenfalls ansässigen Arbeits- und Beschäftigungsprojektes.

Aber was geschah vor nunmehr 3 Jahren? Es ging ein Virus durch unsere Abteilung, der da heißt „Open Dialogue“ und das kam so:

Unser CA Herr Dr. Schütze hatte sich, nachdem er schon eine Weile an einem Modell für eine andere Versorgung von Psychisch Kranken im Landkreis „gebrütet“ hatte, sich am Treffen des skandinavischen Netzwerks zur Behandlung von Psychosen beteiligt und kam mit der Idee, need-adapted- treatment – also die bedürfnisangepasste Behandlung- auch bei uns einzuführen, wieder. Er hatte gehört, wie und mit welchem Erfolg zuerst der finnische Psychiater Yrjö Alanen, nachdem er 1968 die psychiatrische Uniklinik in Turku in Finnland übernommen hatte, dort mit der Kombination von Familien- und Individualtherapie bei Psychose-Ersterkrankten einen großen Erfolg hatte, um einer Chronifizierung der Patienten soweit wie möglich vorzubeugen. Dort entstand der Begriff des „need-adapted- treatment. In den letzten 40 Jahren wurde dieses Modell in Finnland und Skandinavien an vielen Orten etabliert und weiterentwickelt.

Das bedeutet das Gespräche mit Familien oder den sozialen Netzwerken der Patienten möglichst an den Anfang der Behandlung gestellt werden sollten. Idealer Weise innerhalb von 24 Stunden nach Erstkontakt. Dabei ist der Treffpunkt flexibel zu wählen, also durchaus auch in der heimischen Umgebung des Patienten . Ein Team von idealerweise 3 Personen übernimmt die Organisation und sichert für die Zukunft eine settingübergreifende Behandlungskontinuität. Für ein gutes Gesprächsklima durch unvoreingenommene Fragen und die Einbeziehung jeder Stimme wird gesorgt und auf Ressourcen wie Stärken des Patienten geachtet. Das Behandlerteam orientiert sich am sozialen Netzwerk des Patienten. Damit sind seine Familie aber auch andere bedeutsame Personen im sozialen Netz i.S.der Gemeindenähe gemeint.

- Dies erzielt **antiregressive Effekte** bei den Patienten.
- Es macht die **aktuelle biografische Situation** schneller deutlich und
- schafft einen **guten Zugang** zu dem System.
- Studien belegen einen sehr guten Behandlungserfolg durch **frühzeitige Kontaktaufnahme**.
- **Chronifizierung** kann begrenzt,
- eine wenn überhaupt erforderliche **Liegezeit** kann verkürzt und
- auf die Gabe von Neuroleptika kann in 40% der Fälle verzichtet werden.
- 

Das klingt doch vielversprechend!

Einer der Wegbereiter des offenen Dialoges war Tom Anderson. Wie vieles im Leben entwickelt sich etwas manchmal eher durch Zufälle, die wiederum so zufällig doch nicht sind. In den 70-er Jahren wurden in der Familientherapie die Patienten von 2 Therapeuten befragt. Hinter einer Einwegscheibe saßen andere Behandler hörten zu und tauschten sich aus, um ihre Auffassungen dem Behandler team mitzuteilen. Eines Tages war das Mikrofon vom Zuhörerraum zu der Familie und den Therapeuten geschaltet. Die Familie lauschte aufmerksam den Worten des beobachtenden Teams. Als man die Künstlichkeit dieser Situation erkannte, war man sich bald einig, dass die Beobachter mit im selben Raum sein könnten um sich dann reflektierend zu äußern, was von allen Beteiligten gehört werden konnte..

Der Finne Jaakko Seikkula arbeitete mit Tom Andersen zusammen

und beide haben ihren speziellen Anteil an der Weiterentwicklung der Methode des Reflektierens, die heute in vielen Bereichen von Schule, Ausbildung, Management und Therapie in unterschiedlichster Weise Anwendung findet.

Hauptanliegen ist dabei, dem Patienten zu ermöglichen neue Lösungen für sein derzeitiges Dilemma zu finden, in dem sein innerer Dialog durch die Einfälle im inneren Dialog der Zuhörer bereichert wird. Dies geschieht in wohlwollender und anerkennender Weise, denn Kritik haben die Patienten oft zur Genüge gehört und Kritik ist nur begrenzt hilfreich für eine Motivation zur Veränderung. Dabei bezieht man sich auf das Gesagte und nicht auf frühere Erlebnisse mit dem Patienten. Das Gesagte ist manchmal angereichert mit Bildern (Metaphern) und wird in der Möglichkeitsform (Konjunktiv) gehalten, um dem Patienten die Möglichkeit zu lassen, andere Meinungen auch zurückweisen zu können.

In dem anders organisierten Gesundheitssystem der skandinavischen Länder gibt es in der Regel wenig Fachärzte, so dass sich dort Behandler teams von 2 – 3 Personen überwiegend **aus Pflegekräften**, die gut geschult sind, zusammensetzen. Und weil unserer Berufsgruppe so eine besondere Bedeutung in dem Modell zukommt, bin ich es heute die Ihnen das alles etwas näher bringen möchte.

Unser Geschäftsführer suchte vor etwa 3 Jahren nach neuen Möglichkeiten, auch für die Zukunft konkurrenzfähig bleiben zu können. Das war gerade die Zeit, als unser Chef vom skandinavischen Netzwerktreffen zurückkam und das Modell gerne im Havelland etablieren wollte. Die beiden wurden sich erstaunlich schnell handelseinig und: Gesagt-ge tan :Nach dem das Modell auch auf einer Abteilungskonferenz von allen Kollegen Zustimmung erfahren hatte, ging es los mit der systemischen Ausbildung von 34 Personen, die sich zum einen Teil aus Personal der Klinik zum anderen Teil auch aus komplementären Einrichtungen zusammensetzten. Dadurch lernten wir uns alle untereinander besser kennen und können jetzt unkomplizierter zusammen arbeiten.

Um die Methode noch besser zu verstehen bzw. mehr von der Atmosphäre zu schnuppern durfte eine Gruppe

- 2007 nach Palanga in Litauen und
- 2008 nach Molde in Norwegen fahren.

In Molde stellten wir „newcomer“ unsere Arbeit in einem workshop vor und erhielten von den alten Hasen eine Reflektion dazu. Es war ein gutes Gefühl, das positive feedback zu bekommen und Ideen zu hören, wie wir weiterarbeiten können.

So müssen wir bestrebt sein,

- möglichst alle Teammitglieder mit ins Boot zu nehmen, was durchaus nicht immer einfach oder selbstverständlich ist.
- Unsere neuen Gedanken vom Schulungswochenende müssen wir behutsam einfließen lassen um die Anderen nicht zu überrollen.
- Eine neue Form der Visite ist das reflektierende Team. Der Patient wird von einem Teammitglied, dies kann der Chefarzt, unser Ergotherapeut oder die Krankenschwester sein, interviewt. 2-3 oder mehr Kollegen sitzen in einem Kreis daneben und hören zu. Das Gespräch wird mit offenen Fragen nach den aktuellen Anliegen des Patienten geführt.

Nach 10 bis 15 Minuten unterbrechen beide das Gespräch, um sich anzuhören, was den Zuhörern zum Gesagten eingefallen ist. Das ist anfangs für alle Beteiligten befremdlich, wenn nicht gewöhnungsbedürftig. Für die Patienten hat es sich allerdings bald als „Genuss“ herausgestellt.

Beim Reflektieren tauscht sich das Behandler-Team über das Gesagte aus. Besondere Stärken des Pat. Werden herausgestellt. Teile des Gesagten werden auf wohlwollende Art und Weise wiederholt oder hervorgehoben. Wir sprechen dabei im Konjunktiv wie :“ Wäre möglich, dass ... oder „Ich könnte mir vorstellen, dass...“

Dabei ist es gut, Metaphern auf zu nehmen, die der Pat. Benutzt hat , um die eigenen Bilder mitzuteilen, die der Pat. aus dem Gespräch mitnehmen und , wenn er das will, verinnerlichen kann. Die meisten Pat. sind sehr gerührt solche Stimmen und Meinungen zu hören. Oft haben sie schon lange keinen freundlichen Worte mehr gehört. Dies führt im Übrigen auch zu einer positiveren Sichtweise der Teammitglieder, die vielleicht von dem Patienten schon längst „abgegessen“ sind. Zum Abschluss des Gesprächs folgt die Frage des Interviewers, wie der Pat. das Eine oder Andere gehört habe. Ob er sich in dem Gesagten wiederfinde oder an anderen Stellen nicht zustimmen könne. Die Pat. äußern sich z. B. wie: „es tut gut zu hören... es war alles richtig was gesagt wurde... ich fühle mich verstanden“.

In einer Umfrage unter den Mitarbeitern sind jedoch auch kritische Stimmen zu vernehmen gewesen. Neben der Frage, wo den notwendige Kritik bleiben könne, taucht die ganz praktische Frage nach einer wirklichen Zeitersparnis oder einer notwendigen Effizienz auf. Dadurch, das an einem Vormittag nur eine begrenzte Zahl von Patienten im Reflecting Team gesehen werden können, wo aber fast alle Teammitglieder gebunden sind, entsteht für die meisten Pat. an dem Vormittag ein Leerlauf. Der Abstand der Gespräche aufeinander wird als zu lang empfunden. Es ist für manche Kollegen schwer, ein Interview vor den anderen Berufsgruppen zu führen. Nur Positives zu sagen, sei gekünstelt.

So stehen wir tagtäglich vor herausfordernden und schwierigen organisatorischen Fragen .Dabei ist es für uns immer wichtig, unser Tun zu hinterfragen um uns gemeinsam mit allen Berufsgruppen in die richtige Richtung , zum Wohle des Pat., weiterzuentwickeln. In unterschiedlichem Tempo haben wir auf den einzelnen Stationen die Behandlungskonferenz eingeführt. Sie schließt außer dem Interview und einer kürzeren Reflektion auch die übrigen nötigen Behandlungsschritte oder Vereinbarungen (Medikamente, Ausgänge etc.) mit ein.

Nun stellt sich die Frage, welche Erfahrungen wir in den zwei Jahren der Umsetzung gemacht und welche Ergebnisse wir erreicht haben?

- Wir haben eine neue Art eines gleichberechtigten Miteinanders im Gespräch mit Patienten erlernt.
- Wir fangen an zu begreifen, dass wir nicht verantwortlich sind für Veränderungen im Patienten, dass wir aber durch angemessene Fragen dazu beitragen können, dass ein Patient sich verändern möchte.
- Unsere Berufsgruppe arbeitet in dem Behandlungssystem selbstständiger, die Arbeit wird interessanter, erfordert Flexibilität im Denken und Handeln, wir tragen mehr Verantwortung, werden dadurch aber auch sehr aufgewertet.
- Wir haben den für uns zuständigen komplementären Bereich und dessen Mitglieder besser kennengelernt und entwickeln eine gemeinsame Sprache.
- Jedes Team, ob stationär oder ambulant, hat sein eigenes Tempo in der Art und Weise der Umsetzung. Einige setzen wöchentlichen BK's an, andere schaffen es nur 14-tägig.
- Die Zeitersparnis ergibt sich daraus, dass in der Regel Visiten, Kurvenvisiten und Soziobesprechungen ausfallen können. Das trifft sich gut, den wir wollen möglichst viel in Anwesenheit des Patienten mit ihm sprechen und immer weniger in seiner Abwesenheit über ihn.
- Wir haben erkannt, dass wir Vertrauen in die Behandlungsmethode setzen können. Vertrauen auch in die Eigenverantwortung und Ressourcen des Pat..
- Die Methode erfordert, gut zu hören zu können und Schweigen im Gespräch aushalten zu lernen.
- Durch die offene Gesprächsführung fallen überflüssige Hypothesen seitens der Behandler weg. Auch versuchen wir die gut gemeinten Tipps von uns Profis tunlichst zu unterlassen. Frei nach dem Motto, der Pat. Findet seinen Weg und wir fragen, wobei er unsere Unterstützung benötigt.

Seit dem Start des Modells unserer „Vision 2010“ haben sich viele Arbeitsgruppen gebildet.

- Die AG Krisenteam prüft die organisatorischen Voraussetzungen für einen Flexiblen Einsatz des Krisenteams auch im häuslichen Bereich.
- Die AG Krisenpension hat ein Konzept erarbeitet, bei dem eine Wohnung als „Pension“ eingerichtet wird, in der Menschen aufgenommen werden können, die einen Schutzraum, aber keinen vollstationären Aufenthalt brauchen. Hier engagieren sich sehr stark die Betroffenen selbst. Sie wird am 1. 4.09 eröffnet.
- Ein Patientenrat wurde ins Leben gerufen, der in der Klinik beratend tätig werden soll.
- In regelmäßigen Treffen mit niedergelassenen Therapeuten und den Hausärzten berichten wir vom Stand der Umsetzung unseres Modells.
- Am 19. September diesen Jahres findet der von uns ausgerichtete 2. Havelländische Psychiatrietag in Ribbeck, wo es um grundsätzliche Haltungen in unserer Arbeit gehen soll, statt
- und in 2011 soll das skandinavische Netzwerktreffen bei uns stattfinden.
- Die Klinik bietet die Teilnahme an einem Englischkurs an, um auf den internationalen, meist englischsprachigen Treffen gut vorbereitet zu sein.
- Ein deutsches Netzwerktreffen wird im Sommer diesen Jahres unter Federführung von Herrn Dr. Greve, Solingen, Herrn Dr. Aderhold, Hamburg und Herrn Dr. Schütze organisiert

Schlussworte:

Sie hören, es hat sich eine Menge und es wird sich weiter eine Menge tun im Havelland. Für uns ist die Arbeit sehr viel interessanter und herausfordernder geworden. Inzwischen kommen fast regelmäßig Besucher in unsere Klinik, um uns über die Schulter zu schauen. Die Diskussionen mit den Besuchern helfen auch uns immer wieder den Standpunkt zu überdenken und uns weiterzuentwickeln. Das erhoffe ich mir auch von dem Workshop am Nachmittag, auf dem wir einige der aufgetretenen Fragen vertiefen können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.